

CALIDAD Y ACREDITACIÓN PARA LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Fundación
Edad&Vida

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

Con la coordinación
técnica de:

Applus⁺

Con la colaboración de:



Mayo 2008

Edad&Vida

Applus

Edad&Vida



Calidad y acreditación para las
entidades prestadoras de servicios
de **atención a las personas
mayores** en situación de
dependencia



Fundación
Edad & Vida

Con la coordinación técnica de:

Applus⁺

Mayo 2008





Prólogo

Con motivo de la publicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desde la Fundación Edad&Vida hemos liderado el desarrollo del estudio **Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia**.

Con el presente estudio, pretendemos contribuir a la homogenización de criterios en un doble aspecto: por un lado, en cuanto al establecimiento de un modelo de calidad

y, por otro, en cuanto a la especificación de pautas en el proceso de certificación de manera que facilite la debida acreditación. Esta acreditación garantizaría el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad en beneficio de las personas usuarias de los servicios.

Queremos destacar que, aunque el presente estudio está enfocado a las personas mayores en situación de dependencia, puede asimismo servir de referencia a otros colectivos en esta situación.





Presentación

La Fundación Edad&Vida, Instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexión sobre aquellos temas en que se puedan proponer acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El Instituto, promovido por un grupo de empresas procedentes de diferentes sectores de la economía y con miembros colaboradores como universidades, centros de investigación y formación, así como las principales organizaciones de mayores, es un catalizador de las inquietudes de la sociedad civil y del mundo empresarial, y pretende colaborar con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz a los retos económicos y sociales del cambio demográfico y envejecimiento de la población, que desde nuestro punto de vista pasan por la corresponsabilización y el equilibrio entre el sector público y la iniciativa privada.

Paralelamente al proceso de elaboración, publicación y despliegue de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Edad&Vida ha considerado oportuno analizar un aspecto clave en el desarrollo del SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia) como es la Calidad y la Acreditación en los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Desde la Fundación pensamos que un marco claro a nivel estatal en calidad sería una gran oportunidad para la reconversión de un sector tradicionalmente relacionado con la beneficencia.

Con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de los mayores la Comisión de Calidad y Acreditación de Edad&Vida junto con Applus+ han llevado a cabo el estudio que a continuación se presenta y que nace con la voluntad de servir de guía para que las entidades prestadoras de servicios establezcan o mejoren su modelo de calidad y las administraciones públicas competentes

elaboren un modelo de acreditación transparente y que garantice un nivel homogéneo de calidad de la atención a todos los ciudadanos españoles, con independencia del centro o lugar en el que se preste el servicio, contribuyendo así a respetar los principios de cohesión social y territorial.

En Edad&Vida consideramos que la tendencia futura en acreditación debería favorecer la distinción entre un nivel básico y otro avanzado. Esta distinción en dos niveles de acreditación debería favorecer la competencia y, consecuentemente, la mejora en la calidad y eficacia en los recursos. Ello sería así en un marco de defensa de la libre elección del usuario o sus prescriptores, dónde éstos puedan escoger las entidades prestadoras acreditadas, de la red de utilidad pública que prevé la Ley, que más se ajustan a sus expectativas.

Entendemos que los servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia deberían acreditarse en función del tipo de servicio y para cada grado y nivel de dependencia, teniendo en cuenta que los distintos grados de dependencia implican niveles de atención diferentes, con cargas de trabajo distintas, diferentes infraestructuras y equipamiento, así como diferentes ratios de personal, con la formación adecuada y ajustados a las necesidades de las personas.

Asimismo, somos conscientes de que los distintos niveles de servicio, así como la acreditación por grado y nivel de dependencia implican costes reales diferentes. Con el objetivo de mejorar la calidad y estimular la excelencia de los servicios destinados a nuestros mayores, consideramos que las Administraciones Públicas deberían incentivar el esfuerzo inversor.

Desde Edad&Vida recomendamos a las Administraciones de las Comunidades Autónomas, como responsables últimas de la acreditación de las entidades prestadoras de servicios, que establezcan un esquema de acreditación transparente y que utilicen a entidades de certificación

externas e independientes de la Administración y de las entidades prestadoras de servicio.

No quisiera acabar esta presentación sin agradecer a los miembros de la Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación y al equipo técnico de Applus+, su esfuerzo en la coordinación y realización del estudio, sin la implicación de los cuales no habría sido posible.

También quiero extender nuestra gratitud al Imsero por su colaboración en la publicación y difusión del estudio.

Desde Edad&Vida seguiremos impulsando la reflexión sobre aquellos elementos que inciden de forma significativa en la calidad de vida de nuestros mayores y que en los próximos años se verán en gran parte determinados por el despliegue de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Higinio Raventós

Presidente de Edad&Vida

Mucho se ha escrito sobre los factores demográficos que van a afectar a la sociedad en los próximos decenios. Se estima que en el año 2026, el 24% de la población española tendrá una edad igual o superior a 65 años y que un 6,4% será mayor de 80 años. Todos los análisis apuntan a que el progresivo envejecimiento de la población va a ir acompañado de un incremento del número de personas con algún grado de dependencia. Esta realidad pondrá sin duda a prueba la capacidad y sostenibilidad de nuestro sistema para dar respuesta a dicha problemática.

Pasados los años en los que se realizaban estudios orientados a evaluar la correlación entre el grado de envejecimiento de las sociedades y su nivel de dependencia, en los últimos tiempos el debate se ha centrado en el modelo de atención a la dependencia que debe adoptar un estado con niveles altos de protección social como el nuestro.

Como resultado de estos análisis, a finales de 2006 fue publicada la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Su objetivo es aplicar en España los criterios establecidos por la Unión Europea para regular las políticas de atención a la dependencia: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo.

El estudio que hemos realizado junto con la Fundación Edad&Vida busca explorar las posibilidades que ofrece la Ley y realizar propuestas para su desarrollo en dos dimensiones de especial relevancia: la definición de un Modelo

de Calidad de los servicios de atención a las personas con dependencia y la propuesta de un Modelo Transparente de Acreditación para entidades prestadoras de dichos servicios.

Consideramos que esta iniciativa puede ser de utilidad tanto para quienes tienen la responsabilidad de hacer efectiva la ley en sus ámbitos de competencia, como para aquellas organizaciones que se van a ver afectadas por su aplicación.

Applus+ es hoy una de las compañías líderes en certificación e inspección a escala mundial y busca ser un referente para la gestión y la difusión de la calidad en todos los sectores de actividad económica. Como empresa responsable y comprometida con su entorno, Applus+ pone su experiencia al servicio de la sociedad para impulsar los máximos estándares de calidad, seguridad y sostenibilidad.

Nos enorgullece colaborar con la Fundación Edad&Vida, una organización que vela por los intereses y la mejora de la calidad de vida de un colectivo clave, como las personas mayores, desde una perspectiva empresarial, moderna y responsable. Agradecemos a su Patronato el habernos dado la posibilidad de aportar nuestro grano de arena en este debate y les animamos a seguir con su tan necesaria actividad.

Joaquim Coello Brufau
Consejero Delegado de Applus+



Índice

1. Introducción	11
2. Situación actual en las CC.AA.	15
2.1 Entorno legal	
2.2 Políticas y estrategias	
2.3 Bibliografía y otras fuentes consultadas	
3. Enfoques nacionales e internacionales sobre la calidad: Comparativas	31
3.1 Modelos	
3.2 Tendencias actuales de las entidades prestadoras en cuanto a modelos de calidad	
3.3 Bibliografía y otras fuentes consultadas	
4. Propuesta de modelo de calidad para los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia	41
4.1 Introducción	
4.2 Áreas en la gestión de la calidad de los servicios	
4.3 Relación de indicadores	
4.3.1 Indicadores comunes	
4.3.2 Indicadores específicos	
4.4 Resumen de los requisitos del modelo	
4.5 Bibliografía y otras fuentes consultadas	
5. Hacia la evaluación externa y la acreditación de las entidades prestadoras de servicios	73
5.1 Consideraciones previas y puntos de partida	
5.2 Sistemas de evaluación de la calidad	
5.3 El proceso de acreditación	
5.3.1 Introducción	
5.3.2 Infraestructura para la acreditación	
5.3.3 Fases del proceso de acreditación	
5.4 Niveles de acreditación	
5.5 Bibliografía y otras fuentes consultadas	
6. Conclusiones	83
7. Recomendaciones	85
8. Anexos	87





1. Introducción

De forma previa a la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia la estructura competencial del Estado en cuanto a los servicios sociales (y también servicios sanitarios) parte de un escenario normativo de descentralización a las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.). Así, durante los últimos años, las CC.AA. han establecido los requisitos y características que deben cumplir los diferentes tipos de recursos de atención a personas en situación de dependencia para su puesta en marcha, para su funcionamiento posterior y, en algunos casos, para la acreditación de los mismos.

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha supuesto el establecimiento de un marco general para el desarrollo del SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia) común en todas las CC.AA.¹, que requiere fijar criterios comunes en cuanto a la calidad y la acreditación de entidades prestadoras de estos servicios, de forma que la atención a las personas mayores en situación de dependencia se ofrezca en condiciones de igualdad, accesibilidad y sostenibilidad, y con prestaciones integrales e integradas.

Ya el preámbulo de la citada Ley menciona los tres criterios que deben regir las políticas de dependencia de los estados miembros de la UE:

- Universalidad.
- Alta calidad.
- Sostenibilidad.

Igualmente se menciona la necesidad de *«compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos*

necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales».

Son repetidas las ocasiones en que el desarrollo de esta Ley menciona la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad, así como criterios de acreditación:

- En su artículo 11 se menciona a las CC.AA. como las instituciones que deben facilitar la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.
- En su artículo 34 se menciona el establecimiento en el ámbito del Consejo Territorial, de *«criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia».*
- En el artículo 35 se menciona que *«se establecerán estándares de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo regulado en la presente Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia».*

De todo lo anterior se desprende que el aseguramiento o garantía de los servicios prestados a los ciudadanos, mediante la mejora progresiva de la calidad en los mismos, debe ser uno de los principales objetivos de las Administraciones Competentes (CC.AA.), así como también lo debe ser el constituirse en garantes de los derechos de los ciudadanos ante esta Ley, garantizando la igualdad del nivel de calidad de servicios para cualquier ciudadano español, independientemente del territorio en el que se encuentre.

Así, teniendo en cuenta las consideraciones indicadas, Edad&Vida se planteó como objetivo el establecer una serie de recomendaciones y directrices aplicables a cada uno de los recursos de la cartera de servicios mínimos que establece la citada Ley y a las entidades que los prestan. De esta forma se facilitaría a las autoridades competentes una propuesta acerca de los requisitos mínimos y estándares de calidad a exigir a los servicios incluidos en el Sistema

¹ En cuanto a coberturas mínimas y servicios básicos según los niveles de protección establecidos en la propia Ley y correspondientes en un primer nivel a la Administración General del Estado y, en un segundo nivel, a la Administración General del Estado y las CC.AA. de forma conjunta.

para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), sin perjuicio de otros desarrollos normativos que pudieran realizar las CC.AA. en el ejercicio de sus competencias.

Para ello se constituyó una Comisión de Acreditación que ha abordado este estudio de la siguiente forma:

1 En el capítulo 2 se detalla, por un lado, la situación actual de cada una de las CC.AA. en cuanto a los requisitos actuales para la autorización y puesta en funcionamiento de los distintos centros y servicios que se prestan en cada uno de ellos y, por otro, las políticas relacionadas con la calidad que los Gobiernos de cada una de ellas tiene establecidas como vía para garantizar a los usuarios unos adecuados servicios.

Para ello se ha analizado, por una parte, el entorno legal de cada una de las CC.AA. como marco común para todas las entidades prestadoras de servicios, de forma que pudiera obtenerse una visión global y comparativa de los requisitos solicitados, y, por otra parte, los planes estratégicos, estrategias integradas en otros planes (como los sociosanitarios) o planes de calidad propiamente dichos de cada una de las CC.AA.

El resultado de este análisis ofrece un panorama disperso tanto en lo relativo a los servicios prestados como a lo relativo a los requisitos establecidos en cada uno de ellos en cuanto a prestaciones mínimas, requisitos materiales o de personal, así como también en cuanto a las estrategias actualmente establecidas.

2 En el capítulo 3 se analizan otros posibles modelos de calidad como vía para identificar áreas fuertes de cada uno de ellos que puedan aplicarse en un modelo o estándares de calidad en la atención a la dependencia.

Entre ellos se han analizado los modelos de gestión de la calidad más conocidos como el modelo ISO 9001, EFQM, el modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos y el modelo Deming en Japón, otros modelos sectoriales nacionales como el que describe la norma de ONG con calidad o el modelo de la ANECA, aplicable en todas las CC.AA. y encaminado a la certificación y acreditación de

los servicios públicos de enseñanza superior reforzando su transparencia y comparabilidad.

Igualmente se han valorado modelos internacionales en el ámbito sanitario y sociosanitario, tales como el modelo Joint Commission, los modelos Oasis y el RUG-RAI de Estados Unidos, el francés y el británico, así como el canadiense Continuing Accreditation Commission. También se han estudiado otros modelos específicos de atención a la dependencia correspondientes a algunas de las CC.AA. que ya disponen de ellos, tales como el valenciano o el catalán.

El análisis entre ellos se ha realizado teniendo en cuenta criterios de aplicabilidad a distintos tipos de organizaciones, sector al que se aplica, límites de actuación del modelo, enfoque, grupos de interés a que se dirige, si es voluntario o reglamentario, si se evalúa y reconoce interna y/o externamente, descripción del modelo de evaluación, requisitos o aspectos que considera y si permite excluir la aplicabilidad de alguno de ellos en función del tipo de organización, diferencias con otros modelos comparables, así como las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Por último, se recogen cuáles son las tendencias actuales de las entidades prestadoras de este tipo de servicios en España en cuanto a los distintos modelos que se están aplicando, puesto que podría haber resultado alguno de ellos de implantación mayoritaria, facilitando así el establecimiento de estándares. La situación actual indica que se están aplicando de forma más extendida primeramente el estándar ISO 9001 y seguidamente el modelo EFQM como vía de orientar las organizaciones hacia la excelencia.

Conviene señalar que cualquier modelo o conjunto de estándares a implantar en todas las CC.AA. debería ser compatible con los modelos aplicados actualmente en cada una de ellas, tanto desde el punto de vista reglamentario (ejemplo: modelos de Valencia o Cataluña), estableciéndose por las autoridades competentes los

requisitos necesarios que fuera necesario cumplir para alcanzar el nuevo modelo, como por aquellas organizaciones que han adoptado cualquiera de los modelos indicados aplicables a este sector señalados anteriormente.

3 En el capítulo 4, como tercera parte del estudio, se describe el modelo aplicable, que contiene, por un lado, directrices en cuanto a todos los tipos de recursos y, por otro lado, particularidades específicas de cada uno de ellos y que han de cumplir el triple objetivo que supone que los servicios se orienten a:

- La satisfacción de los ciudadanos.
- Los procesos y la gestión.
- Los resultados de la asistencia y la mejora continua.

Para ello el modelo se ha estructurado en tres áreas:

- **Estratégica y organizativa:** Aspectos comunes a todas las entidades que tienen como objetivo principal crear un marco desde un punto de vista estratégico, es decir, el establecimiento de las líneas generales o directrices de una entidad en sus objetivos a corto, medio y largo plazo, y desde el punto de vista organizativo, es decir, en cuanto a la definición de la estructura organizativa, funciones y procedimientos de la entidad.
- **Operativa:** En la que se describe la propia metodología para la prestación de la asistencia, la descripción de los procesos que intervienen en dicha prestación y se establece la tipología de servicios y otros aspectos necesarios en dicha prestación.
- **De medición y mejora:** Aplicables a todos los tipos de entidades y en la que se establece una serie de herramientas para efectuar el seguimiento y medición a las áreas anteriores, determinando así el grado de consecución de los objetivos generales y específicos en función de unos valores estándares/ valores de referencia establecidos y modificar, cuando proceda, las características del servicio o de los procesos hasta lograr la satisfacción de los distintos grupos de interés implicados.

Esta medición incorpora la medida de la satisfacción de los grupos de interés, la realización de evaluaciones internas y externas (como vía para garantizar la homogeneidad de las evaluaciones, su independencia y transparencia que permitan la comparación de los resultados obtenidos y la generación de confianza sobre los servicios que se prestan a nuestros mayores), la evaluación de la memoria anual de cada entidad prestadora, así como una batería de indicadores que permitan la evaluación de la calidad del servicio y sus procesos aplicable a cada uno de los recursos en cuestión.

Añadir que, aunque el modelo propuesto está enfocado a las personas mayores en situación de dependencia, puede asimismo servir de referencia a otros colectivos en situación de dependencia.

4 En el capítulo 5, y última parte del estudio, nos referimos al artículo 11 de la Ley en la que se menciona a las CC.AA. como las instituciones que deben facilitar la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad, se presenta un modelo para la acreditación de las entidades prestadoras.

Esta acreditación ha de cumplir que:

- Promueva la eficacia en el uso de recursos de asistencia a personas con dependencia.
- Garantice un nivel homogéneo de calidad de la asistencia a todos los ciudadanos españoles, con independencia del centro en el que se preste el servicio.
- Genere confianza en la ciudadanía y al colectivo de profesionales del sector.
- Impulse la mejora de la calidad.

Para ello ha de basarse en un juicio independiente, por lo que requiere de una verificación o certificación externa e independiente que evalúe el nivel en que la entidad se sitúa en relación a un conjunto de normas previamente establecidas y consensuadas (modelo de calidad).

El modelo planteado en este informe describe el proceso de acreditación basado en dos niveles, los cuales hacen

referencia al nivel de cumplimiento del modelo de calidad propuesto. Estos niveles son:

- Acreditación básica, realizándose para ello una autoevaluación por la propia entidad de los requisitos identificados como básicos, presentación de solicitud y certificación por parte de entidad independiente de la administración y las entidades prestadoras de servicios. Registro y seguimiento de los centros acreditados de forma que se asegure que se mantienen en el tiempo los requisitos iniciales.
- Acreditación avanzada, mediante el mismo proceso, pero en este caso valorándose los requisitos identifica-

dos como avanzados, así como los indicadores correspondientes a este nivel.

En resumen, el estudio realizado pretende proporcionar herramientas útiles dirigidas al establecimiento de un acuerdo de mínimos aplicables para cada grado y nivel de dependencia del Sistema, así como una propuesta para lograr un nivel avanzado de calidad orientado a la mejora continua, al que las organizaciones deben tender y que debe ser valorado positivamente por las autoridades competentes a la hora de establecer concertaciones con las entidades prestadoras de estos servicios.



2. Situación actual en las CC.AA.

En este apartado se efectúa un análisis relativo a la situación legislativa y a los Planes (tanto de Calidad, Estratégicos, Sectoriales u otro tipo) u otros documentos similares que se han ido desarrollando en cada Comunidad Autónoma en materia de los servicios sociales de atención a las personas mayores. Todo este análisis se ha realizado teniendo en cuenta la diferente tipología de cada uno de los cuatro servicios (Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Día y Centros Residenciales).

En primer lugar, y para evitar posibles confusiones, se definen algunos términos que se repetirán en adelante:

- **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 CC.AA. 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.
- **Certificación:** Proceso llevado a cabo por una entidad reconocida como independiente (evaluación por tercera parte) y que pone de manifiesto la confianza de que un producto o servicio es conforme a una norma concreta.

2.1 Entorno legal

Con el desarrollo de los distintos Estatutos de autonomía, son las CC.AA. las responsables de otorgar las correspondientes autorizaciones y de crear y actualizar los registros de Centros y Servicios, facilitando la acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares

de calidad. También son las CC.AA. 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.

Estos requisitos no pueden ser los mismos para todos los centros porque las necesidades de atención en cada caso son distintas y condicionan la organización y la propia prestación de servicios. Para ello se definen diferentes requisitos mínimos de acreditación en función de la tipología de servicio a acreditar; dando así una respuesta coherente con la diversidad de la oferta de servicios.

Aparte de estas lógicas diferencias en cuanto a los requisitos en función del tipo de servicio, dentro de cada CC.AA. se han establecido diferentes exigencias, de modo que los requisitos para un mismo tipo de centro son diferentes dependiendo de en qué Autonomía nos encontremos, pudiendo encontrar CC.AA. más o menos exigentes o que establecen condiciones materiales y personales más generales o más concretas.

En lo que respecta a los **Centros de Día** y las **Residencias** (ambos muy similares por sus características), gran parte de las CC.AA. han establecido los mismos requisitos materiales y humanos para conceder la autorización y para otorgar la acreditación. Éste es el caso, por ejemplo, de Andalucía, Madrid, Extremadura, Murcia, Baleares, La Rioja, Navarra y Cantabria. En el caso de Galicia no se han localizado requisitos adicionales para acreditar, por lo que se presupone que son los mismos que para la autorización.

En otras autonomías, y siguiendo con los centros de día y las residencias, para la acreditación se mantienen los mismos requisitos materiales, pero se establecen requisitos humanos adicionales, como sucede en Aragón, o bien

únicamente se establecen requisitos humanos para conceder la acreditación, como sucede con el ICASS en Cataluña.

También se da el caso contrario, por ejemplo en Asturias, donde los requisitos adicionales que se solicitan para conceder la acreditación son únicamente materiales.

En el resto de las Autonomías para que un centro de día y residencia consiga la acreditación se han establecido exigencias adicionales para introducir mejoras:

- En el País Vasco existen criterios adicionales, tanto materiales como humanos, que incorporan mejoras de las condiciones de los centros.
- En la Comunidad Valenciana, para mantener la acreditación se exige una evaluación periódica de la calidad del centro según los criterios establecidos por la Comunidad.
- En las Islas Canarias los requisitos materiales y humanos son comunes, pero se exige la creación de un Comité de Calidad, presidido por el director y que ejercerá las funciones de velar por la participación de los residentes en las actividades del mismo, por fomentar la apertura a la comunidad y de las relaciones intergeneracionales y por formular propuestas de mejora de la calidad de atención que se presta en el centro.
- En otras, como en Castilla y León, los requisitos que se piden para la acreditación son los mismos que para la autorización, pero han de aceptarse las “sugerencias” e instrucciones de la Junta para conseguirla.
- Y, por último, en Castilla-La Mancha los requisitos mínimos coinciden, pero se valoran positivamente si se superan estos mínimos, tanto en recursos materiales como humanos, y disponen de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado por la norma UNE-EN ISO 9001.

En lo que respecta al Servicio de **Asistencia Domiciliaria**, también hay una gran variabilidad según cada Comunidad Autónoma. Así pues, en Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, el País Vasco y La Rioja, se han establecido procedimientos para la autorización y acreditación de los servicios o, en otros casos, estas

dos etapas son conjuntas. En otras autonomías no se ha localizado información, como es el caso de Galicia, o los requisitos se establecen para cada concurso, como en Madrid o Murcia.

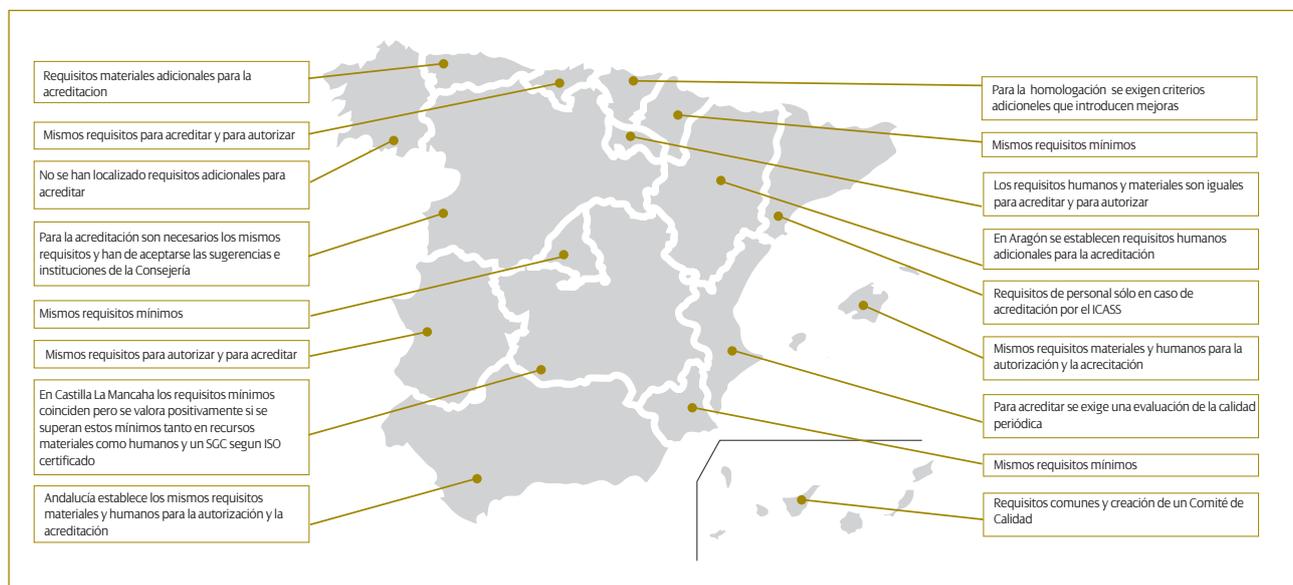
Como resumen, y para hacer una aproximación a la situación actual de cada Comunidad, hemos detallado en unas tablas esquema los aspectos necesarios en autorización y en acreditación que deben cumplir las entidades en cada Comunidad Autónoma según los distintos servicios (Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Día/Noche y Residencias). Estas tablas están incluidas en el Anexo I: Requisitos para la autorización y acreditación de las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas en situación de dependencia, junto con una relación de la normativa vigente actualmente y que pueda ser de interés.

Los requisitos adicionales que se establecen para la acreditación pueden visualizarse en el mapa de la página siguiente.

A continuación se presenta un breve resumen de los requisitos (materiales y humanos), así como de las prestaciones mínimas que exige la legislación en cada Comunidad Autónoma para cada servicio. Una comparativa más exhaustiva de los servicios que a continuación se describen se establece en el Anexo II: Requisitos de los servicios de atención a la dependencia.

TELEASISTENCIA

En cuanto a la Teleasistencia, en la mayoría de CC.AA. el servicio se presta de la siguiente manera: las Entidades Locales interesadas en la implantación y desarrollo del Programa en su ámbito territorial formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones Locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación Local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un concurso público y posterior contrato entre la FEMP y la empresa o entidad que se seleccione y los requisitos del Servicio son fijados para cada caso.



En cuanto a las prestaciones más comunes están la atención directa y el seguimiento personal.

Son las CC.AA. de Madrid, Cataluña y Andalucía las que presentan un mayor número de servicios.

AYUDA A DOMICILIO

Prestaciones mínimas exigidas

En todas las CC.AA. se exige como mínimo: actuaciones de carácter doméstico y actuaciones de carácter personal.

Como prestaciones **estándar** están: actuaciones de carácter doméstico, actuaciones de carácter personal, coordinación de recursos médicos, actuaciones de carácter educativo, actuaciones de carácter sociocomunitario o integrador.

Otros datos complementarios a los anteriores son:

- Castilla-La Mancha es aquella que requiere un menor número de modalidades de servicios.
- Actuaciones de carácter doméstico y actuaciones de carácter personal son servicios exigidos en todas las CC.AA.
- La Comunidad Autónoma de Cantabria es aquella que exige un mayor número de modalidades de servicios.

- El servicio de terapia ocupacional es el menos exigible (sólo en dos CC.AA.).

En lo referente a los tiempos de prestación existe una gran heterogeneidad según la CC.AA., con un rango que varía desde un mínimo de media hora diaria hasta un máximo de tres horas, con una media de dos. En algunas comunidades no se ha localizado información, puesto que son servicios que se convocan por concurso.

CENTROS DE DÍA

Prestaciones mínimas exigidas

Todas las autonomías ofrecen como **mínimo**: atención básica, estimulación de las capacidades funcionales, dinamización sociocultural, restauración o manutención y soporte familiar.

En las comunidades con servicios **estándar** se ofrece restauración, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, terapia ocupacional, atención psicosocial y dinamización sociocultural.

Las Comunidades que prestan servicios **máximos** ofrecen: restauración y manutención, dinamización sociocultural, soporte familiar, estimulación de las capacidades

funcionales, atención básica, terapia ocupacional, ayuda a la integración social, servicio médico, atención psicosocial, entre otros.

Como datos complementarios hay que comentar que:

- En las Islas Canarias y Cantabria no se ha encontrado información en la normativa autonómica.
- Los servicios que mayoritariamente se regulan en las normativas autonómicas son los de restauración o manutención (en 12), dinamización sociocultural (en 10), soporte familiar (en 7), estimulación de las capacidades funcionales (en 10) y atención básica (14).
- La autonomía en la que menos servicios se exigen es Castilla-La Mancha (3).
- Los servicios menos exigidos en las normativas son hábitos de autonomía, enfermería, autoservicio de lavandería, peluquería, podología y cuidado y vigilancia.
- Las CC.AA. que más se aproximan al máximo (estipulado) son la Comunidad Valenciana, Navarra, Cataluña y Murcia.
- Asturias cuenta con la publicación de una guía que establece el modelo práctico asistencial detallando programas y talleres, entre otros.

Requisitos materiales

Los requisitos **mínimos** establecidos por las CC.AA. son: aseo obligatorio, comedor compartido, sala de actividades y sala de rehabilitación compartidas.

Como requisitos **estándar**: aseo obligatorio, baño geriátrico (al menos uno), que disponga de comedor de 2 m² por persona, sala de estar de 1,8 m² por persona, sala de cura, sala de actividades como mínimo compartida, sala de rehabilitación como mínimo compartida.

Los requisitos **máximos** son: aseo obligatorio, baño geriátrico, que disponga de comedor propio (2,5 m² por persona de superficie mínima de comedor sin compartir), disponer de sala de curas, sala de actividades, sala de rehabilitación (más de 39 m²), sala de terapia ocupacional.

Como datos complementarios hay que señalar:

- En La Rioja no se ha localizado información y de Galicia no se dispone, porque se rige por cheque asistencial.
- La Comunidad que menos requisitos exige es Aragón.
- Seis autonomías cumplen o superan el estándar: Cataluña, Valencia, País Vasco, Murcia, Castilla y León e Islas Baleares.
- El máximo de requisitos se exige en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

CENTROS RESIDENCIALES

Prestaciones mínimas exigidas

En cuanto a los servicios **mínimos** exigidos en los Centros Residenciales en todas las CC.AA., se ofrece la manutención y atención básica.

En las CC.AA. con servicios **estándar**, además de la manutención, se ofrece, como mínimo, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, dinamización sociocultural, atención sanitaria, ayuda a la integración social y terapia ocupacional.

En el caso de las autonomías con **requisitos normativos más exigentes** se ofrece, además de todo lo anterior, un servicio médico, enfermería, lavandería, acogida y convivencia, soporte familiar, transporte y administración de fármacos.

Aparte de estos datos generales cabe destacar que la normativa de las Islas Canarias, Cantabria y Extremadura no contiene información sobre estos requisitos, si bien en la actualidad se está desarrollando normativa.

En cuanto a los servicios que más se exigen en el total las CC.AA. son: estimulación de capacidades funcionales junto con la manutención (en 11 de las 14 autonomías que exigen requisitos), atención sanitaria (en 10), atención básica (en 9) y terapia ocupacional (en 8). En cambio, los servicios que menos se exigen son: hábitos de autonomía (en 1 Comunidad Autónoma), atención psicológica (en 2), soporte familiar (en 3), acogida y convivencia (en 3), ser-

vicio de lavandería (en 3), enfermería (en 3) y transporte (en 3).

Requisitos materiales

Como requisitos materiales **mínimos** están: aseo obligatorio, dormitorio para seis personas (6 m² en superficie mínima), que disponga de comedor compartido (1 m² por persona o posibilidad de que sea inferior a esta cifra), sala de actividades y sala de rehabilitación compartidas.

Los requisitos más comunes o **estándar** son: aseo obligatorio, baño geriátrico, dormitorio doble (10 m² de superficie mínima de dormitorios individuales y 12 m² para dobles), que disponga de comedor de 2 m² por persona, sala de estar de 2 m² por persona, sala de cura, sala de actividades como mínimo compartida, sala de rehabilitación como mínimo compartida.

En el caso de las CC.AA. con mayores exigencias materiales los requisitos **máximos** son los siguientes: aseo obligatorio, baño geriátrico, dormitorio individual o doble (10 m² para individuales y 16 m² para dobles), que disponga de comedor propio (4,5 m² por persona de superficie mínima de comedor sin compartir), disponer de sala de curas, sala de actividades, sala de rehabilitación (más de 20 m²), sala de terapia ocupacional, sala de velatorio y sala de recepción de visitas

Como datos complementarios hay que señalar:

- Todas las Comunidades tienen **aseo obligatorio** en los dormitorios.
- **Baño geriátrico:** Asturias contempla el máximo, obligando a disponer de uno al menos si tiene una persona con graves problemas de movilidad. Castilla-La Mancha y Andalucía obligan a disponer de uno cada veinte personas. Los que menos exigencias establecen son la Comunidad Valenciana y el País Vasco, con uno cada cien personas y uno cada cincuenta personas, respectivamente. Sin embargo, es en Murcia (15 m²), País Vasco (15 m²) y Comunidad Valenciana (14 m²) donde los baños geriátricos son más amplios. En la normativa de siete autonomías no se hace mención al baño geriátrico.
- **Dormitorios:** en Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y la Rioja la capacidad máxima de los dormitorios es de dos personas. En Aragón y Madrid, en cambio, la capacidad es de seis personas. La superficie mínima exigida por plaza es de 6 m² en Andalucía, La Rioja y Valencia, mientras que el máximo es 10 m² para habitaciones individuales y 16 m² para habitaciones dobles. El máximo lo establece Castilla-La Mancha.
- **Comedor:** las que regulan con un menor tamaño el comedor son: Castilla-La Mancha, la superficie es menor a 1 m² por persona Madrid, 1 m² por persona, y en Castilla y León, 1,3 m². Las mayores exigencias según la regulación, son 4,5 m² por persona en Murcia y País Vasco.
- **Sala de estar:** Las Comunidades que requieren una mayor dimensión por persona en salas de estar son Murcia y País Vasco, con 4,5 m² por persona Castilla y León, con 3 m². Extremadura y La Rioja presentan el mínimo con 1,8 m².
- **Sala de curas:** No se especifica en la normativa de Islas Canarias y Cataluña.
- **Sala de actividades:** Prevén este tipo de sala las Comunidades de Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia, Cataluña, País Vasco, La Rioja y Valencia.
- **Sala de rehabilitación:** El máximo lo representa Valencia, con 40 m², y Andalucía, con 20 m² de superficie total. Los mínimos están dados cuando se comparte con otra sala (Asturias) o cuando su existencia depende de que la residencia supere las 50 plazas de usuarios (Castilla y León y La Rioja). En total doce Autonomías indican la sala de rehabilitación como necesaria en un centro residencial de mayores.
- **Sala de terapia ocupacional:** Sólo seis normas autonómicas regulan este tipo de salas. La de mayor extensión es Andalucía, con 20 m². En dos de ellas, Asturias e Islas Baleares, su existencia está condicionada por la cantidad de plazas que posee el centro (mínimo de 25 y 40 plazas, respectivamente).

HETEROGENEIDAD DE CRITERIOS EN CUANTO A LOS REQUISITOS DE PERSONAL

Tras un análisis exhaustivo de la legislación referente a los requisitos de personal, se puede afirmar que éste es el aspecto en el que se da una mayor heterogeneidad entre las diferentes Comunidades, debido, sobre todo, a la diferente forma de clasificar a los profesionales en cada Comunidad Autónoma.

El modo de agrupar al personal exigido varía enormemente de una Comunidad a otra, y además a estas diferencias hay que añadir que no todas las CC.AA. calculan los mínimos según ratios, sino que lo hacen, por ejemplo, a partir de las horas de atención por jornada según la cantidad de plazas del centro. Un ejemplo claro son los Centros Residenciales de Castilla y León.

Existen más diferencias en los criterios para el cálculo de ratios, por ejemplo según las características de la persona usuaria (distintos grados de dependencia) o el tamaño del centro.

Como únicos criterios comunes en todas las CC.AA. se encuentra únicamente la figura del Director en los Centros Residenciales y de los Centros de Día. Generalmente el Director debe tener estudios universitarios de grado medio o superior en ciencias sociales o de la salud, o experiencia demostrable de varios años en funciones similares.

Como personal sanitario en la gran mayoría de Autonomías se hace referencia al DUE.

Respecto al personal de servicios hay grandes diferencias en cuanto al peso que se le otorga. En Navarra, País Vasco y Extremadura no se hace referencia alguna a este tipo de persona; en Baleares no se estipulan ratios en Centros de Día, pero se menciona su existencia, y en Andalucía y Valencia se define el tipo de personal de servicios y la ratio de los mismos.

En el caso de la Ayuda a Domicilio, en diez de las CC.AA. el personal de atención es un trabajador social y/o auxiliar de ayuda a domicilio.

2.2 Políticas y estrategias

Por otra parte, algunas CC.AA. están llegando más lejos y han comenzado a desarrollar planes de calidad, planes estratégicos y similares.

A partir del desarrollo legislativo y de estas nuevas actuaciones, las CC.AA. quieren extender y sistematizar los desarrollos en materia de calidad a las prestaciones que ofrecen los sistemas públicos a los mayores con la finalidad de promover un proceso de mejora continua en la calidad que pueda ser evaluado objetivamente, tanto interna como externamente.

El desarrollo de estos planes (bien se denominen de calidad, de servicios sociales, geriátricos, estratégicos, etc.), al igual que en el caso de los requisitos para recibir la autorización y la acreditación, se ha elaborado de forma independiente por parte de cada Comunidad Autónoma, sin que haya un mínimo común establecido. Esta falta de criterios comunes ha dado lugar a que en cada Comunidad Autónoma se hayan realizado diferentes tipos de desarrollo y con distinto grado de complejidad y, por lo tanto, es difícil establecer un estándar a nivel nacional.

A continuación vamos a hacer una breve descripción del escenario que se puede encontrar en cada una de las CC.AA.:

Andalucía

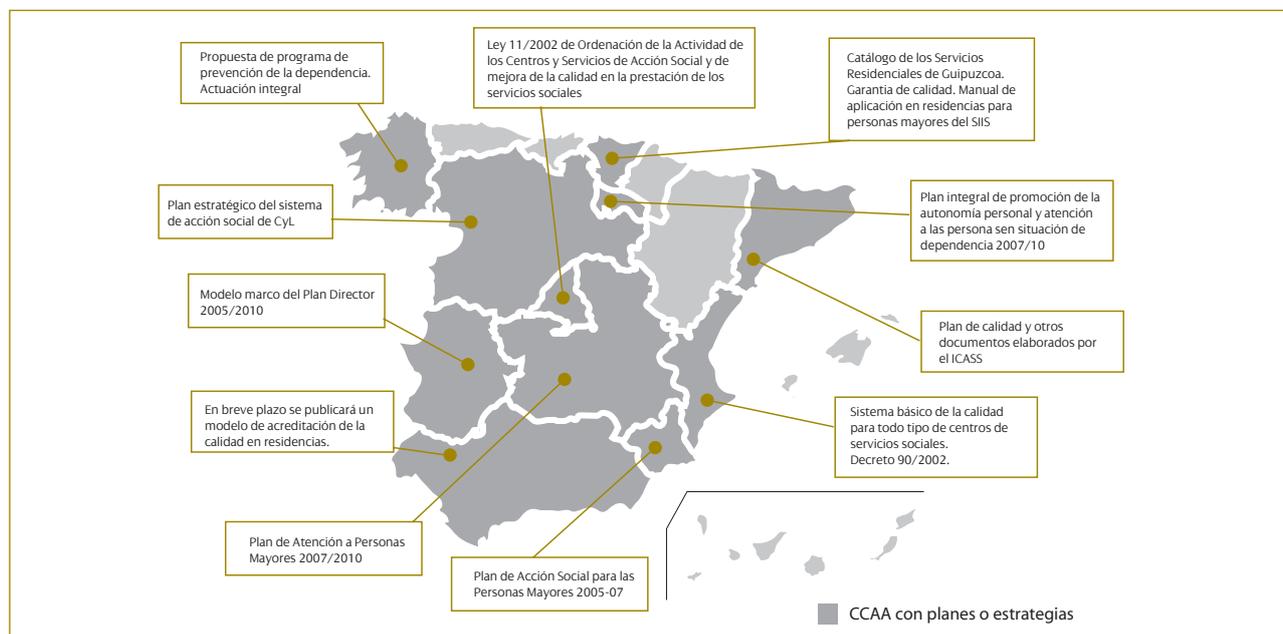
Se prevé que en breve plazo se publique un Modelo de Acreditación de la Calidad en Residencias.

Asturias

Durante la próxima legislatura podría crearse una "Ley de Calidad de los Servicios Sociales".

Castilla-La Mancha: II Plan de Atención a Personas Mayores 2007/2010

El II Plan de Atención a Personas Mayores se basa en cuatro ejes estratégicos, con los que se pretende marcar el camino de la atención a las personas mayores, cómo garantizar los derechos y la protección, la promoción del



envejecimiento activo y la participación social, la atención a las personas mayores en situación de dependencia y a sus familias y, por último, la calidad, la investigación, la formación y la innovación en la atención a personas mayores. En este Plan se establece una misión y una visión, así como los principios básicos, organizativos y de intervención, los criterios y las prioridades. También se establecen objetivos según el eje estratégico.

Vamos a comentar brevemente los principales ejes que son de nuestro interés:

a) Garantía de derechos y protección a las personas mayores: Inspección. Su objetivo es garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores en condiciones de igualdad, en el marco de la Constitución Española, en el Estatuto de Castilla-La Mancha y el resto del ordenamiento jurídico. Destacan indicadores relativos a:

- Instrumentos diseñados.
- Número de personas atendidas.
- Número de campañas realizadas.
- Número programas realizados. Número de usuarios participantes.

- Número actuaciones. Número de usuarios participantes
- b) La calidad, la investigación, la formación y la innovación en la atención a personas mayores. Su objetivo es garantizar a todos los servicios dirigidos a las personas mayores en Castilla-La Mancha las estructuras y recursos necesarios en una gestión de calidad que asegure la satisfacción de los usuarios, familias, profesionales y sociedad en general.

En cuanto a la calidad, determina los siguientes puntos:

- Elaborar cartas de servicios de los principales recursos de atención.
- Definir el procedimiento y crear la herramienta de evaluación del grado de cumplimiento de los criterios de calidad en cada uno de los servicios.
- Herramientas de medición de la satisfacción del usuario y de los profesionales.
- Realizar encuestas a la población en general.
- Establecer una política de reconocimientos específica para los centros de atención a personas mayores.

- Establecer jornadas de comunicación y sensibilización para los profesionales acerca del sentido de las políticas de mayores en Castilla-La Mancha.
- Elaborar el mapa de procesos general.
- Elaborar los protocolos de colaboración y comunicación entre los diferentes servicios relacionados con la atención a las personas mayores.
- Organizar sesiones de trabajo de equipos multiprofesionales de cada uno de los servicios para tratar aspectos relacionados con ellos.
- Ofrecer la formación necesaria a los profesionales.
- Promover el reconocimiento y la difusión de intervenciones profesionales que constituyan buenas prácticas en la atención a las personas mayores.
- Establecer un sistema de comunicación entre los profesionales acerca de las aportaciones de éstos para la mejora de los servicios y la implantación de dichas mejoras.
- Elaborar los protocolos de colaboración y comunicación con otras instituciones públicas.
- Establecer de forma periódica reuniones para directivos de diferentes instituciones públicas en las que se presenten propuestas de colaboración entre ellas.
- Crear el código ético de los servicios de atención a las personas mayores.
- Realizar evaluaciones periódicas que muestren e informen acerca del grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos en la atención a las personas mayores.

Castilla y León: Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Decreto 56/2005

Se establecen misión, visión y valores del Sistema de Acción Social de Castilla y León.

Cuenta con tres ejes: vertebración del sistema, adaptación de los recursos a las necesidades y el conocimiento como recurso. En cuanto a calidad establece lo siguiente (incluyendo una serie de indicadores):

- Publicación del documento sobre modelo de centro en los centros propios de atención a personas mayores.
- Publicación del manual de procesos y procedimientos.
- Número de centros que han elaborado planes de mejora.
- Número de planes de mejora en cada centro.
- Porcentaje de usuarios que tienen plan de intervención individualizado.
- Número de procesos que se han aplicado en cada centro.
- Número de profesionales que han participado en planes de formación para la mejora de la calidad de vida.
- Número de centros residenciales y unidades de estancias diurnas que han realizado cartas de servicios.
- Porcentaje de centros que han adaptado su funcionamiento a los criterios y directrices del documento base.
- Porcentaje de personas que participan en las actividades formativas para la implantación del modelo tipo de programación.
- Porcentaje de miembros de los órganos de representación que participan en actividades formativas para adquisición y promoción de habilidades de participación.
- Número de centros que han elaborado la carta de servicios.
- Grado de satisfacción en los programas desarrollados en el marco del Club de los 60.
- Etc.

Cataluña: Plan de Mejora de la Calidad del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales 2005/2008

Los objetivos generales del Plan de Calidad están determinados por las líneas estratégicas definidas por el ICASS para el periodo 2005/2008, que hacen referencia a:

- Desarrollar los modelos de calidad a la atención en servicios sociales.
- Incluir principios de calidad en la nueva Ley de servicios sociales.

- Analizar el cumplimiento de la línea estratégica 4 del IV Plan de Actuación Social.
- Identificar las implicaciones de la creación de redes públicas de provisión de servicios sociales.
- Proporcionar soporte al proceso de creación y acreditación de redes, según el modelo adoptado.
- Mejorar las prestaciones de los servicios por líneas de atención.
- Mejorar la calidad en los procesos de gestión interna del ICASS.
- Mejorar la atención personalizada al ciudadano.
- Contribuir a mejorar la participación de los ciudadanos.
- Fortalecer la presencia externa del ICASS en temas de calidad.

Otros documentos de interés son:

- Acuerdo para la mejora de la calidad y financiación de las residencias. Este acuerdo alcanzado entre Generalitat, patronales y sindicatos estableció un aumento de precio público y requisitos para los años 2001, 2002 y 2003 que sirvió de modelo para las órdenes de convocatoria de centros colaboradores.
- Acuerdo de colaboración para el acogimiento residencial en centros colaboradores, concertados, propios del ICASS dados a gestión y la atención en centros de día de personas mayores.
- Modelo asistencial en residencias asistidas. Documento elaborado en el 2000 por el ICASS en colaboración con el sector para determinar cómo deberían ser las residencias en el futuro.
- Programas y protocolos que se deben llevar en residencias. Complemento al modelo anterior, que contiene qué documentación (protocolos, registros y programas) debe establecerse.
- Indicadores de calidad para residencias asistidas públicas y colaboradoras. Elaborados por la Generalitat en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian (en adelante FAD), que pretenden poder valorar la calidad de las residencias financiadas con fondos públicos en Cataluña.
- Indicadores de calidad para centros de día públicos y colaboradoras. Elaborados por la Generalitat en colaboración con la FAD, que pretenden poder valorar la calidad de los centros de día financiados con fondos públicos en Cataluña.
- Definición de un modelo estructural de calidad en residencias asistidas. Documento elaborado por el ICASS para definir cómo deberían ser las características estructurales de las residencias públicas.
- Recomendaciones para elaborar planes de mejora continua en residencias asistidas. Elaborado por el ICASS con ejemplos sobre cómo aplicar planes para mejorar la calidad de las residencias, por ejemplo, mejorando la atención a las reclamaciones.
- Carta de los derechos de los usuarios de la Sanidad Pública Catalana elaborado por la Generalitat recogiendo los derechos que contienen las diferentes normas y afectan a usuarios de la sanidad.
- Perfil de los directores de residencias en Cataluña en 2004. Documento de la inspección en la que se explica qué titulación tienen los directores de los centros tras la entrada en vigor de la norma que les obliga a tener titulación universitaria.
- Atlas de la Dependencia. Documento elaborado por la Generalitat sobre la dependencia, su coste, planificación, perspectivas de futuro y otros temas relacionados.

Extremadura: III Acuerdo de Política Social, aplicable en el bienio 2006/2007

Se vertebra en dos ejes:

Eje I: Autonomía personal y atención a la dependencia.

Creación de una cartera de servicios, priorización en la prestación de servicios, apoyo a las familias, participación de los agentes sociales en la elaboración, seguimiento y evaluación de las medidas y acuerdos, establecimiento de criterios básicos y principios de concertación de los servicios para las empresas y entidades que concierten con la Administración.

Eje II: Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria. Propone objetivos específicos 2005/2010 basados en varias líneas de actuación

- Acciones de reorganización, planificación y diseño de estrategias principales:
 - 2005: Constitución de una Comisión de seguimiento del Plan Socio-sanitario y de la Comisión permanente intersectorial y creación de la oficina funcional intersectorial del Plan Extremadura te cuida.
 - 2006: Puesta en marcha de comisiones sociosanitarias y definición de sus competencias.
 - 2007: Evaluación de las Comisiones Comunitarias, coordinación sociosanitaria.
- Acciones sobre el nivel de atención comunitario.
- Acciones sobre el nivel de atención residencial-hospitalario.
- Acciones de formación y apoyo a cuidadores e inserción.
- Acciones presupuestarias.

Galicia: Propuesta de Programa de Prevención de la Dependencia-Actuación Coordinada. Test integral para la vida autónoma (ACTIVA), BOE 23/01/2006 04-23

- Creación de un nuevo organismo autonómico: el Consello de Servicio Galego de Dependencia.
- Contempla el diseño de protocolos de coordinación sociosanitaria.
- Previsto el diseño de indicadores para la evaluación de cada una de las fases en que se desarrollan las actuaciones.

Murcia: Plan de acción social para las personas mayores de la región de Murcia 2005-2007

En el área de coordinación sociosanitaria se prevé la creación de una Comisión de Trabajo entre las Consejerías de Sanidad y Trabajo y Política Social que aborde la coordinación entre los servicios sociales y los de atención sanitaria.

Establece una serie de áreas de actuación:

- Investigación, formación y sensibilización social sobre el fenómeno del envejecimiento.
- Información y participación de las personas mayores en la vida social y cultural.
- Atención en el medio familiar y comunitario.
- Atención residencial.
- Inspección y garantía de derechos.
- Coordinación sociosanitaria.

En cada área de actuación se incluyen diferentes objetivos, con indicadores definidos para su evaluación y su estado de ejecución. Algunos ejemplos de objetivos son los siguientes:

- **Objetivo 2.2.** Constituir el Consejo Sectorial de Personas Mayores según la nueva ordenación jurídica.
- **Objetivo 3.1.** Promover la figura del «gestor de atención a personas mayores» en los centros de servicios sociales.
- **Objetivo 3.2.** Establecer un sistema de seguimiento, evaluación y supervisión periódica del servicio de ayuda a domicilio.
- **Objetivo 5.1.** Garantía de derechos. Elaboración de criterios de calidad asistencial en centros residenciales.
- **Objetivo 5.2.** Acreditación e inspección. Realización de un informe bienal de calidad en la atención en centros residenciales.

La Rioja: Plan integral de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: personas mayores 2007-2010

Entre los objetivos y medidas más relacionados con la calidad hay que destacar:

- Creación de la Comisión de Calidad. Elaboración de la normativa reguladora de la Comisión de Calidad.
- Crear el observatorio de la calidad. Elaboración de la norma reguladora del observatorio de calidad.
- Desarrollar la Ley de Calidad de La Rioja en el sector de las personas mayores, que contemple los siguientes puntos:

- Diagnóstico y diseño de instrumentos de calidad en el ámbito de personas mayores.
- Elaboración de cartas de compromiso en residencias y centros de día.
- Apoyo técnico y económico a las entidades sin ánimo de lucro para la ejecución de planes de mejora en residencias.
- Apoyo técnico y económico a las entidades locales para la ejecución de los planes de mejora en residencias.
- Diseño del mapa de recursos e inversiones de centros para personas mayores en plan de mejora.
- Creación de los planes de calidad.
- Mejorar la calidad en la atención, fundamentalmente a través de:
 - Reducción de los trámites generales para la tramitación de los procedimientos.
 - Reducción de los plazos medios de tramitación de las ayudas a cuidadores de personas mayores en situación de dependencia.
- Fomentar la calidad en todos los ámbitos de los servicios sociales a través de:
 - Introducción de cláusulas de calidad en el ámbito de la contratación administrativa.

Comunidad Valenciana: Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano

Este decreto versa sobre el control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma en la Comunidad Valenciana.

Su objetivo es desarrollar la normativa por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, en lo relativo al control e información puntual sobre la calidad de los servicios y centros de acción social.

Con tal objeto se regulan las siguientes actuaciones:

- El procedimiento de control y evaluación de calidad al que podrán o, en su caso, deberán someterse los ser-

vicios y centros de acción social dependientes de las personas físicas o jurídicas que lleven a cabo su actividad o presten sus servicios en la Comunidad Valenciana en el ámbito de la acción social.

- El régimen de acreditación administrativa y registro de las entidades evaluadoras de calidad de los servicios y centros de acción social.

El control de evaluación de calidad tendrá por objeto establecer y verificar si las actividades del centro o servicio y las medidas planificadas se llevan a la práctica de manera eficaz y son las adecuadas para alcanzar los objetivos que marca la normativa vigente, tanto desde el punto de vista de la calidad de los servicios como de la atención a los usuarios.

La evaluación periódica de calidad será obligatoria para aquellas entidades que perciban subvenciones o contraten por la prestación de servicios de acción social con cargo a los presupuestos de la Generalitat Valenciana o que pretendan suscribir con ella convenios de colaboración.

Las personas físicas o jurídicas titulares de centros y servicios de acción social que estén obligadas a someterse al control de evaluación de calidad deberán acreditar la calidad a través de las entidades evaluadoras que reúnan los requisitos establecidos en el decreto.

El control de calidad tendrá carácter anual.

La Consellería desarrolla, mediante Orden, los indicadores de calidad correspondientes a cada tipología de centros y servicios.

Madrid: Orden 481/2002, de 22 mayo, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se determinan la organización y funciones de la Comisión de Calidad de los Servicios de la Consejería de Servicios Sociales

La Comisión de Calidad de los Servicios de la Consejería de Servicios Sociales tiene como objetivo fundamental el establecimiento de criterios y pautas de actuación comunes en materia de mejora de la calidad de los servicios sociales y cuya responsabilidad en la provisión del servicio corresponde a la Consejería de Servicios Sociales. Los objetivos de esta Comisión son:

- Participar en la definición de los atributos, estándares e indicadores de calidad en la gestión de servicios sociales asistenciales competencia de la Consejería.
- Coordinar los sistemas, planes o proyectos de mejora de la calidad asistencial en los Centros y Servicios de Acción Social.
- Conocer previamente a su implantación los planes o programas de aseguramiento de la calidad asistencial que comporten la aplicación de normas a los procesos de gestión de servicios asistenciales, objeto de la Orden.
- Verificar, con carácter previo a su aprobación, el ajuste de los Pliegos de Cláusulas Administrativas y prescripciones técnicas que rijan el contrato de prestación de servicios sociales asistenciales mediante el sistema de gestión indirecta, a las pautas y criterios de calidad establecidos.
- Conocer, discutir y, en su caso, realizar propuestas de mejora, sobre las condiciones de apertura y de inspección de centros, convenios de colaboración u otros expedientes e instrumentos jurídicos que incidan directamente sobre la calidad del servicio prestado.
- Conocer, discutir y, en su caso, realizar propuestas de mejora, sobre las características básicas y funcionales de los sistemas de información, aplicaciones y bases de datos que soporten información sobre programas, proyectos o técnicas y herramientas de calidad que vayan a tener aplicación en servicios y centros de la Consejería de Servicios Sociales.
- Participar en el diseño para el análisis de la percepción de la calidad asistencial; técnicas tales como encuestas, entrevistas, grupos de discusión, auditorías de calidad u otros instrumentos análogos.
- Conocer y, en su caso, realizar propuestas de mejora antes de la aprobación y difusión, de las Cartas de Servicio a las que hace referencia el Decreto 27/1997, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas

de evaluación de Calidad y los premios anuales a la excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid y que afecten a centros, servicios o unidades administrativas de la Consejería de Servicios Sociales.

- Participar y, en su caso, elaborar propuestas de mejora, mediante el conocimiento previo a su aprobación, de los planes de inspección, auditoría y evaluación de la calidad de la atención en centros.
- Recibir información periódica de las sugerencias y reclamaciones presentadas por los usuarios, empleados y familiares.
- Conocer, discutir y, en su caso, realizar recomendaciones sobre cualquier aspecto puntual relacionado directamente con la calidad de los servicios sociales asistenciales cuando así sea sometido a su consideración por cualquiera de sus miembros y siempre que quede incorporado al correspondiente orden del día.

Navarra: Orden foral 9/2007, de 24 de enero, de la Consejera de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se aprueba la convocatoria de subvenciones, para el año 2007, a entidades sin ánimo de lucro que intervienen en el área de tercera edad

Esta Orden Foral establece que a la hora de valorar a la entidad se valorará la presentación, redacción y exposición de datos económicos, así como la existencia de indicadores de calidad y variables de verificación.

País Vasco: Garantía de Calidad. Manual de Aplicación en Residencias para Personas Mayores del SIIS

Sus objetivos son:

- La detección continuada de aquellos aspectos del funcionamiento, de la organización o de la estructura que, en su opinión, resultan susceptibles de mejora.
- La discusión y propuesta continuada de modos alternativos de actuación o de organización que permitan mejorar dichos aspectos, discusión que tendrá lugar en un foro de debate denominado Grupo de Calidad, en el que están representados los distintos intereses que convergen en la vida residencial.

- La aplicación progresiva de dichas soluciones.
- La evaluación y el seguimiento continuado de dicha aplicación.

El manual se estructura en sucesivos ciclos de calidad, cada uno de una duración aproximada de dos años. El desarrollo del proceso, a grandes rasgos, transcurre del siguiente modo:

- La entidad de la que depende la residencia, el director y el responsable externo de calidad presentan a los residentes, a personas externas (familiares, etc.) y a los profesionales el método de Garantía de Calidad SIIS y explican cómo pueden participar en él (fase de diagnóstico).
- El responsable externo de calidad recoge la información (mediante entrevistas personales y cuestionarios escritos, la aplicación de una lista de chequeo y la solicitud de la documentación de la residencia), analiza esa información, la clasifica y elabora propuestas de cambio destinadas a mejorar la atención (fase de diagnóstico).
- Se constituye el grupo de calidad (fase de discusión y acuerdo).
- El responsable externo de calidad presenta al grupo de calidad la valoración de la información recogida y las propuestas de cambio que ha ideado (fase de discusión y acuerdo).
- El grupo de calidad se reúne tres ó cuatro veces para discutir estas propuestas y alcanza un acuerdo para introducir una serie de mejoras (fase de discusión y acuerdo).
- El grupo de calidad informa al resto de la residencia de los acuerdos adoptados y a partir de ese momento se inicia la ejecución de las mejoras (fase de discusión y acuerdo).
- El responsable externo de calidad redacta el informe inicial (fase de elaboración del informe inicial).
- El grupo de calidad realiza bimestralmente un seguimiento durante un periodo de seis meses e informa al resto de la residencia de la evolución del proceso (fase de afianzamiento).
- Durante doce meses el grupo de calidad continúa el seguimiento bimestral y empieza a incorporar nuevas cuestiones a la discusión, informando al resto de la residencia de la evolución del proceso (fase de mantenimiento).
- El responsable externo de calidad redacta el informe final (fase de elaboración del informe final).
- La residencia solicita la certificación de Garantía de Calidad SIIS a la entidad de certificación.

En una segunda parte del Manual se detallan los «Instrumentos de aplicación»:

- Guión modelo para la reunión de la presentación.
- Modelos de carta, cuestionario y papeletas de participación dirigidas a residentes, profesionales y participantes externos.
- Modelos de entrevista dirigidos a residentes, profesionales y participantes externos.
- Lista de chequeo e indicadores físicos.
- Ficha modelo para el diseño de la base de datos.
- Fórmula de cálculo de la plantilla de profesionales de atención directa.
- Planilla modelo para la elaboración del documento en el que se recogen los aspectos susceptibles de mejora y los cambios propuestos.
- Guión modelo para la reunión de constitución del grupo de calidad.
- Planilla modelo para el acuerdo del grupo de calidad.
- Guión modelo para la primera reunión de información a los residentes, a los profesionales y a los participantes externos no integrados en el grupo de calidad.
- Índice modelo para el informe inicial y modelo de planilla para su anexo.
- Modelo de ficha de seguimiento.
- Tabla de valoración de las horas de trabajo.

Aragón, Baleares, Cantabria y Canarias

En estas CC.AA. no se ha encontrado ningún desarrollo destacable.

2.3 Bibliografía y otras fuentes consultadas

- Análisis y evaluación de los centros y equipos de las Administraciones públicas que intervienen en la valoración de las distintas situaciones de discapacidad. Abay Analistas e IMSERSO, 2006.
- Avaluació externa de qualitat Dels centres de l'ICASS. Àrea de serveis: centres de dia de gent gran. Indicadors d'avaluació de qualitat- 1999.
- Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS. Recomanacions per a l'elaboració dels plans de millora contínua de les residències assistides per a gent gran. Indicadors d'avaluació de qualitat.
- Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y tendencias. Observatorio de Personas Mayores. Marzo 2004, nº 10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia. Madrid, IMSERSO, 1999.
- Carta de derechos de las Personas Mayores dependientes. País Vasco.
- Decret 90/2002, de 30 de maig, del Govern Valencià, sobre control de la qualitat dels centres i servicis d'acció social i les seues entitats avaluadores, a la Comunitat Valenciana.
- Decret 91/2002, de 30 de maig, del Govern Valencià, sobre Registre dels Titulars d'Activitats d'Acció Social, i de Registre i Autorització de Funcionament dels Servicis i Centres d'Acció Social, a la Comunitat Valenciana.
- 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. Castilla y León.
- 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.
- Decreto 56/2005, de 14 de julio, por el que se aprueba el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León.
- Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía.
- Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, 1990 y actualizado en 2004.
- Estudio general de la Dependencia en la Comunidad Valenciana, 2005.
- Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS (Institut Càtala d'Assistència i Serveis Socials).
- Evolución de los centros públicos para mayores de la Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León, 2004.
- Garantía de Calidad – Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores, 2001, SISIS.
- II Plan de Atención a personas mayores en Castilla-La Mancha 2007-2010.
- II Plan de Servicios Sociales en La Rioja.
- III Acuerdo en Política Social de Extremadura en el bienio 2006-2007.
- III Convenio marco estatal de residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio.
- Informe sobre la Red Pública Regional de Servicios Sociales de Atención Primaria de la Región de Murcia, 2004.
- IV Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal y diversos convenios de las CC.AA.
- La atención a la dependencia de las personas mayores en Navarra. Institución de la Defensora del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. Marzo, 2005.
- La atención domiciliaria de los mayores en la ciudad de Barcelona. Propuestas para su universalización del Área de Servicios Personales del Ayuntamiento de Barcelona. Barcelona, 2001.
- La Ayuda a domicilio en la región de Murcia, 2005.
- Lascorz Fumanal, Aurelio (1998): Análisis de calidad del servicio de teleasistencia a domicilio en la ciudad de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.

- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Libro Blanco de Bases para el Plan de Acción de Personas Mayores de la Región de Murcia, 2003.
- Libro Blanco sobre la atención a las personas que necesitan cuidados de larga duración por encontrarse en una situación de dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2004.
- Links a las diversas páginas web de las CC.AA.: www.cfnavarra.es, www.juntaex.es, www.caib.es, www.donostia.org, www.vitoria-gasteiz.org, www.mascerca.org, www.ayto-murcia.es, www.eurostat.com, www.princast.es, www.juntadeandalucia.es, www.has-sante.fr
- Links a las diversas páginas web de Administraciones estatales relacionadas: Ministerio de Educación y Ciencia www.mec.es, INEM. www.inem.es, IMSERSO. www.seg-social.es/imserso/
- Llibre blanc de la gent gran amb dependència: repensar l'atenció a l'agent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions. Departament de Benestar Social. Catalunya, 2002.
- Los Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra. Análisis de los centros, servicios y entidades Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud., 1998.
- Manual informativo e instrucciones de registro e inspección. Dirección General de Política Social, Murcia.
- Modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura, 2004.
- Pla de millora de la qualitat del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2005-2008.
- Plan de acción para las personas mayores 2003-2007, Castilla y León.
- Plan de acción social para las personas mayores de la región de Murcia, 2005-2007.
- Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria del País Vasco, 2005.
- Plan gerontológico de Álava, SIIS, 2002.
- Plan integral de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Personas mayores, 2007-2010, Gobierno de la Rioja.
- Plan regional sectorial de atención a personas mayores de Castilla y León.
- Principado de Asturias Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.
- Programa per a l'impuls i l'ordenació de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència. Memòria del Departament de Benestar i Família, 2005.
- Programa per a l'impuls i l'ordenació de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència. Memòria del Departament de Benestar i Família 2005.
- Protección social de las personas dependientes. Madrid: La Ley, 2004.
- Reglamento regulador del Sistema Balear de Servicios Sociales (BOCAIB núm. 77, de 15/06/1999).
- Un análisis del sistema de protección social de la Comunidad Valenciana. María Jesús Felipe Tío, (2004). Universidad de Valencia.





3. Enfoques nacionales e internacionales sobre la calidad: Comparativas

Como punto de partida, y antes de abordar la propuesta de modelo, se establece una comparativa con modelos existentes desde varios puntos de vista:

- Modelos de gestión de la calidad.
- Modelos sectoriales nacionales.
- Otros modelos nacionales: Normas de la serie UNE 158.000.
- Modelos internacionales en el ámbito sanitario y socio-sanitario.
- Modelos específicos de atención a la dependencia en España.

En el Anexo III: Análisis de la situación actual sobre los modelos de calidad, se establece más detalladamente las características de cada uno de estos modelos.

Con estos modelos pretendemos dar una visión global de la situación actual de modo que nos permita analizar y establecer los aspectos, requisitos o criterios de la propuesta de modelo que abordamos en el apartado 4: Propuesta de modelo de calidad en los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

3.1 Modelos

Para cada uno de los tipos de los modelos brevemente descritos se ha establecido un esquema común para facilitar su análisis y, por tanto, su comparabilidad. Este esquema se ha elaborado en función del desarrollo de unos parámetros. En el Anexo III se establecen los parámetros en función de los modelos especificados anteriormente. No obstante, a continuación establecemos los conceptos principales de cada uno de los siguientes parámetros:

- **Dirigido a:** En este parámetro se detalla el tipo de organización objeto del modelo o al que aplica principalmente. Esta tipología puede ir a organizaciones públicas o privadas.
- **Sector:** Este parámetro especifica el sector específico al que pertenece la organización objeto del modelo. En ciertos casos tenemos modelos abiertos a cualquier tipo de sector, como es el caso de los modelos de excelencia (EFQM, Deming, Malcom Baldrige, Fundibeq) o modelos basados en normas internacionales (ejemplo: norma UNE-EN ISO 9001). En otros casos existen modelos aplicados a sectores específicos bien de carácter nacional, como, por ejemplo, el modelo español Aneca para el sector educativo universitario, o bien de carácter internacional, como, por ejemplo, el modelo Oasis norteamericano para el sector sociosanitario.
- **Campo de aplicación:** Establece los límites de actuación del desarrollo del modelo, es decir, si el modelo es de aplicación a la totalidad de la organización o si, por el contrario, su aplicación puede estar limitada a varios procesos, áreas de actividad o divisiones. Por ejemplo, la norma ISO 9001 deja abierta la posibilidad de certificar bien toda la entidad o bien sólo un proceso o procesos; el modelo Aneca se centra en varias áreas de evaluación, lo mismo sucede con otros modelos como el RUG-RAI, etc.
- **Enfoque:** Establece la forma de estructuración básica del modelo a analizar; por ejemplo, la norma ISO 9001 se estructura en unos estándares mínimos a cumplir, el modelo EFQM se estructura en agentes facilitadores y en agentes resultados, el modelo Oasis mediante el empleo de indicadores resultado, etc.
- **Grupos de interés:** Este parámetro especifica todos aquellos grupos que tienen interés en una organización, sus actividades y sus logros. Estos grupos pueden ir desde el personal de la organización hasta los clientes externos, los proveedores y la propia sociedad y la Administración pública. Ejemplo: la norma ISO 9001 se centra básicamente en los clientes externos, el modelo EFQM abarca desde los clientes externos hasta

los empleados, proveedores, accionistas o sociedad; el modelo Oasis a los consumidores o clientes, etc.

- **Carácter:** En este parámetro se establece si el modelo es voluntario o reglamentario. Normalmente casi todos los modelos coinciden en su carácter voluntario, tanto si se trata de modelos de excelencia, norma ISO 9001 o modelos sectoriales tanto nacionales como internacionales. No obstante, pueden existir particularidades como, por ejemplo, en el modelo Oasis, que es obligatorio en licencia y certificación para concertar con Medicare/Medicaid y con algunas compañías de seguros, pero también puede ser voluntario si las organizaciones quieren basar su gestión en este modelo.
- **Tipo de modelo:** En este parámetro se establece si el modelo ha sido creado a nivel externo a la empresa o a nivel interno, es decir, si la entidad ha establecido su propio modelo (aunque éste se base en su desarrollo en modelos estándares o externos). En este sentido todos los modelos propuestos son externos o estándares.
- **Evaluación interna/externa:** En este parámetro se establece que las organizaciones que implantan un modelo en cuestión requieren de una evaluación, comprobación o verificación del cumplimiento de dicho modelo. Esta comprobación o verificación puede ser interna, es decir, realizada por personal de la propia entidad, o puede ser externa, es decir, realizada por personal ajeno a la entidad. En ocasiones se da el caso de modelos que tienen ambos tipos de evaluación; por ejemplo, modelos de excelencia, norma ISO 9001, Joint Commission, Anaes. Otros modelos se basan sólo en evaluaciones externas, como Aneca, ONG con calidad, Oasis.
- **Mecanismo de evaluación:** Este parámetro está íntimamente ligado al anterior. Detalla el método o cómo se lleva a cabo la realización de las evaluaciones, bien sea mediante auditorías (internas o externas en función de si el modelo requiere evaluaciones internas o externas), como es el caso de la norma ISO 9001 o Joint Commission, bien mediante autoevaluaciones o la reali-

zación de memorias, como es el caso de los modelos de excelencia, Aneca, etc.

- **Requisitos o aspectos:** Refleja las bases del modelo, es decir, cuáles son las exigencias, obligaciones o atributos del modelo en los cuales se debe basar o debe cumplir una entidad. En aquellos modelos que son certificables, dichos requisitos son de obligado cumplimiento (salvo exclusiones) por la entidad; ejemplo, norma ISO 9001. En otros modelos, sin embargo, los requisitos constituyen orientaciones o elementos en los cuales basarse o considerar.

Estos requisitos o requerimientos contemplan la documentación necesaria a desarrollar y aspectos referidos a los recursos humanos, a las infraestructuras, a la planificación y al desarrollo del servicio y a establecimiento de sistemas de medición de los propios servicios.

- **Permite exclusiones:** Basándonos en el punto anterior, establece las excepciones en el cumplimiento de los requisitos del modelo por una entidad. Este punto se suele aplicar a aquellos modelos que son certificables; tal es el caso, como se ha comentado, de la norma ISO 9001, la cual permite exclusiones al punto 7 de la citada norma.
- **Diferencias con otros modelos:** Este parámetro refleja las diferencias más significativas con otros modelos de similares características y, sobre todo, hace hincapié en su aspecto diferenciador o único de ese modelo. Por ejemplo, el modelo EFQM pone bastante énfasis en la importancia de la autoevaluación, que es la base para optar a los premios de excelencia en la calidad.
- **Ventajas e inconvenientes:** Establece las ventajas así como los inconvenientes en la aplicación de ese modelo en cuestión. Por ejemplo, en cuanto a ventajas, la norma ISO 9001 se orienta a la mejora continua y a la satisfacción de los clientes y es de reconocimiento internacional, el modelo EFQM también es de reconocimiento internacional; e incluye todas las partes y actividades de la organización, los servicios y la gestión, etc.

A continuación vamos a hacer una breve mención a cada una de estas tipologías de modelos:

- **Modelos de gestión de la calidad**

Empezaremos este punto con varias definiciones del concepto de calidad. Juran la define como adaptada para usar y «libre de defectos». Reyes (1998) concluye que calidad es «un principio de acción hacia la congruencia entre una oferta y una demanda percibida». Así, mientras unos autores abordan el concepto haciendo énfasis en el logro de objetivos, otros lo tratan desde una perspectiva más empresarial: satisfacción del cliente basada en los usuarios, en el valor, en la manufactura, etc., y otros, emplean la palabra calidad como adjetivo, la identifican con ausencia de defectos o como útil para ciertos propósitos.

Cabe hacer notar que, de manera implícita, muchas de estas definiciones incluyen la idea de evaluación y contienen un juicio valorativo de «bueno» o «malo». Si decimos, por ejemplo, que «la asistencia en este centro es de calidad», la palabra calidad es ambigua e involucra una serie de valores y marcos de referencia particulares. Así, calidad significa cosas diferentes para distintas personas. Para el propósito de este trabajo nos referiremos a la calidad como el rasgo o característica, o conjunto de ellos, que singularizan y hacen peculiar a un servicio.

En este sentido entendemos que un modelo de gestión de la calidad es un marco de trabajo para desarrollar y hacer operativos el concepto de la calidad en las organizaciones. Algunos de estos modelos están basados en normas, es decir, son un instrumento prescriptivo para el aseguramiento de unos requisitos de calidad de productos, procesos, servicios, etc., previamente especificados. Existe un constante desarrollo y elaboración de normas aplicables a distintos sectores, procesos, etc. Tal es el caso de los modelos de gestión de la calidad basados en la norma UNE-EN ISO 9001 o las normas de la serie UNE 158.000.

Por tanto, podemos decir que, en función de los modelos y normas disponibles y de sus características propias, cada organización puede adoptar un determinado sistema

de gestión de la calidad, esto es, un conjunto estructurado de instrumentos complementarios (normas, modelos, herramientas, códigos éticos, cartas de servicios, sistemas de auditoría y certificación, etc.) que le permitan gestionar la calidad de la mejor manera posible.

Disponemos de muy diversos modelos, que se pueden adaptar a unas u otras organizaciones. Entre los más conocidos cabe destacar:

⇒ Empezaremos por el modelo de gestión de la calidad basado en la **norma internacional UNE-EN ISO 9001 del 2000**.

La Norma ISO 9001 especifica los requisitos que debe tener un sistema de gestión de la calidad en cinco ejes principales: requisitos del propio sistema, responsabilidad de la dirección, gestión de recursos, prestación del servicio y medición y seguimiento. Se trata de una norma clave, que tiene como objetivos el aumento de la satisfacción del cliente y la mejora continua de la organización y cuyo cumplimiento se certifica por un organismo externo.

Tras la adecuación de la organización con los requisitos de la norma y el desarrollo de su correspondiente documentación, que refleja el *modus operandi* de la organización (ejemplo: manuales de calidad, procedimientos y/o instrucciones), una entidad certificadora independiente analiza si realmente la organización cumple con los requisitos de la normativa. Si el sistema está correctamente desarrollado e implantado, la entidad certificadora emitirá el correspondiente certificado indicando la conformidad del sistema de la entidad con la citada norma.

⇒ En otro lugar tenemos también los modelos de excelencia, definiendo excelencia como el modo sobresaliente de gestionar la organización y obtener resultados mediante la aplicación de ocho conceptos fundamentales que son: liderazgo y coherencia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de la personas, proceso continuo de aprendizaje, desarrollo de alianzas, orientación al cliente, responsabilidad social de la organización y orientación hacia los resultados.

El modelo EFQM de Excelencia, de ámbito europeo, fue desarrollado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. Este modelo tiene sus homólogos en el modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos, en el premio Deming en Japón y en Fundibeq en Iberoamérica.

El modelo EFQM ofrece un marco de referencia formado por un conjunto de criterios y subcriterios en base al cual las organizaciones puedan contrastar sus prácticas de gestión y, en consecuencia, evaluar su nivel de excelencia.

El modelo EFQM básicamente se emplea para la evaluación de las organizaciones, bien por personal interno o externo, llegando a conocer cuál es su estado respecto al ideal de excelencia empresarial que encarna el modelo, así como las oportunidades de mejora.

El modelo se estructura en torno a nueve criterios, agrupados en agentes «Facilitadores» y «Resultados». A su vez, cada criterio se desglosa en un conjunto de subcriterios.

Con la aplicación de EFQM no se obtiene ningún certificado de calidad, aunque la organización puede someter una candidatura a los «Premios Europeos de la Calidad».

Si bien, aunque con la revisión de la norma UNE-EN ISO 9001 en el año 2000 se habla de un concepto de gestión de la calidad, es decir, ya más aproximado a la excelencia, cabe señalar que la ISO 9001 puede y suele ser una parte del Modelo de Excelencia Empresarial de la EFQM, que contempla a las organizaciones desde un enfoque algo más global y completo.

• Modelos sectoriales nacionales

En esta tipología hemos establecido modelos concretos en dos sectores diferenciados: sector educativo y tercer sector o, lo que es lo mismo, las organizaciones no gubernamentales (ONG):

⇒ En cuanto al sector educativo, y en concreto en el ámbito universitario, tenemos la **Aneca**, que es una fundación estatal creada en el 2002, en cumplimiento de lo establecido en la LOU. Su misión es la coordinación y dinamización de las políticas de gestión de la calidad

en las universidades españolas, con objeto de proporcionar una mejora en su posicionamiento y proyección, tanto en el ámbito nacional como internacional.

ANECA tiene como finalidades primordiales el contribuir, mediante informes de evaluación y otros dirigidos a la certificación y acreditación, a la medición del rendimiento del servicio público de la educación superior conforme a procedimientos objetivos y procesos transparentes y a reforzar su transparencia y comparabilidad como medio para la promoción y garantía de la calidad de las universidades y de su integración en el Espacio Europeo de Educación Superior según el acuerdo de Bolonia.

Dispone de distintos programas de evaluación, cada uno con sus propios criterios o estándares. Estos programas son muy variados: van desde la evaluación de las bibliotecas, programas de posgrado, recursos internacionales, hasta la evaluación de servicios, formación del profesorado y evaluación institucional. Algunos de estos criterios se basan en el modelo EFQM, como, por ejemplo, el de bibliotecas y el de servicios.

En función del programa el tipo de evaluación es diferente, pudiendo basarse en evaluaciones tipo perfil, en una auditoría para conseguir la acreditación.

⇒ Respecto al tercer sector, en España se ha desarrollado en los últimos años la **Norma «ONG con calidad» (UNE 16511:2005)**. El proyecto tuvo como objetivo elaborar una norma de calidad para que las ONG consigan un apoyo mayoritario entre el sector y sean reconocidas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Esta norma no es certificable, si bien como sistema de evaluación se utilizan las auditorías internas.

La norma establece unos principios y valores orientados a las personas (como, por ejemplo, la dignidad humana, defensa de los derechos, solidaridad, profesionalidad, etc.) orientados hacia la sociedad (como la voluntariedad) y, por último, unos principios centrados en la organización (como, por ejemplo, la orientación al cliente,

participación y descentralización, transparencia, compromiso democrático, implicación social, etc.).

Este modelo está estructurado en siete tipos de requisitos, tales como: requerimientos del propio sistema, responsabilidad de la dirección, planificación, organización y desarrollo, sistemas de medición y documentación, mejora continua y comunicación interna y externa.

- **Otros modelos nacionales: Normas de la serie UNE 158.000**

Estas normas constituyen un punto de partida para la regulación de la prestación de servicios en el Sector Sociosanitario de España. Los servicios que estas normas regulan son cuatro los establecidos en la citada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia del 2006: Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de día y noche y Residencias, correspondiendo una norma para cada uno de los servicios mencionados. Las normas son las siguientes:

- UNE 158101, Gestión de los centros residenciales. Requisitos.
- UNE 158201, Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos.
- UNE 158301, Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Requisitos.
- UNE 158401, Gestión del Servicio de Teleasistencia. Requisitos.

Estas normas establecen unos requisitos a cumplir por las entidades prestadoras de servicios en cuanto a su propia gestión (liderazgo, plan de calidad, recursos humanos, etc.) y en cuanto al propio servicio que presta (recursos materiales, requisitos a cumplir de la propia prestación del servicio, así como métodos de medición de los procesos, como los de satisfacción del cliente o evaluación de la calidad de la atención, etc.).

- **Modelos internacionales en el ámbito sanitario y sociosanitario:**

Por último, finalizaremos con ejemplos de modelos internacionales particularizados en el sector sanitario y socio-sanitario. Entre los modelos escogidos están: el modelo canadiense, el modelo de Reino Unido, el modelo francés y varios modelos estadounidenses. A continuación vamos a detallar brevemente cada uno de ellos:

⇒ **Modelo canadiense «Continouing Accreditation Commission» (CCAC)**

Tiene como misión ofrecer al público, y concretamente a las personas mayores, la identificación de organizaciones excelentes en la prestación de servicios a las personas mayores. Esto lo realiza la comisión a través del establecimiento de estándares de excelencia y promoviendo herramientas educativas de innovación.

Este modelo se organiza en tres áreas principales: estructura de organización y su financiación, estrategia y procesos y, por último, los resultados.

⇒ **Modelo francés (ANAES)**

Francia ha experimentado el relanzamiento de la acreditación de los servicios de salud impulsado por su Ministerio de Salud a través de la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de Servicios de Salud (ANAES). La ANAES dispone de un excelente modelo de acreditación de instituciones de salud, al que durante el 2005 ha añadido la evaluación de las prácticas profesionales. La primera versión del Modelo de Acreditación data de 1999-2003, y en el 2004 han publicado su actualización, que abarca el segundo proceso de acreditación para todos los servicios de salud del país. El modelo contempla servicios hospitalarios, instituciones de salud mental, crónicos y cuidados de atención primaria.

El manual de acreditación comprende diez referencias agrupados en tres campos:

- El paciente y su tratamiento.
- La gestión al servicio del paciente.
- La calidad y la prevención.

En el manual de acreditación se incluyen ochenta y nueve referencias y doscientos noventa y ocho

criterios. Los criterios son explicaciones de las referencias. El centro u organización puede elegir valerse de otros elementos para responder a las referencias.

⇒ **Modelo británico**

La Sociedad Británica de Geriátrica establece unos estándares y unos elementos fundamentales de los servicios especializados para las personas mayores. Entre los estándares están los relacionados con la planificación del alta y la disposición del equipamiento. Establece unos indicadores clínicos de calidad para la medición de servicios especializados, como servicios relacionados con la incontinencia, la asistencia centrada en las personas, el cuidado de los procesos crónicos, los cuidados intermedios y la asistencia permanente, el cuidado de los procesos agudos en el hospital, los servicios relacionados con los accidentes cerebro vasculares, los servicios relacionados con las caídas, los protocolos de la salud mental, la medicación y los cuidados paliativos.

⇒ **Joint Commission**

El modelo de la Joint Commission es el más extendido en el sector salud en Estados Unidos y otros países. La acreditación abarca a todo tipo de instituciones hospitalarias, de cuidados, ambulatorios, residenciales, etc., incluyendo modelos específicos para enfermedades prevalentes.

La Joint Commission es una organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias, fruto del acuerdo en 1951 del Colegio Americano de Cirujanos, del Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Su programa internacional comenzó a implantarse en Europa en el año 2000. En España la Fundación Avedis Donabedian (FAD) representa a la Joint Commission.

El objetivo de la Joint Commission es confirmar el cumplimiento de unos estándares que, consensuados internacionalmente, se refieren a aquellos aspectos que

son esenciales para prestar una asistencia de calidad al paciente en una organización segura, eficaz y bien gestionada. La evaluación es externa y realizada por personal sanitario. Su resultado es la acreditación.

⇒ **Modelo Oasis (Outcome and Assessment Information Set)**

Es un modelo norteamericano. Su objetivo se basa principalmente en vincular la calidad asistencial con la financiación por parte del Estado. Este modelo está basado en varios aspectos: cuidados de corta duración, cuidados de larga duración y sistema de cuidados.

El modelo consiste en un grupo de datos que representa ítems centrales de una evaluación integral para los cuidados de los pacientes y forma la base para la medición de los resultados en los pacientes respecto a la optimización de la calidad basada en resultados (OBQI). La intención es que este sistema controle los buenos resultados de los cuidados y que forme parte integrada de las condiciones revisadas de participación en los organismos de asistencia sanitaria.

Este modelo se basa en el empleo de indicadores de resultado para monitorización y seguimiento de los distintos tipos de recursos que dependen del pagador (estado federal, gobiernos estatales y locales...) y organizaciones privadas relacionadas con la calidad, satisfacción de los consumidores o clientes. No se establecen estándares en cuanto a la organización o en cuanto a otros aspectos de la misma, sólo se miden los resultados.

⇒ **Modelo RUG-RAI**

Modelo norteamericano que permite una valoración integral de la persona en situación de dependencia en su complejidad y facilita la planificación para proporcionar un cuidado sociosanitario adecuado. Un sistema de clasificación o agrupación de pacientes en función del consumo de recursos, denominado Resource Utilization Groups (RUG) como instrumento de medición indirecta de consumo de recursos desarrollado y diseñado espe-

cíficamente con el propósito de servir como sistema de financiación de las residencias.

Contiene, además, un Conjunto Mínimo Básico de Datos Sociosanitarios (CMBD-SS) o Minimum Data Set (MDS), sistema de información que está incorporado en sus versiones Nursing Home (residencias) y Home Care (domicilios), que es el conjunto de variables que componen la valoración del paciente.

• Modelos específicos de atención a la dependencia en España

Son tres los modelos en los que nos hemos basado, debido al mayor desarrollo existente en las CC.AA. de Cataluña, País Vasco y Valencia. Estos modelos son:

⇒ **En Cataluña:** Modelo del Instituto Catalán de Servicios Sociales (ICASS), tanto para residencias como para centros de día. Estos modelos establecen una serie de indicadores en función de la dimensión a medir: atención a la persona, atención a la familia, relaciones y derechos de los residentes/personas usuarias, accesibilidad, seguridad, confort y organización. Dentro de estas dimensiones se particulariza en áreas o aspectos relevantes. Para estos indicadores se relaciona el método de medición, así como el valor a alcanzar o estándar.

⇒ **En País Vasco:** Disponen de un modelo establecido por el SIIS (Centro de Documentación y Estudios)-Fundación Erguía-Careaga. El proceso de Garantía de Calidad SIIS se describe en el manual de aplicación en residencias para personas mayores. Este manual propone una serie de acciones para la mejora de la calidad de la atención prestada en la residencia y la calidad de vida de los residentes. Establece los derechos del paciente. El modelo se estructura en sucesivos ciclos de calidad, cada uno de una duración aproximada de dos años, que incluyen varias fases. En este modelo el proceso de Garantía de Calidad SIIS puede aplicarse sin que, por lo menos en un primer momento, la residencia otorgue prioridad a la obtención de una certificación que avale que se encuentra inmersa en un proceso de mejora continua de la calidad.

⇒ **En Valencia:** El modelo de calidad se aplica a centros y residencias de Servicios Sociales. El Sistema Básico de la Calidad (SBC) implica a todas las actividades importantes del centro, es decir, a todos los procesos clave que tienen lugar en el centro, desde que el usuario o su familia solicita el ingreso hasta que lo abandona: admisión, acogida, alojamiento, manutención, convivencia, ocio, etc., y actividades asistenciales, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc. El SBC está fundamentado en unos principios considerados universalmente como indispensables para una buena gestión de la calidad: compromiso de la dirección, orientación al cliente, implicación de las personas, alianzas con los proveedores, tomar decisiones con datos, mejora continua, gestión por procesos y orientación sistémica.

3.2 Tendencias actuales de las entidades prestadoras en cuanto a modelos de calidad

Tal y como se ha relacionado en el punto 3.1 del presente informe Modelos, existe una gran variedad de modelos que actúan de referente a las entidades prestadoras de servicios a la hora de adoptar y/o establecer uno en su organización.

Sin tener en cuenta las normas de la serie UNE 158.000 recientemente publicadas, la tendencia entre las entidades prestadoras de servicios son los modelos de gestión de la calidad, principalmente el basado en la norma UNE-EN ISO 9001:2000. La razón de su aceptación es su carácter certificable, amplia aplicabilidad y reconocimiento internacional, que generan confianza dentro y fuera de la organización.

Por otro lado, tienen cada vez una implantación mayor los modelos de excelencia, que como novedad aportan la inclusión de todas las partes, actividades y agentes de la organización (empleados, clientes internos y externos, accionistas, proveedores o la sociedad en general). Estos modelos también son de amplia aplicabilidad y de reconocimiento internacional. En nuestro país el más implantado es el modelo europeo de excelencia (EFQM) o

su análogo en CC.AA. (ejemplo, Madrid Excelente, Euskalit, etc.).

Puntualizar, sin embargo, que la mayor parte de las entidades que optan por un modelo de excelencia (tipo EFQM o según la CC.AA.) han partido previamente de un modelo de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 9001.

Respecto a la implantación de modelos específicos sectoriales, tales como el RUG-RAI, el Oasis o el de la Joint Commission, no están generalizados en nuestro país, si bien algunas organizaciones han empezado a definir sus estándares asistenciales según estos modelos.

Por tanto, una de las propuestas o visiones de modelos de calidad que más fuertemente ha penetrado en nuestras

entidades prestadoras de servicios sociales es el modelo UNE-EN ISO 9001, con una tendencia cada vez mayor, pero lenta implantación de modelos de excelencia tipo EFQM o modelos de excelencia de las respectivas CC.AA.

En cuanto a la tipología de entidades, destacar que la mayor parte de empresas con un modelo implantado suelen ser grandes entidades del sector sociosanitario y muchas de ellas para varios tipos de servicios, ejemplo para residencias, ayuda a domicilio, centros de día/noche.

Respecto a pequeñas entidades prestadoras de servicios sociales, si bien, aunque ha habido un incremento de implantación de un modelo tipo ISO 9001, la mayor parte de las mismas no tienen implantado un sistema o al menos se desconoce.

3.3 Bibliografía y otras fuentes consultadas

- Avaluació externa de qualitat Dels centres de l'ICASS. Àrea de serveis: centres de dia de gent gran. Indicadors d'avaluació de qualitat 1999.
- Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS. Recomanacions per a l'elaboració dels plans de millora contínua de les residències assistides per a gent gran. Indicadors d'avaluació de qualitat.
- Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001,
- Decret 90/2002, de 30 de maig, del Govern Valencià, sobre control de la qualitat dels centres i servicis d'acció social i les seues entitats avaluadores, a la Comunitat Valenciana.
- Decret 91/2002, de 30 de maig, del Govern Valencià, sobre Registre dels Titulars d'Activitats d'Acció Social, i de Registre i Autorització de Funcionament dels Servicis i Centres d'Acció Social, a la Comunitat Valenciana.
- Evaluación externa de calidad de los centros del icass (Institut CATALA d'Assistència i Serveis Socials).
- Garantía de Calidad Kalitate Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores, 2001. SIIS.
- ISO 9001:2000 en Organizaciones Sanitarias. Det Norske Veritas España.
- La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias, 2003.
- Links a diversas páginas web internacionales: Francia. <http://www.cidj.com/>, *Social affairs Ministry's website* (Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement), <http://staffweb.itsligo.ie/gateway/asp/whatis.asp>- Irlanda , Bélgica <http://www.restoe.cfwb.be/>; Suecia: www.regeringen.se, Unión Europea. www.eu.int, <http://www.medicare.gov/HHCompare>, <http://www.ahrq.gov/>, ... www.has-sante.fr
- Modelo Deming.
- Modelo EFQM. 2003.
- Modelo Malcom Baldrige.
- Modelo Resident AssessmentInstrument (RAI).
- Norma UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.
- Norma UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos.
- Norma UNE 158301 Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Requisitos.
- Norma UNE 158401 Gestión del Servicio de Teleasistencia. Requisitos.
- Norma ONG con calidad: 16511: 2005.
- Norma UNE-EN ISO 9001: 2000.
- Nursing Home Resident Assessment and Care Screening, 2006 .





4. Propuesta de modelo de calidad para los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia

4.1 Introducción

Tal y como hemos relacionado en el capítulo anterior y ante la gran diversidad en cuanto a situación legislativa y de establecimiento de planes (tanto de calidad, estratégicos, etc.) de las CC.AA. en el ámbito sociosanitario y en concreto en la atención a las personas mayores, que afectan a las necesidades sociales y a las formas de respuesta a las mismas, se precisa una actualización y mejora continua de los Servicios Sociales.

Empezaremos por destacar que en 2007 ha entrado en vigor la nueva Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la cual fija las bases de lo que constituirá el cuarto pilar del Estado de Bienestar y un nuevo derecho ciudadano. Esta Ley permitirá la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) para garantizar a las personas que no pueden valerse por sí mismas el acceso a los servicios sociales según su grado y nivel de dependencia. Por tanto, el Sistema se configura como una red de utilización pública, diversificada, que integre de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados.

El desarrollo del SAAD será gradual, con el fin de acompañar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello.

La Ley se inspira, entre otros, en los siguientes principios:

- El carácter público de las prestaciones.
- La universalidad en el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.
- La personalización en la atención.
- La participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias.

- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- Los titulares de este nuevo derecho serán los ciudadanos que cumplan los requisitos en cuanto a edad y grado de dependencia, entre otros.

El SAAD incluye prestaciones de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según catálogo.

Por tanto, los beneficiarios tendrán derecho a una serie de servicios según su grado y nivel de dependencia. El catálogo de servicios incluye:

- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de centro de día y de noche.
- Servicio de atención residencial.

Con esta nueva Ley y para garantizar la calidad en los servicios anteriormente mencionados, se propone, a continuación, un modelo de calidad para los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. El objetivo de esta propuesta de modelo es, por tanto, establecer los requisitos o aspectos (organizados en tres áreas principales) a tener en cuenta por cualquier entidad que preste cualquiera de los cuatro servicios mencionados, de modo que asegure un nivel de calidad a los usuarios y sirva para orientar a la propia entidad a la excelencia en su gestión.

Estos requisitos, y la correspondiente acreditación (véase apartado 5 del presente informe), no pueden ser los mismos para entidades prestadoras de servicios de atención a personas en situación de gran, severa o moderada dependencia (grados de dependencia establecidos en la propia Ley), ya que las necesidades de atención en cada caso son distintas y condicionan la organización y la

propia prestación de servicios. Es necesario, pues, *definir diferentes requisitos mínimos de acreditación en función de la tipología de servicio a acreditar*, dando así una respuesta coherente con la diversidad de la oferta de servicios.

Podemos afirmar que una entidad ideal es aquella que es capaz de dar una respuesta rápida, eficaz y eficiente ante los cambios de un entorno complejo y que posee un alto grado de integración y coordinación interna y externa.

Por ello en este apartado pretendemos dar una visión de las áreas a considerar para la gestión de la calidad de los servicios y de la propia entidad, entendiendo que calidad es una función permanente que redundando en todos los aspectos del trabajo de cualquier organización y puede aplicarse, tanto si esta opera con fines lucrativos como si no, siendo cada vez más importante introducir esquemas de mejora continua y calidad en los servicios de atención a las personas, dada su proximidad a los ciudadanos y a sus necesidades más básicas. Por tanto, la calidad debe ser un objetivo permanente en una entidad prestadora de servicios sociales.

Así pues, para facilitar a las entidades conseguir un nivel óptimo de calidad, a continuación establecemos las áreas o pilares fundamentales en las que se establecen los aspectos o requisitos del modelo.

4.2 Áreas en la gestión de la calidad de los servicios

En la siguiente figura se esquematiza el modelo con sus diferentes áreas, así como las interacciones con las áreas.



Para la correcta gestión de la prestación del servicio y de la propia entidad prestadora se propone un modelo basado en tres áreas:

- Estratégica y organizativa.
- Operativa
- De medición y mejora,

de manera que la entidad prestadora asegure su gestión integral a partir de unas líneas generales o directrices, en una toma de decisiones basadas en evidencias, que faciliten a la entidad el camino hacia la mejora continua. Por tanto, nuestro objetivo es la asistencia basada en la evidencia.

A continuación para cada una de las áreas se detallan los aspectos fundamentales a considerar por las entidades:

□ Área estratégica y organizativa de la entidad prestadora del servicio

La calidad no puede hacer ningún progreso real hasta que no se efectúen los compromisos necesarios para la aproximación a la mejora continua. Por consiguiente, en el establecimiento de este área tenemos como objetivo principal crear un marco en doble sentido:

- Desde un punto de vista estratégico, es decir, en el establecimiento de las líneas generales o directrices de una entidad en la actividad que presta.
- Desde el punto de vista organizativo, es decir, en cuanto a la definición de la estructura organizativa, funciones y procedimientos de la entidad que hacen posible la prestación del servicio.

Comenzando por la parte estratégica, en la siguiente tabla se presentan los principales aspectos que componen este enfoque, independientemente del servicio que preste la entidad.

Área estratégica

Cualquier entidad que preste servicios de atención a las personas mayores (telesistencia, ayuda a domicilio, residencias o centros de día/noche) debe de establecer :

• Misión

Es una declaración en la que la entidad prestadora define la razón de ser de la misma. La misión debe establecer lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social en el que actúa, lo que pretende hacer y para quién lo va a hacer.

Debe incluir el reconocimiento de los valores que guían a su actuación como elementos fundamentales de su propia «personalidad» como organización y que la diferencian de las demás. Al mismo tiempo debe servir para determinar las políticas básicas a seguir con respecto a los principales grupos de interés (clien-

Área estratégica

tes externos, personal interno, entidades pagadoras, proveedores, comunidad, Administración, etc.).

La misión debe estar aprobada por la dirección y debe ser conocida por todo el personal de la organización.

• Visión

Es una declaración en la que la entidad prestadora del servicio define el camino al cual se dirige a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de competitividad. Debe describir, por tanto, cómo desea ser la entidad en un futuro.

La visión debe estar aprobada por la dirección y debe ser conocida por todo el personal de la organización.

• Ética y valores

La entidad debe definir por escrito los conceptos y expectativas que describen el comportamiento de las personas de la propia organización o entidad y que determinan todas sus relaciones (por ejemplo, confianza, apoyo, principios). Representan el sentir de la entidad, sus objetivos y prioridades estratégicas.

En este sentido la organización debe establecer por escrito las bases para asegurar un correcto trato al usuario, en función de los derechos del ciudadano según la citada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Debe hacer referencia, al menos, al trato con pleno respeto de la dignidad e intimidad y a la confidencialidad en sus datos.

Esta declaración debe estar aprobada por la dirección y debe ser conocida por todo el personal de la organización.

Área estratégica

• Cartera de servicios

La organización o entidad debe establecer en un documento la descripción de los servicios que presta (tanto los de asistencia como los de apoyo), siendo éstos coherentes con la tipología de sus usuarios. Asimismo debe reflejar sus características como estándares de servicio, incluyendo, al menos, horario general de actividades, de atención de los profesionales y de visitas.

Este documento debe estar aprobado por la dirección de la organización y debe estar accesible al personal, así como a los usuarios. Adicionalmente, las empresas que opten por reflejar sus servicios más exhaustivamente pueden definir una carta de servicios (ver punto a continuación).

• Carta de servicios

En el Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio, se regulan las cartas de servicios y los premios de calidad en la Administración General del Estado. Se establecen las cartas de servicios como «documentos escritos que constituyen el instrumento a través del cual los órganos administrativos informan a los ciudadanos sobre los servicios que tienen encomendados y acerca de los compromisos de calidad en su prestación, así como de los derechos de los ciudadanos y usuarios en relación con estos servicios». Este Real Decreto constituye una herramienta legal de gran importancia en la incorporación de instrumentos adecuados para un mejor cumplimiento de los objetivos de la Administración y de los derechos de los ciudadanos destinatarios de los servicios. Las cartas de servicio constituyen un compromiso sobre los estándares de servicio y la calidad en las prestaciones de dicho servicio.

Si bien el Real Decreto aplica a las entidades públicas, no obstante la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de

Área estratégica

Dependencia hace referencia a las cartas de servicios como una de las medidas para garantizar la calidad del Sistema. Estas cartas de servicios deben estar adaptadas a las condiciones específicas de las personas en situación de dependencia, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

Las cartas de servicio deben contener:

- **Información general sobre el servicio:** Identificación y descripción genérica del órgano o entidad que presta el servicio, direcciones postales y formas de acceso a las oficinas proveedoras del servicio, números de teléfono y fax, así como direcciones telemáticas, catálogo de los servicios prestados, normativa reguladora de cada prestación o servicio.
- **Compromisos de calidad:** Determinación explícita de los niveles o estándares de calidad ofrecida, es decir, los objetivos que plantean en la prestación del servicio. Deben figurar las indicaciones que faciliten el acceso al servicio y mejoren las condiciones de la prestación, horarios y lugares de atención al público, sistemas de aseguramiento de la calidad, de protección del medio ambiente o de seguridad e higiene que, en su caso, existan e indicadores para la evaluación de la calidad.
- **Información complementaria:** Otros datos de interés sobre los servicios prestados.

La carta de servicio debe estar aprobada por la dirección y debe ser accesible al personal usuario.

• Planes estratégicos

Los planes estratégicos suponen un modelo sistemático de una actuación que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla.

Área estratégica

Es un instrumento de planificación y gestión global de la organización, a corto, medio y largo plazo, que le permite establecer las prioridades en su acción. El plan estratégico incorpora la definición de la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización, la determinación de los objetivos estratégicos a alcanzar, las estrategias que los desarrollan y los objetivos tácticos, operativos y los planes de acción que los permiten llevar a cabo. Para ello identifica las oportunidades y las amenazas de su entorno y del mercado, así como las fortalezas y las debilidades de la propia entidad.

Por tanto, la entidad prestadora debe disponer de uno o varios planes estratégicos que orientan sus actuaciones en un horizonte temporal y que defina un marco de desarrollo futuro.

El plan estratégico tiene que ser un instrumento de evolución continua que periódicamente se revisa en cuanto a su efectividad y se priorizan nuevas líneas de acción que lo retroalimentan.

El análisis estratégico debe realizar un estudio o investigación del entorno (entorno general, es decir, factores políticos, económicos, demográficos y análisis del entorno sectorial o entorno competitivo), análisis interno (fortalezas, debilidades, cadena de valor) y valoración de activos intangibles de la entidad (trabajadores u otros activos intelectuales o intangibles, alianzas con proveedores, etc.).

La entidad debe desarrollar los siguientes planes:

- Plan operativo: Dentro de estos planes, la entidad puede considerar los planes del centro (ejemplo caso de residencias o centros de día/ noche).
- Plan estratégico de marketing.
- Plan estratégico financiero: La entidad debe esco-

Área estratégica

ger aquellos factores económicos que tienen un impacto relevante sobre la actividad del sector.

- Plan de dirección de personas.

• Políticas

Constituyen las grandes líneas o directrices que rigen la actuación en varios campos. De acuerdo con estos campos, la entidad debe establecer la política de calidad, política de recursos humanos (véase parte organizativa), política de marketing, etc. De estas políticas establecidas deben emanar los planes estratégicos.

Al menos la entidad prestadora debe definir por escrito una política de calidad, la cual debe estar aprobada por la dirección y debe ser conocida por todo el personal de la entidad. Esta política debe incluir un compromiso de satisfacción de los clientes/ usuarios.

• Plan de la calidad

La entidad debe disponer de un plan escrito para la gestión y mejora de la calidad, en el que se fijan los objetivos a nivel general y a nivel específico para las distintas unidades. Constituye un instrumento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la calidad y al impulso de mejora continua hacia la excelencia.

El plan de calidad debe reflejar, al menos, los objetivos o metas a alcanzar, el valor a alcanzar o valor estándar, su periodicidad, las actividades de seguimiento y/o control y los responsables de ejecutar las actividades.

Este plan debe estar aprobado por la dirección y comunicado a los responsables de su ejecución.

• Objetivos y metas a corto/medio plazo

Las políticas y los planes estratégicos se despliegan

Área estratégica

en objetivos generales. La dirección de la entidad es la responsable de la planificación y fijación de objetivos.

La realización de los objetivos de calidad implica la necesidad de elaborar un plan de calidad anual. El plan debe ser establecido e implementado en cada área, división o departamento. En pequeñas empresas debe existir un único plan que cubra a la organización en su totalidad. (véase plan de calidad del punto anterior). Se debe reflejar para cada objetivo el método de medición, el valor a alcanzar, el responsable de medición y la periodicidad en dicha medición.

Deben estar aprobados por la dirección y debe ser desplegado en los niveles que la dirección considere oportuno.

En cuanto a la parte organizativa, el lograr una entidad eficaz supone el desarrollo de sus estructuras y procesos, así como la planificación y dotación de los recursos humanos y materiales necesarios que permitan cumplir los objetivos de la organización.

Organizar significa establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados. Por tanto, significa realizar una planificación y distribución clara de las tareas y de las responsabilidades que contribuyan a la actuación eficaz de una entidad, así como dirigir el comportamiento de las personas y grupos para llevar a cabo los objetivos fijados. Es, por tanto, una actividad vinculada a las funciones directivas, si bien procurando un modelo de dirección participativa que facilita la flexibilidad.

Área organizativa

Cualquier entidad que preste servicios de atención a las personas mayores (telesistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y residencias) debe considerar los siguientes aspectos:

• Estructura organizativa

Establecimiento de:

⇒ **Organigrama.** Debe establecerse por escrito y debe plasmar las relaciones funcionales, así como establecer la cadena de mando en escala de la entidad. Debe estar aprobado por la dirección y debe ser conocido por todo el personal de la organización.

⇒ **Equipo interdisciplinar y personal de soporte, apoyo o gestión.** La entidad debe:

- Definir los perfiles profesionales necesarios o puestos de la entidad, con establecimiento para cada perfil de la misión, funciones, formación necesaria, competencias genéricas y específicas de dicho puesto. Dicha relación de puestos debe estar aprobada por el máximo responsable de la entidad y debe revisarse y actualizarse de forma periódica y acorde con el tamaño de la entidad y de los servicios que presta.

- Mantenimiento y actualización de expedientes. La entidad debe establecer un procedimiento documentado en el que se definan los mecanismos por los que los expedientes del personal se encuentren actualizados en todo momento, y que incluya en su expediente la copia de los títulos y actividades formativas del personal desde su entrada en la entidad. Se requiere, como mínimo, a partir de diplomatura.

- Establecer el personal mínimo y su tipología para la prestación del servicio en función de las necesidades y tipología de los usuarios. Al igual que con los perfiles, debe quedar establecido por escrito por

Área organizativa

el máximo responsable de la entidad y revisarlo y actualizarlo periódicamente en función de la evolución de la entidad y su oferta.

⇒ **Mecanismos de jerarquización que faciliten la comunicación, la coordinación, la toma de decisiones y el cumplimiento de las disposiciones, normas, etc., en cuanto a:**

- Establecimiento de órganos internos que velen por el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos y por una adecuada prestación del servicio. Para estos órganos internos deben figurar por escrito los integrantes, así como sus funciones y la periodicidad en las reuniones. Debe quedar acta de las reuniones de estos órganos internos, con el detalle de los temas tratados y acuerdos alcanzados. Debe constituirse, como mínimo, un Comité de Calidad.
- Establecimiento de esquema de reuniones periódicas con los responsables o con los distintos grupos de profesionales de la entidad, fijando las directrices apropiadas y coordinando la prestación del servicio. Debe quedar registro en las actas de reunión de los temas tratados y de los acuerdos alcanzados.
- Establecimiento de otros mecanismos de comunicación: utilización de correos electrónicos, tableros de anuncio, circulares, etc.

• Evaluación del desempeño individual

Establecimiento de un método para la evaluación del desempeño individual, de modo que la entidad analice la contribución del personal a los resultados de la entidad. Supone un procedimiento continuo, sistemático, orgánico y en cascada, de expresión de juicios acerca del personal de una empresa en relación con su trabajo habitual, que pretende sustituir a los juicios ocasionados y formulados con los más variados criterios.

Área organizativa

Esta evaluación debe abarcar todas las áreas y actuaciones del individuo. En dicho sistema se evalúa la competencia profesional (conjunto de conocimientos y habilidades y destrezas de los empleados en el desempeño de la misión y finalidades del puesto), la evaluación de los objetivos fijados en la última evaluación, cualidades y/o deficiencias más destacadas que influyen en el rendimiento y propuestas para el nuevo periodo (como, por ejemplo, en acciones formativas referidas al puesto).

Debe quedar evidencia anualmente por escrito de esta evaluación de cada persona, detallando, al menos, la evaluación de los conocimientos y destrezas, del cumplimiento de los objetivos y propuestas para el nuevo periodo.

• Prevención de riesgos laborales

La entidad debe disponer de un mecanismo permanente de información sobre los riesgos existentes, es decir, en la detección de los riesgos laborales existentes asociados a cada uno de los puestos. Debe promover el desarrollo de acciones de prevención de los mismos, incluida la coordinación de actividades preventivas y análisis de las causas que subyacen en los casos de producción de incidentes o accidentes, adoptando las correspondientes medidas correctivas.

En función de lo especificado en la Ley 54/2003 de Prevención de Riesgos Laborales, refuerza la obligación de integrar la prevención de riesgos en el sistema general de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de la misma, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales. Este *Plan de prevención de riesgos laborales* debe incluir la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de

Área organizativa

prevención de riesgos en la empresa, en los términos que reglamentariamente se establezcan. Debe estar aprobado por la dirección de la organización.

Esta planificación de la prevención debe estar integrada en todas las actividades de la empresa y debe implicar a todos los niveles jerárquicos. Dicha planificación se programará para un periodo de tiempo determinado y se le dará prioridad en su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos detectados y del número de trabajadores que se vean afectados.

Para la elaboración de este plan, la entidad debe primeramente realizar una evaluación de riesgos, con el objetivo fundamental de minimizar y controlar debidamente los riesgos que no han podido ser eliminados, estableciendo las medidas preventivas pertinentes y las prioridades de actuación en función de las consecuencias que tendría su materialización y de la probabilidad de que se produjeran.

La entidad también debe establecer un plan de emergencia que debe recoger el conjunto de medidas diseñadas e implantadas para evitar la materialización de situaciones de emergencia y, en su caso, para minimizar las consecuencias derivadas de un siniestro y optimizar los recursos disponibles existentes al respecto. Toda esta información debe estar debidamente recogida por escrito y ser conocida por todos los ocupantes del edificio para evitar las respuestas improvisadas que conduzcan a la desorganización y al caos durante una eventual y urgente evacuación. Una correcta planificación en este sentido contribuirá a mejorar la eficacia de la intervención y reducir el tiempo de evacuación, detectándose también con ello posibles deficiencias que se pudiesen manifestar (véase también el punto siguiente: Gestión de riesgos).

Área organizativa

• Gestión de riesgos

La gestión de riesgos en las entidades prestadoras de servicios sociosanitarios trata de identificar, evaluar y tratar problemas que pueden causar daño a las personas atendidas, llevar a denuncias de mala práctica y producir pérdidas económicas para las entidades prestadoras de servicios sociosanitarios. Los objetivos son paralelos a los de los programas de mejora de la calidad, esto es, minimizar el riesgo de daño para los usuarios y controlar cualquier riesgo asociado de responsabilidad civil o penal.

La entidad prestadora debe definir actuaciones específicas en caso de que el equipo de cuidados se enfrente a conflictos en contextos sociosanitarios que requieren la toma de decisiones inmediatas por riesgo de la integridad de la salud e incluso la vida del usuario, como, por ejemplo:

- Pérdida por salida no controlada de personas con deterioro cognitivo, no incapacitados.
- Peleas por problemas de convivencia.
- Intento de autolisis.

La entidad prestadora también debe establecer medidas y actuaciones específicas para evitar y actuar ante posibles hechos relevantes en los usuarios, tales como sucesos graves, indeseables y a menudo evitables. Por ejemplo, número de personas con broncoaspiración por alimentación por sonda, intoxicación alimentaria, suicidio, etc. Este tipo de hechos debe medirse mediante indicadores centinela (véase Área de medición y mejora).

Para evitar estos sucesos, la entidad debe establecer por escrito un *Plan global de gestión de riesgos* que contenga, a su vez, tres subplanes: un plan de contingencia, un plan de emergencia (véase lo establecido en el punto anterior) y un plan de incidencias.

Área organizativa

Este plan global debe estar aprobado por la dirección de la entidad.

En cuanto al **Plan de contingencia**, debe establecer por escrito los procedimientos de resolución y procesos alternativos que se han de acometer en una organización cuando ocurre un incidente por culpa de un desastre o incidente de fuerza mayor en los procesos habituales, como, por ejemplo, una inundación, desplome de un edificio, suicidio de un usuario, etc. Por tanto, en ese momento la entidad debe lanzar las actividades principales, encargadas de coordinar el manejo de la crisis, asegurar la utilización de procesos alternativos que permitan la continuidad de la actividad y resolver el incidente, para restituir la normalidad en los procesos y operaciones.

En cuanto al **Plan de incidencias**, la entidad debe establecer por escrito las actuaciones ante incidentes, tanto de seguridad como de otro tipo, puesto que tienen un impacto en los procesos corporativos, pero no se requiere de la utilización, al menos a nivel global, de procesos alternativos.

La entidad debe definir los pasos en un procedimiento escrito que recoja la metodología para el tratamiento de incidentes, como la detección del incidente, la clasificación del mismo, las tareas de restitución del servicio (en caso de ser requerido) y de resolución, la documentación de dicha resolución y el cierre del incidente, tras comprobar que la resolución es adecuada. También debe reflejar por escrito en el proceso las tareas de supervisión de la resolución y las posibles situaciones en las que el proceso de decisión se vea alterado (por ejemplo, situaciones de incidentes fuera de horario habitual, en los que los responsables no están localizables).

Área organizativa

- **Formación:** Establecimiento y ejecución de un **Plan de formación inicial y continuada**

⇒ Respecto a la formación inicial, la entidad facilita al personal de nueva incorporación la información y el adiestramiento preciso para una adecuada integración y adaptación funcional a los requerimientos de su puesto de trabajo. Debe reflejarse por escrito la descripción o denominación de actividades formativas, la duración de las mismas, las personas a las que van dirigidas, los objetivos que se pretende con dichas actividades formativas y el responsable de evaluar la eficacia para cada actividad formativa. Esta formación puede referirse a actividades tanto teóricas como prácticas.

Todo esto debe plasmarse en un plan de formación inicial con los campos detallados anteriormente, que debe aprobar la dirección de la entidad.

⇒ En cuanto a la formación continuada, la entidad debe desarrollar, impulsar y planificar actividades de formación continuada para facilitar una permanente actualización de conocimientos de su personal y así mantener un adecuado nivel de calidad de los servicios.

Debe establecer un procedimiento documentado que defina los mecanismos para identificar de manera periódica estas necesidades formativas, por ejemplo, mediante los resultados de la evaluación del desempeño, el resultado de la evaluación de la calidad del servicio, necesidades detectadas por el propio personal y comunicadas a su responsable superior, etc.

Estas necesidades formativas se plasman anualmente en un plan de formación que se actualiza periódicamente y en el que se debe dejar constancia de los cursos que se van a impartir, a quién están dirigidos,

Área organizativa

la duración del curso, la fecha prevista de realización, los objetivos que se pretenden con dichas acciones formativas y el responsable de evaluación de la eficacia de las acciones. Dicho plan debe estar aprobado por la dirección y debe ser conocido por todo el personal.

La formación continuada debe incluir, al menos, formación en Prevención de Riesgos Laborales, en Calidad y en Medio Ambiente.

⇒ Evaluación de la eficacia de las acciones formativas. Debe quedar por escrito la evaluación de la eficacia, para cada persona, de las acciones formativas según los objetivos asignados a dicha formación.

□ Área operativa en atención a la dependencia

Este área describe la propia metodología para la prestación de la asistencia sociosanitaria, la descripción de los procesos que intervienen en dicha prestación y establece la tipología de servicios y otros aspectos necesarios en dicha prestación.

En la presente tabla se detallan los aspectos fundamentales que debe establecer la entidad prestadora, independientemente del servicio que preste.

Área operativa

• Servicios

Entendiendo por servicios las funciones o prestaciones desempeñadas por la entidad y su personal y/o por subcontrataciones.

Las entidades prestadoras deben tener establecido por escrito las diversas actividades que componen los servicios sociosanitarios, hosteleros y de confort. Para ello hay que tener en cuenta tres grandes grupos de servicios:

⇒ **Servicios asistenciales:** Aquellos centrados en las prestaciones de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La entidad prestadora (según sea una residencia, entidad de teleasistencia, etc.) debe documentar y prestar los siguientes servicios:

- Teleasistencia
 - Servicio de recepción y respuesta del centro de atención.
 - Servicio de aviso y atención al usuario.
 - Actuación ante emergencias y movilización de recursos.
 - Actuaciones en el domicilio en el caso de servicio con unidad móvil.
- Ayuda a domicilio
 - Atención personal: promoción y cuidados de la salud y atención rehabilitadora.
 - Atención en las necesidades del domicilio.
 - Apoyo psicosocial, familiar y relaciones con el entorno.
- Residencias y centros de día/noche
 - Atención rehabilitadora.
 - Atención de cuidado de la salud.
 - Atención psicosocial.
 - Alojamiento, manutención y lavandería (incluida limpieza en general).

Área operativa

- Apoyo familiar.
- Apoyo comunitario.

⇒ **Servicios administrativos:** La entidad prestadora (según sea una residencia, entidad de teleasistencia, etc.) debe documentar y prestar aquellos servicios dirigidos a la gestión de los trámites administrativos en cuanto a:

- Alta/baja del usuario.
- Facturación.
- Contabilidad.

⇒ **Servicios complementarios:** La entidad prestadora (según sea una residencia, entidad de teleasistencia, etc.) debe documentar y prestar los siguientes servicios considerados adicionales en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria. Para cada uno de los servicios se consideran al menos:

- Teleasistencia
 - Garantía, mantenimiento y reposición del equipamiento técnico.
- Ayuda a domicilio
 - Lavandería a domicilio (pudiendo darse como servicio asistencial en función de los casos).
 - Podología.
 - Comida a domicilio (pudiendo darse como servicio asistencial en función de los casos).
 - Peluquería.
 - Ayudas técnicas.
 - Domótica.
 - Transporte adaptado.
 - Limpieza de choque.
- Residencias y centros de día/noche
 - Vigilancia.
 - Transporte.
 - Peluquería.
 - Podología.

Área operativa

La entidad prestadora debe conocer el grado de calidad de estos servicios a sus clientes a través del establecimiento de métodos de seguimiento y medición (véase Área de medición y mejora).

• Procesos

Siguiendo la tendencia, las entidades gestionan su organización basándose en los procesos, considerándolos una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente (externo e interno).

Las entidades prestadoras de servicios deben establecer y tener documentados por escrito los procesos asistenciales necesarios para la prestación del servicio, así como los procesos no asistenciales necesarios para la prestación de los procesos asistenciales.

La entidad prestadora debe establecer una metodología por escrito para la medición de los procesos (véase Área de medición y mejora), de manera que se asegure que los procesos son eficaces, es decir, cumplen con los objetivos previstos.

Dentro de los procesos se establecen varios tipos:

⇒ **Procesos asistenciales:** La entidad prestadora debe establecer los procesos que repercuten directamente en la satisfacción del cliente y aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y que, por tanto, son críticos para el éxito de la actividad en el servicio. La entidad (independientemente de los cuatro servicios que preste: ayuda a domicilio, residencias, etc.) debe definir y documentar por escrito (bien en documentos tipo procedimientos, protocolos o instrucciones) los siguientes procesos, según la tipología del servicio:

Área operativa

- *Proceso de ingreso-inicio del servicio:* Debe establecer la metodología en el alta del servicio al usuario.
- *Proceso de valoración:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo el diagnóstico individualizado del estado basal o inicial del usuario, así como otras condiciones, tales como psicológicas, sociales, etc., que sirva de soporte para el programa asistencial individualizado. Es un instrumento que permite la gestión de los casos y, por tanto, la asignación adecuada de recursos.
- *Proceso de prestación asistencial:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo las actuaciones asistenciales y los cuidados de forma adecuada. Las intervenciones del equipo asistencial interdisciplinar irán encaminadas a conseguir el mayor grado de autonomía del usuario, con planes de intervención realistas y buscando, en última instancia, la mejora en la calidad de vida del usuario.
- *Proceso de evaluación:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo las actividades de supervisión y seguimiento del estado de usuario, tanto físico como psicosocial, para determinar su evolución, estableciéndose las modificaciones precisas en el programa asistencial individualizado.
- *Procesos de finalización del servicio:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo las actividades de baja del usuario en el servicio, atendiendo a todos los motivos posibles.
- *Proceso de gestión de la información:* Debe establecer la metodología en criterios de nomenclatura y codificación de los sistemas de información, así como en procesos de captura, procesado, transmisión, uso y recuperación de datos. A su vez, debe establecer la documentación mínima que compondrá el expediente del usuario.

Área operativa

⇒ **Procesos no asistenciales:** La entidad debe establecer por escrito (bien en documentos tipo procedimientos, protocolos, instrucciones, etc.) aquellos procesos que dan soporte para la prestación del servicio. Al menos debe documentar por escrito los siguientes procesos:

- *Proceso de formación interna:* Debe establecer la metodología para detectar necesidades formativas del personal, llevarlas a ejecución y valorar la eficacia de las acciones formativas realizadas.
- *Proceso de selección y contratación de personal:* Debe establecer la metodología para detectar necesidades de nuevo personal, iniciar el proceso de selección, evaluar a los posibles candidatos, efectuar los trámites de contratación del personal seleccionado.
- *Procesos de gestión de equipos e instalaciones:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo la planificación del mantenimiento preventivo de los equipos, la realización de dichos mantenimientos, la planificación de actividades de calibración o verificación para los equipos que lo requieran, la realización de dichas actividades y la detección, comunicación y reparación de averías.
Incluye la realización de las operaciones necesarias para asegurar las condiciones de seguridad de las instalaciones y de los equipos necesarios para la prestación del servicio y la atención de los usuarios (se incluyen entre ellos la verificación de los termómetros empleados en las cámaras de almacenamiento, calibrado de glucómetros y tensiómetros, así como la verificación de autoclaves, si es que se dispone de ellos).
- *Proceso de compras y subcontrataciones:* Debe establecer la metodología para llevar a cabo las compras de materiales y subcontrataciones de servicios y la evaluación de los proveedores.

Área operativa

- *Proceso de hostelería*: Debe establecer la metodología para llevar a cabo las actividades de alimentación y nutrición, de lavandería o lencería y de limpieza.
- *Procesos de preservación de los productos almacenados*: Cuando proceda (productos congelados, productos a conservar en frío, productos alimenticios a temperatura ambiente, productos de limpieza, lencería y celulosa, almacén de mobiliario, almacén de ayudas técnicas, de medicamentos, almacén para enseres y ropa de temporada de los residentes).

• Información disponible al usuario/familias (al inicio del servicio):

La entidad prestadora debe establecer la información a entregar al usuario, familia o tutor previo a la contratación por éstos. Con ello la entidad establece una total transparencia. Entre la información a aportar debe figurar:

- ⇒ Descripción de los tipos de prestaciones y servicios ofertados por la entidad.
- ⇒ Descripción de la titularidad del servicio.
- ⇒ Descripción breve de la entidad y detalle de los horarios (por ejemplo, de visita en caso de residencias).
- ⇒ Detalle de los servicios excluidos.
- ⇒ Requisitos en cuanto a la relación contractual (formalización del contrato, etc.).
- ⇒ Establecimiento de la financiación: Sistema de pago o copago y tarifas públicas conocidas.
- ⇒ Reglamento de régimen interno.
- ⇒ Cartera de servicios, que puede incluir parte de los anteriores mencionados.
- ⇒ Derechos y deberes de la persona usuaria y su familia.
- ⇒ Otro tipo información en función del servicio (por ejemplo, en caso de teleasistencia, limitaciones tecnológicas, etc.).

Área operativa

• Infraestructura

La entidad prestadora debe establecer, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la prestación del servicio, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas (usuarios, familias, personal interno de la entidad, administración o entidades contratantes, accionistas, etc.). La infraestructura se compone de recursos como:

⇒ **Instalaciones**: La legislación aplicable para cada servicio en cada una de las CC.AA. define las características físicas del centro y espacios de trabajo (véase apartado 2 del presente informe). En general, los centros destinados a la permanencia de los usuarios en sus instalaciones deberán, cumplir la normativa vigente sobre accesibilidad y supresión de barreras, sobre inspección de centros y sobre medidas de seguridad y protección contra incendios. Igualmente contarán con una adecuada distribución de espacios y un ambiente orientador, seguro, confortable y estimulador.

⇒ **Herramientas y equipos.**

⇒ **Tecnologías y sistemas de la información y comunicación.**

⇒ **Servicios de apoyo (como, por ejemplo, transporte).**

En cuanto a **sistemas de información**, la entidad debe disponer de un sistema de información que permita la obtención, procesado y manejo de los datos en condiciones adecuadas de rapidez, seguridad, integridad y confidencialidad de la información utilizada, al tiempo que da respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios. La entidad tiene definidos niveles de contenido de la información en función de las necesidades de las diferentes unidades o áreas. Asimismo debe disponer de mecanismos efectivos destinados a proteger de manera apropiada los registros y sistemas de información frente a pérdidas,

Área operativa

robo o destrucción, aplicándose de forma operativa en todos los puntos de la red del sistema.

A continuación se establecen requisitos para cada uno de los servicios, estableciendo la dotación y características de:

⇒ *Teleasistencia*

- Centro de atención y del centro de respaldo independiente (en cuanto a aplicaciones informáticas, en cuanto a la zona de atención de llamadas o destinada a los operadores, otros espacios).
- De los terminales de la persona usuaria y de la unidad de control remoto.
- De la unidad móvil.

⇒ *Ayuda a domicilio*

- Instalaciones: sede oficial, local para reuniones.
- Equipamiento (ejemplo, mobiliario) y equipos y aplicaciones informáticas (gestión de la historia de los usuarios,...).

⇒ *Residencias y centros de día/noche*

- Instalaciones: habitaciones, zonas comunes (zonas de recepción, de visitas, cafetería...), zonas de atención asistencial (sala de fisioterapia, sala de curas, espacio dedicado al reposo...).
- Equipamiento (ejemplo, mobiliario..) y equipos y aplicaciones informáticas (gestión de la historia de los usuarios...).
- Material para la prestación del servicio.

• **Documentación necesaria**

La entidad debe establecer documentos que describan la metodología de la prestación del servicio y otros documentos para la gestión de la entidad con respecto a la calidad. La documentación debe ser difundida al personal interno de la entidad, de modo

Área operativa

que conozcan la operativa a seguir. Al menos se deben establecer los siguientes documentos:

⇒ **Cartera de servicio:** Documento que recoja la intensidad y extensión de los servicios de asistencia y apoyo que se ofrecen y coherentes con la tipología de sus usuarios, estándares de servicio, incluyendo horario general de actividades, de atención de los profesionales y de visitas (véase área estratégica).

⇒ **Documentos para la gestión de la entidad:** La entidad debe reflejar, al menos, por escrito bien en documentos tipo procedimiento o en otro tipo de documento, las siguientes metodologías de actuación:

- Procedimiento de gestión de la documentación.
- Procedimiento de quejas y reclamaciones.
- Procedimiento de medición de la satisfacción y mejora.
- Procedimiento de gestión de la formación del personal.
- Procedimiento de prevención de riesgos laborales.
- Procedimiento de medición y seguimiento de la calidad del servicio (véase con modelos de seguimiento y medición).
- Procedimiento de seguimiento de objetivos.
- Procedimiento de gestión de incidencias.

⇒ **Protocolos de actuación:** Son aquellos documentos (llámese protocolo, procedimiento, instrucción, etc.) que describen, con el nivel de detalle suficiente, las actividades a realizar de un servicio específico, por quién se realizan, dónde y cómo se registran. A continuación se relacionan para cada uno de los servicios los documentos escritos que, al menos, deben existir:

- Para teleasistencia:
 - Protocolo de alta en el servicio.

Área operativa

- Protocolo de custodia y manipulación de llaves.
 - Protocolo de baja del servicio.
 - Protocolo de suspensión temporal del servicio.
 - Protocolo de coordinación y comunicación con la administración pública (si procede).
 - Protocolo general de actuación ante mantenimiento preventivo y correctivo.
 - Protocolo de actuación ante comunicaciones.
- Para ayuda a domicilio:
- Protocolo de alta en el servicio.
 - Protocolo de presentación inicial del profesional de atención directa.
 - Protocolo de adaptación (persona usuaria/profesional).
 - Protocolo de baja en el servicio.
 - Protocolo de valoración (cuando proceda).
 - Protocolo de atención personal.
 - Protocolos de comunicación.
 - Protocolos de tratamiento y actuaciones ante incidencias.
 - Protocolos de supervisión y apoyo al personal de atención directa.
 - Protocolo de visitas de seguimiento del servicio (si proceden).
 - Protocolo de coordinación.
- Para centros de día y noche:
- Protocolo de inicio/alta en el servicio.
 - Protocolo de evaluación del estado inicial del paciente.
 - Protocolo de evaluación del centro.
 - Protocolo de seguridad.
 - Protocolo de integridad e intimidad de los usuarios.
 - Protocolo de coordinación con el entorno (con los servicios sociales y sistemas de participación).

Área operativa

- Para residencias:
- Protocolo de acogida.
 - Protocolo de uso de sujeciones físicas y químicas.
 - Protocolo de acompañamiento en los últimos momentos de la vida.
 - Protocolo de información a la persona usuaria y/o a su cuidador.
 - Protocolo de participación de residentes y familias en las actividades del centro.
 - Protocolo de atención, gestión y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias.
 - Protocolo de baños.
 - Protocolo de alimentación.
 - Protocolo de asistencia en comedores.
 - Protocolo de vigilancia en salones.
 - Protocolo de asignación de recursos materiales auxiliares varios.
 - Protocolo de cambios posturales.
 - Protocolo de prevención de caídas.
 - Protocolo de urgencias.
 - Protocolo de valoración y seguimiento de úlceras.
 - Protocolo de seguimiento de otros síndromes geriátricos.
 - Protocolo de conflictos entre residentes.
 - Protocolo de programas de bienvenida.
 - Protocolo de gestión del plan de atención integral.
 - Protocolo de evaluación del estado inicial del paciente.
- ⇒ **Planes de trabajo/intervención, planes de atención y programas de actividades**

La planificación de cuidados forma parte de un proceso sistemático y organizado, encaminado hacia el logro de objetivos, por el cual el equipo multidisciplinar decide el plan de atención de una

Área operativa

persona con una dependencia determinada. La entidad u organización debe establecer varios tipos de planes por escrito:

- *Planes de intervención o planes de trabajo:* Recogen las actividades generales ante un problema determinado, al menos (y siempre en función de los cuatro tipos de servicios) debe establecer:

- Planes de acogida.
- Planes de cuidados sanitarios.
- Planes de actividades rehabilitadoras, etc.

- *Plan individual de atención:* Recogen los planes de intervención en concreto de un usuario en función de sus necesidades en un momento determinado.

- *Otros programas de actividades:* Con indicación de objetivos, calendario y métodos de ejecución y sistemas de evaluación. El programa puede incluir actividades docentes y formativas. Como ejemplos de estos programas de:

- Actividades ocupacionales.
- Evaluación e intervención psicológica.
- Prevención de la incapacidad (de caídas, de accidentes, etc.).
- Movilización y seguimiento de cambios posturales.
- Animación sociocultural.

En función del tipo de servicio que preste una entidad u organización (ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias o centros de día/noche) puede definir aquellos planes según el servicio que preste.

En cada tipo de plan y/o programa debe reflejar la fecha de entrada en vigor o de aplicación de ese plan. Sucesivas modificaciones deben quedar registradas y controladas mediante el control de la fecha y/o número de edición del plan y/o programa.

⇒ **Procedimiento para preservar la confidencia-**

Área operativa

lidad de los datos y de la información identificada como sensible o que requiere medios extraordinarios para proteger la privacidad del usuario y se aplica de forma efectiva en todas las situaciones en que sea preciso. (véase punto de infraestructuras de la presente área en cuanto a sistemas de información).

Debe establecer por escrito un procedimiento documentado para definir la metodología que describa las actividades de obtención, procesado y manejo de los datos en condiciones adecuadas de rapidez, seguridad, integridad y confidencialidad de la información utilizada.

⇒ **Manuales o guías de buenas prácticas**, los cuales tienen por objeto normalizar los procedimientos de actuación del personal con el fin de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afecten negativamente tanto al personal como a los usuarios. Sirven también para recoger los numerosos pactos o consensos implícitos existentes en relación a la práctica cotidiana. Para que resulten operativos no deben alejarse de la realidad ni constituir un simple desiderátum, sino que deben centrarse en la recomendación de prácticas posibles.

Las guías de buenas prácticas se mencionan explícitamente en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia como una de las medidas para garantizar la calidad del sistema.

Deben estar accesibles al personal para su consulta.

⇒ **Reglamento de régimen interno:** La entidad debe contar con normas escritas que regulan su actividad. Deben establecer el funcionamiento de la entidad (en casos de residencias, centros de día y noche, ayuda a domicilio y teleasistencia), horarios de visita y horario general del centro, establecen el régimen económi-

Área operativa

co, derechos y deberes del usuario, condiciones de admisión en el servicio, datos en cuanto a la formalización del contrato, funcionamiento de órganos, juntas, comités, etc. Además deben recoger la metodología para la gestión de quejas y reclamaciones de los usuarios del servicio. Debe estar aprobado por la dirección y debe estar accesible al personal de la organización para su consulta.

⇒ **Derechos y deberes de la persona usuaria y su familia**, en cuanto a que los usuarios tienen derecho a recibir una asistencia adecuada a sus necesidades de carácter personalizado y no discriminatoria, respetando las costumbres y creencias, así como sus valores culturales y espirituales.

Asimismo los usuarios tienen obligaciones en cuanto al conocimiento de las normas de régimen interno, en su comportamiento, en informar y colaborar con los profesionales, etc.

Debe estar aprobado por la dirección y debe estar accesible al personal de la organización para su consulta.

⇒ **Modelos de seguimiento y medición:** Deben incluir como herramienta de gestión el cuadro de mando o documento en el que se establecen los procesos a medir, así como los servicios (véase Área de medición y mejora), es decir, debe suponer un panel de control en el que quedan integrados el conjunto de indicadores clave de la entidad, reflejando para cada indicador el método de medición, el valor a alcanzar, el responsable de medición y la periodicidad en la medición. Este documento debe ser aprobado por la dirección. A partir de este panel de control se debe realizar el seguimiento de los objetivos clave, el cual debe quedar reflejado por escrito.

⇒ **Registros:** Suponen la evidencia de la realización

Área operativa

de una actividad. Deben establecerse y archivarlos los siguientes:

- Se mantendrán registros asistenciales (siempre en función de la tipología del servicio que preste una entidad, tales como teleasistencia, residencias, etc.):

- Contrato.
- Valoración del estado del usuario al inicio del servicio.
- Planes individuales de atención.
- Planes de intervención y/o plan de trabajo.
- Otros programas según el servicio y la tipología de los usuarios.
- Seguimiento de los planes individuales y otros programas.
- Reclamaciones que se produzcan.

- Registros de gestión y organizativos de la entidad:

- Actas de reuniones.
- Acta del Comité de Calidad.
- Plan de calidad.
- Establecimiento y medición de objetivos.
- Datos de medición de los procesos.
- Datos de medición de la calidad del servicio.
- Datos de la medición de la satisfacción del usuario y familia.
- Plan de prevención de riesgos laborales.
- Plan global de gestión de riesgos (plan de contingencia, plan de emergencia y plan de incidencias).
- Plan de formación interna (inicial y continuada).
- Evaluación de la eficacia de la formación.
- Perfiles de puesto.
- Datos de la evaluación del desempeño.
- Registros de evaluaciones del modelo (auditorías, autoevaluaciones, etc.).
- Registros de subcontrataciones o de proveedores.

□ Área de medición y mejora

Este área establece una serie de herramientas para efectuar el seguimiento y medición de las áreas anteriormente establecidas (estratégica, organizativa y operativa), determinando así el grado de consecución de los objetivos generales y específicos en función de unos valores estándares o valores de referencia establecidos y modificar, cuando proceda, las características del servicio o de los procesos hasta lograr la satisfacción de los distintos grupos de interés implicados.

Estas medidas han de tener en cuenta diferentes áreas de las entidades prestadoras de los servicios: la gestión del centro, sus aspectos estratégicos y organizativos, así como los procesos y servicios que constituyen los distintos tipos de intervención (sus infraestructuras y resultados), siempre contando con las expectativas, necesidades y satisfacción de los grupos de interés implicados en los mismos, por lo que detallarán a continuación una serie de herramientas aplicables a los cuatro tipos genéricos de servicios de atención a las personas mayores (teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros de día y noche y residencias), detallando igualmente herramientas específicas comunes para cada uno de ellos.

De esta forma la medición se realiza internamente a través de estas herramientas y se evalúan los resultados obtenidos por parte de los participantes en la intervención de cada entidad. No obstante, esta medición también debe recaer en agentes externos de evaluación, que garanticen la homogeneidad de las evaluaciones, su independencia y transparencia que permitan la comparación de los resultados obtenidos y la generación de confianza sobre los servicios que se prestan a nuestros mayores.

Estas herramientas de medición se detallan en la siguiente tabla:

Área de medición y mejora

• Medición de la satisfacción de los grupos de interés

La entidad prestadora del servicio debe conocer el nivel de satisfacción de las personas o grupos que tienen un interés en el desempeño o éxito de la entidad. La entidad debe realizar, por tanto, de forma periódica y sistemática una valoración de la percepción de las partes interesadas para así poder evaluar el grado de satisfacción de los mismos y utilizar los resultados como un instrumento de mejora continua de la calidad.

En este sentido se establecen, al menos, las siguientes partes:

⇒ Satisfacción de los usuarios y familias

Este grupo lo constituyen los clientes externos de la entidad prestadora, es decir los usuarios, incluyendo a los familiares y/o tutores.

El usuario del servicio forma su criterio de calidad mediante comparaciones y contrastes entre calidad esperada y calidad percibida.

La entidad prestadora debe establecer por escrito una metodología que detalle el método a utilizar (ya sean encuestas telefónicas, entrevistas, encuestas por escrito, etc.), los responsables de efectuarlo, la periodicidad y el análisis de los datos y propuestas de mejora. En esta herramienta deben estar representados todos los servicios de la entidad prestadora (por ejemplo, instalaciones y equipamientos, atención sanitaria, atención psicosocial, cuidados personales, servicios hosteleros, etc.).

Anualmente la entidad prestadora debe obtener información del nivel de calidad percibida por los usuarios (incluyendo familia). Debe mantener registros de esta medición de la satisfacción de los usuarios.

Adicionalmente, la entidad prestadora puede ampliar a los siguientes grupos:

Área de medición y mejora

⇒ Satisfacción del personal de la entidad prestadora.

Mediante el establecimiento de una metodología por escrito para recabar la opinión de su personal en relación con la manera de cómo la entidad satisface sus necesidades y expectativas.

⇒ Satisfacción de la Administración o entidades contratantes.

⇒ Satisfacción de la sociedad.

⇒ Satisfacción de los proveedores y aliados de negocios.

• Evaluación interna y externa del modelo

La evaluación constituye uno de los mejores métodos de valoración del grado de cumplimiento de la entidad prestadora respecto a lo establecido en las tres áreas del presente modelo: área estratégica y organizativa, área operativa y área de seguimiento y medición.

Por ello la entidad prestadora debe establecer por escrito un método de evaluación del modelo (áreas estratégicas y organizativa, operativa y de medición y mejora). Este método debe incluir, al menos, la planificación de la evaluación, la periodicidad en la realización de la evaluación y los registros de la evaluación efectuada (fechas, personal que lo realizó y resultados de las mismas).

Deben quedar registros de las evaluaciones efectuadas, como, por ejemplo, informes de auditoría interna, externa, autoevaluaciones, etc.

La entidad prestadora puede establecer varios métodos de evaluación, tales como:

Método de evaluaciones internas

Esta evaluación se realiza en base a un modelo interno, es decir, aquel que establece la propia entidad, que en

Área de medición y mejora

este caso sería el modelo que se describe. Estas evaluaciones son realizadas, normalmente, por personal interno, aunque la entidad puede subcontratar este servicio a una entidad externa con el objetivo de asegurarse mayor grado de objetividad.

Con estas evaluaciones y/o autoevaluaciones se pretende que la entidad obtenga información sobre el grado de cumplimiento y eficacia de las áreas anteriores y en la propia prestación del servicio y, por tanto, detecte y establezca áreas de mejora.

Método de evaluaciones externas

Al igual que las evaluaciones internas, este tipo de evaluación se basa en un modelo implantado en la propia entidad, aunque con la diferencia de que este modelo está ampliamente aceptado nacional, internacionalmente o por un colectivo específico.

Algunos de estos modelos aceptados nacional e internacionalmente son definidos en documentos tipo normas, como, por ejemplo, normas de la serie ISO 9001, normas de la serie UNE-158.000 (específicas en los servicios sociosanitarios). Otros ejemplos de modelos que la entidad puede implantar son los de EFQM, Joint Comisión, Modelos RUG-RAI, etc.

Estas evaluaciones son realizadas por personal externo a la entidad, en caso de que la propia entidad quiera obtener un reconocimiento externo, como, por ejemplo, un certificado de calidad del servicio o un premio a la excelencia. No obstante, previo a la evaluación externa, la organización puede optar por realizar una evaluación interna con el único objetivo de autoevaluarse.

• Aprendizaje y mejora continua

La innovación es un proceso influido directamente por la capacidad permanente de la empresa para identificar, compartir, aprender y comprender nuevas ideas.

Área de medición y mejora

La entidad prestadora de servicios debe establecer una metodología por escrito por la que define los elementos de análisis anual para determinar acciones de aprendizaje y de mejora continua. Al menos debe analizar los resultados de:

- Indicadores de procesos y del servicio (véase punto siguiente).
- Resultados de las evaluaciones internas o externas del modelo.
- Resultados de la medición de la satisfacción de los clientes (personas usuarias).
- Sugerencias del personal.
- Buzón de sugerencias (si la entidad dispone) de los clientes o personas usuarias.
- Cumplimiento o adecuación con la Guía de buenas prácticas.

La entidad debe registrar las conclusiones de este análisis y las acciones de mejora derivadas (por ejemplo, puede registrarlo en el informe anual de memoria de actividad o en otro tipo de documento).

Por último, la entidad debe hacer un seguimiento periódico de las acciones de mejora detectadas para evaluar su grado de implantación. Deben quedar registros de estos seguimientos.

• Evaluación de la calidad del servicio y de sus procesos

La calidad de las entidades prestadoras de servicios es siempre compleja de evaluar, puesto que puede abordarse desde muy diversos puntos de vista. Por tanto, la mejor forma de abordar la medida de la calidad es intentar objetivarla, es decir, definir:

- ⇒ Qué entendemos por calidad, los objetivos que se persiguen o criterios de calidad, y teniendo en cuenta lo que ha sido definido en las dos áreas anteriores (Área estratégica y organizativa y Área operativa)

Área de medición y mejora

⇒ Cómo evaluarla, definiendo una forma de medir la consecución de los objetivos establecidos a través de lo que denominaremos indicadores de calidad, que nos permitirán medir cuantitativamente determinados parámetros que especifican hechos como actividades asistenciales, incidentes, resultados u otros aspectos que se desean monitorizar.

⇒ Cuál es el nivel o niveles a conseguir, estableciendo para cada uno de ellos un rango dentro del cual la calidad es aceptable, a lo que denominaremos valor estándar o de referencia.

En cuanto al segundo de los aspectos indicados, en general, los indicadores que pueden emplearse para realizar estas mediciones pueden clasificarse, en función de los sucesos que se miden, de la siguiente forma:

⇒ **Indicadores de proceso (o de recursos):** Miden aspectos necesarios para que el proceso funcione. Pueden estar asociados a las personas, materiales o equipos empleados en el proceso, métodos de trabajo, instrucciones, información para ejecutar el proceso (acceso y calidad de la información, etc.), coste de los recursos o tiempo (por ejemplo, porcentaje de residentes con profilaxis antibiótica, porcentaje de residentes en protocolo de promoción de continencia, porcentaje de residentes con retirada de absorbentes, etc.).

Si los indicadores miden aspectos de dotación del servicio en cuanto a material, tecnología o de recursos humanos, se denominan indicadores de estructura (según FAD, indicadores de estructura de medios, procesos de métodos y resultados).

⇒ **Indicadores de resultado (o de servicio):** Hacen referencia al resultado de alguno de los procesos o servicios. Representan las consecuencias de las acciones tomadas previamente durante los procesos y medidas por los indicadores de proceso.

Área de medición y mejora

Entre los indicadores de resultado y los indicadores de proceso de un mismo proceso, existen relaciones causa-efecto, pues «lo que se hace» condiciona el «resultado» que se obtiene. Las relaciones causa-efecto describen cómo la combinación de ambos tipos de indicadores genera el éxito en conseguir el objetivo del proceso.

Igualmente podemos encontrar:

⇒ Indicadores de índice: Miden sucesos de la práctica en los que se puede esperar la aparición de un hecho, y que sólo requiere posterior valoración si el índice muestra una tendencia significativa en el tiempo, si supera los límites establecidos o evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios o entidades (por ejemplo, prevalencia e incidencias de infecciones, complicaciones, caídas, porcentaje de residentes con valoración de enfermería, etc.).

⇒ Indicadores centinela: Miden procesos o resultados relevantes o graves, indeseables y a menudo evitables (por ejemplo, número de personas con broncoaspiración por alimentación por sonda, intoxicación alimentaria, suicidio, etc.). La aparición de un caso debe llevarnos a tomar las medidas urgentes ya definidas para esas situaciones.

Estas medidas han de tener en cuenta diferentes áreas de las entidades prestadoras de los servicios: la gestión del centro, sus aspectos estratégicos y organizativos, así como los procesos y servicios que constituyen los distintos tipos de intervención (sus infraestructuras y resultados), siempre contando con las expectativas, necesidades y satisfacción de los agentes que participan en los mismos (usuarios, familias y profesionales), por lo que incluyen a continuación una serie de indicadores aplicables a los cuatro

Área de medición y mejora

tipos genéricos de servicios de atención a las personas mayores (Servicio de teleasistencia, de ayuda a domicilio, centros de día y noche y residencias), detallando igualmente indicadores específicos para cada uno de ellos.

La organización debe establecer en un documento la periodicidad en la medición de los indicadores (véase apartado siguiente: Relación de indicadores) así como el responsable de medición. Este documento debe estar aprobado por la dirección y comunicado a los responsables de su medición.

Deben quedar registrados por escrito los seguimientos periódicos de las mediciones de los indicadores y, si procede, las acciones cuando de las mediciones efectuadas se desprenda que un indicador no va a alcanzar el valor de referencia o estándar establecido.

A continuación se detalla la relación de indicadores necesarios.

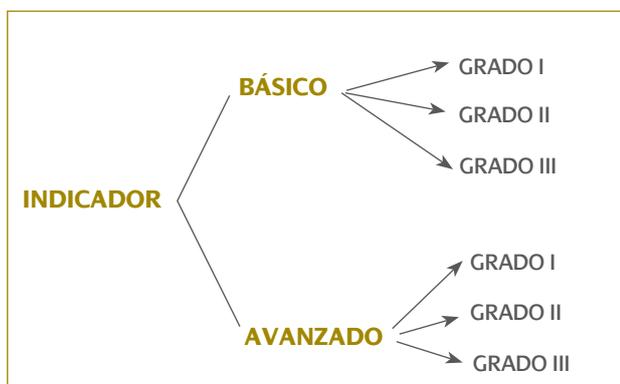
4.3 Relación de indicadores

En el presente apartado se presenta la relación de indicadores necesarios para cualquier entidad que quiera obtener la acreditación (véase apartado 5.4. Niveles de acreditación). Primeramente se presentan unos indicadores comunes, es decir, indicadores aplicables a cualquier tipo de servicio (teleasistencia, residencias, etc.). Posteriormente se detalla la relación de indicadores denominados específicos, es decir, aplicables a entidades que prestan un servicio en concreto.

De la relación de indicadores aún no se han identificado valores estándares o de referencia, puesto que hasta la fecha, y debido a la heterogeneidad del sector, no disponemos de datos representativos de conjunto para poder establecer con claridad el valor estándar del propio indicador en un

nivel básico y/o avanzado, así como su detalle para cada uno de los grados de dependencia en los que aplique por tanto, está pendiente medir en sector y marcar estándar por parte de las AA.PP.

Se establecen dos niveles de acreditación: básico y avanzado. En cada nivel los indicadores son distintos en función del grado de dependencia, como se ilustra en el esquema:



En función de lo acabado de relacionar, detallamos primeramente los indicadores comunes a los cuatro servicios y posteriormente los indicadores específicos a cada uno de estos servicios.

De lo detallado en las páginas anteriores es necesario puntualizar que no se consideran indicadores de tipo económico-financiero, puesto que la finalidad del modelo es asegurar una correcta prestación a los usuarios, y, por tanto, el modelo está enfocado a criterios de calidad. No obstante, aunque se entiende que la parte económico-financiera es esencial para una entidad y que influye en la calidad, esta parte se establece como obligatoria al incluirla como requisito (véase punto: **Fases del proceso de acreditación**) de las entidades que quieran optar a una acreditación. Este requisito se refiere a la solvencia económica y financiera, ya que «La justificación de la solvencia económica y financiera de la entidad deberá

acreditarse mediante la presentación de las cuentas anuales auditadas del último ejercicio y, por tanto, de las auditorías de cuentas».

4.3.1 Indicadores Comunes:

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
Personal (indicador de estructura)		
• Total ratio de atención directa: Número de personal de atención directa/Número total de personas usuarias (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
• Ratio de atención al usuario (ligar con niveles de dependencia): - Número total de personal de Residencias de personas mayores / Número de plazas ocupadas (ligar con niveles de dependencia). - Número total de personal de centros de día y noche / Número de plazas ocupadas (ligar con niveles de dependencia). - Número total de personal del Servicio de ayuda a domicilio (ligar con niveles de dependencia) / Total personas atendidas. - Ratio total de personal de Servicio de Telesistencia / Total personas atendidas.	B ☒	A ☒
• Porcentaje de personas de la organización que han participado en actividades formativas.	B ☒	A ☒
• Media de horas de formación/trabajador.	B ☒	A ☒
• Índice de rotación del personal de atención directa.	B ☒	A ☒
Resultados clave		
• Número de personas usuarias con medición de su satisfacción / Total de personas usuarias.	B ☒	A ☒

4.3.2 Indicadores específicos:

A continuación se incluye una propuesta de indicadores específicos para cada uno de los tipos de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

TELEASISTENCIA

Indicadores asociados a los procesos

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Tiempo medio (horas) de inicio del servicio en una solicitud de alta normal.	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (horas) de inicio del servicio en una solicitud de alta urgente (si procede).	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (en segundos) de respuesta de la persona operadora a una llamada, una vez ha entrado en el Centro de Atención.	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (en minutos) desde que se recibe una llamada al Centro de Atención hasta la movilización del recurso especializado (bomberos, fuerzas de seguridad, ambulancias, servicios sanitarios, etc.).	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (en minutos) desde que se recibe una llamada al Centro de Atención hasta la movilización de otros recursos (familiares, amigos, vecinos, etc.).	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (en minutos) de llegada de la unidad móvil al domicilio (si procede).		
- Número de llamadas de seguimiento por persona usuaria al mes.	B ☒	A ☒
- Número usuarios con situaciones de emergencia con llamada de seguimiento antes de 15 días /Número de usuarios con situación de emergencia * 100.	B ☒	A ☒
- Número de personas usuarias a las que se ha realizado encuesta de satisfacción / Total de personas usuarias (la periodicidad de medición y seguimiento de este indicador es anual).	B ☒	A ☒
- Número personas usuarias con quejas del servicio/número total de personas usuarias.	B ☒	A ☒
- Número incidencias relacionadas con la custodia y manipulación de llaves por parte de la entidad /Total de usuarios con servicio de unidad móvil (si procede).	B ☒	A ☒
- Número de bajas voluntarias por insatisfacción con el servicio / Total de bajas.	B ☒	A ☒

Indicadores de resultado

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número casos con movilización de recursos personales con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización del recurso personal.	B ☒	A ☒
- Número casos con movilización de recursos públicos no sanitarios con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización de los recursos públicos no sanitarios.	B ☒	A ☒
- Número casos con movilización de recursos sanitarios con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización del recurso sanitario.	B ☒	A ☒

Indicadores asociados a los recursos materiales y humanos

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de usuarios con operador asignado de referencia / Total de usuarios.	B ☒	A ☒
- Número de averías en el equipamiento de la persona usuaria que impiden la comunicación de ésta con el centro de atención / Total de terminales instalados.	B ☒	A ☒
- Tiempo medio (en horas) de la resolución de averías del terminal que impiden la comunicación de la persona usuaria con el centro de atención.	B ☒	A ☒
- Número de averías en el sistema del servicio que produce la pérdida de capacidad de respuesta del centro de atención, que activa el sistema de respaldo.	B ☒	A ☒

Otros indicadores

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
De índice		
- Número de personas usuarias en situaciones críticas que afecta a su integridad física (agresión o malos tratos, caídas, fallecimientos o parada cardiorrespiratoria) / Total de personas usuarias.	B ☒	A ☒
- Número de personas usuarias con llamada por situación de soledad / Total de personas usuarias.	B ☒	A ☒
Centinela		
- Porcentaje de llamadas entrantes no contestadas desde el centro de atención en los primeros 30 segundos / Total llamadas.	B ☒	A ☒
- Número de veces de pérdida de líneas telefónicas.	B ☒	A ☒

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Indicadores asociados a los procesos

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de usuarios con visita de valoración / Número de nuevos usuarios (si procede).	B ☒	A ☒
- Número de usuarios con visitas de presentación de auxiliar / Total de nuevos usuarios (si procede).	B ☒	A ☒
- Tiempo medio de revisión de la valoración de seguimiento (si procede).	B ☒	A ☒
- Número de PAI revisados / Total de PAI.	B ☒	A ☒
- Número de visitas de seguimiento a usuarios con más de 6 meses de antigüedad / Total de visitas a usuarios con más de 6 meses de antigüedad.	B ☒	A ☒
- Número de cambios en un año de auxiliar en el servicio al usuario.	B ☒	A ☒
- Número de sugerencias / Número de usuarios totales.	B ☒	A ☒
- Número de quejas y reclamaciones / Número de usuarios totales.	B ☒	A ☒
- Número de horas no cubiertas / Total horas del servicio.	B ☒	A ☒
- Número de facturas con errores / Total facturas mensuales.	B ☒	A ☒
- Número de auxiliares que participan en las reuniones / Total reuniones.	B ☒	A ☒
- Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas totales.	B ☒	A ☒
- Número de jornadas completas de coordinación / Número de horas de prestación totales.	B ☒	A ☒

CENTROS DE DÍA Y NOCHE

Indicadores asociados a los procesos

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de no conformidades en alimentación / Número de personas usuarias.	B ☒	A ☒
- Número de quejas o reclamaciones de los usuarios en transporte / Número de personas usuarias en servicios de transporte.	B ☒	A ☒
- Número de no conformidades de limpieza / Número total de no conformidades.	B ☒	A ☒
- Número de reclamaciones en temas de lavandería / Número de residentes del centro.	B ☒	A ☒
- Número de usuarios con PAI en el primer mes de alta / Número total de usuarios de alta en el periodo.	B ☒	A ☒
- Número de usuarios de 6 meses de antigüedad con revisión del PAI / Total de usuarios de más de 6 meses de antigüedad.	B ☒	A ☒
- Número de usuarios en programas con incontinencia urinaria / Número de usuarios totales con incontinencia urinaria.	B ☒	A ☒
- Número de usuarios con caídas en el centro / Número de usuarios totales (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
- Número de usuarios con quejas / Número total de usuarios.	B ☒	A ☒
- Número usuarios con sujeciones / Número usuarios totales.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con deterioro cognitivo con programas de estimulación cognitiva / Número de residentes totales con deterioro cognitivo (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
- Número de sugerencias de usuarios / Número de usuarios totales.	B ☒	A ☒
- Número de comunicaciones escritas con los familiares de los usuarios / Número de usuarios con familias.	B ☒	A ☒
- Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas (excepto por fallecimiento).	B ☒	A ☒
- Número usuarios en los que se ha retirado el absorbente / Número de residentes incluidos en el programa de incontinencia.	—	A ☒
- Número de usuarios con fracturas año / Número de usuarios totales.	—	A ☒
- Número de usuarios que empeoran en ABVD (según escala de Barthel) / Número de residentes.	—	A ☒
- Número de usuarios con alteraciones de conducta según escala NPIQ / Número de usuarios totales (ligar con niveles de dependencia).	—	A ☒

Indicadores asociados a los recursos materiales

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de camas articuladas eléctricas con elevador / Número total de usuarios con severa y gran dependencia (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
-Número de colchones antiescaras / Número total de usuarios (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒

RESIDENCIAS

Indicadores asociados a los procesos

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de residentes con profesional o equipo de referencia desde el ingreso / Total de residentes de alta.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con PAI en el primer mes de alta / Número total de residentes de alta en el periodo.	B ☒	A ☒
- Número de residentes de 6 meses de antigüedad con revisión del PAI / Total de residentes de más de 6 meses de antigüedad.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con >= 6 fármacos / Número total de residentes.	B ☒	A ☒
- Número de residentes en programas con incontinencia urinaria / Número residentes totales con incontinencia urinaria.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con caídas año / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
- Número de úlceras por presión originadas en el centro / Número total de residentes con riesgo de úlceras.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con quejas / Número total de residentes.	B ☒	A ☒
- Número de residentes en programas de estimulación cognitiva / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
- Número de residentes con sujeciones / Número residentes totales.	B ☒	A ☒
- Número de residentes con empeoramiento del estado cognitivo (medido con métodos validados) / Total residentes con deterioro cognitivo (ligar con niveles de dependencia).	B ☒	A ☒
- Número de no conformidades de limpieza / Número total de no conformidades.	B ☒	A ☒
- Número de reclamaciones en temas de lavandería / Número de residentes del centro.	B ☒	A ☒
- Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas (excepto por fallecimiento).	B ☒	A ☒

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de residentes en los que se ha retirado el absorbente / Número de residentes totales incluidos en el programa de incontinencia.	—	A ☑
- Número de residentes con fracturas año / Número de residentes totales.	—	A ☑
- Número de residentes con sonda nasogástrica / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).	—	A ☑
- Número de residentes que empeoran en ABVD (según escala de Barthel) / Número total de residentes.	—	A ☑
- Número de residentes con disminución en las escala MNA (Valoración nutricional) / Número residentes valorados con escala MNA (ligar con niveles de dependencia).	—	A ☑
- Número residentes con alteraciones de conducta según escala NPIQ / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).	—	A ☑
- Número de residentes con depresión según escala de SABAS / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).	—	A ☑
- Número de comunicaciones escritas con los familiares de los residentes / Número de usuarios con familias.	—	A ☑

Indicadores asociados a los recursos materiales

Indicador	Tipo de estándar	
	B (Básico)	A (Avanzado)
- Número de camas articuladas eléctricas con elevador / Número de residentes con severa y gran dependencia (ligar con niveles de dependencia).	B ☑	A ☑
- Número de colchones antiescaras / Total de residentes (ligar con niveles de dependencia).	B ☑	A ☑
- Número de residentes con empeoramiento del estado cognitivo (medido con métodos validados) / Total residentes con deterioro cognitivo (ligar con niveles de dependencia).	B ☑	A ☑

4.4 Resumen de los requisitos del modelo

En función de las áreas establecidas en el apartado 4: Propuesta de modelo, a continuación se establecen aquellos requisitos de dichas áreas considerados como obligatorios o necesarios para obtener la acreditación en un nivel básico (véase apartado 5.4. Niveles de acreditación).

Requisitos básicos del modelo
Área estratégica y organizativa
Establecimiento de la misión.
Establecimiento de la visión.
Establecimiento de ética y valores.
Establecimiento de la cartera de servicio.
Establecimiento de políticas (política de calidad).
Establecimiento del plan de la calidad.
Establecimiento de objetivos y metas a corto/medio plazo.
Establecimiento de organigrama.
Definición de los perfiles profesionales necesarios o puestos.
Establecimiento del personal mínimo y de su tipología para la prestación del servicio.
Mantenimiento y actualización de expedientes del personal.
Mecanismos de jerarquización
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de órganos internos, al menos el Comité de Calidad. • Establecimiento de reuniones periódicas y registro en acta. • Establecimiento y utilización de otros mecanismos de comunicación: utilización de correos electrónicos, tableros de anuncio, circulares.
Establecimiento del plan de prevención de riesgos laborales.

Requisitos básicos del modelo
Plan global de gestión de riesgos, con los siguientes subplanes:
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del plan de contingencia. • Establecimiento del plan de emergencia.
Establecimiento del plan de formación inicial y continuada del personal.
Establecimiento del método y realización de la evaluación de la eficacia de la formación interna.
Área operativa
Documentación necesaria
Establecimiento de la cartera de servicio.
Establecimiento de protocolos de actuación.
Establecimiento de modelos de valoración de la calidad.
Establecimiento de plan de intervención/plan de trabajo.
Establecimiento de planes individual de atención.
Establecimiento de otros programas de actividades.
Establecimiento de un procedimiento para preservar la confidencialidad de los datos.
Establecimiento de documentos para la gestión de la entidad (gestión quejas y reclamaciones, satisfacción al cliente, formación interna, medición y seguimiento de la calidad del servicio y seguimiento de objetivos).
Establecimiento del reglamento de régimen interno.
Establecimiento de derechos y deberes de la persona usuaria y su familia.
Generación y archivo de registros asistenciales y de gestión.
Información disponible al usuario/familias (al inicio del servicio).

Requisitos básicos del modelo
Procesos
Establecimiento por escrito de metodologías de actuación de los procesos asistenciales.
Establecimiento por escrito de metodologías de actuación de los procesos no asistenciales.
Servicios
Establecimiento por escrito y prestación de los servicios asistenciales.
Establecimiento por escrito y prestación de servicios administrativos.
Establecimiento por escrito y prestación de servicios complementarios.
Infraestructura
Establecimiento de un método de detalle de la infraestructura mínima a considerar y del seguimiento de la misma (mantenimientos preventivos, correctivos, calibraciones/verificaciones) en cuanto a:
Instalaciones.
Herramientas y equipos.
Tecnologías de la información y de comunicación.
Servicios de apoyo.
Área de medición y mejora
Medición de la satisfacción de los grupos de interés
Establecimiento del método y medición de la satisfacción de los usuarios/familias.
Establecimiento de un método y realización de la evaluación interna/externa del modelo (por ejemplo, mediante auditorías, autoevaluaciones, etc.).
Actividades de Innovación y aprendizaje.
Medición de la calidad del servicio y de los procesos operativos y de apoyo a través de indicadores básicos.

En la siguiente tabla se detallan los requisitos avanzados exclusivamente. Este nivel avanzado supone el cumplimiento adicional de los requisitos básicos relacionados en la tabla anterior (véase apartado 5.4. **Niveles de acreditación**).

Requisitos avanzados del modelo
Área estratégica y organizativa
Establecimiento de la carta de servicio.
Establecimiento de planes estratégicos (operativo, marketing, financiero).
Mecanismos de jerarquización
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de otros órganos internos. • Establecimiento del método y realización de la evaluación del desempeño individual.
Plan global de gestión de riesgos , con el siguiente subplan
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del Plan de incidencias.
Área operativa
Documentación necesaria
Establecimiento de la carta de servicio.
Establecimiento del manual o guías de buenas prácticas.
Área de medición y mejora
Medición de la satisfacción de los grupos de interés
Establecimiento del método y medición de la satisfacción del personal de la entidad prestadora.
Establecimiento del método y medición de la satisfacción de la administración o entidades contratantes.
Establecimiento del método y medición de la satisfacción de la sociedad.
Establecimiento del método y medición de la satisfacción de los proveedores y aliados de negocios.
Medición de la calidad del servicio y de los procesos operativos y de apoyo a través de indicadores avanzados.

4.5 Bibliografía y otras fuentes consultadas

- Actualización del estudio «Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia» Deloitte.
- Avaluació externa. Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS. Recomanacions per a l'elaboració dels plans de millora contínua de les residències assistides per a gent gran. Indicadors d'avaluació de qualitat.
- Calidad en los servicios sociosanitarios. Alfredo Bohórquez. Eulen, Servicios Sociosanitarios.
- Calidad y dependencia: Grados de dependencia y necesidades de servicios- Fundación SAR e IMSERSO, 2006.
- Carta de derechos de las personas mayores dependientes. País Vasco.
- Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.
- Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Instituto para la mejora e innovación de la Calidad de vida de las personas Mayores. Diciembre 2004.
- Garantía de calidad. Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. 2001. SIIS.
- Guía de criterios de calidad de centros sociales y sociosanitarios en régimen residencial para personas mayores. Manual de acreditación. Fundación Sanitas, 2002
- Guía para la buena práctica de la teleasistencia móvil. Fundación de Tecnologías Sociales (2004).
- Informe Integrado: Situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio. Comunicación, Imagen y Opinión Pública (CIMOP). Madrid, 2005.
- Integración de la teleasistencia en los servicios asistenciales generales. James Barlow, Steffen Bayer y Dick Curry, SPRU.
- ISO 9001:2000 en Organizaciones Sanitarias. Det Norske Veritas España.
- La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias, 2003.
- La implantación y la gestión del sistema de atención a las personas con dependencia en España: las necesidades de los ciudadanos. Edad&Vida. Enero 2007
- Lascorz Fumanal, Aurelio (1998). Análisis de calidad del servicio de teleasistencia a domicilio en la ciudad de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Leturria Arrazola, F.J., Uriarte Méndez, A., Yanguas Lezaun, J.J. (2003) Centros de día. Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo. Fundación Matía.
- Ley de auditoría de cuentas (18/1988).
- Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación Social. Centros de Incorporación Social.
- Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Edad&Vida.
- Modelo EFQM. 2003
- Modelo Resident Assessment Instrument (RAI).
- Norma UNE 158101 Gestión de los centros residenciales Requisitos.
- Norma UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos.
- Norma UNE 158301 Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Requisitos.
- Norma UNE 158401 Gestión del Servicio de Teleasistencia, Requisitos.
- Norma UNE-EN ISO 9001: 2000.

- Nursing Home Resident Assessment and Care Screening, 2006.
- Real decreto RD 1636/1990 de auditorías de cuentas.
- Recomendaciones del Instituto Edad&Vida.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. Fundación Alternativas (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.
- Rodríguez Roldán, Feliciano, et al. (2003). «Estudio de los estándares de los servicios y de los equipamientos en residencias de personas Mayores». Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, número 2
- Teleasistencia Domiciliaria, Evaluación del Programa IMSERSO/FEMP. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997).
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: 100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de Atención al Domicilio. Año 2007.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Año 2005.
- Fundación Avedis Donabedian: Metodología para la elaboración de planes de calidad.



5. Hacia la evaluación externa y la acreditación de las entidades prestadoras de servicios

5.1. Consideraciones previas y puntos de partida

En el preámbulo de la Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se mencionan los tres criterios que deben regir las políticas de dependencia de los Estados miembros de la UE:

- Universalidad.
- Alta calidad.
- Sostenibilidad.

En el mismo preámbulo se menciona la necesidad de «compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales».

En el artículo 4, apartado 1, menciona como derecho de las personas en situación de dependencia que «*tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta ley*» y en el apartado 3 se dice que «los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos de las personas con dependencia».

En el artículo 11, apartado 1d se menciona a las CC.AA. como las instituciones que deben facilitar la *debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad*. En este punto estableceremos las diferencias entre las diversas actividades de evaluación que llevan a cabo las Administraciones competentes:

- **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 los usuarios y beneficiarios.
- **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.

En el artículo 34, apartado 2, se menciona que se establecerá en el ámbito del Consejo Territorial la *fijación de criterios comunes de acreditación* de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El artículo 35 menciona que «se establecerán *estándares de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo* regulado por la presente Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia».

De todo lo anterior se desprende que el aseguramiento o garantía de los servicios prestados a los ciudadanos, mediante la mejora progresiva de la calidad en los mismos, debe ser uno de los principales objetivos de las Administraciones competentes (CC.AA.).

Debe ser también objetivo de las Administraciones competentes, como garantes de los derechos de los ciudadanos ante esta Ley, garantizar la igualdad de nivel de calidad de servicios para cualquier ciudadano español, independientemente del territorio en el que se encuentre.

Por tanto, en el seno del Consejo Territorial debe haber un consenso entre las distintas CC.AA. (únicas Administraciones que tienen la competencia de acreditación) en el establecimiento de estándares de calidad comunes y no diferenciados que garanticen un nivel homogéneo de calidad de la asistencia a todos los ciudadanos españoles, con independencia de la Comunidad Autónoma y el tipo de centro en el que se preste el servicio (público o privado)².

² En temas que afectan a la salud, seguridad y bienestar de los ciudadanos europeos, hay un consenso para homogeneizar los reglamentos de los Estados Miembros. Con más razón debería homogeneizarse a nivel de las CC.AA. Debe tenerse en cuenta que a medio plazo se tratará de armonizar la reglamentación de España con la del resto de Estados Miembros de la UE en temas de dependencia.

Estos estándares no pueden ser los mismos para un centro de atención a personas en situación de gran, severa o moderada dependencia porque las necesidades de atención en cada caso son distintas y condicionan la organización y la propia prestación de servicios. Es necesario, pues, *definir diferentes requisitos mínimos de acreditación en función de la tipología de servicio a acreditar*, dando así una respuesta coherente con la diversidad de la oferta de servicios.

Finalmente, la acreditación de los centros y servicios será efectiva a medio-largo plazo, si se dispone de *organismos independientes que tengan como objetivo certificar la calidad de los centros y servicios a acreditar, y que adicionalmente valoren la mejora continua de los mismos y la existencia de un nivel de calidad «avanzado»*. Dicho organismo debe contar con unos indicadores y procedimientos regulados en base a los cuales realizar la evaluación y determinar o proponer a la Administración competente si los centros siguen mereciendo la acreditación.

Adicionalmente la Administración competente debe establecer un mecanismo de inspección y sanción de las entidades prestadoras de servicios, como, por ejemplo, en cuanto a reclamaciones.

La Administración deberá establecer un plazo máximo en el cual todas las entidades que actualmente prestan servicios de atención a las personas en situación de dependencia puedan acreditarse y así demostrar su competencia en la prestación del servicio.

5.2 Sistemas de evaluación de la calidad

Cualquier tipo de evaluación consiste en contrastar el modelo prescriptivo contra el modelo implantado en la entidad prestadora de servicios, buscando evidencias que dicha entidad ha implantado el modelo.

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

- **Evaluación de primera parte o autoevaluación.** El objetivo de la entidad es saber cómo se encuentra respecto al modelo descrito (véase apartado 4: Propuesta

de modelo), cuán lejos o cerca está del mismo, detectar las desviaciones y en función de las mismas emprender las acciones para caminar hacia él. En este tipo de evaluación es la propia entidad la que evalúa el sistema que ha implantado.

Para ello la entidad llevará a cabo evaluaciones internas, como examen sistemático, independiente y documentado, cuyo objeto es asegurar, basándose en comprobaciones muestrales, que la entidad desarrolla sus actividades de acuerdo con el sistema establecido, que pueden llevarse a cabo con personal propio o personal subcontratado experto en realizarlas, y como resultado de las mismas dispondrá de un informe de evaluación donde se describirán las desviaciones frente al modelo³.

En el proceso de acreditación propuesto, un informe de autoevaluación deberá ser presentado por la entidad prestadora de servicios en el momento de solicitud de acreditación a la Autoridad competente, como prueba de que tiene implantado un Modelo de Calidad alineado con el Modelo prescriptivo.

- **Evaluación de tercera parte.** Esta evaluación es realizada por una entidad independiente de las partes implicadas (cliente y la propia entidad que ha implantado el modelo) y, a su vez, reconocida por algún esquema que garantiza su independencia y competencia para llevar a cabo dicha evaluación. Asegura un mismo rigor en cuanto a la aplicación de los criterios de la evaluación que realiza.

Los organismos que realizan la evaluación por tercera parte son «supervisados» por entidades nacionales o

³ Como ejemplos tenemos las organizaciones que tienen implantados sistemas de gestión de la calidad según la norma UNE-EN ISO 9001 y que anualmente auditan internamente su organización de forma previa a la evaluación externa por el organismo certificador. Otra forma de evaluar como primera parte es el caso de la autoevaluación llevada a cabo por la propia entidad en modelos de excelencia, como, por ejemplo, el EFQM, como un proceso sistemático de evaluación frente a un modelo donde no sólo se detectan desviaciones frente al modelo, sino también posibles áreas de mejora y puntos fuertes.

supranacionales que aseguran que se mantienen estos criterios de independencia y competencia para la realización de sus actividades de evaluación.

En el proceso de acreditación propuesto, las entidades prestadoras de servicios a acreditar se someterán a un proceso de certificación por tercera parte para demostrar la correcta implantación de su Modelo de Calidad.

5.3 El proceso de acreditación

5.3.1 Introducción

La acreditación es la herramienta eficaz para garantizar la mejora progresiva de los servicios que conforman el catálogo regulado por la Ley.

Como ya se ha mencionado, debe entenderse por acreditación la resolución por la que la Autoridad competente de cada Comunidad Autónoma legitima y reconoce la capacidad de la entidad para la prestación de algún o algunos servicios del catálogo de servicios establecidos en la Ley de Dependencia.

Para garantizar la transparencia, el procedimiento de acreditación debe basarse en un juicio independiente, por lo que requiere de una certificación de tercera parte del nivel en que la entidad, organización o persona acreditada se sitúa en relación a un conjunto de normas previamente establecidas y consensuadas. Las entidades certificadoras deben demostrar su competencia técnica a través de un sistema transparente de acreditación de las mismas.

Además la acreditación debe basarse en una certificación centrada en los procesos y con una clara orientación a la satisfacción de los ciudadanos.

La acreditación debe tener como objetivo:

- Promover la eficacia en el uso de recursos de asistencia a personas con dependencia.
- Garantizar un nivel homogéneo de calidad de la asistencia a todos los ciudadanos españoles, con independencia del tipo del servicio y del lugar en que se preste.

- Generar confianza en la ciudadanía y al colectivo de profesionales del sector.
- Impulsar la mejora continua de la calidad.

Adicionalmente, la Administración de cada Comunidad Autónoma debería establecer un sistema de vigilancia del mercado mediante presupuestos para la inspección administrativa en el caso de reclamaciones.

5.3.2 Infraestructura para la acreditación

La Autoridad competente de cada Comunidad Autónoma debe establecer un esquema de acreditación transparente, basado en la certificación por tercera parte, y velar por el cumplimiento del mismo.

La certificación por tercera parte, independiente de la administración y de las entidades prestadoras de servicio, garantiza transparencia en la evaluación de la entidad prestadora de servicios.

Para la certificación de las entidades prestadoras de servicios, la Autoridad competente de cada Comunidad Autónoma autorizará las entidades de certificación que juzgue necesarias y que cumplan con los siguientes requisitos:

- Competencia técnica avalada por proceso de acreditación de la entidad certificadora de acuerdo a la norma ISO/EN 17.021.
- 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 Certificación con representantes de la Administración, el sector y los usuarios finales.

La existencia de más de una entidad de certificación en una Comunidad Autónoma asegura la libre elección de la entidad prestadora de servicios.

Para la concesión de la acreditación, las CC.AA. usarán el certificado emitido por la entidad de certificación autorizada y avalado por su Comité de Certificación, como

evidencia de la implantación del Modelo de Calidad en las entidades prestadoras de servicios.

La autoridad competente de cada Comunidad Autónoma asegurará que los requisitos y resultados del proceso de acreditación sean públicos y equitativos.

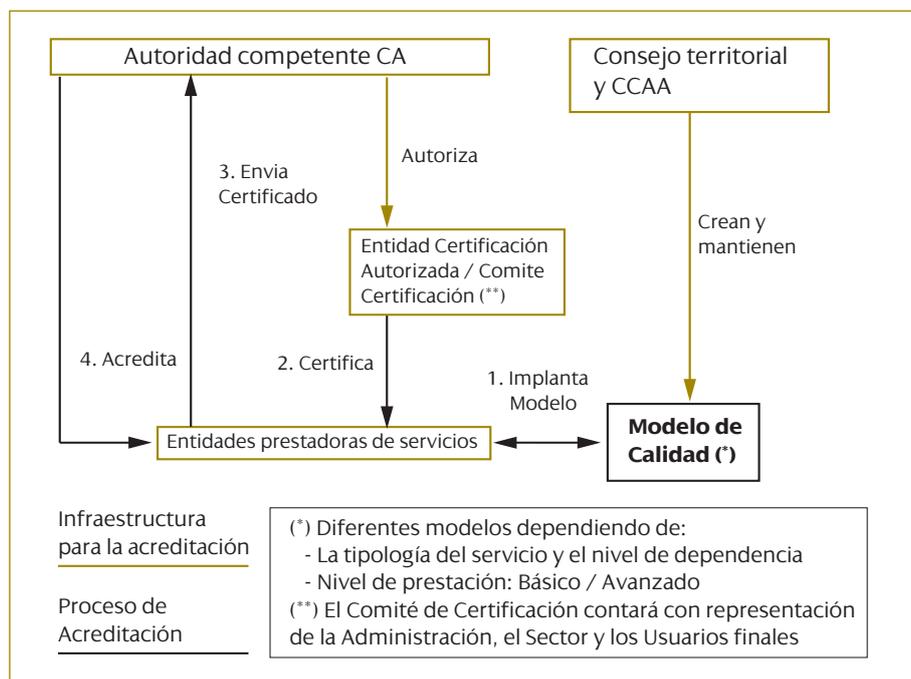
El Consejo Territorial, como ente de consenso entre las CC.AA., debe crear y mantener un Modelo de Calidad como el propuesto en este estudio, válido para todo el territorio nacional con especificaciones para:

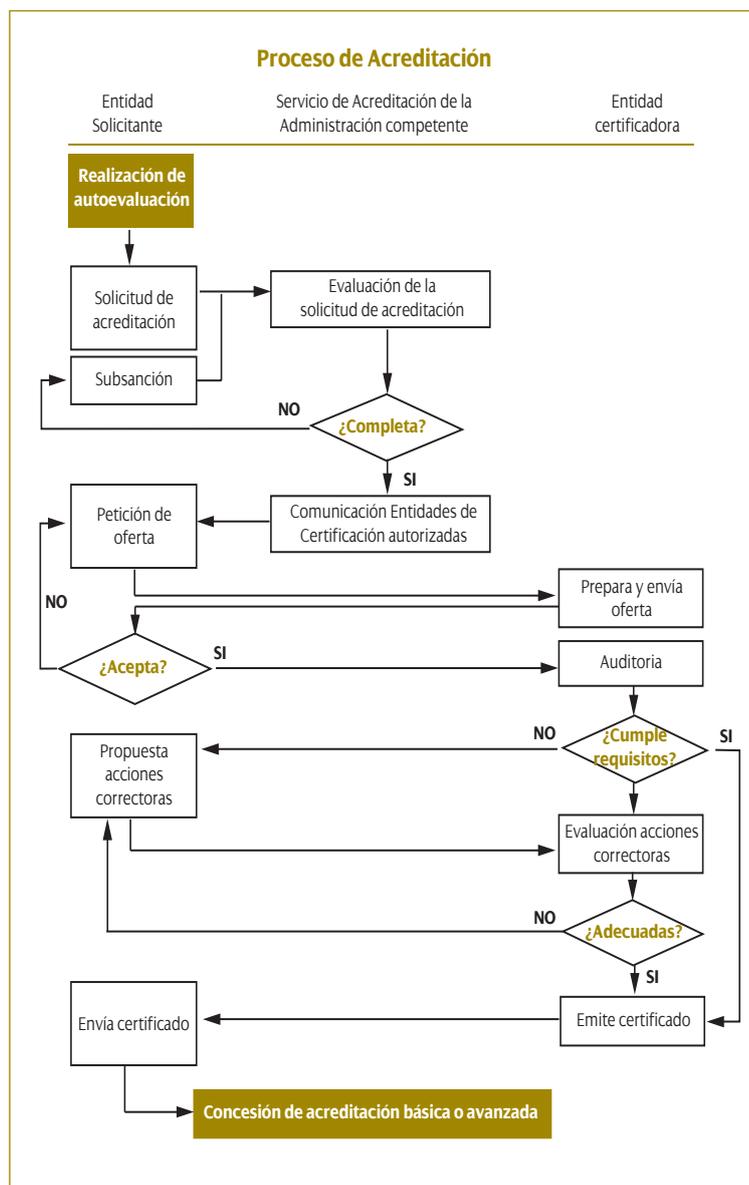
- Las distintas tipologías de servicios.
- Los distintos grados de dependencia.
- Dos niveles de prestación: básico y avanzado.

En el esquema adjunto se presenta en color oro la infraestructura necesaria para la acreditación y en color negro los pasos para el proceso de acreditación:

5.3.3 Fases del proceso de acreditación

En la figura de la página siguiente se presenta el esquema del proceso de acreditación para una entidad prestadora de servicios. Dicho proceso lo describiremos posteriormente con más detalle. Aclarar que este proceso de **acreditación** aplica tanto si la entidad opta a un **nivel básico** como a un **nivel avanzado**, y se propone para los diferentes **servicios** y en función de los **grados y niveles de dependencia**. Las diferencias entre un nivel y otro se detallan en el apartado niveles de acreditación (apartado 5.4. Niveles de acreditación).





1. Requisito previo para presentar solicitud de acreditación

El proceso de acreditación estará abierto a todas aquellas entidades prestadoras de servicios de atención a personas en situación de dependencia que se encuentren incluidas en el Registro de Centros y Servicios autorizados de cada Comunidad Autónoma (dado que la inscripción en estos registros asegura el cumplimiento de la legislación vigente).

Por tanto, sólo podrán presentar solicitud de acreditación⁴ aquellas entidades prestadoras de servicios de atención a personas en situación de dependencia incluidas en los Registros de Centros y Servicios autorizados por la Administración.

En el momento de realizar la solicitud se requerirá a las entidades que faciliten la siguiente documentación:

- Documentos que demuestren la solvencia o capacidad de la entidad para prestar el servicio.
- La solicitud debe ir acompañada del informe con los resultados de la autoevaluación de la entidad según las áreas del modelo establecidas. Es decir, previamente la entidad prestadora de servicios de atención a personas en situación de dependencia debe haber realizado una autoevaluación de su organización respecto al modelo preestablecido y elaborar un informe de la propia autoevaluación. Este informe lo presentará a la Administración junto con el resto de documentación de solvencia que se detalla más adelante.

⁴ Previamente la Administración deberá elaborar un documento guía en el que establezca cómo ha de realizarse el correspondiente informe y sirva para facilitarle al prestador del servicio la redacción del mismo.

Esta autoevaluación incluirá los valores de los indicadores, tanto de carácter común como específico (por tipo de servicio y nivel de dependencia), que el solicitante habrá de presentar.

Para las entidades de nueva creación que quieran optar a la acreditación y dada la dificultad para demostrar ciertos requisitos incluidos en el modelo, la Administración podrá conceder una acreditación provisional por un tiempo fijado por ésta y nunca superior a seis meses, al final del cual la entidad debe ser capaz de demostrar el cumplimiento de los requisitos exigidos.

Respecto a la solvencia de una entidad se establece:

- **Solvencia administrativa.** En cuanto al cumplimiento de las obligaciones tributarias estatales, autonómicas y locales:

Se considerará que las empresas se encuentran al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias cuando, en su caso, concurren las siguientes circunstancias:

- Estar dadas de alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas, en el epígrafe correspondiente al objeto del contrato.
- Haber presentado, si estuvieran obligadas, las declaraciones por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, el Impuesto sobre la Renta de no Residentes o el Impuesto sobre Sociedades.
- Haber presentado, si estuvieran obligadas, las declaraciones periódicas por el Impuesto sobre el Valor Añadido, así como la declaración resumen anual.
- No tener deudas de naturaleza tributaria con el Estado en periodo ejecutivo o, en el caso de contribuyentes, deudas no atendidas en periodo voluntario. Además, cuando el órgano de contratación dependa de una Comunidad Autónoma o de una Entidad local, que la entidad no tenga deudas de naturaleza tributaria con la respectiva Administración autonómica o local o, en el caso de contribuyentes, deudas no atendidas en periodo voluntario.

En cuanto al cumplimiento de las obligaciones con la Seguridad Social:

Se considerará que las empresas se encuentran al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones con la Seguridad Social cuando, en su caso, concurren las siguientes circunstancias:

- Estar inscritas en el sistema de la Seguridad Social y, en su caso, si se tratara de un empresario individual, afiliado y en alta en el régimen que corresponda por razón de la actividad.
- Haber afiliado, en su caso, y haber dado de alta a los trabajadores que presten servicios a las mismas.
- Haber presentado los documentos de cotización correspondientes a las cuotas de Seguridad Social.
- Estar al corriente en el pago de las cuotas o de otras deudas con la Seguridad Social.
- **Solvencia técnica:** Será demostrada por los medios siguientes:
 - Las titulaciones académicas y profesionales del personal de dirección de la entidad y, en particular, del personal responsable de la prestación del servicio.
 - Una declaración del material, instalaciones y equipo técnico de que disponga la entidad para la prestación del servicio.
- **Solvencia económica y financiera:** La justificación de la solvencia económica y financiera de la entidad deberá acreditarse mediante la presentación de las cuentas anuales auditadas del último ejercicio.

2. Evaluación de la solicitud de acreditación

Una vez presentada la solicitud por la entidad⁵, los técnicos de la Autoridad competente la examinarán para asegurar el cumplimiento de dicha solicitud con los requisitos es-

⁵ Para la correcta ejecución de esta fase, la Administración competente debería generar un formato de solicitud y un folleto informativo sobre cómo se desarrolla el proceso de acreditación, además de la Guía de autoevaluación.

tablecidos en el proceso de acreditación. En caso de que no se disponga de todos los documentos o de que éstos no sean completos, se le solicitarán de nuevo a la entidad solicitante.

Una vez revisada la documentación y viendo que ésta es conforme, la Autoridad competente lo comunicará a la entidad prestadora de servicios

3. Solicitud de certificación a una entidad de certificación autorizada

La Autoridad competente comunicará a la entidad prestadora de servicios las entidades de certificación autorizadas que operan en la Comunidad Autónoma.

La entidad prestadora de servicios solicitará a las entidades de acreditación que considere una petición para la certificación del modelo de calidad implantado.

La entidad certificadora enviará una oferta con el precio de la certificación, el plazo de ejecución y el equipo auditor.

4. Auditoría

Una vez la entidad prestadora de servicios acepte la oferta de la entidad de certificación, se programará a la auditoría.

El equipo auditor:

- Realizará la propia auditoría en función de los puntos establecidos en el programa de auditoría.
- Emitirá un informe de auditoría, en el que se establecerán las desviaciones detectadas. En este informe, además, se pueden establecer las áreas de mejora de la organización.
- Identificará en función de los resultados si el centro puede ser acreditado y en qué nivel, es decir, básico o avanzado.
- Enviará una copia del informe de la auditoría a la entidad solicitante.

5. Propuesta de acciones

Una vez que la entidad solicitante dispone del informe de auditoría, podrá proponer, en su caso, las acciones

correctivas, de subsanación o de mejora necesarias para solucionar las desviaciones detectadas frente al modelo o podrá hacer las alegaciones que considere oportunas. En este último caso la entidad solicitante presentará un informe a la entidad de certificación para su consideración. Si procede, la entidad certificadora realizará una visita extraordinaria.

6. Certificación

Una vez las acciones correctivas han sido evaluadas satisfactoriamente, el equipo auditor elevará el informe al Comité de Certificación.

El Comité de Certificación, tras estudiar el informe de auditoría, si es de su satisfacción, emitirá un certificado de conformidad para la acreditación que entregará a la entidad prestadora de servicios. En caso contrario, el Comité de Certificación comunicará a la entidad prestadora de servicios las causas por las que no se puede emitir un certificado de conformidad para la acreditación.

7. Acreditación y registro de centros acreditados

La entidad prestadora de servicios certificada enviará el certificado de conformidad para la acreditación a la Autoridad competente.

La Autoridad competente revisa el expediente de acreditación y en caso de conformidad lo comunica a la entidad solicitante y la inscribe en el registro nacional de entidades acreditadas. Dicho registro es de carácter público.

La acreditación se otorgará por el período de dos años.

8. Seguimiento de la acreditación

Con el objeto de verificar que el centro o servicio sigue cumpliendo con los requisitos del modelo de calidad y que se mantiene en el nivel de acreditación (básico o avanzado), se someterá a un proceso de renovación de la certificación por parte de una entidad de certificación autorizada cada dos años. La entidad o el centro deberá autoevaluarse anualmente, dejando evidencias de la misma para su revisión en la siguiente auditoría de renovación.

9. Acreditación provisional

La Administración puede otorgar una acreditación provisional para aquellas entidades de nueva creación, las cuales no puedan demostrar en una primera auditoría el cumplimiento de todos los requisitos del modelo de calidad.

En estos casos la entidad de nueva creación solicitará una auditoría a una entidad certificadora autorizada.

Si el informe de auditoría es positivo, la entidad solicitante obtendrá una acreditación provisional por un período no superior a los seis meses

Trascurrido el período provisional, la entidad solicitante se someterá al proceso de certificación para optar al nivel de acreditación básica o avanzada.

5.4 Niveles de acreditación

Con el objetivo de normalizar la calidad asistencial a las personas mayores en situación de dependencia, se establecen unos criterios técnicos que configuran los requisitos que tienen que cumplir las entidades prestadoras de servicios para obtener la acreditación. Estos requisitos son los derivados de la propuesta del modelo de calidad (las tres áreas e indicadores presentados en la última).

Dentro de estos requisitos se establecerán dos niveles de cumplimiento que determinarán una acreditación básica o una acreditación avanzada. En el apartado 4.4. Resumen requisitos del modelo se detalla en una tabla aquellos requisitos a cumplir para optar a un nivel básico o a un nivel avanzado.

A continuación se especifican las características de cada nivel de acreditación:

Acreditación básica

Esta acreditación supone el cumplimiento de un nivel mínimo de los requisitos del modelo de calidad para que una entidad que preste sus servicios a las personas mayores en situación de dependencia pueda concertar con la Administración (véase apartado 4.4: Resumen requisitos del modelo).

Esta acreditación consiste en la certificación del cumplimiento de los aspectos o requisitos considerados como básicos y especificados para cada una de las áreas (estratégica y organizativa, operativa y área de seguimiento y medición), así como la consecución del grado de cumplimiento de los valores de unos indicadores denominados básicos. Adicionalmente, algunos de los indicadores pueden ir asociados a niveles de dependencia.

Una vez obtenido el correspondiente certificado por parte de una entidad certificadora autorizada, la Autoridad competente acreditará al centro, estableciendo los niveles de dependencia asociados.

Acreditación avanzada

El proceso de acreditación se establece siguiendo la metodología del nivel anterior: autoevaluación y certificación por entidad certificadora autorizada. Esta acreditación consiste en la certificación del cumplimiento de los aspectos o requisitos especificados para cada una de las áreas (estratégica y organizativa, operativa y área de seguimiento y medición), así como la consecución de los indicadores denominados en el modelo como avanzados. Estos indicadores avanzados están relacionados con el tipo de servicio y nivel de dependencia.

La certificación estará sujeta a la ejecución de un plan de mejora presentado por la entidad prestadora de servicios a la entidad de certificación. Con la correspondiente certificación y el visto bueno del plan de mejora por parte del Comité de Certificación de la entidad certificadora, la Autoridad competente concederá la acreditación con nivel avanzado.

Aquellas entidades que dispongan del nivel avanzado gozarán de:

- Reconocimiento en los concursos oficiales.
- Acceso a la prestación de servicios especializados.

Las entidades podrán optar directamente a este nivel sin tener que obligatoriamente obtener primeramente una acreditación básica, puesto que el cumplimiento de los requisitos para la acreditación avanzada supone el cumplimiento de los requisitos establecidos para la acreditación básica.

5.5 Bibliografía y otras fuentes consultadas

- Calidad en los servicios sociosanitarios. Alfredo Bohórquez. Eulen Servicios Sociosanitarios.
- Calidad y dependencia: Grados de dependencia y necesidades de servicios- Fundación SAR e IMSERSO, 2006.
- Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.
- 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
- Guía de criterios de calidad de centros sociales y sociosanitarios en régimen residencial para personas mayores. Manual de acreditación. Fundación Sanitas, 2002.
- La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias, 2003.
- Ley de auditoría de cuentas (18/1988).
- Links a diversas páginas web internacionales: Francia. <http://www.cidj.com/>, Social affairs Ministry's website (Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement), <http://staffweb.itsligo.ie/gateway/asp/whatis.asp>- Irlanda , Bélgica <http://www.restoe.cfwb.be/>, Suecia: www.regeringen.se, Unión Europea. www.eu.int, <http://www.medicare.gov/HHCompare>, <http://www.ahrq.gov/>
- Real decreto RD 1.636/1990 de auditorías de cuentas.





6. Conclusiones

La publicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto la creación de un marco general común en las CC.AA. para el establecimiento de un Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Sin embargo, ante la gran descentralización y variedad de escenarios normativos y de servicios sociales prestados en dichas Comunidades, la Comisión de Acreditación de Edad&Vida se planteó el establecimiento de unas directrices o recomendaciones encaminadas a facilitar a las CC.AA. el establecimiento de unos criterios o requisitos mínimos y estándares de calidad a exigir a las entidades prestadoras de los servicios incluidos en el SAAD, sin perjuicio de otros desarrollos normativos de dichas CC.AA.

A la hora de establecer estos requisitos o estándares de calidad, se ha analizado primeramente la situación en las CC.AA. en cuanto a los servicios sociales de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Este análisis no es solo normativo, sino que también tiene en cuenta planes de calidad, planes gerontológicos, etc. Posteriormente se han analizado modelos existentes en relación con la gestión de la calidad, modelos sectoriales nacionales, modelos internacionales en el ámbito sanitario y sociosanitario y por último, modelos específicos de atención a la dependencia en España.

Por tanto, este estudio pretende servir de referencia a las CC.AA. en:

- El establecimiento de un modelo de calidad que fije los requisitos o estándares de calidad que tiene que cumplir una entidad para obtener una acreditación. Este modelo considera todas las dimensiones de una entidad, desde el

área estratégica y organizativa hasta la parte puramente operativa en la prestación de los servicios y, por último, el área de medición y mejora, en la cual la entidad tiene definidos unos mecanismos de medición no sólo de sus servicios, sino también de sus procesos.

- El establecimiento de un modelo de acreditación, fijando las bases de actuación de los distintos agentes e instituciones que intervienen en este proceso, de modo que aseguren que se garantice el cumplimiento de los requisitos y estándares de calidad. Este modelo, además, detalla los pasos a seguir de una entidad para la obtención de la acreditación. Por último, el modelo diferencia dos niveles de acreditación, una acreditación básica y una avanzada, en función del cumplimiento de requisitos y estándares básicos o avanzados del modelo de calidad. Estos niveles de acreditación son por tipo de servicio y están a su vez relacionados con los niveles y grados de dependencia.

Adicionalmente, este estudio ha pretendido establecer las bases para permitir al usuario ejercer su derecho de libre elección, con independencia del lugar del territorio español donde resida y acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en la citada Ley.

En resumen, el estudio realizado pretende proporcionar herramientas útiles dirigidas al establecimiento de un acuerdo de mínimos aplicables para cada grado y nivel de dependencia del Sistema, así como una propuesta para lograr un nivel avanzado de calidad orientado a la mejora continua, al que las organizaciones deben tender y que debe ser valorado positivamente por las autoridades competentes a la hora de establecer concertaciones con las entidades prestadoras de estos servicios.





7. Recomendaciones

La Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad&Vida ha llevado a cabo un trabajo de estudio y reflexión sobre los temas de Calidad y Acreditación de los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia, que desarrollen los preceptos contenidos en los artículos 34 y 35 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Los principios que inspiran este posicionamiento están enmarcados en los preceptos legales y en los principios democráticos que deben regir cualquier desarrollo legislativo.

Este posicionamiento tiene por objetivo contribuir a la mejora de la calidad de vida de los mayores con la transformación del sector de atención a las personas mayores en situación de dependencia, desde el enfoque de las propuestas de mejora continua en la gestión y en la prestación de servicios.

Los principios en que se basa son:

- **Actitud ética:** Mediante la potenciación de servicios que respeten los valores humanos y busquen su realización personal (intimidad, dignidad, autonomía, independencia, elección, derechos, transparencia, servicios integrales).
- **Calidad como compromiso y modelo:** Empresas comprometidas con la calidad, calidad como cultura y derecho de los ciudadanos, calidad con criterios de eficacia y eficiencia.
- **Responsabilidad social como eje de actuación:** Ética empresarial, relación con la comunidad, gobierno corporativo, trato con los clientes, política de RR.HH., relación con proveedores, respeto al medio ambiente.
- **Sostenibilidad económica del sistema.**
- **Transparencia en el proceso de acreditación.**

Posicionamiento

1. 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 por la Ley y a disfrutar de niveles de calidad equiparables, debe asegurarse un sistema de acreditación básica para todo el Estado, de aplicación tanto en entidades privadas como en entidades públicas, sin perjuicio de las competencias de las CC.AA.

2. Consideramos que la tendencia futura en acreditación debería favorecer la distinción entre dos niveles: Básico (mínimo imprescindible y necesario) y Avanzado (referente que marca tendencia). Esta distinción debería favorecer la competencia y, consecuentemente, la mejora de la calidad y eficacia en los recursos. Ello sería así en un marco de defensa del derecho de libre elección del usuario o sus prescriptores, en que éstos puedan escoger las entidades prestadoras acreditadas que más se ajustan a sus expectativas.
3. Sugerimos que las Administraciones Públicas utilicen las herramientas que les brindan los enfoques de gestión de la calidad para contribuir a regular el sector con el fin último de la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia. Estas herramientas contribuirían a mejorar la percepción general del sector, ayudando a su dignificación y reconocimiento social.
4. El modelo de calidad propuesto por la Fundación Edad&Vida no debe ser considerado sólo como una herramienta para acreditar servicios, sino que puede ser utilizado por las entidades prestatarias como una guía para la mejora continua.
5. El modelo de calidad presentado considera la calidad percibida por todos los grupos de interés, así como el aseguramiento de la continuidad y regularidad en los procesos.
6. La Fundación Edad&Vida entiende que deben acreditarse los servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia en función del tipo de servicio que se preste y para cada grado y nivel de dependencia.

La acreditación debería llevarse a cabo en cada uno de los centros prestadores.

7. Los distintos grados y niveles de dependencia implican distintos niveles de atención y exigen:

- a) Cargas de trabajo distintas.
- b) Diferentes infraestructuras y equipamiento.
- c) Diferentes ratios de personal, con la formación adecuada y ajustados al perfil y necesidades de las personas en situación de dependencia.
- d) Personalización de los objetivos de atención según las necesidades de las personas en situación de dependencia.

8. Se proponen unos requisitos mínimos de acreditación para cada servicio y unos indicadores para cada nivel de acreditación y para cada grado de dependencia, cuyo estándar estaría pendiente de establecer en función de las tendencias o resultados que se obtengan en los próximos años.

9. Los distintos niveles de servicio, así como la acreditación por grado y nivel de dependencia implican costes reales diferentes. Con el objetivo de mejorar la calidad y estimular la excelencia de los servicios, las Administraciones Públicas deben incentivar los esfuerzos inversores con un pago diferenciado.

10. Las CC.AA. acreditan a las entidades prestadoras de servicios. Son las CC.AA. quienes deben establecer un esquema de acreditación transparente y velar por el cumplimiento del mismo. En este ámbito, Edad&Vida considera que las CC.AA.:

- a) Deben apoyarse en entidades de certificación externas e independientes de la Administración y de las entidades prestadoras del servicio. Como garantía de buenas prácticas, las CC.AA. autorizarán a las entidades certificadoras externas que cumplan con los requisitos:

- **Competencia técnica** avalada por proceso de acreditación de acuerdo a norma ISO/EN 17.021.

- **Garantía de responsabilidad civil** con póliza superior a 10 millones de euros, como garantía de la buena práctica profesional de las entidades certificadoras externas.

- **Comité de Certificación**, con participación de la Administración, el sector y los usuarios finales.

- b) Deberán asegurar la libre elección de la Entidad Certificadora (de entre las entidades autorizadas por las CC.AA.) por parte de las entidades prestadoras servicios.

- c) Para la concesión de la acreditación, las CC.AA. usarán el certificado emitido por la entidad de certificación autorizada y avalado por su Comité de Certificación, como evidencia de la implantación del modelo de calidad en las entidades prestadoras de servicios.

- d) Asegurarán que los requisitos y resultados del proceso de acreditación sean públicos y equitativos.

11. La Fundación Edad&Vida recomienda establecer un periodo de transición en el inicio del proceso de acreditación para que las entidades, tanto públicas como privadas, que ya están ofreciendo servicios de atención a personas en situación de dependencia puedan completar el proceso de acreditación, en un periodo máximo de tres años. Asimismo debería existir una acreditación provisional para aquellos servicios de nueva creación que todavía no cuenten con información sobre resultados contrastada por no tener actividad previa, mediante un mecanismo de acreditación inicial de los requisitos básicos (infraestructuras, recursos humanos), con la previsión de una revisión a los 6 meses de aquellos que exijan un tiempo de funcionamiento (por ejemplo, ratio de incidencias).



8. Anexos

- **Anexo I:** Requisitos para la autorización y acreditación de las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores.

- **Anexo II:** Requisitos de los servicios de atención a la dependencia.

- **Anexo III:** Análisis de la situación actual sobre los modelos de calidad.

ANEXO I:

Requisitos para la autorización y acreditación de las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores

ANDALUCÍA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Sistema de atención que permite a sus usuarios mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica durante veinticuatro horas todos los días del año.
Autorización	<p>Autorización administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa: comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales. • Licencia municipal. • Autorización definitiva siendo necesario justificar los documentos precisos para justificar el cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles. <p>Registro: Posterior sujeción al registro (tramitación, concesión o denegación) de Entidades de Servicios y Centros de Servicios Sociales.</p>
Acreditación	<p>Los requisitos mínimos de calidad exigidos reglamentariamente para la acreditación se determinarán reglamentariamente, atendiendo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones físicas y arquitectónicas. - Recursos humanos, organización del personal. - Atención ofrecida e índice de las prestaciones. - Sistema de participación. - Sistema de contabilidad. - Sistema de información a la Dirección General u Organismo autónomo que corresponda. - Su encuadramiento dentro del Plan Regional de S.S. <p>Las entidades públicas o privadas que pretendan concertar con la Administración de la Junta de Andalucía deberán previamente ser acreditadas.</p> <p>La acreditación se otorgará por un periodo máximo de 4 años, y llevará consigo el cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remitir anualmente una memoria de entidades del centro. 2. Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal en sus aspectos cuantitativos y cualitativos. 3. Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. • Orden de 29 de febrero de 1996 por la que se regula el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. • Orden de 10 de enero de 2002 por la que se regula el Servicio Andaluz de Teleasistencia. • Orden de 28 de enero de 2004 de modificación de la de 10 de enero de 2002, por la que se regula el Servicio Andaluz de Teleasistencia. • Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del Decreto 87/1996, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios Sociales de Andalucía.



ANDALUCÍA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Prestación de carácter complementario y transitorio que proporciona una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en su medio habitual.
Autorización	<p>Autorización administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa para comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales. • Licencia municipal. • Autorización definitiva, siendo necesario justificar los documentos precisos para justificar el cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles. <p>Registro: Posterior sujeción al registro (tramitación, concesión o denegación) de Entidades de Servicios y Centros de Servicios Sociales.</p>
Acreditación	<p>Los servicios y centros de S.S. de las entidades públicas o privadas que pretendan concertar con la Administración de la Junta de Andalucía deberán previamente ser acreditadas en el nivel de calidad exigido.</p> <p>La acreditación se otorgará por un período máximo de 4 años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos señalados para la misma.</p> <p>La acreditación llevará consigo, además de las obligaciones de carácter general, el cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remitir anualmente una memoria de entidades del centro. 2. Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal es sus aspectos cuantitativos y cualitativos. 3. Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 22 de octubre de 1996 por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica de los Servicios Sociales. • Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. • Orden de 29 de febrero de 1996 por la que se regula el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. • Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del decreto 87/1996 de 20 de febrero. • Orden de 28 de julio de 2000 por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud.

ANDALUCÍA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población.
Autorización	<p>Autorización administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa: comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales. • Licencia municipal. • Autorización definitiva, siendo necesario justificar los documentos precisos para justificar el cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles. <p>Registro: Posterior sujeción al registro (tramitación, concesión o denegación) de Entidades de Servicios y Centros de Servicios Sociales.</p>
Acreditación	<p>Las entidades que pretendan concertar con la Administración de la Junta deberán ser acreditadas en el nivel de calidad exigido. La acreditación se otorgará por un periodo máximo de 4 años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos.</p> <p>La acreditación llevará consigo el cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remitir anualmente una memoria de entidades del centro. 2. Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal es sus aspectos cuantitativos y cualitativos. 3. Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 28 de julio de 2000 por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud. • Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. • Orden de 1 de julio de 1997 por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. • Orden de 29 de febrero de 1996 por la que se regula el registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. • Orden de 30 de julio de 2004 por la que se modifica la de 6 de mayo de 2003 por la que se regula el servicio de comedor y la oferta de actividades continuadas en los centros de día para personas mayores de la Administración de la Junta de Andalucía. • Decreto 102/2000 de 15 de marzo, de modificación del decreto 87/1996. • Orden de 6 de mayo de 2002 por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar.

ANDALUCÍA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar donde se presta a la persona mayor una atención integral.
Autorización	<p>Autorización administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Autorización previa: comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales. b. Licencia municipal. c. Autorización definitiva siendo necesario justificar los documentos precisos para justificar el cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles. <p>Registro: Posterior sujeción al registro (tramitación, concesión o denegación) de Entidades de Servicios y Centros de Servicios Sociales.</p>
Acreditación	<p>Las entidades que pretendan concertar con la Administración de la Junta deberán ser acreditadas en el nivel de calidad exigido. La acreditación se otorgará por un periodo máximo de 4 años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos.</p> <p>La acreditación llevará consigo el cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remitir anualmente una memoria de entidades del centro. 2. Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal es sus aspectos cuantitativos y cualitativos. 3. Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 28 de julio de 2000 por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud. • Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. • Orden de 1 de julio de 1997 por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. • Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del decreto 87/1996. • Orden de 29 de febrero de 1996 por la que se regula el registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. • Orden de 30 de agosto de 1996, modificada por la Orden de 17 de octubre de 1996, de 5 de abril de 2000, de 19 de febrero de 2002 y de 21 de febrero de 2005 que regula la concertación de plazas. • Resolución de 10 de febrero de 2003.

ARAGÓN / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Prestación de un servicio que a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático que permite a los usuarios desde su domicilio ponerse en contacto con el centro de atención durante las veinticuatro horas del día y ser atendidos por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la Comunidad.
Autorización	Licencia municipal. Autorización previa para creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre. También licencia municipal. Cumplimiento de las condiciones mínimas materiales. Registro y catalogación.
Acreditación	Las entidades locales formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones Locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación Local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Reglamento municipal de prestaciones sociales domiciliarias del Ayuntamiento de Zaragoza, publicado en el BOP, 19/11/2002.

ARAGÓN / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Consiste en la prestación continua de una serie de atenciones y/o cuidados de carácter personal, doméstico y psicosocial a los individuos y/o unidades de convivencia en su domicilio cuando se hallan en situaciones en las que no sea posible la realización de sus actividades habituales o en situaciones de conflicto psicofamiliar para algunos de sus miembros.
Autorización	Licencia municipal. Autorización previa para creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre. También licencia municipal. Cumplimiento de las condiciones mínimas materiales. Registro y catalogación.
Acreditación	<ol style="list-style-type: none"> Informe de distribución financiero. Cifra de negocios global. Histórico de servicios prestados con anterioridad. Medidas de calidad. Memoria de actividades.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal del Ayuntamiento de Huesca, BOA, Sección VI, Huesca núm. 136-15/06/2000. Decreto 237/1994, de 28 de diciembre, de Aragón, por el que se regula la autorización para la creación, modificación traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Reglamento municipal de prestaciones sociales domiciliarias del Ayuntamiento de Zaragoza, publicado en el BOP, 19/11/2002.

ARAGÓN / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centro especializado de servicios sociales destinado a ofrecer una atención diurna a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, promoviendo en lo posible su autonomía, la permanencia en su entorno habitual y proporcionando un apoyo familiar.
Autorización	Licencia municipal. Autorización previa para creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre. También licencia municipal. Cumplimiento de las condiciones mínimas materiales. Registro y catalogación. Inspección, control y evaluación de las Administraciones Públicas competentes luego de un año de apertura.
Acreditación	Las entidades que quieran realizar concierto deben reunir los siguientes requisitos: 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 de personal de atención directa de acuerdo a la tipología del centro; disponer de servicios de manutención, alojamiento y enfermería. La persona o entidad por su parte debe ser propietario del centro o tener derecho de uso y usufructo de dicho centro (en este caso contar con autorización del propietario). En el caso de personas físicas no propietarias, el derecho de uso y usufructo no puede ser inferior a 5 años. Y además el titular no puede haber sido condenado a penas graves ni haber rescindido un concierto de idéntica naturaleza con el mismo titular durante los últimos 5 años. La resolución sobre la acreditación depende del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (3).
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Orden de 1 de marzo de 2004, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Hogares de Personas Mayores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

ARAGÓN / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Se trata de un servicio para personas mayores de 65 años que necesiten una atención continuada por su grado de dependencia y por su situación social. En ellas se recibe asistencia integral según las necesidades de cada persona: alojamiento y manutención, atención médica, enfermería, rehabilitación, ocio y actividades formativa. Existen tres tipos: válidos, asistidos y mixtos.
Autorización	Autorización previa para creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre. También licencia municipal. Cumplimiento de las condiciones mínimas materiales. Inspección, control y evaluación de las Administraciones Públicas competentes. Registro y catalogación. Licencia municipal.
Acreditación	Véase los requisitos para centro de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 30 de enero de 1987, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se aprueba el Reglamento de funcionamiento interno en los Clubes, Residencias de Ancianos y Comedores dependientes de la Diputación General de Aragón. • 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.

ASTURIAS / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	A través de la línea telefónica y con un equipamiento que permite al usuario con sólo accionar el dispositivo que llevan constantemente puesto, entrar en contacto verbal durante las 24 horas del día y los 365 días del año con un centro atendido por personal especializado. La finalidad de este servicio es evitar o prevenir situaciones familiares de grave deterioro físico, psíquico y/o social, garantizándose su prestación a las personas con escasos o nulos recursos económicos que lo precisen.
Autorización	No se ha localizado información.
Acreditación	Las Entidades Locales interesadas formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones Locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación Local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenanza municipal 304, ordenanza del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia domiciliaria, Ayuntamiento de Oviedo. • Ordenanza municipal 4, reguladora del precio público por la prestación del servicio de teleasistencia domiciliaria, BOPA Núm. 267. Lunes, 18 de noviembre de 2002, Ayuntamiento de Oviedo. • Ley 7/91, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano.

ASTURIAS / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Prestación básica de servicios sociales que proporciona una serie de atenciones o cuidados de carácter personal y doméstico a personas o familias que carecen de la suficiente autonomía física y/o psíquica para continuar viviendo en su medio habitual. La finalidad es evitar o prevenir situaciones familiares de grave deterioro físico, psíquico y/o social, garantizándose su prestación a las personas con escasos recursos económicos que lo precisen.
Autorización	Autorización por la Administración de servicios sociales (previa y de puesta en funcionamiento). Inscripción en el Registro. Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de servicios sociales Inspección.
Acreditación	Tendrán preferencia en la adjudicación de los contratos las entidades sin ánimo de lucro. Reglamentariamente se determinarán las condiciones de autorización, registro y acreditación de los centros y servicios, para ello se podrán establecer: a) Condiciones de emplazamiento y edificación. b) Condiciones materiales y de equipamiento exigibles. c) Número mínimo de efectivos del personal asistencial d) Exigencia de titulación para los profesionales. e) Requisitos funcionales, tales como los referidos, entre otros, a planes generales de intervención, desarrollo de programas y metodología y procedimientos de trabajo. El Principado de Asturias podrá celebrar convenios con entidades sin ánimo de lucro debidamente acreditadas de acuerdo con lo establecido en la normativa aplicable, las cuales quedarán vinculadas a las determinaciones de la planificación autonómica en materia de servicios sociales y a los requisitos que sean fijados por la normativa y por el propio convenio. Los convenios podrán tener carácter plurianual, a fin de garantizar un marco estable que favorezca la mejor prestación de los servicios o programas. Finalizado dicho plazo podrán ser renovados, sin perjuicio de su posible extinción por causa de incumplimiento o cualesquiera otras causas que se fijen reglamentariamente o en el propio convenio.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenanza municipal 304, ordenanza del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia domiciliaria. Ayuntamiento de Oviedo. • Decreto 42/2000, de 18 de mayo, por el que se regula la ayuda a domicilio. Principado de Asturias. • Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. BOPA Núm.56 (08-03-2003).

ASTURIAS / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centro gerontológico, socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día preste una atención individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.
Autorización	Autorización por la Administración de servicios sociales (previa y de puesta en funcionamiento). Inscripción en el Registro de Establecimientos Residenciales para Ancianos. Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de servicios sociales. Inspección.
Acreditación	Siempre que reúnan las condiciones y requisitos que con carácter general se determinan para el funcionamiento interno de las residencias. Las condiciones organizativo-funcionales son aquellas relativas a personal, dirección y organigrama del centro, plan general de intervención, coste de servicios, reglamento de régimen interior, metodología y procedimientos de trabajo, régimen de visitas y sistemas de participación. Las condiciones materiales refieren al emplazamiento y edificación del centro, instalaciones y servicios, dependencias y adecuación ambiental. A la acreditación se accede al satisfacer los requisitos en aspectos relacionados a la atención ofrecida y el grado de calidad de los servicios prestados y derivados de una mejora manifiesta en las condiciones mínimas exigidas tanto en la dimensión física como en el aspecto organizativo-funcional. Puede ser solicitada por el titular o representante legal del centro, transcurridos 6 meses desde la puesta en funcionamiento del centro. El Consejero competente es el responsable de decidir de otorgar o denegar la acreditación. La acreditación se otorga por un período de 4 años y su renovación puede solicitarse con una antelación mínima de 2 meses respecto a la terminación de su vigencia. Los centros acreditados deberán remitir anualmente a la Consejería de servicios sociales una memoria de actividades y comunicar en cuanto se produzca cualquier variación de las circunstancias existentes en el momento de obtención de la acreditación. Estos centros acreditados serán los que tengan preferencia para concertar con la Administración del Principado de Asturias.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 7/91, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. • Decreto 49/2001, de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales de la Administración del Principado de Asturias. • Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. • Decreto 26/1997, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Hogares-Centros de Día para personas mayores. • Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. BOPA, Núm. 56 (08-03-2003).

ASTURIAS / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son centros destinados a servir de residencia permanente o habitual a la población mayor, centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores dependientes o con necesidades sociales. Las hay de válidos, asistidas y mixtas.
Autorización	Autorización por la Administración de servicios sociales (previa y de puesta en funcionamiento). Inscripción en el Registro de Establecimientos Residenciales para Ancianos. Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de servicios sociales. Inspección.
Acreditación	Mismos requisitos que para centros de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 7/91, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. • Decreto 49/2001, de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales de la Administración del Principado de Asturias. • Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. • Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos. • Decreto 17/1999, de 25 de marzo, por el que se aprueba el estatuto básico de los establecimientos residencias para ancianos.

BALEARES / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Gracias a una línea telefónica y un equipamiento de comunicación e informático específico, se persigue el objetivo fundamental de contribuir a la permanencia de las personas en su entorno social y asegurar una intervención inmediata ante crisis personales, sociales o médicas.
Autorización	Este servicio no está legislado ni a nivel municipal. Información ofrecida por el Instituto de Serveis Socials.
Acreditación	Este servicio no está legislado ni a nivel municipal. Información ofrecida por el Instituto de Serveis Socials.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 20 de diciembre de 2002 por la que se regulan las subvenciones dirigidas a los Ayuntamientos de Mallorca para la instalación de nuevas terminales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, gestionadas por el Instituto Balear de Asuntos Sociales.

BALEARES / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Conjunto de actuaciones dirigidas a facilitar el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal, prevenir o retardar el deterioro individual o social y promover condiciones favorables en las relaciones familiares y de convivencia, contribuyendo así a la integración y permanencia de las personas en su entorno habitual, mediante la adecuada intervención y apoyo de tipo personal, psicosocial, doméstico, educativo y asistencial.
Autorización	Mismos requisitos que para centros de día y residencias.
Acreditación	Son los mismos requisitos que aquellos que se estipulan en centros de día y residencias como documentación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de la Consejera de Bienestar Social reguladora del servicio de ayuda a domicilio (BOIB núm 126, 14-10-2000). • Decreto 66/1999, de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Regulator del Sistema Balear de Servicios Sociales. • Ley 14/2001, de 29 de octubre, de atribución de competencias a los Consejos Insulares en materia de servicios sociales y seguridad social.

BALEARES / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Son centros que ofrecen servicios de acogimiento y apoyo, con finalidad terapéutica y rehabilitadora, durante un determinado número de horas al día, como también de asistencia para las actividades de la vida diaria a personas mayores con dependencias.</p> <p>Los servicios que se ofrecen se pueden prestar tanto en un edificio creado únicamente para este fin, como o en uno integrado a un centro asistencial mayor.</p>
Autorización	<p>Autorización administrativa y/o control administrativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa. • Licencia de obras y/o municipal. • Inspección. • Autorización definitiva. • Registro.
Acreditación	<p>1. Requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobación oficial de sus estatutos. 2. Inscripción en el Registro General de Centros, Asociaciones y Entidades de Servicios Sociales y Asistencia Social de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. 3. Presentación al Gobierno de la Comunidad Autónoma, al Consejo Insular o al Ayuntamiento correspondiente, en su caso, de un programa anual de trabajo que se adapte a las exigencias de planificación que se establezcan por el gobierno de la comunidad autónoma. 4. Presentación al gobierno de la Comunidad Autónoma, al Consejo Insular o al Ayuntamiento de un presupuesto anual detallado, cuya aplicación se podrá fiscalizar por la administración pública competente. 5. Reunir los requisitos mínimos que reglamentariamente se establezcan a estos efectos por el Gobierno de la Comunidad Autónoma, por el Consejo Insular o por el Ayuntamiento correspondiente. <ol style="list-style-type: none"> 2. Que hayan obtenido, en su caso, las autorizaciones administrativas correspondientes o la inclusión en el Registro Central de Servicios Sociales. 3. Que acrediten estar al corriente, en el momento de la solicitud, de sus obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, de conformidad con la normativa vigente en la materia. 4. Disponer de personal suficiente según las ratios aplicables a cada caso, que se acreditará mediante el correspondiente certificado oficial del Instituto Nacional de Seguridad Social.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 66/1999, de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Regulador del Sistema Balear de Servicios Sociales. • Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y de los servicios para personas mayores, tanto público como privado, ubicados en el territorio de las Islas Baleares. • Decreto 244/1999, de 26 de noviembre, por el que se regula el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores dependientes del Instituto Balear de Asuntos Sociales. • Ley 9/1987 de 11 de febrero de Acción Social.

BALEARES / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son centros de convivencia con capacidad superior a 10 plazas, destinados a servir de vivienda permanente o temporal, en los cuales se presta una atención integral y continua a las personas mayores. Se pueden diferenciar en centros para válidos, asistidos y mixtos.
Autorización	<p>Autorización administrativa y/o control administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa. • Licencia de obras y/o municipal. • Inspección. • Autorización definitiva. • Registro.
Acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requisitos. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobación oficial de sus estatutos. 2. Inscripción en el Registro General de Centros. Asociaciones y Entidades de Servicios Sociales y Asistencia Social de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. 3. Ausencia de fines de lucro. 4. Presentación al Gobierno de la Comunidad Autónoma, al Consejo Insular o al Ayuntamiento correspondiente, en su caso, de un programa anual de trabajo que se adapte a las exigencias de planificación que se establezcan por el Gobierno de la Comunidad Autónoma. 5. Presentación al Gobierno de la Comunidad Autónoma, al Consejo Insular o al Ayuntamiento de un presupuesto anual detallado, cuya aplicación se podrá fiscalizar por la administración pública competente. 6. Reunir los requisitos mínimos que reglamentariamente se establezcan a estos efectos por el Gobierno de la Comunidad Autónoma, por el Consejo Insular o por el Ayuntamiento correspondiente. 2. Que hayan obtenido, en su caso, las autorizaciones administrativas correspondientes o la inclusión en el Registro Central de Servicios Sociales. 3. Que acrediten estar al corriente, en el momento de la solicitud, de sus obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, de conformidad con la normativa vigente en la materia. 4. Disponer de personal suficiente según las ratios aplicables a cada caso, que se acreditará mediante el correspondiente certificado oficial del Instituto Nacional de Seguridad Social.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 22/1991, de 7 de marzo, regulador de las condiciones y los requisitos mínimos para la apertura y el funcionamiento de centros, servicios o establecimientos residenciales para la tercera edad. • Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y de los servicios para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de las Islas Baleares. • Decreto 66/1999 de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Regulador del Sistema Balear de Servicios Sociales. • Ley 14/2001, de 29 de octubre, de atribución de competencias a los Consejos Insulares en materia de servicios sociales y seguridad social. • Decreto 244/1999, de 26 de noviembre, por el que se regula el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores Dependientes del Instituto Balear de Asuntos Sociales.

CANARIAS / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	La teleasistencia domiciliaria es un servicio de atención telefónica ininterrumpida en el que el usuario sólo tiene que pulsar un botón, ante cualquier situación de emergencia, para entrar en contacto verbal, «manos libres», con una central desde la que se atiende su demanda mediante un sistema de comunicaciones e informática específico. Servicio incluido en Ayuda a Domicilio en Santa Cruz de Tenerife.
Autorización	El servicio es prestado por la Cruz Roja a través del convenio firmado entre las partes.
Acreditación	No se ha localizado información.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo plenario de 18 de abril de 1997 por el que se aprueban los criterios reguladores para la selección de usuarios del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria realizado por la Cruz Roja, en virtud del Convenio de Colaboración entre dicha entidad y este Ayuntamiento.

CANARIAS / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	La ayuda a domicilio constituye un conjunto de actuaciones, realizadas preferentemente en el domicilio del destinatario, de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, dirigidas a individuos y/o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad, facilitando así la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia.
Autorización	La información no se ha localizado.
Acreditación	<p>No se estipulan los criterios, tan sólo el control de las entidades locales de la ejecución de los servicios (concertados) «Gestión indirecta. La efectuada con financiación pública, planificación, coordinación y control por parte de la Corporación local, y ejecución a través de entidades privadas».</p> <p>Gestión a través de concurso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia en la prestación del servicio. 2. Contabilidad. 3. Mejoras de los servicios. 4. Planificación del servicio.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 5/1999, de 21 de enero, por el que se regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio. • Ordenanza municipal reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio. Aprobada por sesión plenaria del 18 de octubre de 2002 de Santa Cruz de Tenerife.

CANARIAS / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros de estancia diurna para mayores. Son centros de estancia diurna aquellos en los que se ofrece atención integral durante el día a las personas mayores que padezcan carencias, tanto en su situación psicofísica como en la social, con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno y ambiente familiares.
Autorización	<p>Todos los centros de atención social y sociosanitaria quedan obligados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obtener la pertinente autorización administrativa de la Consejería competente en materia de servicios sociales. b) Permanecer inscritos en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Stención a Personas Mayores, regulado en el Capítulo V del presente Decreto. c) Facilitar a la Administración la información que le sea requerida relacionada con el ejercicio de la actividad. d) Cumplimentar anualmente una ficha de actualización del centro o servicio en la forma que por la Consejería competente en materia de servicios sociales se determine. <p>Registro de entidades, centros y servicios de atención a personas mayores.</p>
Acreditación	<p>El sector privado podrá integrarse en el sistema de servicios sociales mediante la colaboración de fundaciones, asociaciones y otras entidades para la realización de los objetivos de aquél.</p> <p>La citada colaboración se formalizará mediante convenios y acuerdos, de conformidad con lo que, por norma, se establezca al efecto. En todo caso, por los citados conciertos, las entidades se comprometerán a cumplir la normativa pública que afecte al objetivo concertado y, asimismo, a permitir la inspección y control de la autoridad pública concertante sobre los servicios y actividades afectados en cada caso.</p> <p>Para suscribir los conciertos serán requisitos necesarios de las entidades para acceder al registro previo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Finalidad de solidaridad social y sin ánimo de lucro. b) Adecuación a la normativa vigente. c) Garantía de participación en la gestión en términos equivalentes a la que se establezca para los servicios de titularidad pública.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. • Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre Generaciones. • Orden de 3 de junio de 2004 por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Centros de Día de atención social a personas mayores cuya titularidad ostente la Administración Pública de la Comunidad de Canarias. • 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.

CANARIAS / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Centros de atención sociosanitaria: Son centros de atención sociosanitaria aquellos centros de cuidados continuados, destinados a prestar alojamiento a personas mayores que, por causa de deterioro físico o mental, requieran una actuación básica, cuidados médicos y de enfermería, y cuya situación de vida digna no pueda ser mantenida en su domicilio, aun utilizando todos los recursos sociales y sanitarios.</p> <p>Centros residenciales de válidos: Son centros residenciales de válidos aquellos destinados al alojamiento y atención temporal o permanente de personas mayores que puedan desarrollar las actividades más comunes de la vida diaria sin precisar asistencia de terceras personas.</p> <p>Centros residenciales mixtos: Son centros residenciales mixtos aquellos destinados al alojamiento y atención conjunta de personas mayores válidas y con necesidades de atención sociosanitaria.</p>
Autorización	<p>Autorización administrativa otorgada por la Consejería competente en materia de servicios sociales.</p> <p>Registro de las entidades titulares y de sus centros y servicios.</p> <p>Control, inspección y régimen de infracciones y sanciones.</p> <p>Todos los centros de atención social y sociosanitaria quedan obligados a:</p> <ol style="list-style-type: none"> Obtener la pertinente autorización administrativa de la Consejería competente en materia de servicios sociales. Permanecer inscritos en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Atención a Personas Mayores regulado en el capítulo V del presente Decreto. Disponer del reglamento de régimen interno aprobado por el órgano competente. Facilitar a la Administración la información que le sea requerida relacionada con el ejercicio de la actividad. Cumplimentar anualmente una ficha de actualización del centro o servicio en la forma que por la Consejería competente en materia de servicios sociales se determine.
Acreditación	<ol style="list-style-type: none"> El sector privado podrá integrarse en el sistema de servicios sociales mediante la colaboración de fundaciones, asociaciones y otras entidades para la realización de los objetivos de aquél. La citada colaboración se formalizará mediante convenios y acuerdos, de conformidad con lo que, por norma, se establezca al efecto. En todo caso, por los citados concertos, las entidades se comprometerán a cumplir la normativa pública que afecte al objetivo concertado y, asimismo, a permitir la inspección y control de la autoridad pública concertante sobre los servicios y actividades afectados en cada caso. Para la suscripción de los concertos a que se refiere el número anterior, las entidades deberán obtener previamente su inscripción en el Registro Público que a tales efectos mantendrá la Consejería competente en materia de servicios sociales. <p>Serán requisitos necesarios de las entidades para acceder a dicho Registro los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Finalidad de solidaridad social y sin ánimo de lucro. Adecuación a la normativa vigente. Garantía de participación en la gestión en términos equivalentes a la que se establezca para los servicios de titularidad pública.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre Generaciones. 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.

CANTABRIA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite a éstos, con sólo accionar el dispositivo que llevan constantemente puesto y sin molestias, entrar en contacto verbal «manos libres», durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos (Santander).
Autorización	El servicio de teleasistencia es de competencia municipal. Son los Ayuntamientos quienes disponen y gestionan este servicio. Se gestiona a través del convenio FEMP (2001) de colaboración entre los Ayuntamientos, el Imsero y la Comunidad Autónoma. Al margen de este convenio no existe ningún apoyo legislativo de gestión de este servicio.
Acreditación	Sin información localizada.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenanza reguladora del servicio de teleasistencia domiciliaria (Ayuntamiento de Santander).

CANTABRIA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Es un servicio que se presta a aquellas personas que se encuentran en una situación de necesidad a la que no pueden hacer frente por sus propios medios. Consiste en una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, doméstico y social que persiguen el objetivo de facilitar su autonomía personal y la permanencia en su medio habitual de vida.
Autorización	El Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para el registro, la autorización administrativa y acreditación de los centros y servicios de atención a las personas dependientes, denominados sociosanitarios (sin especificar los puntos básicos en dicha ley).
Acreditación	<p>Tramitación de convenios que se suscriban con las entidades locales de la CC.AA. de Cantabria en función del número de sus habitantes y según una financiación no superior a 5.000.000 pesetas, siendo necesario el acuerdo del Consejo de Gobierno para la aprobación de aquellos convenios superiores a esta cantidad.</p> <p>Al efecto de que se cumplan en todo momento los objetivos previstos conforme a las pautas y criterios fijados por la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se establecen tres niveles de seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De las programaciones de casos individuales. - De los convenios suscritos. - De la gestión de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. <p>a) Solicitud original del titular de la Corporación.</p> <p>b) Acta de la sesión del pleno, en el que la Corporación Municipal acuerde por mayoría simple la firma del Convenio de Atención Domiciliaria para su Ayuntamiento, facultando al Alcalde-Presidente para suscribir el citado Convenio.</p> <p>c) Fotocopia compulsada de la Tarjeta de Identificación Fiscal de la entidad.</p> <p>d) Declaración jurada del Alcalde-Presidente de no haber recibido subvención de otro organismo o entidad para el mismo concepto.</p> <p>e) Certificado de la Consejería de Economía, Hacienda y presupuesto haciendo constar que el Ayuntamiento solicitante no tiene deuda pendiente con la Diputación Regional de Cantabria.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes. • Decreto 106/97, de 29 de septiembre, por el que se regula el servicio de atención domiciliario concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Administración Local. • Decreto 143/2004, de 22 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, por el que se regula el Servicio de Atención Domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria y la Administración Local y se deroga el Decreto 53/2002, de 16 de mayo, por el que se regulan las ayudas económicas para el alquiler de vivienda habitual. • Decreto 24/2006, de 2 de marzo, de modificación del Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, que regula el servicio de atención domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y la Administración local.

CANTABRIA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son centros sociosanitarios cuyas funciones son las de apoyar a los cuidadores informales, evitando institucionalizaciones innecesarias y no deseadas, facilitando la permanencia de la persona dependiente en su entorno y ofreciendo una atención preventiva, educativa, sociocultural y rehabilitadora durante el día.
Autorización	Autorización previa para proceder al inicio de la realización solicitada, y licencia municipal. Inspección que, caso de ser positiva, dará lugar a la concesión de la autorización provisional de apertura. Transcurrido un año desde la autorización provisional de apertura, se solicitará, por la entidad o institución correspondiente, la inspección de los servicios competentes, a efectos de comprobar las normas mínimas de funcionamiento contenidas en la presente Orden. Autorización definitiva de funcionamiento.
Acreditación	Sin información localizada.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de 10 de enero de 2006, de la Secretaria General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales y el Gobierno de la CC.AA. de Cantabria para la adaptación de centros de servicios sociales de atención especializada. • Orden de 18 de septiembre de 2002 por la que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Mayores no residenciales adscritos a la Dirección General de Acción Social. • Orden de 13 de julio de 1989 por la que se desarrolla el Decreto 52/89, de 13 de julio, de centros y establecimientos de servicios sociales (BOC núm. 179, de 7 de septiembre).

CANTABRIA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son definidos por la Ley 6/2001 como centros destinados a personas dependientes que precisan de atención continuada, personal y multiprofesional. Existirán distintos centros de acuerdo a los distintos niveles de dependencia, cuyas características se desarrollarán de forma reglamentaria.
Autorización	Los mismos requisitos que para centros de día.
Acreditación	<p>Las unidades concertadas deberán contar con un mínimo de profesionales y horas de dedicación según el tamaño y número de plazas, según lo dispuesto a continuación. Un profesional del equipo ejercerá las funciones de responsable y coordinador, constanding así en la Dirección General de Atención Sociosanitaria.</p> <p>La proporción o ratio personal/usuario mínima será:</p> <p>a) De atención directa. Será la prestada por ATS/DUE, con formación y experiencia en geriatría y gerontología, y auxiliar de clínica con formación y experiencia en geriatría y gerontología, 0,29 fraccionado de la forma siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,25 de auxiliar de clínica. - 0,04 de ATS/DUE. <p>Se garantizará en todo momento la presencia continuada de este tipo de personal.</p> <p>La proporción de psicólogo, fisioterapeuta, trabajador social y terapeuta ocupacional será de 0,06, garantizándose en todo caso programas individualizados de acuerdo a las características de cada usuario.</p> <p>b) De atención indirecta. Incluirá al personal de mantenimiento, limpieza, cocina, lavandería, administración y cualquier otro personal que quede acreditado. La proporción personal/usuario no será inferior al 0,10.</p> <p>La relación ratio personal/usuario de las unidades concertadas en ningún caso podrá compensarse con personal de otras unidades.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes. • Ley del 16 de noviembre de 2000 para la concertación de plazas dedicadas a estancias de 24 horas para personas mayores con dependencia que desarrolla el Decreto 88/1998, de 9 de noviembre, por el que se regula la Acción Concertada en Materia de Reserva y Ocupación de Plazas en Estructuras Asistenciales. • Decreto 52/1989, por el que se regula. • Orden de 13 de julio de 1989 por la que se desarrolla el Decreto 52/89, de 13 de julio, de centros y establecimientos de servicios sociales (BOC núm. 179, de 7 de septiembre).

CASTILLA-LA MANCHA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Es la atención permanente del usuario en situaciones de emergencia, mediante la instalación en el domicilio de terminales telefónicos conectados con un centro receptor de avisos. Tiene como finalidad mejorar la calidad de vida, permitiendo la permanencia en su hogar a personas vulnerables, ya sea por enfermedad, discapacidad, edad avanzada, soledad o inseguridad, que no precisen de cuidados permanentes, garantizando un enlace de comunicación continuo con el domicilio de las personas que utilizan el servicio para la atención inmediata en caso de emergencia.
Autorización	Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales. Autorización de creación y autorización de apertura. Acreditación del centro. Estándar de cumplimiento de compromisos asumidos.
Acreditación	<p>Las entidades gestoras interesadas en concertar deberán presentar junto a la solicitud de convenio una memoria según modelo oficial INFRES, facilitada por la Delegación Provincial, en la que conste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos y actividades. - Fecha prevista de comienzo. - Numero de usuarios con resolución favorable o en trámite. - Presupuesto de gastos e ingresos previstos y coste real, con detalle de horas previstas de prestación. - Aportación prevista de la parte solicitante. - Ámbito territorial de actuación. <p>Las entidades privadas deberán presentar además certificación de estar al corriente de pago de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social o autorizar en la solicitud a la Administración concedente para obtener estos datos.</p> <p>Las solicitudes de convenio para Teleasistencia se presentarán en la Dirección General de Acción Social y Cooperación Internacional.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 27-02-2006, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 22-01-2003, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia. • Orden de 22-01-2003, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia. • Orden de 19-01-2004, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 22-01-2003, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia. • Ley 3/1986, del 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. • Decreto 30/2004, de 30 de marzo, 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. • Resolución de 15-12-2005, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueba la Carta de Servicios de Teleasistencia.

CASTILLA-LA MANCHA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Ayuda a domicilio básica a personas y unidades de convivencia con dificultades de autonomía personal que requieren apoyo para facilitar la permanencia en su hogar habitual.</p> <p>Ayuda a domicilio extraordinaria: prestar apoyo personal a aquellos usuarios de la prestación básica con grandes limitaciones para cuidar de sí mismos a través de la ayuda para realizar actividades de autocuidado, durante los fines de semana y días festivos.</p>
Autorización	<p>Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales.</p> <p>Autorización de creación y autorización de apertura.</p> <p>Acreditación del centro.</p>
Acreditación	<p>Los mismos que en teleasistencia.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 22-01-2003, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia. • Orden de 19-01-2004, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 22-01-2003, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia. • Ley 3/1986, del 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. • Decreto 30/2004, de 30-03-2004, 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.

CASTILLA-LA MANCHA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros que prestan servicio de estancias diurnas donde se presta una atención especializada de carácter rehabilitador y psicosocial a personas con disminuciones psicofísicas a través de la gerocultura, la animación sociocultural y la terapéutica rehabilitadora.
Autorización	Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales. Autorización de creación y autorización de apertura. Acreditación del centro. Licencia municipal.
Acreditación	Para obtener el certificado de acreditación se debe presentar la solicitud luego de 6 meses de inicio de actividades del centro, luego se visitará el centro para la realización de una inspección exhaustiva (la Unidad de Registro e Inspección emitirá entonces un informe completo sobre los resultados de dicha inspección) el Servicio Especializado también visitará el Centro y emitirá un informe sobre el cumplimiento de las condiciones previas exigidas. Luego de eso se procederá a la formulación de la propuesta de resolución por parte del Delegado Provincial dirigida al Director General correspondiente. El Director General resolverá sobre la concesión del certificado de acreditación. Se otorgará por un período máximo de 4 años. La Inspección del centro se centrará en contemplar el respeto de los derechos de los usuarios, controlar el cumplimiento de los niveles de calidad exigidos por la normativa común para los centros que ofrecen servicios sociales, realizar seguimiento del funcionamiento y supervisar el destino y utilización de las ayudas.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 53/1999, de 11-05-99, 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 en Castilla-La Mancha. • Ley 3/1986, del 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. • Orden de 31 de marzo de 1992 por la que se regula la acreditación de establecimientos de tercera edad, minusválidos, infancia y menores. • 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. • Decreto 30/2004, de 30-03-2004, 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.

CASTILLA-LA MANCHA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicio de alojamiento continuado o temporal, sustitutivo del hogar. Sus propósitos son lograr la integración del residente en el centro y en su entorno social, la atención a las necesidades básicas de los residentes, garantizando la autonomía personal, respeto a la individualidad y el trato diferenciado y fomentar la corresponsabilización y participación de los profesionales en el seguimiento de la evolución de los usuarios del servicio.
Autorización	Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales. Autorización de creación y autorización de apertura. Acreditación del centro. Licencia Municipal.
Acreditación	Mismos criterios que en centros de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 53/1999, de 11-05-99, 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 en Castilla-La Mancha. Ley 3/1986, del 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. Orden de 31 de marzo de 1992, por la que se regula acreditación de establecimientos de tercera edad, minusválidos, infancia y menores. 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. Decreto 30/2004, de 30-03-2004, 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.

CASTILLA Y LEÓN / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Sistema permanente de comunicación que mantiene en contacto continuo al usuario con un centro de atención, proporcionando seguridad y asistencia a las personas mayores que residen en su domicilio (Palencia).
Autorización	No se ha localizado información.
Acreditación	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: 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.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 109/1993, de 20 de mayo, por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León. Ordenanza fiscal reguladora de tasas por prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia (Palencia). Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Decreto 56/2005.

CASTILLA Y LEÓN / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	La Ayuda a Domicilio es una prestación destinada a facilitar el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal, prevenir el deterioro individual o social y promover condiciones favorables en las relaciones familiares y de convivencia, contribuyendo a la integración y permanencia de las personas en su entorno habitual de vida, mediante la adecuada intervención y apoyos de tipo personal, socioeducativo, doméstico y/o social.
Autorización	<p>Autorización de los centros para personas mayores. La inscripción en el Registro. Solicitud de autorización del centro e inscripción de la entidad. Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita. Autorización para la modificación de condiciones. Autorización para el cierre o cese de actividades.</p>
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. 3) Atención ofrecida e índice de las prestaciones. 4) Sistema de contabilidad.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la prestación social básica de la ayuda a domicilio en Castilla y León. • Orden de 13 de mayo de 2000, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se determina el contenido de la formación de los auxiliares de servicio de ayuda a domicilio. • Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de acción social y servicios sociales. • Decreto 109/1993, de 20 de mayo, por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León. • Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Decreto 56/2005.

CASTILLA Y LEÓN / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Unidad de estancias diurnas para mayores Servicio dirigido preferentemente a personas mayores que padecen limitaciones en su capacidad funcional, con el fin de mejorar y/o mantener su nivel de autonomía personal, ofreciendo atención integral, individualizada y dinámica, de carácter sociosanitario y de apoyo familiar.
Autorización	<p>Autorización de los centros para personas mayores.</p> <p>La inscripción en el Registro.</p> <p>Solicitud de autorización del centro e inscripción de la entidad.</p> <p>Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita.</p> <p>Autorización para la modificación de condiciones.</p> <p>Autorización para el cierre o cese de actividades.</p>
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.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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 par apersonas mayores. • Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto básico de centros de personas mayores de Castilla y León. • Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de acción social y servicios sociales. • Decreto 109/1993, de 20 de mayo, por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León. • Orden de 21 de junio de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos mínimos y específicos de autorización de los centros de minusválidos para su apertura y funcionamiento. • Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Decreto 56/2005.

CASTILLA Y LEÓN / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros residenciales para mayores destinados a servir de vivienda permanente o temporal, donde se presta a las personas mayores una atención integral, continuada y profesional durante las veinticuatro horas del día.
Autorización	<p>Para centros para personas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorización administrativa en caso de: <ul style="list-style-type: none"> a) Apertura y funcionamiento de los centros para personas mayores, que se otorgará cuando se cumplan las condiciones y requisitos establecidos. b) Cualquier tipo de cambio que modifique las condiciones en que se otorgó la autorización. c) El cierre o cese, tanto definitivo como temporal, de sus actividades. - Inscripción en el Registro. - autorización del centro e inscripción de la entidad. - Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita.
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 (especificado en el siguiente punto) 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.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el estatuto Básico de centros de personas mayores de Castilla y León. • Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de acción social y servicios sociales. • Decreto 109/1993, de 20 de mayo, por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León. • Orden de 21 de junio de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos mínimos y específicos de autorización de los centros de minusválidos para su apertura y funcionamiento. • Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Decreto 56/2005.

CATALUÑA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Tipo de servicio: Telealarma y teleasistencia. Constituyen una modalidad de los servicios de atención domiciliaria que, con la tecnología adecuada, ofrecen a los usuarios una atención permanente y a distancia, asegurando una respuesta rápida ante las eventualidades que les puedan ocurrir.
Autorización	- Autorización administrativa de funcionamiento. - Inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales.
Acreditación	No se establece.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.

CATALUÑA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Como ejemplo se incluyen las condiciones del concurso para el Contrato de Gestión del Servicio de Atención Domiciliaria de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Expediente número 202606. Zona1, Zona 2, Zona 3 y Zona 4. Abril 2006. La organización de este servicio se debe organizar en el marco del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.
Autorización	- Autorización Administrativa de Funcionamiento. - Inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales.
Acreditación	Criterios de los concursos entre el Ayuntamiento de Barcelona y las entidades gestoras.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 27/2003, de 21 de enero, de la atención social primaria. • Contrato de gestión del Servicio de Atención Domiciliaria de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Expediente número 202606. Zona1, Zona 2, Zona 3 y Zona 4. Abril 2006. • Plec de clàusulas d'exploració que ha de regir el contracte de gestió del servei d'atenció domiciliaria dels Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

CATALUÑA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicios de centro de día para personas mayores. Son servicios de acogimiento diurno y de asistencia para las actividades de la vida diaria para personas mayores con dependencias, y se pueden prestar en un establecimiento específico o bien como servicio integrado en los espacios asistenciales generales y en el programa funcional de actividades diurnas de una residencia.
Autorización	Inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales y la correspondiente licencia municipal para iniciar la actividad cuando esté previsto reglamentariamente.
Acreditación	<ul style="list-style-type: none"> - El establecimiento debe estar inscrito en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales. - No debe tener ningún expediente sancionador en trámite ni sanciones pendientes de liquidación. - Garantizar mediante declaración responsable que ni las entidades ni sus representantes legales están en las situaciones fijadas como prohibiciones para contratar que se mencionan en el artículo 20 del Real 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. - Garantizar mediante una declaración responsable que, en caso de que la entidad tenga 50 trabajadores o más, el cumplimiento de la obligación que establece el artículo 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos, de dar trabajo a trabajadores discapacitados en un porcentaje de al menos un 2% del total del trabajadores. - Garantizar el cumplimiento de las disposiciones aplicables en materia de servicios sociales y los requisitos y condiciones que se establecen en esta Orden.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 182/2003, de 22 de julio, de regulación de los servicios de acogimiento de día de centros de día para personas mayores. • Orden BEF/305/2005, de 4 de julio, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras del Programa de apoyo al acogimiento residencial para personas mayores, del Programa de ayudas para el acceso a viviendas con servicios comunes para personas con problemática social derivada de enfermedad mental y del Programa de apoyo a la autonomía en el propio hogar.

CATALUÑA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Tipología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Hogar Residencia. Servicios de acogimiento residencial de carácter permanente o temporal para personas mayores que quieran ingresar en los mismos. - Servicio de Residencia Asistida. Servicios de acogimiento residencial, con carácter permanente o temporal y de asistencia integral a las actividades de la vida diaria para personas mayores con dependencias.
Autorización	<p>Inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales y la correspondiente licencia municipal para iniciar la actividad cuando esté previsto reglamentariamente.</p>
Acreditación	<ul style="list-style-type: none"> - El establecimiento debe estar inscrito en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales. - No debe tener ningún expediente sancionador en trámite ni sanciones pendientes de liquidación. - Garantizar mediante declaración responsable que ni las entidades ni sus representantes legales están en las situaciones fijadas como prohibiciones para contratar que se mencionan en el artículo 20 del Real 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. - Garantizar mediante una declaración responsable que, en caso de que la entidad tenga 50 trabajadores o más, el cumplimiento de la obligación que establece el artículo 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos, de dar trabajo a trabajadores discapacitados en un porcentaje de al menos un 2% del total del trabajadores. - Garantizar el cumplimiento de las disposiciones aplicables en materia de servicios sociales y los requisitos y condiciones que se establecen en esta Orden. <p>Para acreditar, además se deben cumplir principalmente:</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 de la ayuda. - Seguridad, estructura física e instalaciones. <p>(Estos requisitos se especifican en los apartados correspondientes.)</p>

CATALUÑA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales. • Orden BES/6/2002, de 10 de enero, por la cual se establece el Programa de apoyo a la autonomía propia del hogar, se abre la convocatoria y se aprueban las bases para la concesión de ayudas a personas naturales para programas del Departamento de Bienestar Social en materia de servicios sociales. • Orden BEF/305/2005, de 4 de julio, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras del Programa de apoyo al acogimiento residencial para personas mayores, del Programa de ayudas para el acceso a viviendas con servicios comunes para personas con problemática social derivada de enfermedad mental y del Programa de apoyo a la autonomía en el propio hogar. • Acuerdo de colaboración para el acogimiento residencial en centros colaboradores, concertados, propios del ICASS, dados en gestión y la atención en centros de día de personas mayores (2006-2007). • BEF/285/2006, de 9 de junio, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras de diversos programas en el ámbito de los servicios sociales. • Decreto de condiciones de centros de día. Decreto 182/2003. Recoge las normativas sobre espacios, personal y otros requisitos para centros de día privados, públicos y con convenio administrativo. • Protocolo para la mejora en calidad y financiamiento del programa de ayuda al acogimiento residencial (julio de 2001). • Modelo asistencial en residencias asistidas. Documento elaborado el 2000 por el ICASS en colaboración con el sector para determinar cómo deberían ser las residencias en el futuro. • Indicadores de calidad para residencias asistidas públicas y colaboradoras. Elaborados por la Generalitat en colaboración con la Fundación FAD, persiguen poder valorar la calidad de las residencias financiadas con fondos públicos en Cataluña. • Indicadores de calidad para centros de día públicos y colaboradores. Elaborados por la Generalitat en colaboración con la Fundación FAD persiguen poder valorar la calidad de los centros de día financiados con fondos públicos en Cataluña. • Definición de un modelo estructural de calidad en residencias asistidas. Castellano (no disponible). Documento elaborado por el ICASS para definir cómo deberían ser las características estructurales de las residencias públicas. • Recomendaciones para elaborar planes de mejora continua en residencias asistidas. Elaborado por el ICASS con ejemplos sobre cómo aplicar planes para mejorar la calidad de la residencia, por ejemplo, mejorando la atención a las reclamaciones.

EXTREMADURA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	El servicio de teleasistencia domiciliaria es un recurso que permite la permanencia de los usuarios en su medio habitual de vida, así como el contacto con su entorno socio-familiar, evitando el desarraigo y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas para proporcionar seguridad y mejor calidad de vida.
Autorización	No se ha localizado información.
Acreditación	<p>En Badajoz y Cáceres:</p> <p>El Programa se ha instrumentado a través de un convenio-marco suscrito entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la FEMP el día 20 de abril de 1993, al que se van adhiriendo progresivamente a través de convenios específicos de colaboración las Corporaciones locales interesadas en la implantación del programa en sus ámbitos territoriales respectivos.</p> <p>La realización del Programa se efectúa mediante un Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), constituyendo el documento marco del Proyecto, junto con las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia domiciliaria aprobadas por la FEMP y el IMSERSO. Las Entidades locales interesadas en la implantación y desarrollo del Programa en su ámbito territorial, formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones Locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación. El coste del servicio será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65 por cien y por la Entidad local y los usuarios con el 35 por cien restante.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica. • Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones básicas de Servicios Sociales de titularidad municipal y se establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación. • Decreto 11/1983, por el que se crea el Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios Sociales. • Texto integro de las modificaciones a la ordenanza fiscal reguladora del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia del Ayuntamiento de Plasencia. BO de Cáceres, 28 de octubre de 2005, número 207. • Ordenanza número 12. Por la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio de Cáceres, 2006.

EXTREMADURA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Ayuda a domicilio. Consiste en la prestación de una serie de atenciones de carácter personal, doméstico y técnico a fin de facilitar que las personas puedan seguir viviendo en su domicilio y entorno, evitando así ingresos no deseados en residencias.
Autorización	No se ha localizado información.
Acreditación	(Badajoz) No existe tal proceso porque este servicio se da de forma pública. La competencia es municipal a través de la financiación de la Junta de Extremadura. La empresa privada ejerce la función de consultoría de personal, ya que este último es contratado por parte del Ayuntamiento. No se contempla la posibilidad de ofrecer dicho servicio de forma privada o concertada. (Conversación telefónica con Ayuda a Domicilio.)
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica. • Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones básicas de Servicios Sociales de titularidad municipal y se establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación. • Decreto 11/1983 por el que se crea el Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios Sociales. • Texto Integro de las modificaciones a la ordenanza fiscal reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia del Ayuntamiento de Plasencia. BO de Cáceres, 28 de octubre de 2005, número 207. • Ordenanza número 12. Por la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio de Cáceres, 2006.

EXTREMADURA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros de día aquellos que prestan servicios diurnos de rehabilitación, cuidados personales y asistencia especializada, con el fin de conseguir el máximo desarrollo de sus capacidades y posibilidades de integración social; procuran servicios especializados en régimen de media pensión, que atiende de forma integral a personas mayores y a aquellas personas con una discapacidad psíquica que les permita permanecer en su domicilio sin necesidad de internado.
Autorización	Autorización de la Consejería de Bienestar de la Comunidad Autónoma. Inspección de condiciones y requisitos mínimos. Inscripción en el Registro de Establecimientos. Licencia municipal.
Acreditación	<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. Las personas o entidades con las que se realicen conciertos deberán ser propietarias de los locales donde se halle ubicado el centro o titulares de un derecho real de uso y disfrute sobre ellos, que en ningún caso podrá ser inferior a cinco años, contados a partir de la fecha en que se celebre el concierto.</p> <p>Las plazas que se concierten deberán estar a disposición de la Consejería de Bienestar Social en la fecha de celebración del concierto o en la que en el mismo se determine, momento a partir del cual se iniciará el devengo del precio pactado. Por su parte, los beneficiarios de las plazas concertadas serán designados por la Consejería de Bienestar Social. A su vez la Consejería de Bienestar Social fijará anualmente los tipos de coste de plaza/día ocupada para las plazas de válidos y de asistidos.</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> Copia de los estatutos sociales, cuando los titulares sean personas jurídicas. Documento acreditativo de la representación de quien suscriba el concierto con la Consejería. Título de propiedad de los locales o cualquier otro que acredite el derecho al uso y disfrute de los mismos, así como la autorización del propietario, cuando no lo sea el mismo solicitante, para destinarlo a los fines establecidos en la presente norma. Fotocopia de la tarjeta de identificación fiscal. Certificaciones acreditativas de que la persona o entidad se halla al corriente en el pago de sus 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>Los conciertos serán suscritos por el titular de la Consejería de Bienestar Social, a propuesta del Director General de Atención Social, siempre dentro de los límites presupuestarios del ejercicio de que se trate.</p> <p>En todo caso será requisito necesario para la formalización de los conciertos el informe de los 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 donde se halle ubicado el centro y los servicios con que cuenta.</p> <p>La vigencia de los conciertos se extenderá hasta el 31 de diciembre del año en que se suscriban, pudiendo prorrogarse sucesivamente por años naturales. No obstante lo anterior, finalizada la vigencia del concierto, los beneficiarios que se hallaren ingresados en el centro se mantendrán durante el año siguiente a la fecha de finalización.</p>

EXTREMADURA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 45/2002, de 16 de abril, por el que se regula el procedimiento de acceso a centros de atención a personas con discapacidad psíquica de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Decreto 11/1983 por el que se crea el Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios Sociales. Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica. Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica.

EXTREMADURA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Los centros residenciales para adultos son centros gerontológicos de atención integral e interprofesional destinados a personas mayores, con algún grado de dependencia, sin soporte social o familiar o con un soporte insuficiente para cubrir con medios propios las atenciones que necesitan de forma temporal o permanente. Se distinguen entre servicios a personas asistidas, con autonomía y mixtas.
Autorización	Autorización por la Administración regional, conforme al procedimiento que reglamentariamente se determine. Inscripción en el Registro de Establecimientos para Mayores. Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de Servicios Sociales para el caso de establecimientos residenciales y centros de ancianos con comedor. Inspección.
Acreditación	Los mismos que en centros de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica. 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 para personas mayores. Decreto 11/1983 por el que se crea el Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios Sociales.

GALICIA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria es un servicio de atención las 24 horas del día durante los 365 días del año, en el que el usuario/a sólo tiene que pulsar un botón ante cualquier situación de emergencia para entrar en contacto verbal, manos libres, con una central de atención, desde la que se atiende su demanda, mediante un sistema de comunicaciones y un sistema informático específicos (A Coruña).
Autorización	<p>Todo el punto extraído de la «Ordenanza reguladora del servicio de teleasistencia domiciliaria del Ayuntamiento de la Coruña» aprobada por el Ayuntamiento en sesión del 14/12/1998 y publicada en el BOE número 25, de 1/2/99(2). «Ordenanza municipal del servicio de ayuda a domicilio».</p> <p>La empresa entidad adjudicataria/conveniada se dedicará exclusivamente a la prestación de servicios de teleasistencia domiciliaria u otros de contenido social.</p> <p>En el caso de desarrollar actividades de contenido distinto al señalado (de seguridad, control...) debe contar con un departamento o unidad totalmente diferenciada del resto para la prestación del servicio de teleasistencia domiciliaria, tanto en lo que se refiere a la ubicación de centro de atención como al personal dedicado al servicio.</p>
Acreditación	<p>La empresa/entidad debe contar, además, en el término municipal de una oficina expresamente dedicada a este servicio.</p> <p>Obligaciones de la empresa/entidad prestadora del STD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento y puesta en marcha del sistema. - Seguimiento permanente de los usuarios. - Atención permanente desde la central de atención. - Coordinación con los Servicios Sociales Municipales. - Formación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Todo el punto extraído de la «Ordenanza reguladora del servicio de teleasistencia domiciliaria del Ayuntamiento de la Coruña» aprobada por el Ayuntamiento en sesión del 14/12/1998 y publicada en el BOE número 25, de 1/2/99(2), la «Ordenanza municipal del servicio de ayuda a domicilio» de A Coruña aprobada por el Ayuntamiento en sesión del 14/12/98 publicada en el BOP número 25, de febrero 1/2/99.

GALICIA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Marco autonómico.</p> <p>El programa de ayuda a domicilio tiene por objeto prestar un conjunto de atenciones desde una perspectiva integral y normalizada a los ciudadanos en su domicilio, en aquellas situaciones en las que tengan limitada su autonomía personal o en casos de desintegración familiar, facilitando la permanencia en su propio entorno de convivencia y evitando así su posible institucionalización.</p> <p>Tendrá la consideración de prestación básica de servicios sociales inserta en el sistema integrado de servicios sociales, de carácter complementario y transitorio.</p> <p>A Coruña.</p> <p>El SAD se configura como un conjunto organizado, integrado y normalizado de acciones y recursos para los ciudadanos en su domicilio, con la finalidad de prestar atención a las personas y sus familias que tengan limitada su autonomía personal o, en los casos de desintegración o problemáticas familiares especiales, facilitando la permanencia en su propio entorno de convivencia con la mayor calidad de vida posible, evitando así su posible institucionalización.</p> <p>Es un recurso de tipo voluntario, solicitado por el usuario/familia, beneficiarios del servicio.</p> <p>Es un servicio temporal.</p> <p>Es un servicio discontinuo (normalmente no cubre las 24 horas del día).</p>
Autorización	No se ha localizado información.
Acreditación	No se ha localizado información.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación extraída de la «Ordenanza municipal del servicio de ayuda a domicilio» aprobada por el Ayuntamiento de A Coruña en sesión del 14/12/98, publicada en el BOP número 25 de febrero 1/2/99. • Guía de prestaciones para personas mayores y personas con discapacidad. • Ley 4/1993, de 14 de abril, de servicios sociales. • Orden de 22 de julio de 1996 por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio.

GALICIA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centro de día para personas mayores. Son equipamientos destinados a la atención diurna de personas mayores con pérdida de su autonomía física o psíquica que, residiendo en sus propios hogares, necesiten de una serie de cuidados y atenciones de carácter personal, terapéutico o social. Desarrollan programas referidos a determinadas áreas, siempre y cuando no precisen estancia nocturna.
Autorización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la correspondiente solicitud ante la consejería competente. 2. Aceptación de los requisitos específicos de calidad, personal y condiciones arquitectónicas. 3. Solicitar la autorización administrativa. 4. Comunicación de sus precios. 5. Inspección. 6. Inscripción en el registro. 7. Acreditación.
Acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remitir balance económico del ejercicio anterior. 2. Comunicar anualmente las variaciones en el cuadro de personal, así como las altas y las bajas de los usuarios. 3. Admitir a los usuarios propuestos por la Administración autonómica siempre que se adecúen a la tipología del centro.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • «Guía de equipamientos para personas mayores» Conselleria de Asuntos Sociales. • Orden de 18 abril de 1996. Contiene las condiciones arquitectónicas concretas de las residencias. • Ley 4/1993, de 14 de abril, de servicios sociales. • Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio. • Orden de 12 de septiembre de 2000, de Estatuto básico de centros. • Guía de prestaciones para personas mayores y personas con discapacidad. • Decreto 243/1995, de 28 de julio, por el que se regula el régimen de autorización y acreditación de centros de servicios sociales. • Orden del 18 enero de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 291/1995, de 3 de noviembre, relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios sociales. • Decreto 291/1995, de 3 de noviembre, por el que se desarrolla la Ley 4/1993, de 14 de abril de servicios sociales, en lo relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios.

GALICIA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son centros destinados a viviendas permanentes o comunes que prestan una asistencia integral y continuada a las personas mayores.
Autorización	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización administrativa previa. • Permiso de inicio de actividades previa. • Inspección. • Registro de las entidades prestadoras de servicios (depende de la Consejería de Familia, Mujer y Juventud, siendo necesario la acreditación del firmante).
Acreditación	<ul style="list-style-type: none"> • Remitir balance económico del ejercicio anterior, así como la organización del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación. • Comunicar anualmente las variaciones del cuadro de personal, así como las altas y las bajas de los usuarios. • Admitir a los usuarios propuestos por la Administración autonómica siempre que se adecúen a la tipología del centro.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 18 de abril de 1996 de desarrollo del decreto 243/1995, de 28 de julio. • Decreto 243/1995, de 28 de julio.

MADRID / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Soporte instrumental que facilita una atención y apoyo personal y social continuos, permitiendo la detección de situaciones de crisis y la intervención inmediata en las mismas. La teleasistencia consiste en un dispositivo de alarma que permite la comunicación bidireccional con una unidad receptora, encargada de recibir las llamadas, realizar llamadas de seguimiento, evaluar las emergencias y activar los mecanismos necesarios en cada circunstancia.
Autorización	Visado previo de la Comunidad de Madrid. Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid. Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.
Acreditación	La realización del Programa se efectúa mediante un Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), constituyendo el documento marco del Proyecto, junto con las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria aprobadas por la FEMP y el IMSERSO. Las entidades locales interesadas en la implantación y desarrollo del Programa en su ámbito territorial formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación. El coste del servicio será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65 por 100, y por la Entidad local y los usuarios, con el 35 por 100 restante.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. • Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. • Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 88, de 14 de abril de 2003). • 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. • Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

MADRID / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	La prestación de ayuda a domicilio tendrá como objetivo prevenir situaciones de crisis personal y familiar, incluyendo una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad, para facilitar la autonomía personal en el medio habitual.
Autorización	Visado previo de la Comunidad de Madrid, dirigido a la Secretaría General Técnica. Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid. Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.
Acreditación	Según comunicación telefónica con la Dirección General de Mayores del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, no existen requisitos de acreditación actualmente. Los requisitos son los que se solicitan en cada concurso, cuando éste exista. Actualmente no hay concurso ni convocatoria de acreditación para este servicio. Teléfono: 915880753/915880747.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid número 88, de 14 de abril de 2003). • Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. • Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. • Acuerdo de 11 de julio de 2002 por el que se corrigen errores del Decreto 88/2002, de 30 de mayo (BOCM núm. 170, de 19 de julio). • 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. • 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. • Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

MADRID / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Establecimiento abierto no residencial destinado a promover la convivencia de las personas mayores de un determinado ámbito territorial y el apoyo preventivo de la marginación mediante la organización de las actividades para la ocupación del tiempo libre, el ocio y la cultura, e informar sobre el acceso a servicios sociales y/o sanitarios. Se concibe como un equipamiento especializado destinado a la atención gerontológica de carácter socio-rehabilitador y estancia diurna para personas mayores dependientes, a fin de promover su autonomía, la permanencia en el entorno habitual, promover la participación y representación de los socios, ofrecer apoyo social y asistencial a las familias y demás cuidadores informales, prevenir el incremento de la dependencia de las personas mayores mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.</p>
Autorización	<p>Visado previo de la Comunidad de Madrid, dirigido a la Secretaría General Técnica. Licencia municipal. Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid. Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.</p>
Acreditación	<p>Las personas físicas o jurídicas con las que se celebren conciertos deberán ser propietarias de los locales donde se halla ubicado el centro o titulares de un derecho de uso y disfrute de los mismos, que en ningún caso podrá tener duración inferior a cinco años, posteriores a la fecha de celebración del concierto. En el caso de que el titular del centro no sea propietario del local, deberá acreditar que cuenta con la autorización del propietario para destinarlo al fin que establezca en el concierto.</p> <p>Los centros para los que se realice el concierto de reserva y ocupación de plazas deberán cumplir los requisitos que se establecen en la normativa de la Comunidad de Madrid, en especial la referida a servicios y centros de acción social y servicios sociales, recogida en el Decreto 91/1990, de 26 de octubre y Orden 612/1990, de 6 de noviembre, que lo desarrolla. Tendrán preferencia para la concertación los centros ubicados en núcleos urbanos. La asignación de las plazas concertadas a los beneficiarios se realizará mediante resolución de la Dirección General de Servicios Sociales Especializados, dentro del marco de la legislación vigente.</p> <p>Con carácter previo a la celebración de los conciertos, deberá instruirse expediente administrativo, en el que deberán resultar acreditados los siguientes extremos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Fines del centro y sus fuentes de financiación y, en su caso, los referidos a la entidad titular. b) 1.º Los titulares individuales deberán aportar fotocopia compulsada del documento nacional de identidad o del que, en su caso, le sustituya reglamentariamente. 2.º Si el titular fuera persona jurídica, escritura de la constitución, modificación, en su caso, y poder declarado bastante por un letrado de la Comunidad de Madrid. 3.º Las instituciones de carácter religioso acreditarán su personalidad de acuerdo con su normativa específica. c) Título de propiedad del edificio o cualquier otro que acredite el derecho de uso y disfrute del mismo, así como la autorización del propietario, cuando no lo sea el solicitante, para destinarlo al fin solicitado. d) Licencia fiscal. e) Documentación acreditativa de que se dispone de una organización con elementos personales y materiales suficientes para la ejecución del concierto. f) Documentación acreditativa de hallarse la empresa al corriente de pago de las obligaciones tributarias. g) Documentación acreditativa de que la empresa se halla al corriente de sus obligaciones en la Seguridad Social. h) Planos del centro, con especificación de las diferentes zonas de las que consta y de las obras que sean necesarias realizar para su adaptación a los fines del concierto.

MADRID / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Acreditación	<p>j) Licencia municipal de apertura del centro.</p> <p>La duración de los conciertos será la que medie entre la fecha de la firma del mismo y el final de ese año, y se prorrogarán sucesivamente por años naturales, salvo que medie denuncia expresa de cualquiera de las partes en el plazo que se especifica en el Anexo de la presente Orden. No obstante lo anterior, finalizada la vigencia del concierto por el transcurso del tiempo o por denuncia de las partes, con objeto de garantizar los efectos del mismo respecto de los beneficiarios, la entidad concertada estará obligada al depósito de una fianza por una cuantía máxima del 4 por 100 del importe semestral de las plazas ocupadas en el momento de la denuncia, que deberá depositarse en el plazo de quince.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden 597/1999, de 23 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regula la naturaleza y objetivos del servicio público de atención a personas mayores en centros de día y se aprueba el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en dichos centros. • 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. • Orden 613/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 6/1990, de 26 de enero, creador del Registro de Entidades que desarrollan actividades en el campo de la acción social y Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid. • Decreto 89/1994, de 16 de septiembre, por el que se complementa el régimen jurídico básico del servicio público de atención a personas con minusvalías, afectadas de deficiencia mental, en centros residenciales, de día y ocupacionales. • 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 (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 23 de diciembre de 2002). • 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. • Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

MADRID / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicio de alojamiento estable y común, continuado o temporal, sustitutivo del hogar; en el que se presta una asistencia integral y continuada.
Autorización	<p>Primero. Visado previo de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Segundo. Licencias municipales de obras y de actividades e instalaciones que corresponda.</p> <p>Tercero. Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Cuarto. Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.</p>
Acreditación	Véase Centros de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (publicada en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid», número 88, de 14 de abril de 2003). • Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. • Decreto 72/2001, de 31 de mayo, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados. • Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social. • 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. • Orden 613/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 6/1990, de 26 de enero, creador del Registro de Entidades que desarrollan actividades en el campo de la acción social y Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid. • 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. • Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

MURCIA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite a las personas mayores y/o personas discapacitadas, pulsando el botón que llevan constantemente, entrar en contacto verbal manos libres durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por personal preparado para dar respuesta a la situación de emergencia presentada, bien por sí mismo o movilizándolo Otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad.
Autorización	Autorización administrativa. Están sujetos a autorización previa los actos de creación, construcción o modificación sustancial, bien estructural o funcional, del centro o servicio. Licencia municipal. Inspección. Autorización de funcionamiento. Inscripción en Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.
Acreditación	La realización del Programa se efectúa mediante un Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), constituyendo el documento marco del Proyecto, junto con las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia domiciliaria aprobadas por la FEMP y el IMSERSO. Las Entidades locales interesadas en la implantación y desarrollo del Programa en su ámbito territorial formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación. El coste del servicio será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65 por 100 y por la Entidad local y los usuarios con el 35 por 100 restante.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenanza para la regulación de la prestación del servicio de Teleasistencia Domiciliaria. Publicada en el BORM, núm. 108, de 13 de mayo de 2003. Ayuntamiento de Murcia. • Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

MURCIA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Prestación básica del Sistema de Servicios Sociales que tiene por objeto proporcionar, en el propio domicilio, una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos y las familias que lo precisen por no serles posible realizar sus actividades habituales o hallarse alguno de los miembros en situación de conflicto psicofamiliar, facilitando de este modo la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia, contando para ello con el personal cualificado y supervisado al efecto.
Autorización	Autorización administrativa. Están sujetos a autorización previa los actos de creación, construcción o modificación sustancial, bien estructural o funcional, del centro o servicio. Licencia municipal. Inspección. Autorización de funcionamiento. Inscripción en Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.
Acreditación	Proceso dado por concurso. Información resuelta por el Ayuntamiento de Murcia.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 124/ 2002, de 11 de octubre de 2002, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. • Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. • Ordenanza reguladora de la prestación del servicio de ayuda a domicilio, publicada en el BORM núm. 108, de 13 mayo 2003. Ayuntamiento de Murcia. • Decreto 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección.

MURCIA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centros de día para personas mayores. Son centros que durante el día ofrecen atención a las personas mayores autónomas o afectadas por diferentes grados de dependencia. Sus objetivos son mejorar la calidad de vida de sus usuarios, promover la capacidad de participación potenciando las relaciones interpersonales, mejorar la integración social, favorecer la autonomía personal y la permanencia en su entorno habitual.
Autorización	Autorización administrativa. Están sujetos a autorización previa los actos de creación, construcción o modificación sustancial, bien estructural o funcional, del centro o servicio. Licencia municipal. Inspección. Autorización de funcionamiento. Inscripción en Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.
Acreditación	Mismos requisitos que para ayuda a domicilio.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto núm. 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. • Decreto núm. 54/ 2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección. • Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. • Ordenanza reguladora de los Centros de Estancia Diurna del Ayuntamiento de Murcia, BORM núm. 108, 13 de mayo de 2003.

MURCIA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicio de alojamiento continuado o temporal, sustitutivo del hogar en el que se presta una asistencia integral y continuada. Sus propósitos son lograr la integración del residente en el centro y en su entorno social, el fomento de un estilo de vida similar al del entorno de referencia, la atención a las necesidades básicas de los residentes, garantizando la autonomía personal, respeto a la individualidad y el trato diferenciado, promover la participación y representación de los residentes y la corresponsabilización y participación de los profesionales en el seguimiento de la evolución de los usuarios del servicio.
Autorización	Autorización administrativa. Están sujetos a autorización previa los actos de creación, construcción o modificación sustancial, bien estructural o funcional, del centro o servicio. Licencia municipal. Inspección. Autorización de funcionamiento. Inscripción en Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.
Acreditación	Mismos requisitos que para ayuda a domicilio.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Decreto 54/ 2001 , de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección. • Dictamen núm. 6/2003 sobre el proyecto de decreto de condiciones mínimas de centros residenciales para personas mayores, Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. • Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. • Corrección de errores al Decreto 54/ 2001 , de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección, publicado en Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm.167, 20/07/2001.

NAVARRA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicio preventivo y asistencial, complementario de la atención a domicilio, que favorece el mantenimiento en su medio de personas con nivel de autovalimiento limitado y proporciona seguridad, elevando la calidad de vida de las personas que disponen del mismo, evitando o retrasando el uso de otros recursos menos integradores y más costosos, como los centros residenciales.
Autorización	La información no ha sido localizada.
Acreditación	La información no ha sido localizada.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden foral 505/1992, de 9 de septiembre, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda, por la que se clasifica el servicio de teleasistencia domiciliaria (BON 21-9-1992, núm. 114). • Resolución 1567/2003, de 21 de marzo, del Director Gerente del Instituto Navarro de Bienestar Social, por la que se aprueban las normas que regularán el acceso al Servicio Telefónico de Emergencia.

NAVARRA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	En Pamplona. El servicio de atención a domicilio consiste en la prestación de atenciones a personas y/o familias en su domicilio cuando se hallen en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales o bien se dé una situación de conflicto psicofamiliar que afecte a alguno de sus miembros.
Autorización	a) Autorización: <ul style="list-style-type: none"> - Informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales. - Licencia municipal. b) Autorización de funcionamiento/administrativa. c) Registro de todos los servicios y centros, así como de las Entidades titulares de los mismos. d) Inspección de entidades, servicios y centros. e) Evaluación del servicios. f) Reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.
Acreditación	La Comunidad de Navarra no reconoce el proceso de acreditación como tal, ya que en el mismo de la autorización ya se estipulan los requisitos para que un centro o servicio concierte con el Gobierno de Navarra.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto foral 255/1997, de 15 de septiembre, por el que se procede a la transferencia del Servicio a Domicilio al Ayuntamiento de Pamplona. • Decreto foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 132 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. • Ordenanza reguladora de las bases reguladoras y los precios públicos del servicio de atención domiciliaria. • Ley foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales.

NAVARRA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	<p>Es un servicio integrado en un Centro Gerontológico, cuya función principal es el apoyo, la custodia y el mantenimiento de actividades básicas y el cuidado higiénico-dietético.</p> <p>Ofrecer atención y soporte socio-sanitario a personas en situación de deterioro avanzado, de modo que sirva de alternativa al ingreso definitivo.</p> <p>Apoyar a las familias ante las exigencias de cuidado de estas personas, mientras permanezcan en el entorno familiar.</p>
Autorización	<p>a) Autorización de construcción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales. - Licencia municipal. <p>b) Autorización de funcionamiento/administrativa.</p> <p>c) Registro de todos los servicios y centros, así como de las Entidades titulares de los mismos.</p> <p>d) Inspección de entidades, servicios y centros.</p> <p>e) Evaluación del servicios.</p> <p>f) Reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.</p>
Acreditación	<p>La Comunidad de Navarra no reconoce el proceso de acreditación como tal, ya que en el mismo de la autorización ya se estipulan los requisitos para que un centro o servicio concierte con el Gobierno de Navarra.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden foral 37/1999, de 12 de febrero, del Consejero de Salud, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento. • Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley foral 9/1990, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. • Orden foral 75/2003, de 24 de septiembre, de la Consejera de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se clasifica el Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológicos.

NAVARRA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Centro en el que se ofrece a los ancianos, tanto a los que pueden valerse por sí mismos como a los que necesitan de la ayuda de terceras personas, una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico-geriátrica, rehabilitación, terapia ocupacional y otros servicios de carácter cultural y recreativo.
Autorización	<p>a) Autorización de construcción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales. - Licencia municipal. <p>b) Autorización de funcionamiento/administrativa</p> <p>c) Registro de todos los servicios y centros, así como de las Entidades titulares de los mismos.</p> <p>d) Inspección de entidades, servicios y centros.</p> <p>e) evaluación del servicios.</p> <p>f) reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.</p>
Acreditación	La Comunidad de Navarra no reconoce el proceso de acreditación como tal, ya que en el mismo de la autorización ya se estipulan los requisitos para que un centro o servicio concierte con el Gobierno de Navarra.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Orden foral 204/1999, de 30 de diciembre de 1999, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se desarrolla el Decreto foral 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para Personas con Enfermedad Mental. • Orden foral 204/1999, de 30 de diciembre de 1999, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se desarrolla el Decreto foral 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para Personas con Enfermedad Mental.

PAIS VASCO / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	El servicio de teleasistencia es un servicio técnico, de naturaleza social, que permite a las personas usuarias entrar en contacto, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, con un centro de atención atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la situación de emergencia o de necesidad social presentada, bien por sí mismo o bien movilizándolo otros recursos comunitarios.
Autorización	<p>a) Autorización administrativa de aquellos que sean de titularidad privada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los actos de creación, construcción o instalación y puesta en funcionamiento. – Los actos de modificación que, con respecto a su estructura o régimen funcional inicial, pudieran adoptarse. – Su traslado. <p>b) Comunicación a la autoridad administrativa que otorgó la autorización para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El cese del servicio. – El cambio de titularidad. <p>c) Registro, tanto de los de titularidad pública como privada.</p> <p>d) Homologación, en su caso, de los de titularidad privada.</p> <p>e) Inspección, tanto de los de titularidad pública como privada.</p>
Acreditación	<p>Para obtener la homologación es imprescindible que previamente las entidades, los servicios o centros:</p> <p>a) Hayan obtenido las autorizaciones administrativas previa y de funcionamiento (los servicios o centros) y que hayan sido inscritos en el Registro correspondiente.</p> <p>b) Se adecúen a los criterios de calidad, eficacia y coste económico y social.</p> <p>c) Hayan acreditado estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, de conformidad con la normativa vigente en la materia.</p> <p>d) Solicitada la homologación, la Administración competente para concederla realizará la oportuna visita de inspección, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cuatro meses desde la puesta en funcionamiento del servicio o centro o de la creación de la entidad privada no titular de servicios o centros.</p> <p>La Administración resolverá, concediendo o denegando la homologación, dentro del plazo de tres meses. Si la resolución fuera denegatoria, deberá transcurrir, como mínimo, un periodo de seis meses a contar desde la fecha en que se dictó, antes de que la entidad, titular o no de servicios o centros, pueda volver a solicitar la homologación. Se concederá para un periodo de tres años.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales. • 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 (BOPV núm. 63, de 2 de abril de 1998). • Decreto foral 202/2004, de 16 de noviembre, de la Instituto Foral de Bienestar Social de Vizcaya, por el que se regula el Servicio de Teleasistencia del Departamento de Acción Social. • Decreto foral 196/2004, de 16 de noviembre, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio de teleasistencia del Departamento Foral de Acción Social. • Decreto Foral 76/2002, de 9 de abril del Instituto Foral de Bienestar Social de Vizcaya, regulador del Programa de Telealarma en el Territorio Histórico de Vizcaya. • Normativa reguladora de la prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio, Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, publicado en Boletín Oficial del Territorio Histórico de Álava, núm. 133, 20 de noviembre de 1998.

PAIS VASCO / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Servicio social de naturaleza asistencial y preventiva, cuyas prestaciones tienen como finalidad el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de las personas a que se dirige, sin necesidad de que éstas tengan que abandonar el domicilio familiar.
Autorización	Mismos requisitos que para teleasistencia.
Acreditación	Mismos requisitos que para teleasistencia.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales. • 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 (BOPV núm.63, de 2 de abril de 1998). • Normativa reguladora de la prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio, Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, publicado en Boletín Oficial del Territorio Histórico de Álava, núm. 133, 20 de noviembre de 1998. • Aprobación definitiva del reglamento municipal Regular de Ayuda Domiciliaria, Ayuntamiento de Aretxabaleta, publicado en Boletín Oficial de Guipúzcoa, núm. 27, 09-02-2006.

PAIS VASCO / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna individualizada a cinco ó más personas mayores de 60 años que necesitan la ayuda de otras para la realización de sus actividades de la vida cotidiana, así como a aquellas que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo, en un espacio e instalaciones destinados a tal fin, con un personal y unos programas de actuación propios.
Autorización	Mismos requisitos que para teleasistencia.
Acreditación	Mismos requisitos que para teleasistencia.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales. • 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 (BOPV núm. 63, de 2 de abril de 1998). • Decreto 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes. • Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales.

PAIS VASCO / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Se considerará servicio social residencial para la tercera edad, cualquiera que sea su denominación, titularidad o características, todo establecimiento que, mediante contraprestación económica, proporcione alojamiento, manutención y atención a cinco o más personas mayores de 60 años, así como a aquellas otras que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo.
Autorización	<ul style="list-style-type: none"> a) Autorización administrativa, de aquellos que sean de titularidad privada, para: <ul style="list-style-type: none"> – Los actos de creación, construcción o instalación y puesta en funcionamiento. – Los actos de modificación que con respecto a su estructura o régimen funcional inicial pudieran adoptarse. – Su traslado. b) Comunicar a la autoridad administrativa que otorgó la autorización: <ul style="list-style-type: none"> – El cese de servicio. – El cambio de titularidad. c) Registro. d) Homologación, de aquellos que sean de titularidad privada, como condición previa para su concertación con las Administraciones Públicas. e) Inspección.
Acreditación	<p>Para obtener la homologación es imprescindible que previamente las entidades, los servicios o centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hayan obtenido las autorizaciones administrativas previa y de funcionamiento (los servicios o centros) y que hayan sido inscritos en el Registro correspondiente. b) Se adecúen a los criterios de calidad, eficacia y coste económico y social. c) Hayan acreditado estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, de conformidad con la normativa vigente en la materia. <p>La solicitud de homologación será presentada por el/la titular o representante legal de la entidad, del servicio o del centro ante la Administración competente, a partir del momento en el que se haya obtenido la autorización e inscripción en el Registro correspondiente. Solicitada la homologación, la Administración competente para concederla realizará la oportuna visita de inspección, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cuatro meses desde la puesta en funcionamiento del servicio o centro o de la creación de la entidad privada no titular de servicios o centros.</p> <p>La Administración competente, una vez verificada la documentación aportada por el solicitante y a la vista del informe técnico sobre la misma y del acta de inspección, resolverá, concediendo o denegando la homologación, dentro del plazo de tres meses. Si la resolución fuera denegatoria, deberá transcurrir, como mínimo, un periodo de seis meses a contar desde la fecha en que se dictó, antes de que la entidad, titular o no de servicios o centros, pueda volver a solicitar la homologación. La homologación se concederá para un periodo de tres años.</p> <p>Además del cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales para la obtención de la preceptiva autorización, los servicios sociales residenciales de titularidad privada que voluntariamente soliciten su homologación deberán ajustarse a los siguientes criterios de calidad, eficacia, coste económico y social:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Existencia de dependencias o espacios no contemplados en los requisitos de autorización, pero que pudieran favorecer la mejora en la calidad de vida de las personas usuarias. 2. Dotación de sus dependencias con equipamientos que aumenten el bienestar de las personas usuarias. 3. Balance económico saneado.

PAIS VASCO / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Acreditación	<p>4. Adecuación de sus objetivos y, en su caso, programas y actividades, a los objetivos y líneas de actuación que en materia de planificación y programación establezca la Administración competente.</p> <p>5. Cumplimiento de las sugerencias propuestas por la Administración competente. Además de los criterios especificados tendrán la obligación de presentar un plan de evaluación propio, de carácter formativo o, en su defecto, compromiso de establecerlo en el plazo máximo de un año, y cuyo seguimiento deberá ponerse en conocimiento de la Administración competente con periodicidad anual.</p> <p>Además las residencias deberán cumplir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración y puesta en funcionamiento de un programa de actividades específico de participación en la comunidad y entorno social donde esté ubicada la residencia, fomentando así la integración sociocomunitaria de las personas usuarias. 2. Implantación de un proceso dinámico e integrador en que se conciba la residencia como espacio abierto, donde se realizan actividades en las que puedan participar el resto de colectivos de la comunidad. 3. Programa de formación permanente para el personal. 4. Bajo índice de absentismo laboral y de accidentabilidad del personal y de las personas residentes. 5. Tener área de vestíbulo y/o recepción. 6. Obtención de resultados positivos con la aplicación del programa rehabilitador, verificable en las preceptivas evaluaciones practicadas a la residencia (4).
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales. • Decreto 125/2005, de 31 de mayo, de modificación del Decreto sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. • 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 (BOPV núm. 63, de 2 de abril de 1998). • Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. • Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales. • Decreto foral 19/2001, del Consejo de Diputados de 20 de febrero, que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Personas Mayores dependientes de esta Diputación Foral, derogando el anterior Decreto foral del Consejo 482/1990, de 20 de marzo.

LA RIOJA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	La ayuda técnica de teleasistencia es un servicio que, a través de una línea telefónica y con equipamiento de comunicaciones informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite a éstos ante cualquier situación o emergencia, entrar en contacto verbal permanente con el personal de este centro de atención durante las 24 horas del día. Suele completarse con agendas del usuario, que permiten recordar a éste la necesidad de realizar una actividad concreta en un momento predeterminado, por ejemplo, tomar una medicación.
Autorización	Visado previo. Licencia municipal. Autorización administrativa. Inscripción en Registro.
Acreditación	<p>Mediante la acreditación el Gobierno de La Rioja reconoce que un centro o servicio autorizado es idóneo para desempeñar sus funciones y formar parte de la Red pública de Servicios Sociales, atendiendo a los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de ingresos y condiciones para su utilización. - Garantía de participación democrática de los usuarios. - Sistema de contabilidad adecuada a la legislación. - Articulación de los cauces de información con la Comunidad Autónoma de La Rioja. - Encuadramiento dentro de la planificación general del sistema de Servicios Sociales Autonómicos. - Cualificación profesional del personal. <p>La acreditación es condición necesaria para concertar plazas o servicios con la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social y puede ser solicitada por el titular o representante legal del centro o servicio una vez que se ha obtenido la autorización o inscripción en el Registro. La Dirección General de Bienestar Social podrá realizar visitas necesarias para comprobar que reúnen los requisitos legislados. En aquellos centros y servicios donde se desarrollen actividades médicas o sanitarias deberá realizarse también un informe de la autoridad sanitaria competente. La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social dictará resolución y el máximo periodo de otorgamiento de la acreditación será de 4 años.</p> <p>La acreditación contrae la obligación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar anualmente altas y bajas de los beneficiarios, indicando causas. - Comunicar las variaciones en la plantilla de personal, en su aspecto cuantitativo y cualitativo. - Remitir balance económico y presupuesto anualmente (1).
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de centros, servicios y entidades destinados a la prestación de servicios Sociales. • Decreto 6/2000, de 4 de febrero, por el que se regula el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Servicios Sociales.

LA RIOJA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Dirigido fundamentalmente a la atención de aquellas personas que, pudiendo mantenerse en su entorno familiar habitual, tienen limitada su autonomía personal para procurarse las atenciones básicas de la vida diaria y/o su capacidad de relación social, bien sea con un carácter permanente o temporal. El objetivo general del servicio de ayuda a domicilio es promover una mejora de la calidad de vida de las personas usuarias del servicio, potenciando su autonomía.
Autorización	Visado previo. Licencia municipal. Autorización administrativa.
Acreditación	<p>Mediante la acreditación el Gobierno de La Rioja reconoce que un centro o servicio autorizado es idóneo para desempeñar sus funciones y formar parte de la Red pública de Servicios Sociales, atendiendo a los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de ingresos y condiciones para su utilización. - Garantía de participación democrática de los usuarios. - Sistema de contabilidad adecuada a la legislación. - Articulación de los cauces de información con la Comunidad Autónoma de La Rioja. - Encuadramiento dentro de la planificación general del sistema de Servicios Sociales Autonómicos. - Cualificación profesional del personal. <p>La acreditación es condición necesaria para concertar plazas o servicios con la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social y puede ser solicitada por el titular o representante legal del centro o servicio una vez que se ha obtenido la autorización o inscripción en el Registro. La Dirección General de Bienestar Social podrá realizar visitas necesarias para comprobar que reúnen los requisitos legislados. En aquellos centros y servicios donde se desarrollen actividades médicas o sanitarias deberá realizarse también un informe de la autoridad sanitaria competente. La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social dictará resolución y el máximo período de otorgamiento de la acreditación será de 4 años.</p> <p>La acreditación conlleva la obligación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar anualmente altas y bajas de los beneficiarios, indicando causas. - Comunicar las variaciones en la plantilla de personal, en su aspecto cuantitativo y cualitativo. <p>Remitir balance económico y presupuesto anualmente.</p>
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de centros, servicios y entidades destinadas a la prestación de servicios sociales. • Ley 1/2002, de 1 de marzo, de servicios sociales. • Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de centros, servicios y entidades destinados a la prestación de servicios sociales. • Decreto 6/2000, de 4 de febrero, por el que se regula el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Servicios Sociales. • Aprobación definitiva de la imposición y ordenación, tasa y reglamento del servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Cordovín. BOR, núm. 156, 26 de diciembre de 2002.

LA RIOJA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Los servicios de estancias diurnas o centros de día son centros no residenciales, de contenido socio-rehabilitador, dirigidos a personas mayores con autonomía reducida, cuya finalidad principal es la de contener las pérdidas funcionales o aminorar sus dificultades, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual de convivencia.
Autorización	Visado previo. Licencia municipal. Autorización administrativa. Inscripción en el Registro.
Acreditación	<p>Atendiendo a los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de ingresos y condiciones para su utilización. - Garantía de participación democrática de los usuarios. - Sistema de contabilidad adecuada a la legislación. - Articulación de los cauces de información con la Comunidad Autónoma de La Rioja. - Encuadramiento dentro de la planificación general del sistema de Servicios Sociales Autonómicos. - Cualificación profesional del personal. <p>La Dirección General de Bienestar Social podrá realizar visitas necesarias para comprobar que reúnen los requisitos legislados. En aquellos centros y servicios donde se desarrollen actividades médicas o sanitarias, deberá realizarse también un informe de la autoridad sanitaria competente.</p> <p>La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social dictará resolución y el máximo periodo de otorgamiento de la acreditación será de 4 años.</p> <p>La acreditación contrae la obligación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar anualmente altas y bajas de los beneficiarios, indicando causas. - Comunicar las variaciones en la plantilla de personal, en su aspecto cuantitativo y cualitativo. - Remitir balance económico y presupuesto anualmente.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 6/2000, de 4 de febrero, por el que se regula el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Servicios Sociales. • Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de Centros, servicios y entidades destinados a la prestación de servicios sociales. • Orden 26/07/1994, del 26 de julio, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social por la que se desarrolla el registro y autorización de entidades, servicios y centros de acción social y servicios sociales, publicada en el Boletín Oficial de La Rioja, núm. 93.

LA RIOJA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Son centros especializados que proporcionan alojamiento permanente o temporal y atención asistencial, integral y continuada a personas mayores que, por alguna circunstancia, no pueden permanecer en su hogar. Ofrecen, además, una amplia gama de servicios y actividades. Prestan alojamiento y asistencia integral y permanente a once o más personas de este sector de la población y podrán adquirir la condición de usuario aquellas personas, válidas o asistidas.
Autorización	Visado previo. Licencia municipal. Autorización administrativa. Inscripción en el Registro.
Acreditación	Véase Centros de día.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Orden 10/2001, de 31 de julio de 2001, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las residencias de personas mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja. • 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. • Corrección de errores al 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, en Boletín Oficial de La Rioja, 24 de marzo de 1998. • Decreto 6/2000, de 4 de febrero, por el que se regula el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Servicios Sociales. • Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de centros, servicios y entidades destinados a la prestación de servicios sociales. • Orden de 26 de julio de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se desarrolla el registro y autorización de entidades, servicios y centros de acción social y servicios sociales.

VALENCIA / TELEASISTENCIA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	El programa de teleasistencia domiciliaria que permite a las personas mayores y/o discapacitadas que viven solas y en situación de riesgo entrar en contacto verbal con un centro de atención especializada, pulsando el botón de un medallón o pulsera que llevan constantemente puesto las 24 horas del día y todos los días del año. Asimismo se dispone de unidades móviles que en caso de necesidad se trasladan al domicilio del usuario para dar solución a la emergencia surgida, mediante la movilización de recursos.
Autorización	Proceso compartido con acreditación.
Acreditación	Las Entidades locales interesadas en la implantación y desarrollo del Programa en su ámbito territorial formularán solicitud de adhesión al IMSERSO. Estudiadas y evaluadas las propuestas de las Corporaciones locales, se llevan a cabo convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la Corporación local en cuestión). La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.seg-social.es/imsero/dependencia/may_tas.html#Valencia.Correspondiente al convenio suscrito entre el INSERSO y FEMP. • Ayuntamiento de Alicante. Ámbito 5 , Dependencia: acción social, Decreto-Normativa aplicable a la aprobación del servicio municipal de teleasistencia domiciliaria. Criterios para acceso y valoración de solicitudes".

VALENCIA / AYUDA A DOMICILIO

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Es un servicio orientado a las personas y familias que presentan problemas para la realización de las actividades elementales de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual.
Autorización	Los dos únicos servicios que ofrece la CC.AA. son «Menchar a casa» (se ofrece un catering tanto a mayores como discapacitados en el domicilio) y «Major a casa» (alimentación, lavandería y limpieza en el hogar para mayores). Ambos no están apoyados por ninguna legislación y son pruebas piloto. No ha sido encontrado el ejemplo municipal de Valencia.
Acreditación	Desde la unidad técnica de servicios sociales de Valencia, encargados de gestionar los concursos, se ha aclarado que no hay mínimos estandarizados para las empresas privadas.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana. • Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social en la Comunidad Valenciana. • Orden de 4 de febrero de 2005, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. (2005/1376). • Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma en la Comunidad Valenciana. (2002/X5930).

VALENCIA / CENTRO DE DÍA

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Los centros especializados de atención a mayores se definen como centros de día de atención preventiva para mayores, destinados a ofrecer servicios especializados y específicos tendentes a lograr el mantenimiento de las personas mayores en un estado físico y emocional que les permita valerse por sí mismos y permanecer en su medio familiar y social, con el fin de evitar o retardar el ingreso en residencias y hospitales.
Autorización	<p>Autorización previa. Visado previo licencia municipal de obras. Cumplimiento de los requisitos establecidos: recursos humanos, medios materiales, organización adecuada, condiciones físicas, sanitarias y arquitectónicas. Autorización definitiva. Inscripción en el registro. Autorización administrativa: provisional y definitiva. Inspección.</p>
Acreditación	<p>Se podrán concertar plazas de centros de titularidad privada con aquellas entidades que, habiendo sido previamente autorizadas con carácter definitivo, acrediten experiencia en la gestión de centros de servicios sociales y garanticen la calidad adecuada en la prestación de los servicios. Dichos conciertos podrán tener carácter plurianual. La solicitud de acreditación deberá incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ámbito territorial y funcional, actividad o servicio en el que pretende desarrollar su actividad. Previsiones de dotación de personal con capacidad para desarrollar las funciones señaladas. Instalaciones y medios instrumentales específicos exigidos. En el caso de que pretenda subcontratar con profesionales evaluaciones de calidad en materia de higiene alimentaria o con personal sanitario de nivel de grado medio o superior especialista en la actividad del centro, deberá indicar cuáles se van a concertar, así como los datos relativos a la identificación de los profesionales, con el detalle de su capacidad, medios e instalaciones, en su caso.
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 120/2003, de 11 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Bienestar Social. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana. Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social en la Comunidad Valenciana. Orden de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de 22 de octubre de 1996 por la que se regulan los centros especializados de atención a los mayores. Orden de 4 de febrero de 2005, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. (2005/1376). Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma en la Comunidad Valenciana. (2002/X5930).

VALENCIA / CENTRO RESIDENCIAL

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Descripción	Los distintos tipos de centros y servicios residenciales son equipamientos sustitutivos del hogar familiar, y se configuran como centros de atención integral dirigidos a amplios sectores de personas y problemáticas con necesidades diferenciadas.
Autorización	<p>Autorización previa. Visado previo licencia municipal de obras. Cumplimiento de los requisitos establecidos: recursos humanos, medios materiales, organización adecuada, condiciones físicas, sanitarias y arquitectónicas. Autorización definitiva. Inscripción en el registro. Autorización administrativa: provisional y definitiva. Inspección.</p>
Acreditación	<p>Se podrán concertar plazas de centros de titularidad privada con aquellas entidades que, habiendo sido previamente autorizadas con carácter definitivo, acrediten experiencia en la gestión de centros de servicios sociales y garanticen la calidad adecuada en la prestación de los servicios. Las entidades especializadas en evaluación de calidad que pretendan realizar sus actividades en el ámbito de los centros o servicios de acción social de la Comunidad Valenciana deberán ser acreditadas previamente por la Subsecretaría de la Conselleria con competencias en materia de bienestar social o servicio similar que la sustituyera. La solicitud de acreditación deberá incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ámbito territorial y funcional, actividad o servicio en el que pretende desarrollar su actividad. Previsiones de dotación de personal con capacidad para desarrollar las funciones señaladas. Instalaciones y medios instrumentales específicos exigidos. En el caso de que pretenda subcontratar con profesionales evaluaciones de calidad en materia de higiene alimentaria o con personal sanitario de nivel de grado medio o superior especialista en la actividad del centro, deberá indicar cuáles se van a concertar, así como los datos relativos a la identificación de los profesionales, con el detalle de su capacidad, medios e instalaciones, en su caso (7).
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 120/2003, de 11 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana. Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social en la Comunidad Valenciana. 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 de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. (2005/1376). Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana. (2002/X5930).

ANEXO II:

Requisitos de los servicios de atención a la dependencia

Servicios mínimos exigidos en teleasistencia	Atención directa	Contacto periódico	Seguimiento personal	Información y orientación	Seguimiento social	Movilización recursos	Informar a Serv. Sociales municipales	Org. Actividades	Agenda personalizada
	Andalucía	X	X	X	X				
	Aragón (Zaragoza)	X				X			
	Asturias (Oviedo)	X		X	X		X		
	I. Baleare (1)								
	I. Canarias (2)								
	Cantabria (Santander)	X	X	X	X	X	X	X	
	Castilla - La Mancha	X	X	X	X			X	X
	Castilla y León (Palencia)	X	X	X					
	Cataluña (2)	X	X	X		X			
	Extremadura (Badajoz)	X		X	X		X		X
	Galicia (A Coruña)	X	X	X					
	Madrid	X	X	X	X	X	X		
	Murcia (Cieza)	X		X	X	X	X	X	X
	Navarra (2)	X							
	País Vasco (Vizcaya)	X			X	X			X
	La Rioja (2)								
C. Valenciana (Alicante)	X		X			X		X	

Requisitos para la acreditación de la teleasistencia

	Condiciones materiales	Recursos humanos	Atención ofrecida e índice de las prestaciones	Sistema de participación	Sistema de contabilidad	Sistema de información a la dirección General u Organismo Autónomo	Encuadramiento dentro del Plan Regional de S.S.S	Otros	Quien acredita distrib. competencial
Andalucía	X	X	X	X	X	X	X		Fundación Andaluza de Servicios Sociales.
Aragón (Zaragoza) (2)									Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias.
Asturias (Oviedo) (2)									Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias.
I. Baleares (1)									El IBAS (Instituto Balear de Asuntos Sociales) y los Ayuntamientos.
I. Canarias (2)									Ayuntamiento de Tenerife y Cruz Roja Española.
Cantabria (Santander) (2)									Municipal.
Castilla - La Mancha			X		X			X	Consejería de Bienestar Social a través de Cruz Roja o entidades gestoras.
Castilla y León (Palencia) (2)							X	X	Convenio entre el Ayuntamiento y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Cataluña (2)									Municipal.
Extremadura (Badajoz) (2)									Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias.
Galicia (A Coruña)	X	X	X			X			Convenio entre el Imserso, las Diputaciones y la Xunta.
Madrid (2)									Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias.
Murcia (Cieza) (2)									Convenio de Cooperación suscrito entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
Navarra (2)									Convenio entre el Instituto de Bienestar Social, SOS Navarra y la Fundación Caja Navarra.
País Vasco (Vizcaya) (2)			X		X				Diputaciones forales.
La Rioja (2)		X		X	X		X	X	Servicios sociales municipales.
C. Valenciana (Alicante)								Adhesión al Imserso	Convenios suscritos ente la FEMP, el IMSERSO y la Corporación local.

(1) No se dispone de información, no está legislado ni a nivel municipal.

(2) No se dispone de la información.

	Perfil director	Profesionales sanitarios	Personal de atención	Tiempo de atención por usuario	
Requisitos de personal en ayuda a domicilio	Andalucía	Trabajador social. Funciones: recibir la demanda, realizar el estudio y valorar de la situación presentada y diseñar un proyecto de intervención. Es responsable de la supervisión, seguimiento y evaluación del servicio.	No consta.	Trabajadores sociales, auxiliares de ayuda a domicilio, psicólogo (si es necesario) y educador/a.	Es competencia de las corporaciones locales.
	Aragón	Información no localizada.	No consta.	En Huesca: personal técnico (trabajadores sociales, educadores, psicólogos) y auxiliares de ayuda a domicilio (dedicados a la atención doméstica, personal y preventiva). En Zaragoza: auxiliares de ayuda a domicilio y trabajadores sociales.	En Zaragoza: máximo y mínimo diario de 2 horas. En Huesca: a) En los casos de atención doméstica, mínimo 2 horas semanales y un máximo de 6 horas. b) En los casos de atención doméstica y personal, mínimo 2 horas semanales y máximo 12 horas. c) Como máximo se prestarán 2 horas diarias de lunes a domingo.
	Asturias	Oviedo: trabajador social, realiza la recepción del caso, estudio de solicitudes, designación de prestación, seguimientos, control y tratamiento de los casos.	No consta.	Oviedo: auxiliar de ayuda a domicilio, personal del centro de atención. Además podrán intervenir educador y psicólogo.	Oviedo: duración mínima, 1 hora; duración máxima, 3 horas/día por usuario en días laborales y festivos.
	I. Baleares	Trabajador social.	No consta.	Mínimo trabajador social y trabajador familiar. Además un psicólogo y/o un educador social.	Información no localizada.
	I. Canarias	Información no localizada.	No consta.	Trabajador social, sociólogos, psicólogos, educadores sociales, auxiliares en SAD.	Información no localizada.
	Cantabria	Información no localizada.	No consta.	Auxiliar de atención domiciliaria.	El tiempo de atención doméstica y personal concedido a cada persona beneficiaria no excederá de 2 horas diarias o de 62 horas al mes, salvo circunstancias debidamente justificadas.
	Castilla - La Mancha	Trabajador social.	No consta.	No consta.	En ayuda a domicilio básica máximo de 52 horas por beneficiario/mes, en caso de ayuda extraordinaria máximo de 2hs por beneficiario/día.
	Castilla y León	Información no localizada.	No consta.	Personal auxiliar, trabajador social, psicólogo, educadores y animadores comunitarios como parte del equipo de Acción Social.	Máximo 2 horas semanales.

	Perfil director	Profesionales sanitarios	Personal de atención	Tiempo de atención por usuario
Cataluña	Coordinador de servicio. Trabajador social, 1 por cada 100 domicilios atendidos. Si la cifra total de domicilios es superior a un múltiplo de 100, se destinará un coordinador técnico adicional cuando se superen en 60 domicilios este múltiplo.	No consta.	Trabajadores familiares y auxiliares de geriatría.	No consta.
Extremadura	Trabajador social. Será el responsable del estudio y valoración de las peticiones presentadas, estableciendo el proyecto de intervención y siendo, por tanto, el responsable del seguimiento y evaluación del mismo.	Auxiliar de enfermería.	Educador.	Por beneficiario, 2 horas/día o 52 horas/mes, máximo.
Galicia	Información no localizada.	ATS/DUE, auxiliar gerocultor y otros profesionales sociosanitarios.	Trabajador social, auxiliar de ayuda en el hogar, psicólogo.	Información no localizada.
Madrid	Trabajador social. Coordinador del servicio, con titulación y formación social. Su labor consiste en desempeñar tareas de coordinación, gestión y organización del servicio de ayuda a domicilio, además de seguimiento del trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio.	No consta.	Información no localizada.	Máximo 60 horas/mes.
Murcia	El trabajador Social que recibirá la demanda realizará el estudio y valoración de la situación, diseñará el proyecto de intervención y será responsable del seguimiento y evaluación.	Auxiliar de clínica.	Educador y psicólogo.	Murcia: 2 horas diarias/usuario de atención.
Navarra	Información no localizada.	No consta.	Trabajador social, trabajador familiar y personal auxiliar.	De carácter intensivo: 3 a 6 horas por semana. Mantenimiento: hasta tres horas por semana. Extraordinariamente se podrá atender hasta 2 horas diarias.
País Vasco	Trabajador social municipal.	No consta.	Auxiliares.	Aretxabaleta: los límites temporales de prestación se establecerán en función de la evaluación individualizada de las necesidades de las personas usuarias. La prestación máxima será de 3 horas/día, es decir, 15 horas/semana. Este máximo semanal podrá ser de 18 o 21 horas en casos excepcionales. Las fracciones horarias se establecerán en divisiones no inferiores a 15 minutos.
La Rioja	Cordovín: trabajador social. Recibirá la demanda, hará el estudio y valoración de la situación presentada, diseñará el proyecto de intervención adecuado a la misma y será responsable de seguimiento y evaluación del mismo.	No consta.	Educador, psicólogo, auxiliar de ayuda a domicilio.	Nájera: máximo 5 horas/semana, mínimo 2 horas/semana. Cordovín: los Servicios Sociales Municipales fijarán previamente el número de horas y días de atención a los usuarios del servicio, en función de sus necesidades y de las disponibilidades del servicio.
Comunidad Valenciana	Ser diplomado universitario y no estar inhabilitado para el ejercicio de dicho cargo mediante sanción firme impuesta por cualquiera de las Administraciones Públicas o por resolución judicial.	Información no localizada.	Información no localizada.	Información no localizada.

Servicios mínimos exigidos en ayuda a domicilio

	Actuaciones de carácter doméstico	Actuaciones de carácter personal	Actuaciones de carácter educativo	Actuaciones de carácter socio-comunitarias o integradoras	Ayudas técnicas y adaptativas del hogar	Actuaciones de carácter rehabilitador	Atención psicosocial	Coord. recursos médicos	Actividades culturales/ ocio	Terapia ocupacional
Andalucía	X	X	X	X	X					
Aragón	X	X	X	X				X		
Asturias	X	X		X	X		X			
I. Baleares	X	X	X	X	X	X				
I. Canarias	X	X	X			X				
Cantabria	X	X		X			X	X	X	X
Castilla - La Mancha	X	X								
Castilla y León	X	X	X	X			X			
Cataluña	X	X	X	X		X		X		
Extremadura	X	X		X				X		
Galicia	X	X	X	X			X			
Madrid	X	X		X					X	
Murcia	X	X	X	X						
Navarra	X	X		X					X	X
País Vasco	X	X		X				X		
La Rioja	X	X								
Comunidad Valenciana	X	X		X				X	X	

Requisitos para la acreditación de la ayuda a domicilio

	Recursos humanos	Atención ofrecida e índice de las prestaciones	Sistema de contabilidad	Sistema de información a la Dirección General u Organismo Autónomo	Encuadramiento dentro del Plan Regional de Serv. Soc.	Otros	Quien acredita Distrib. competencial
Andalucía	X		X	X			Fundación Andaluza de Servicios Sociales.
Aragón (Zaragoza)	X		X			X	Competencia municipal (mediante contrato de gestión con entidades privadas).
Asturias	X	X			X	X	Competencia municipal (mediante contrato de gestión con entidades privadas).
I. Baleares (Mallorca)	X	X	X		X	X	(a)
I. Canarias (Tenerife)	X	X	X			X	Competencia municipal (mediante contrato de gestión con entidades privadas/concurso).
Cantabria	X	X	X			X	Convenios entre el Gobierno de Cantabria y las Entidades locales.
Castilla - La Mancha		X	X			X	Convenio suscrito entre la Consejería de Bienestar Social y entidades sociales.
Castilla y León (Palencia)		X	X		X	X	Convenio entre el Ayuntamiento y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/concurso con entidades .
Cataluña (Barcelona)	X	X	X	X		X	Competencia municipal (mediante contrato de gestión con entidades privadas).
Extremadura (Badajoz) (e)							Competencia municipal pública.
Galicia (A Coruña)		X	X	X	X	Seguimiento del programa de cheque asistencial.	Servicio potenciado a través del cheque asistencial (CC.AA.)- gestión municipal.
Madrid	X	X	X	X	X		Dirección General de Asuntos Sociales municipal/concursos con entidades privadas.
Murcia (d)							Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia a través de los Ayuntamientos.
Navarra (c)				X	X	X	Competencia municipal.
País Vasco (Vizcaya)	X	X	X			X	Servicios sociales municipales.
La Rioja	X	X	X	X	X	X	Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.
C. Valencia (b) (Valencia)							Competencia municipal (mediante contrato de gestión con entidades privadas/concurso).

- (a) A través de conversación telefónica se puntualiza que la distribución competencial de este servicio no está legislada, ya que existe un vacío normativo. La titularidad puede ser tanto pública, privada o concertada (esta última siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el artículo 21 del Decreto 66/1999, de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Regulator del Sistema Balear de Servicios Sociales)
- (b) Desde la Unidad Técnica de Servicios Sociales de Valencia, encargados de gestionar los concursos, se ha aclarado que no hay mínimos estandarizados para las empresas privadas. De igual forma, el servicio de ayuda a domicilio no está apoyado por ninguna normativa (véase mapa de servicios)
- (c) La Comunidad de Navarra no reconoce el proceso de acreditación como tal. El proceso de autorización implica a la vez el cumplimiento de los requisitos de acreditación.
- (d) A través de conversación telefónica se informó que el proceso de acreditación venía dado por concursos. Actualmente está vigente hasta el 2008. Las condiciones mínimas no están estandarizadas en ninguna normativa y el pliego no está disponible en la red.
- (e) No existe tal proceso porque este servicio se da de forma pública. La competencia es municipal a través de la financiación de la Junta de Extremadura. La empresa privada ejerce la función de consultoría de personal, ya que este último es contratado por parte del Ayuntamiento. No se contempla la posibilidad de ofrecer dicho servicio de forma privada o concertada.

Requisitos materiales para centros de día	Aseo	Baño Geriátrico	Dimensión sala de comedor	Dimensión sala de estar	Dimensión sala de cura /enfermería	Dimensión sala de actividades	Dispone sala de administración	Ascensor	Dimensión sala de rehabilitación	Dimensión sala terapia ocupacional	Cocina	Otros	
	Andalucía	Sí, 1 cada 10 personas.	No consta.	1,5 m ² por persona, 12 m ² mínimo.	2 m ² por persona, 12 m ² mínimo.	No consta.	20 m ² mínimo, 1 m ² por persona, 1 sala cada 30	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	
	Aragón	No consta.	No consta.	2,50m ² por plaza. Si todos los usuarios son minusválidos: 3,60 m ² por plaza.	1,8 m ² por plaza	No consta.	No consta.	No consta.	Sí, cuando exista más de una planta.	No consta.	No consta.	No consta.	
	Asturias	Sí, al menos 2.	Sí al menos 1.	2 m ² por persona, puede ser un espacio propio o compartido.	10 m ² mínimo	No consta.	No consta.	Sí, puede ser espacio propio o compartido.	Sí, cuando exista más de una planta.	No consta.	No consta.	Sí, puede ser espacio propio o compartido.	Sala de recepción, puede ser espacio propio o compartido.
	I. Baleares	Sí.	Sí, 1 cada 15 usuarios.	No consta.	Sí.	10 m ² mínimo.	No consta.	Sí, 10 m ² mínimo.	No consta.	No consta.	No consta.	Sí.	No consta.
	I. Canarias	Sí.	No consta.	1 m ² por plaza, como mínimo	1,8 m ² por plaza, como mínimo	No consta.	Sala polivalente con un mínimo de 2 m ² /persona y un mínimo de 16 m ² .	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	Despacho monitor, 4 m ² mínimo. Almacén 4 m ² mínimo Vestuario, 0,2 m ² /persona mínimo y 2 m ² /aseo mínimo.
	Cantabria	No consta.	No consta.	1 m ² por persona.	1,8 m ² por persona.	Sí.	No consta.	Sí.	Sí, cuando el desnivel es mayor a 1,5 m.	No consta.	2 m ² por persona. 16 m ² mínimo.	0,3 a 0,7 m ² por persona, 30 m ² mínimo.	Sala de admisión y asistencia social.
	Castilla-La Mancha	Sí, 6 m ² mínimo. Sí, 1 cada 20 personas, 7 m ² mínimo.	No consta. No consta.	2 m ² por persona, 20 m ² mínimo. 2 m ² por persona, 30 m ² mínimo.	No consta. 2m ² por persona, 10 m ² mínimo.	No consta. 12m ² mínimo.	2 mínimo. 2 mínimo.	Sí. Sí	No consta. No consta.	No consta. 40 m ² mínimo	No consta. 30 m ² mínimo	No consta. 20 m ² mínimo.	No consta. No consta.
	Castilla y León	Sí, 1 cada 15.	No consta.	1,30 por plaza, 16 m ² mínimo.	2 m ² por plaza, 21 m ² mínimo. Menos de 7 plazas comparte con sala actividades.	25 plazas: 1 de 10 m ² mínimo. Más de 50: + sala médico, 10 m ² mínimo.	2 m ² por plaza, 21 m ² mínimo. Menos de 7 plazas comparte con sala de estar.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	Sala de recepción y control.

Requisitos materiales para centros de día

	Aseo	Baño Geriátrico	Dimensión sala de comedor	Dimensión sala de estar	Dimensión sala de cura /enfermería	Dimensión sala de actividades	Dispone sala de administración	Ascensor	Dimensión sala de rehabilitación	Dimensión sala terapia ocupacional	Cocina	Otros
Cataluña	1 como mínimo por sexos e incrementar 1 cada 10 personas.	Ducha geriátrica: 1 como mínimo, 1 cada 30 personas.	No consta.	3 m ² por persona como mínimo.	6 m ² .	3 m ² por usuario mínimo.	No consta.	No consta.	3 m ² por persona mínimo.	No consta.	Sí.	Despacho profesional, 12 m ² Vestíbulo y recepción.
Extremadura	Sí.	No consta.	Sí.	1,8 m ² por persona.	No consta.	No consta.	No consta.	Sí, cuando exista más de una planta.	No consta.	No consta.	No consta.	Sala de recepción y espera.
Galicia (b)												
Madrid	Sí, 1 cada 6 personas.	No consta.	1 m ² por persona, 10 m ² mínimo	1,8 m ² por persona, 12 m ² mínimo.	No consta.	Sí.	Sí.	Sí, cuando el desnivel es mayor a 4 m.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
Murcia	Sí.	Sí, 1 cada 40 personas.	2,5 m ² por persona.	4,5 m ² por persona.	No consta.	No consta.	Sí, 6 m ² mínimo.	No consta.	15 m ² mínimo.	No consta.	No consta.	No consta.
Navarra	Sí.	No consta.	No consta.	No consta.	Sí.	No consta.	No consta.	Sí.	Sí.	Sí.	No consta.	Sala de recepción y sala de espera.
País Vasco	Sí, 1 cada 15 personas, 3 m ² mínimo por persona	Sí, 1 cada 20 personas, 8 m ² por persona.	2 m ² por persona.	4,5 m ² por persona.	No consta.	Sí.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
La Rioja	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
Comunidad Valenciana	Sí, 1 cada 20.	Sí, 14 m ² mínimo.	1,5 m ² por persona.	70 m ² mínimo.	Sí.	No consta.	Sí.	No consta.	40 m ² mínimo, comparte con sala de terapia ocupacional 100 m ² mínimo.	Comparte con sala de rehabilitación 100 m ² mínimo.	No consta.	No consta.

(a) No consta

(b) La información no está disponible. Este servicio se rige a través del cheque asistencial

Personal mínimo en centros de día		Perfil Director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	Otros profesionales de atención	Ratio otros profesionales de atención	Personal de servicios	Ratio personal de servicios	Ratio total
	Andalucía	Director/responsable, debidamente acreditado por la entidad titular, con titulación de grado medio como mínimo o experiencia constatada en puesto similar de 3 años.	Auxiliares de clínica, DUE, fisioterapeuta, médico, psicólogo y trabajador social.	DUE 0,01. Auxiliares de clínica o similar, 0,1. Fisioterapeuta, 0,02. (Médico, psicólogo, trabajador social, 0,03).	Terapeuta ocupacional. Médico, psicólogo y trabajador social: 0,03).	Terapeuta ocupacional, 0,02. (Médico, psicólogo, trabajador social: 0,03).	No consta.	El resto del personal hasta cumplir la ratio de 0,25 será de personal de atención directa, administración y de servicios.	0,25.
	Aragón	No especifica titulación. Depende de la Dirección Provincial del IASS. Funciones: a) Ostentar la representación del IASS en el centro. b) Aplicar las disposiciones reguladoras. c) Asesorar y apoyar los órganos de representación. d) Impulsar, organizar y coordinar las tareas. e) Desempeñar jefatura de personal.	Auxiliar de clínica, fisioterapeuta si dispone de dicha unidad.	40 horas semanales de fisioterapeuta durante 5 días de la semana. Asistidos: auxiliar 1 cada 10 plazas.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
	Asturias	Debe acreditar 100 horas mínimo de formación en gerontología en centro oficial.	No especifica. Con titulación oficial acorde a la función.	1/10 usuarios o fracción.	No especifica. Con titulación oficial acorde a la función.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
	I. Baleares	Como mínimo, titulado en grado medio formado en CCSS, humanas o de la salud. Funciones: a) Representar el centro. b) Aplicar las disposiciones reguladoras. c) Prestar asesoramiento al órgano de representación. d) Impulsar, organizar e coordinar las tareas. e) Ejercer la jefatura del personal. f) Gestionar el presupuesto.	Trabajador familiar, auxiliar de clínica o auxiliar de geriatría. A tiempo parcial Fisioterapeuta y/ o terapeuta ocupacional, ATS o enfermero y trabajador social.	1 trabajador familiar, auxiliar de clínica o auxiliar de geriatría/10 usuarios A tiempo parcial, fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional, ATS o enfermero y trabajador social.	Trabajador Social.	No consta.	Para la limpieza de los locales y del mobiliario.	No consta.	No consta.
	I. Canarias	Funciones: a) Dirigir el Centro y representar a la Administración. b) Desempeñar jefatura de personal y dictar instrucciones y circulares) Aplicar las disposiciones reguladoras. c) Elaborar la propuesta, ejecutar y elaborar la memoria anual del Presupuesto. d) Administrar los bienes del Centro. e) Convocar y participar en la Asamblea General y la Junta de Coordinación. f) Fijar los horarios de los servicios. g) Actuar como Presidente de la Junta de Coordinación y como Vicepresidente de la mesa de la Asamblea. h) Autorizar el uso del Centro por parte de los transeúntes y el uso excepcional de instalaciones, servicios y materiales. i) Aprobar la realización de las actividades.	No consta.	No consta.	Trabajador Social.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
	Cantabria	Director técnico con titulación mínima de diplomado universitario de grado medio, preferentemente en el área de ciencias sociales y la salud. Bajo la dependencia de la Dirección General de Acción Social, el director es el responsable del funcionamiento, prestará asesoramiento a los órganos de participación y asistirá a las reuniones de la Asamblea General.	No consta.	No consta.	Terapeuta ocupacional, auxiliar geriátrico, animador sociocultural, fisioterapeuta.	1 terapeuta ocupacional/10 personas mínimo. Personal de atención total. no inferior a 0,15.	Responsable de cocina, 1 dietista cada 600 platos.	No consta.	No consta.

Personal mínimo en centros de día

	Perfil Director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	Otros profesionales de atención	Ratio otros profesionales de atención	Personal de servicios	Ratio total
Castilla La Mancha	Titulación universitaria de grado medio o 3 años de experiencia en funciones similares. Funciones: coordinar el equipo técnico de intervención y seguimiento.	Gerocultor o auxiliar de clínica.	1 gerocultor o auxiliar/10 usuarios. En el caso de problemas psíquicos profundos o demencia, 1 auxiliar/8 usuarios, 0,15.	Terapeuta ocupacional.	1 terapeuta ocupacional/20 usuarios.	No consta.	No consta.
Castilla y León	Formación Universitaria de tres cursos aprobados completos o bien acreditación de experiencia profesional de al menos cuatro años en tareas atención en el sector de personas mayores (5). Funciones: a) Representar al centro y a la Administración. b) Aplicar las disposiciones concernientes a los cometidos, funcionamiento, objetivos y finalidad. c) Desempeñar la jefatura del personal. d) Impulsar, organizar, coordinar y gestionar los medios humanos, técnicos y materiales. e) Asesorar a los órganos de participación de los usuarios. f) Controlar y supervisar la ejecución del presupuesto. g) Asistir a las reuniones de la Asamblea General y del Consejo del centro. h) Permitir la utilización excepcional de las instalaciones y servicios.	Médico, ATS./DUE, Fisioterapeuta, y gerocultor/a, auxiliar de enfermería, auxiliar de clínica en geriatría, o equivalente.	Médico: hasta 25 usuarios mínimo 1 hora/día. Cada 25 usuarios o fracción más 1 hora/día más. ATS/DUE: hasta 25 usuarios mínimo 2 horas/día. Cada 8 usuarios o fracción más, 1 hora/día más. Fisioterapeuta: En centros de menos de 50 usuarios, 1 fisioterapeuta 5 horas/semana mínimo, de 50 usuarios a 100, 2 horas/día mínimo y de 100 usuarios 4 horas/día Gerocultor, auxiliar de enfermería, auxiliar de clínica o equivalente: asistidos grado 1: 1/10. asistidos grado 2: 1/5.	Trabajador social o asistente social, terapeuta ocupacional.	Trabajador social o asistente social: centros de 75 usuarios o más, al menos 3,30 horas diarias. A partir de 150 usuarios, el horario será de al menos 7 horas diarias. Terapeuta ocupacional: centros con menos de 50 usuarios, al menos 5 horas semanales, de 50 usuarios a 100, al menos 2 horas diarias y de 4 horas diarias, a partir de 100 usuarios.	Personal de limpieza y mantenimiento propio o contratado por terceros.	No consta.
Cataluña	Responsable de dirección técnica,	Aquellos con la titulación adecuada para dar atención geriátrica, atención sanitaria, fisioterapia, psicología y social.	0,15 compartido con otros profesionales de atención.	Aquellos con la titulación adecuada para dar atención. animación socio-cultural, terapia ocupacional, y atención social.	0,15 compartido con otros profesionales de atención.	No consta.	No consta.
Extremadura	No especifica titulación. Es el responsable máximo del correcto funcionamiento del centro, siendo el representante de la Consejería de Bienestar Social en el mismo. Funciones: a) Aplicación de las disposiciones concernientes a los cometidos, funcionamiento, objetivos y finalidad de los Centros. b) Desempeñar la jefatura de personal del centro. c) Impulsar, organizar, coordinar y gestionar los medios humanos, técnicos y materiales en orden a la consecución de los fines del centro. d) Representar al centro. e) Prestar asesoramiento a los órganos de participación de los usuarios y apoyo a las actividades del centro. f) Controlar y supervisar la ejecución del presupuesto de actividades. g) Asistir a las reuniones de la Asamblea General.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.

Personal mínimo en centros de día

	Perfil Director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	Otros profesionales de atención	Ratio otros profesionales de atención	Personal de servicios	Ratio total
Galicia	Es el responsable del centro, asumiendo la organización funcional de los mismos, ejercida siguiendo las indicaciones, criterios y programas de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.	Médico, ayudante técnico sanitario o diplomado universitario en enfermería, fisioterapeuta.	No consta.	Psicólogo	No consta.	No consta.	0,10 con un mínimo de dos trabajadores.
Madrid	No especifica titulación. Funciones: a) Dirección, coordinación e inspección del centro y el personal. b) Desarrollo de los programas de actuación y ejecución de los presupuestos de gastos e ingresos. c) Asegurar el respeto a los derechos de los socios y la recepción de los servicios prestados. d) Adopción de medidas que aseguren la continuidad de funcionamiento del Centro.	No consta.		Responsable administrativo	Al menos 1 responsable administrativo	No consta.	Válidos: 0,25. Asistidas: 0,35.
Murcia	No especifica titulación. Responsable del funcionamiento y de la coordinación de las actividades que se realicen.	No especifica.	0,15 mínimo.		No consta.	No consta.	No consta.
Navarra	Dirección, supervisión y seguimiento.	ATS/DUER, terapeuta y fisioterapeuta, médico.	No consta.	Diplomados en enfermería, monitores de gimnasia y terapia ocupacional y personal auxiliar, trabajador social.	0,20 mínimo, 0,35.	No consta.	No consta.
País Vasco	Titulación académica oficial. No especifica grado.	Titulación académica oficial. No especifica clase.	No consta.	Auxiliar cuidador, monitores de actividades y trabajador social.	Diaria, ya sea por causas físicas o psíquicas. 1 profesional de atención directa/9 personas mayores de 60 años con nivel ligero de discapacidad para las actividades de la vida diaria, básicas y/o instrumentales, estén en riesgo previsible de deterioro. 1/5 de personal de atención directa para personas mayores diagnosticadas de demencia.	No consta.	No consta.
La Rioja	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
Comunid. Valenciana	Director que dispondrá de una titulación mínima de diplomado universitario. La dedicación mínima será de media jornada. En el caso de centro de día anexo a residencia, se podrá compartir la dirección de ambos recursos.	Supervisor/a socioasistencial, médico/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería/gerocultor	Supervisor socioasistencial: 5 horas/semana en centros de hasta 50 plazas y 10 horas/semana con más de 50 plazas. Médico: 5 horas médico/semana cada 20 plazas; 5 horas semanales mínimo. Enfermero: 5 horas a la semana cada 40 plazas o fracción mínimo. Auxiliar de enfermería/gerocultor: 1/12 usuarios. 2 auxiliares de enfermería/gerocultores mínimo.	No consta.	Psicólogo: 5 horas a la semana cada 20 plazas o fracción mínimo. Fisioterapeuta: 4 horas a la semana cada 10 plazas o fracción mínimo. TASOC/diplomado en educación social: 4 horas a la semana cada 10 plazas o fracción mínimo. Trabajador/a social: 5 horas semanales cada 40 plazas o fracción mínimo.	Personal para servicios generales los de cocina, limpieza, lavandería, administración, mantenimiento y transporte. 1 trabajador a jornada completa/10 usuarios mínimo	No consta.

Servicios mínimos exigidos en centros de día

	Manutención	Atención básica	Estimulación capacidades funcionales	SopORTE familiar	Dinamización sociocultural	Acogida y convivencia	Transporte	Administración fármacos	Terapia ocupacional	Integración social	Cuidado y vigilancia	Servicio médico	Podología	Peluquería
Andalucía	X	X	X		X									
Aragón		X	X		X		X		X					
Asturias	X	X												
I. Baleares	X	X		X	X	X								
I. Canarias (a)														
Cantabria (a)														
Castilla - La Mancha				X			X							
Castilla y León		X	X				X	X						
Cataluña	X	X	X	X	X	X				X				
Extremadura		X	X							X				
Galicia		X			X				X					
Madrid	X	X	X		X									
Murcia		X	X	X			X		X					
Navarra	X	X	X	X	X			X	X	X	X			
País Vasco		X		X	X							X		
La Rioja		X	X		X				X			X		
Comunidad Valenciana		X	X	X	X	X	X		X			X		

	Requisitos para la acreditación de centros de día													
	Lavandería	Atención psicosocial	Enfermería	Biblioteca	Recuperación autonomía	Atención sanitaria	Condiciones materiales	Recursos humanos	Documentación	Atención ofrecida e índice de prestaciones	Sistema de participación	Sistema de contabilidad	Sistema de información a la Dirección General u Organismo Autónomo	Enquadramiento dentro del Plan Regional de Serv. Soc.
Andalucía							X	X	X			X	X	
Aragón							X	X	X	X				X
Asturias							X	X	X	X	X	X		
I. Baleares		X					X	X	X			X		X
I. Canarias							X	X	X					
Cantabria							X	X	X					
Castilla - La Mancha							X	X	X	X		X		
Castilla y León							X	X	X					X
Cataluña					X		X	X	X					
Extremadura		X					X	X	X	X				
Galicia							X	X	X			X		
Madrid							X	X	X			X		
Murcia		X				X	X	X	X	X	X			
Navarra							X	X	X					
País Vasco						X	X	X	X			X		
La Rioja		X					X	X	X	X	X	X	X	X
Comunidad Valenciana		X	X				X	X	X	X	X			

Requisitos materiales en centros residenciales

	Aseo	Baño Geriátrico	Dormitorio	Dimensión sala de comedor	Dimensión sala de estar	Dimensión sala de cura
Andalucía	2 mínimo con inodoro y lavabo.	1 por cada 20 asistidos y 1 por cada 30 válidos.	Capacidad máxima: 4. Dimensiones: no inferiores a 6m ² .	Superficie mínima por usuario de 1,5 m ² y una superficie total mínima de 12 m ² .	Superficie mínima por usuario de 2 m ² y una superficie total mínima de 12 m ² .	50 a 100 plazas: 1 con dos habitaciones.
Aragón	Si.	No consta.	Capacidad máxima: 6. Dimensiones: no se especifica.	1,8 m ² por plaza, cuando integra comedor o cuando algunos residentes presenten minusvalías será de 2,50 m ² por persona.	1,8 m ² por plaza, cuando integra comedor o cuando algunos residentes presenten minusvalías será de 2,50 m ² por persona.	Se exige que haya una sala de curas.
Asturias	1 cada 5 usuarios en zona de habitaciones. En zonas comunes al menos 2 aseos.	Si atienden al menos 1 pers grave problema de movilidad 1 baño geriátrico de 10 m ² mínimo.	Capacidad máxima: 2 válidos 4 asistidos. Dimensiones: 12m ² mínimo individual, 16m ² mínimo doble, 17m ² mínimo triple y 20m ² cuádruple.	2m ² mínimo por usuario.	2m ² mín por usuario, 15m ² de superficie mínima.	9m ² mínima.
I. Baleares	Mín, 2 metros de alto. Mín, 1 cada 5. El baño comunitario, 1 cada 30 personas.	Con más de 25 plazas para personas asistidas, 1 obligatorio. Más 1 cada 40 usuarios.	Capacidad máxima: máximo 3. Dimensiones: 10 m ² mínimo individuales, 14 m ² en dobles y 18 m ² en triples.	30m ² , con un mínimo de 2m ² por usuario.	Sala de convivencia: mayor de 30 m ² – mínimo 1.8m ² por plaza.	Más 25 plazas o con una capacidad inferior, pero con plazas asistidas igual a una sala de curas de mínimo 10 m ² .
I. Canarias	1 mínimo con inodoro y ducha.	No consta.	Capacidad máxima: 1 o 2, nunca más de 4. Dimensiones: no se especifica. No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
Cantabria	Un WC cada 10 camas. Un lavabo cada tres camas. Una ducha cada seis camas. Un baño cada 30 camas.	No consta.	Capacidad máxima: 6. Dimensiones: válidos 5,5 m ² y para asistidos 7,5m ² .	Área mínima de éste será de 1 metro cuadrado por plaza.	Superficie mínima 1'8 m ² por plaza.	Superficie mínima de 6m ² /cama.
Castilla-La Mancha	4 m ² de superficie y 2 metros de altura mínimo 1 de uso común cada 50 usuarios.	1 cada 20 residentes. 12 m ² superficie mínima.	Capacidad máxima: máximo 2. Dimensiones: 10 m ² mínimo habitaciones individuales y 16 m ² mínimo para las habitaciones dobles	Minirresidencias: 30 m ² mínimo. Residencias de tamaño medio: 40 m ² mínimo. Grandes residencias: 80 m ² mínimo Comedor de planta: 20 m ² como mínimo.	25m ² mínimo.	12m ² mínimo más despacho según tamaño de residencia.
Castilla y León	Dimensiones en planta que permitan inscribir en su interior un círculo de 1,50 metros de diámetro.	8m ² mín. 1 baño apto para camilla y adicionalmente otro cada 100 plazas para asistidos. Tendrán una superficie mínima de 8,00 m ² útiles.	Capacidad máxima: máxima 2 Dimensiones: 8m ² mínimo en las individuales y de 12m ² mínimo en dobles.	1,30 m ² útiles por plaza y nunca inferior a 16 m ² . Si es inferior o igual a 15 usuarios, podrán estar en el mismo espacio la sala de estar y el comedor.	21 m ² mín. útiles hasta 7 plazas, incrementándose en 2m ² por plaza adicional. Los centros que tengan hasta 7 plazas podrán disponer de una sala para los usos de estar y de actividades ocupacionales.	10m ² mínimo.
Cataluña	1 cada 35 residentes.	No consta.	Capacidad máxima: máximo 3 Dimensiones: No consta.	No consta.	Comparte con sala de actividades y de visitas, 2 m ² por residente.	No consta.

Requisitos materiales en centros residenciales		Dimensión sala de Actividades	Ascensor	Dimensión sala rehabilitación	Dimensión sala T. ocupacional	Cocina	Otros
	Andalucía	Forma parte de la sala de estar.	Sí, al menos 1.	Mín 1m ² por plaza, Mínimo 20m ² .	Mín 1m ² por plaza, Mínimo 20m ² .	No consta.	Sala de velatorio: para las residencias de 50 o más plazas. Sala de visitas: 1 cada 50 personas con 12 m ² mínimo.
	Aragón	No consta.	No consta.	16 m ² mínimo.	16 m ² mínimo.	No consta.	Lavandería, sala de mantenimiento, mortuorio.
	Asturias	2m ² mínimo por usuario, 15m ² de superficie mínimo.	Sí, al menos 1. Si existe en más de 60 usuarios, 2.	Sí, más de 25 plazas, 1 sala rehabilitación u ocupacional, 0,5 m ² por usuario, 15 m ² mín	Sí, más de 25 plazas, 1 sala rehabilitación u ocupacional, 0,5 m ² por usuario, 15 m ² mín.	0,50 m ² mínimo por usuario y 12 m ² mín total.	No consta.
	I. Baleares	No consta.	Una cada 65 plazas.	Sí a partir de 40 residentes. Mínimo 20 m ² , a partir de 100 residentes de 50 m ² .	Sí a partir de 40 residentes. No puede tener una superficie inferior a 20 m ² .	No consta.	Lavadero. Almacén. Unidades de control.
	I. Canarias	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
	Cantabria	No consta.	Sí, al menos 1.	Un mínimo de 54 m ² para toda la unidad.	Sala polivalente con un mínimo de 2m ² /persona y un mínimo de 16m ² .	0'3 a 0'7 m ² /unidad de comida/día, con un mínimo de 30 m ² .	Local común de cinesiterapia.
	Castilla-La Mancha	2 con 20m ² min cada una.	Sí, al menos 1.	No consta.	No consta.	20 m ² superficie mínimo y 2 m de altura como mínimo.	Sala de visitas: 9m ² mínimo.
	Castilla y León	No consta.	Sí, si más de 100 residentes, 2,10 m de fondo y 1,10 m de ancho.	Cuando existan más de 50 plazas.	12 m ² mínimo desde 8 hasta 15 plazas, incrementándose en 0,50 m ² por plaza adicional. Si tiene menos de 7 usuarios podrá compartir espacio con la sala de estar (21m ² mínimo).	Mínimo 10m ² .	Sala de visitas: 10,00 m ² mínimo útiles para más de 20 plazas. Despacho de médico. Almacén. Lavandería.
	Cataluña	Comparte con sala de convivencia y de visitas. 2 m ² por residente.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	Almacén de ropa limpia.

Requisitos materiales en centros residenciales

	Aseo	Baño Geriátrico	Dormitorio	Dimensión sala de comedor	Dimensión sala de estar	Dimensión sala de cura
Extremadura	Sí para más de 15 plazas.	No consta.	Capacidad válidos: 2. Asistidos: 4 (independiente del núm. de plazas). Dimensiones válidos: 10m ² mín para menos de 15 usuarios, 11m ² para más Asistidos: 20m ² mínimo	Se exige sala comedor pero constan dimensiones.	1,8 por plaza para más de 15 usuarios mínimo 30m ² .	Sí, sólo si cuenta con plazas de asistidos.
Galicia	1 por cada 6 camas	Para más de 25 plazas, 1 por cada 40 plazas asistidas	Capacidad máxima: 1 o 2, nunca más de 4 Dimensiones: individuales (+9m ²) o dobles (+12m ²), hasta 4 camas (7m ² por cama)	No consta.	Sí. En las de más de 15 usuarios al menos una tendrá una superficie mínima de 30 m ² .	Zona de enfermería mínimo 7m ² por cama.
Madrid	Sí, (1 inodoro, 1 lavabo, 1 ducha y 1 bidet por cada 6 personas o fracción que exceda de 2 personas)	No consta.	Capacidad máxima: máximo 6 Dimensiones: 1,50 m ² por persona y 7,50 m ² por persona en el caso de usuarios que precisen silla de ruedas.	1m ² mínimo por persona y mínimo 10m ²	No consta.	Para más de 100 plazas, capacidad para el 5%.
Murcia	Sí, con superficie suficiente para movilidad de silla de ruedas.	1 cada 40 usuarios (15 m ² mínimo).	Capacidad: máximo 4 Dimensiones: 10m ² mínimo individuales y 14m ² dobles	4,5 m ² mínimo por persona.	4,5 m ² mínimo por persona.	Sí, para residencias de más de 40 plazas, 12 m ² mínimo e independiente de la sala de consulta.
Navarra	Un lavabo cada 3 plazas. Un retrete cada 4 plazas. Una ducha cada 5 plazas. Una bañera cada 20 plazas	Sí, para asistidos y psicogeriátrico.	Capacidad válidos: 2 Asistidos/ psicogeriátrico:3 Dimensiones Válidos: 8.5 y 12 m ² . Asistidos: 10,14 y 18 m ² (de 1 a tres plazas) Psicogeriátrico: 10, 14 y 18 m ² (de 1 a 3s plazas)	No consta.	2m ² mínimo por persona. En centros con menos de 25 plazas, será 12 m ² mínimo, añadiéndose 1 m ² por plaza.	Sí, Los despachos para consulta médica tendrán al menos 6m ² útiles
País Vasco	1 lavabo y 1 inodoro/15 usuarios.	Sí, para más de 50 plazas: 15 m ² mínimo	Capacidad máxima: 1 o 2. Dimensiones: doble: 14 m ² y simple: 10 m ² , excluidos los cuartos de aseo.	4,5 m ² mínimo por persona.	4,5 m ² mínimo por persona.	Más de 25 plazas: sala de consulta y de curas en una sala conjunta. Más de 50 plazas estarán en espacios diferentes.
La Rioja	Sí.	No consta.	Capacidad máxima: 2. Dimensiones: Válidos dobles 14 m ² y simple: 6m ² Asistidos: 7.5m ²	Menos de 40 plazas: 1,5 m ² mínimo por plaza, 15 m ² mínimo. Más de 40 plazas: 1,5 m ² min por plaza y turno, con un máximo de dos turnos y un mínimo de 60 m ² .	Menos de 40 plazas: 1,8 m ² por plaza y 20 m ² mínimo Más de 40 plazas: 1,8 m ² por plaza y 80 m ² mínimo	Menos de 40 plazas: 6m ² mínimo Más de 40 plazas: 18m ² mínimo
Comunidad Valenciana	Mínimo 1 cada 4 en los dormitorios y 1 cada 40 de servicios comunes.	Hasta 100 residentes, 1, por encima de 100,2. Superficie mínima de 14 m ² .	Capacidad máxima: Válidos: máximo 3 Dependientes: máximo 4. Dimensiones: Válidos: 6, 11 y 16 m ² mínimo Dependientes: 8, 12, 18 y 22 m ² mínimo.	1,5 m ² mínimo.	Válidos: sí. Dependientes: mínimo 3m ² por plaza.	Más de 50 plazas, 10 m ² mínimo.

Requisitos materiales en centros residenciales

	Dimensión sala de Actividades	Sala Administrac.	Ascensor	Dimensión sala rehabilitación	Dimensión sala T. ocupacional	Cocina	Otros
Extremadura	No consta.	No consta.	Si	Sí, sólo si cuenta con plazas de asistidos.	No consta.	No consta.	No consta.
Galicia	20m ² mínimo.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
Madrid	1,80 m ² por persona y mínimo 12 m ² .	Al menos 1.	Si, cuando el desnivel sea min 4 m.	No consta.	No consta.	Si	Lavandería, vestuarios, sala de mantenimiento. Sala de visita de residentes.
Murcia	4,5 m ² mínimo por persona.	6m ² mínimo.	2,10 por 1,10 m mínimo.	Si, para residencias de más de 40 plaza 2n/ 5 m ² mínimo donde n es el número de residentes, 15 m ² mínimo	No consta.	No consta.	Sala de mortuorio. La sala de consulta y cuarto de curas.
Navarra	No consta.	No consta.	En edificios con planta baja y una o más plantas de altura.	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
País Vasco	4,5 m ² mín por persona.	No consta.	No consta.	Sí, para más de 25 plazas mín 2n/5 m ² , donde n es el número de residentes, no pudiendo ser en ningún caso inferior a 15 m ² .	No consta.	No consta.	Para más de 70 plazas mortuorio, con 12 m ² mínimo.
La Rioja	Más 150 de plazas: 25 m ² mínimo.	No consta.	Al menos 1.	Para más de 40 plazas: 0,35 m ² por plaza mínimo y 15 m ² como mínimo, con al menos 4 aparatos gimnásticos y de rehabilitación diferentes	No consta.	No consta.	Para más de 40 plazas: Despacho para trabajador/a Social. Zona de atención especial.
Comunidad Valenciana	Dependientes: 0,5 m ² por plaza, mínimo 40 m ² .	Si.	No consta.	0,8 m ² por plaza, con una superficie mínima de 40 m ² .	No consta.	Si.	Cuarto de basuras (6 m ² mínimo) para más de 25 plazas.

	Perfil director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	Otros profesionales de atención	
Requisitos de personal en centros residenciales	Andalucía	Residencias de personas válidas: preferentemente trabajador social, diplomado universitario en Enfermería (DUE), psicólogo, psicopedagogo o médico, siempre con, al menos, titulación de grado medio, salvo en los supuestos de puestos ya ocupados, en los que el Director tendrá como mínimo 3 años de experiencia en el sector de la gerontología. Residencia para personas asistidas: idem.	Residencias de personas válidas: auxiliar sanitario, médico, DUE, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta. Residencia para personas asistidas: DUE, auxiliar de clínica, médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.	Residencias de personas válidas: auxiliar sanitario 0,167, médico, DUE, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta, 0,042 Residencia para personas asistidas: DUE, 0,04; auxiliar de clínica, 0,2; médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta, 0,064.	No consta.
	Aragón	Asume la responsabilidad del correcto funcionamiento del centro. Bajo la dependencia orgánica y funcional de la Dirección Provincial del IASS correspondiente, el director/a ejercerá las siguientes funciones: - Ostentar la representación del IASS. - Aplicar el conjunto de disposiciones reguladoras de funcionamiento. - Prestar asesoramiento y apoyo a los órganos de participación. - Impulsar, organizar y coordinar las tareas. - Desempeñar la jefatura de personal.	Auxiliar, médico a partir de 100 personas, ATS/DUE, fisioterapeuta.	Plazas de válidos: auxiliar, 1 cada 20 plazas Plazas asistidas: ATS/DUE, 1 cada 30 plazas, auxiliar, 1 cada 5 plazas.	Terapeuta ocupacional, 1 a partir de 80 personas.
	Asturias	En residencias de mayores con más de 25 plazas el director debe tener titulación de grado medio o superior y contar con formación específica en el ámbito de la gerontología o en el ámbito de la discapacidad de acuerdo al tipo de centro. Con 25 o menos plazas el director debe acreditar un número mínimo de 100 horas de formación en gerontología en centro oficial.	Auxiliar en enfermería, gerocultor.	No consta.	Auxiliar en residencias asistidas.
	I. Baleares	Titulación universitaria de grado medio, formado en CCSS, humanas o de la salud. a) Representar el centro y la administración. b) Aplicar el conjunto de las disposiciones reguladoras del funcionamiento del centro. c) Prestar asesoramiento y soporte a los órganos de participación. d) Desarrollar la dirección del personal del centro. e) Gestión del presupuesto anual del centro.	Válidos: auxiliar de clínica/gerocultor, ATS/DUE Asistidos: 1 médico, 5 ATS/DUE.	1 asistente social, 1 administrador, 1 gobernanta y 3 porteros para las residencias de más de 100 personas. 1 asistente social cada 200 válidos o 70 asistidos, 1 administrador para las residencias de más de 100 personas a jornada completa, 1 gobernanta para las residencias de 100 personas a jornada completa (dif. a 100, cálculo de ratio) 3 porteros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa (dif. a 100, cálculo de ratio).	Válidos: auxiliar de clínica/gerocultor, ATS/DUE 0,10. Asistidos: 1 médico a jornada completa por cada 100 personas. 5 ATS/DUE a jornada completa por cada 100 personas o proporcional. Plazas de auxiliar de clínica o gerocultor, 0,23 Disponibles las 24 horas del día.
	I. Canarias	Deberá tener titulación universitaria o bien experiencia acreditada, durante tres años, ejerciendo funciones de dirección.	Cuidadores, auxiliares de clínica y/o similares.	No consta.	No consta.
	Cantabria	No consta.	No consta.	No consta.	Un terapeuta ocupacional. Un terapeuta ocupacional. cada 10 personas simultáneas.

Requisitos de personal en centros residenciales		Personal de servicios	Ratio personal de servicios	Ratio total
	Andalucía	Residencias de personas válidas: administración y servicios. Residencia para personas asistidas: administración y servicios	Residencias de personas válidas: 0,35. Residencia para personas asistidas: 0,5.	Residencias de personas válidas: 0,25. Residencia para personas asistidas: 0,35.
	Aragón	No consta.	No consta.	Plazas de válidos: 0,25 Plazas asistidas: 0,35 mixtas: 0,30
	Asturias	No consta.	No consta.	0,30.
	I. Baleares	Para las residencias de más de 100 personas, 13 limpiadores-camareros, 2 cocineros y 2 ayudantes de cocina; en el resto, ratios proporcionales.	3 limpiadores-camareros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa (dif. a 100, cálculo de ratio). 2 cocineros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa (dif a 100, cálculo de ratio). 2 ayudantes de cocina para las residencias de más de 100 personas a jornada completa (dif. a 100, cálculo de ratio).	No consta.
	I. Canarias	Cocineros y ayudantes de cocina, personal para lavandería y limpieza, administrativos, recepcionistas u otros.	No consta.	Plazas miniresidencias: 0,4. Plazas medias y grandes: 0,25. Se incrementa en un 0,10 para residentes asistidos (que requieran apoyos personales).
	Cantabria	Responsable de cocina, responsable de seguridad de planta.	No consta.	No consta.

	Perfil director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	
Requisitos de personal en centros residenciales	Castilla La Mancha	Estudios universitarios de grado medio o tres años de experiencia en funciones similares. Dirección, gestión y administración del centro, custodio de las hojas de reclamaciones, expedientes individuales y registro de usuarios.	Médico, ATS, gerocultores o auxiliar . Médico, ATS, gerocultores o auxiliar. 1 médico, 1 ATS cada 40 personas dependientes y cada 50 no dependientes, 1 gerocultor o auxiliar cada 6 personas dependientes y 1 cada 15 no dependientes.	
	Castilla y León	No especifica titulación. a) Representar al centro y a la Administración dentro del mismo. b) Aplicar las disposiciones concernientes a los cometidos. c) Desempeñar la jefatura del personal del centro. d) Impulsar, organizar, coordinar y gestionar los medios humanos, técnicos y materiales. e) Prestar asesoramiento a los órganos de participación de los usuarios. f) Controlar y supervisar la ejecución del presupuesto de actividades. g) Asistir a las reuniones de la Asamblea General y del Consejo de centro.	No consta. Médico: hasta 25 usuarios, 1 hora diaria. Cada 25 usuarios +, + 1 hora diaria. ATS/DUE: cada 50 usuarios, 1, 5 h/semana. De 50 usuarios a 100, 2 h/día y 4/día a partir de 100 usuarios. Gerocultor/a, auxiliar de enfermería, auxiliar de clínica en geriatría, o equivalente, 1/10 personas asistidas de grado I. 1/5 personas asistidas de grado II.	
	Cataluña	irector técnico de los servicios de centros residenciales con titulación mínima de diplomado universitario de grado medio, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud. En centros residenciales de más de 50 plazas será como mínimo de 30 horas semanales o proporción equivalente cuando sea menor. La dedicación no puede ser menor de 10 horas.	Responsable higiénico-sanitario con titulación idónea. Mismos requisitos que para residencias.	Cuando el centro tenga más de 100 plazas, la dedicación será de jornada completa o proporción equivalente, según se establece en el ordenamiento laboral. No puede ser una dedicación de menos de 5 horas semanales.
	Extremadura	Aplicación de las disposiciones concernientes a los cometidos, funcionamiento, objetivos y finalidad de los centros; desempeñar la jefatura de personal; prestar asesoramiento dentro del ámbito de sus facultades a los órganos de participación de los usuarios y apoyo a las actividades del centro; controlar y supervisar la ejecución del presupuesto.	Válidos y mixtas: auxiliar sanitario, ATS. Asistidos: auxiliar sanitario, ATS, médico.	Válidos: 1 auxiliar cada 20 plazas, 1 ATS . Asistidos: 1 auxiliar cada 7 plazas, 1 ATS cada 25 plazas, 1 médico. Mixtas: 1 auxiliar cada 10 plazas, 1 ATS cada 25 plazas.
	Galicia	No consta.	Asistencia médica, ATS/DUE. Auxiliares de enfermería o gerocultores. Fisioterapeuta.	No consta.
	Madrid	Título universitario o curso acreditado. Funciones: dirigir, coordinar e inspeccionar el funcionamiento de las distintas áreas del centro, de conformidad con las directrices del Servicio Regional de Bienestar Social; responsabilizarse del desarrollo de los programas y de la ejecución del presupuesto; velar por el respeto de los derechos de los usuarios y por que reciban los servicios que la residencia debe ofrecer.	No consta.	No consta.

Requisitos de personal en centros residenciales		Otros profesionales de atención	Personal de servicios	Ratio personal de servicios	Ratio total
	Castilla La Mancha	No consta.	Al menos 1.	No consta.	No consta.
	Castilla y León	Trabajador social o asistente social. Terapeuta ocupacional. Trabajador social o asistente social. Los centros de 75 usuarios o más contarán con trabajador social o asistente social, al menos 3 horas y media diarias. A partir de 150 usuarios, el horario de este profesional será de al menos 7 horas diarias. Terapeuta ocupacional. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con este profesional; al menos 5 horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos 2 horas diarias y de 4 horas diarias a partir de 100 usuarios.	Personal contratado para limpieza, mantenimiento y restauración.	No consta.	No consta.
	Cataluña	Animador sociocultural o educador social, fisioterapeuta, trabajador social, enfermero, médico, psicóloga, terapeuta ocupacional. Ratio no inferior a 0,25, asegurar siempre presencia continuada de este personal. Horario nocturno: 1 persona hasta 35 residentes, además de otra localizable, 2 personas de 36 a 80 residentes, 2 personas, además de otra localizable, de 81 a 110 residente; 3 personas de 111 a 150 residentes, a partir de 151 3 personas más otra localizable por cada 50 residentes o fracción.	Mantenimiento, limpieza, cocina, lavandería, administración y la proporción de funciones de otro personal que quede acreditado.	Ratio no inferior a 0.10.	Nivel bajo de dependencia: 0,28 atención directa, 0,12 indirecta. Nivel medio: 0,34 atención directa, 0,12 indirecta. Nivel alto: 0,42 atención directa, 0,12 indirecta.
	Extremadura	No consta.	No consta.	No consta.	No consta.
	Galicia	Animador sociocultural o monitor ocupacional. Trabajador social/asistente social.	Mantenimiento, vigilancia, limpieza.	No consta.	No consta.
	Madrid	No consta.	Al menos 1 administrativo.	No consta.	Plazas de válidos: 0,25 de jornada completa. Plazas asistidas: 0,35 de jornada completa.

	Perfil director	Profesionales sanitarios	Ratio profesionales sanitarios	Otros profesionales de atención	
Requisitos de personal en centros residenciales	Murcia	El director de residencias superiores a 40 usuarios deberá estar en posesión de titulación de grado medio o superior o contar con una formación y experiencia específica y acreditada de más de cuatro años. En centros residenciales de menos de 40 usuarios, el director deberá acreditar como mínimo 100 horas de formación en gerontología o una experiencia acreditada de más de cuatro años de dirección. Realizará las tareas administrativas derivadas de la organización, funcionamiento y gestión del centro.	Médicos, fisioterapeuta, psicólogos o terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica o geriatría, ATS-DUE.	Trabajador Social/DTS.	No consta.
	Navarra	Hasta 50 plazas, universitario de grado medio Más de 50 plazas, posibilidad de sustituir por experiencia.	Médico, enfermero, Asistente social.	No consta.	No consta.
	País Vasco	No indica perfil. Funciones: - Representa al Instituto Foral de Bienestar Social. - Jefatura de personal y coordina equipo técnico. - Impulsa, organiza y supervisa el trabajo de los mandos intermedios. - Elabora las previsiones de gastos e ingresos del centro. - Responsable del estado de dependencias e instalaciones. - Asesora y apoya a los órganos de representación y participación. - Aplica las disposiciones reguladoras. - Promover la aplicación de métodos de autoevaluación. - Ejerce competencia sancionadora (Álava).	En las residencias con plazas asistidas , existirá un servicio de enfermería (DUE o ATS).	No consta.	Nivel bajo de dependencia: 0,28 atención directa, 0,12 indirecta. Nivel medio: 0,34 atención directa, 0,12 indirecta. Nivel alto: 0,42 atención directa, 0,12 indirecta.
	La Rioja	Para residencias de hasta 40 plazas, 1 director/a responsable del centro, con titulación universitaria, como mínimo, de grado medio o superior. Para residencias de más de 40 plazas, 1 director/a gerente responsable del centro en jornada completa y con titulación superior.	Para residencias de menos de 40 plazas ATS o DUE, Auxiliares de Clínico, asistente U.T.S. del Ayuntamiento. Para residencias de más de 40 plazas, médico, auxiliar de clínica, fisioterapeuta.	Total de plazas, 40 hasta 75 plazas de válidos y asistidos: 20 horas/sem. de médico, 60 horas/sem. de ATS o DUE, 280 horas/SEM de auxiliares. Total de plazas: 75 hasta 150 Plazas de válidos y asistidos: 40 horas/sem. de médico, 80 horas/SEM de ATS o DUE, 480 horas/SEM de auxiliares Total de plazas: 150 hasta 200 60 horas/semana de médico, 100 horas/SEM de ATS o DUE, 800 horas/sem. de auxiliares Total de plazas: más de 200 plazas de válidos y asistidos: 80 horas/sem. de médico titulado, 160 horas/SEM ATS o DUE, 800 horas/sem. más 40 horas/semana por cada 10 residentes o fracción que supere los 200 residentes de auxiliar.	No consta.
	Comunidad Valenciana	Diplomado universitario.	Médico/a. Auxiliar de enfermería/gerocultor. Mínimo un auxiliar cada treinta usuarios.	No consta.	Trabajador/a social: 10 h/sem. para residencias de entre 25 y 49 plazas, 20 h/sem. en residencias entre 50 y 100 plazas y 40 h/sem. a partir de 100 plazas. TASOC o diplomado en educación social: 10 h/sem. cada 25 plazas o fracción Fisioterapeuta: 6 h/sem. Psicólogo/a: 6 h/sem.

Requisitos de personal en centros residenciales		Ratio otros profesionales de atención	Personal de servicios	Ratio personal de servicios	Ratio total
	Murcia	No consta.	No consta.	No consta.	Plazas de válidos: mínimo 0,10. Además deberán contar con un ATS/DUE, con una prestación mínima de 1 hora diaria para cada 40 usuarios. Plazas asistidas: mínimo 0,25
	Navarra	No consta.	No consta.	No consta.	Plazas de válidos: 0,10 Plazas asistidas: 0,35 Plazas psicogeriatrico: 0,40
	País Vasco	No consta.	No consta.	No consta.	Plazas válidos: 0,25 Plazas asistidas: 0,45 (del cual el 65% ha de ser de atención directa).
	La Rioja	Total de plazas, 40 hasta 75 plazas de válidos y asistidos: media jornada trabajador social o asistente social, 1 fisioterapeuta de 10 h/sem y 1 terapeuta ocupacional de 10 h/sem. Total de plazas, 75 hasta 150 plazas de válidos y asistidos, jornada completa trabajo social o asistente social, 1 fisioterapeuta de 20 h/sem. Un terapeuta ocupacional de 20 h/sem. Total de plazas: 150 o más plazas de válidos y asistidos: jornada comp. de diplomado en trabajo social o asistente social 1 fisioterapeuta de 40 h/sem. y un terapeuta ocupacional de 40 h/sem.	1 persona de mantenimiento, 2 personas de manutención, 2 personas de lavandería y 1 persona de limpieza.	1 persona de mantenimiento jornada completa, 2 personas de manutención jornada completa, 2 personas de lavandería jornada completa y 1 persona de limpieza jornada completa por cada 40 plazas o fracción.	No consta.
Comunidad Valenciana	Trabajador/a social: 10 h/sem. para residencias de entre 25 y 49 plazas, 20 h/sem. en residencias entre 50 y 100 plazas y 40 h/sem. a partir de 100 plazas. TASOC o diplomado en educación social: 10 h/sem. cada 25 plazas o fracción. Fisioterapeuta: 6 h/sem. Psicólogo/a: 6 h/sem.	Cocina, limpieza, lavandería, administración y mantenimiento.	Este personal y constará al menos de 1 trabajador a jornada completa cada 10 usuarios.	0,25	

Servicios mínimos exigidos en centros residenciales

	Manutención	Atención básica (ayuda en AVD)	Estimulación capacidades funciones	Soprote Familiar	Dinamización socio-cultural	Acogida y convivencia	Transporte	Administración de fármacos	Terapia ocupacional	Ayuda a la integración social	Cuidado y vigilancia	Servicio Médico	Lavandería	Atención psicológica	Enfermería	Hábitos autonomía	Atención sanitaria
Andalucía	X	X	X						X					X			X
Aragón	X	X	X	X	X	X			X			X			X		X
Asturias	X	X				X											
I. Baleares	X		X						X					X			
I. Canarias	X																
Cantabria	X																
Castilla - La Mancha	X	X	X		X			X	X		X	X			X		X
Castilla y León	X	X	X				X	X									
Cataluña	X	X	X	X	X	X				X			X			X	X
Extremadura	X																
Galicia	X	X	X							X		X					X
Madrid	X	X	X				X	X	X	X	X		X				X
Murcia	X	X															X
Navarra	X		X		X				X	X							X
País Vasco			X		X					X		X					
La Rioja	X		X				X		X		X				X		X
Comunidad Valenciana	X			X	X				X	X			X				X

Requisitos para la acreditación en centros residenciales

	Condiciones materiales	Recursos humanos	Documentación	Atención ofrecida e índice de las prestaciones	Sistema de participación	Sistema de contabilidad	Sistema de información a la dirección General u Organismo Autónomo	Enquadramento dentro del Plan Regional de SSSS	Otros
Andalucía	X	X	X		X	X		X	
Aragón	X	X		X				X	
Asturias	X	X	X	X	X	X			
I. Baleares	X	X				X		X	
I. Canarias	X	X							
Cantabria	X	X							
Castilla - La Mancha	X	X	X			X			
Castilla y León	X	X	X					X	X
Cataluña	X	X	X	X		X			
Extremadura	X	X							
Galicia	X	X				X			
Madrid	X	X	X			X			X
Murcia	X	X	X		X				
Navarra	X	X	X						
País Vasco	X	X	X			X			
La Rioja	X	X	X		X	X	X	X	
Comunidad Valenciana	X	X							

ANEXO III:

Análisis de la situación actual sobre los modelos de calidad

MODELOS INTERNACIONALES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

	ISO 9001	EFQM	DEMING	MALCOM-BALDRIGE
Dirigido a	Cualquier tipo de organización de cualquier tamaño, tanto privada como pública.	Cualquier tipo de organización de cualquier tamaño, tanto privada como pública.	Cualquier tipo de organización de cualquier tamaño, tanto privada como pública. Para empresas japonesas y no japonesas.	Cualquier tipo de organización privada de cualquier tamaño. Al premio no se pueden presentar ni las empresas establecidas fuera de EE.UU. ni las empresas públicas.
Sector	Todos: tradicionalmente se asoció al ámbito industrial, pero ya desde la versión de la norma del 94 se aplicaba a todo tipo de organizaciones.	Todos.	Todos.	Organizaciones industriales, de servicios, Pymes, educación, sanitarias y organizaciones sin ánimo de lucro.
Campo de aplicación	La organización global o uno o varios de sus procesos.	La organización global o uno o varios de sus procesos.	Organizaciones o divisiones de éstas que dirijan sus negocios de forma autónoma.	La organización global o uno o varios de sus procesos y áreas.
Enfoque	Estándares mínimos: enfoque a procesos, a la satisfacción de los clientes y a la mejora continua.	Facilitadores de la organización y resultados. Personas, procesos y resultados. Evalúa y determina en qué medida se alinean las actividades de la organización con su misión, visión, valores y estrategia.	Control estadístico, resolución de problemas, perfeccionamiento o mejora continua.	Liderazgo del cliente, apoyo a la organización, medición y benchmarking.
Grupos de interés	Clientes: usuarios-familias.	Los que puedan considerarse en función del tipo de organización: usuarios, familias, sociedad, administraciones, empleados, accionistas y proveedores.		
Carácter	Generalmente voluntario.	Generalmente voluntario.	Voluntario.	Voluntario.
Tipo de modelo Interno/externo	Externo.	Externo (año 88).	Externo. Gobierno japonés (años 50).	Externo. Gobierno EE.UU. Creado por el Congreso para mejorar la competitividad (año 87).
Evaluación interna/externa	Auditoría interna. Auditoría externa por entidad acreditada por ENAC.	Interna y externa.	Interna y externa.	Interna y externa.
Mecanismo de evaluación	Auditoría externa por tercera parte.	Autoevaluación y posterior evaluación externa por grupo de evaluadores.	Memoria elaborada por la organización y evaluación externa.	Autoevaluación y posterior evaluación externa por grupo de evaluadores.



	ISO 9001	EFQM	DEMING	MALCOM-BALDRIGE
		Presentación al premio		Presentación al premio con memoria
Requisitos o aspectos que valoran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de gestión de la calidad. 2. Responsabilidad de la dirección. 3. Gestión de los recursos. 4. Realización del producto. 5. Medición, análisis y mejora. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liderazgo. 2. Política y estrategia. 3. Personas. 4. Recursos y alianzas. 5. Procesos. 6. Resultados relativos a los clientes. 7. Resultados relativos al personal. 8. Resultados relativos a la sociedad. 9. Resultados clave. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas de la calidad y gestión de la calidad. 2. Organización de la calidad y su difusión. 3. Formación y difusión de las técnicas de control de calidad. 4. Estandarización. 5. Recursos humanos. 6. Aseguramiento de la calidad. 7. Actividades de mantenimiento y control: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo de control de actividades (PDCA). • Métodos para determinar control. • Utilización de gráficos de control y otras herramientas. • Toma de medidas continua. • Establece relaciones entre el sistema de aseguramiento de la calidad con otros sistemas operativos de gestión. 8. Actividades de mejora. 9. Resultados. 10. Planes futuros. 	<p>Se orienta a resultados y a mejora continua:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liderazgo. 2. Planificación estratégica. 3. Enfoque al cliente y al mercado. 4. Información y análisis. 5. Desarrollo y dirección de recursos humanos. 6. Gestión por procesos. 7. Resultados empresariales.
Diferencias con otros modelos		<p>El premio pone bastante énfasis en la importancia de la autoevaluación, que es la base del premio. Parte de que la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante iniciativas de liderazgo, políticas y estrategias, gestión del personal, recursos y procesos, que a su vez llevan a la empresa a la excelencia.</p> <p>Este premio amplía su noción de calidad, va más allá de lo que es la propia empresa, incorporando la responsabilidad social como un criterio de gestión empresarial.</p> <p>Los nueve criterios del premio se agrupan en agentes y resultados con la mitad del peso cada uno.</p>		<p>Introduce algunas novedades respecto al premio japonés: se introduce el término de liderazgo en calidad, se intentan reforzar ciertos valores y conceptos que sobrepasan las actividades de gestión del control de calidad del producto, pasando a ser la calidad en la gestión o gestión con calidad de todas las funciones de la empresa.</p> <p>Cada uno de los siete criterios del premio MB se subdivide en una serie de subcriterios y cada uno de éstos tiene una puntuación máxima. Al sumar los obtenemos el valor de cada criterio.</p>

MODELOS INTERNACIONALES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

	ISO 9001	EFQM	DEMING	MALCOM-BALDRIGE
Ventajas / inconvenientes	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplia aplicabilidad. • Igual terminología para cualquier sector. • Conexión con los procesos de la organización y su medida. • Reconocimiento internacional. • Posibilidad de interpretación de requisitos y de aplicación de exclusiones. • Orientado a hacer las cosas bien a la primera. • Eliminación de errores por normalización y herramientas de detección y eliminación de las causas de éstos. • Se orienta a la mejora continua y a la satisfacción de los clientes. • Puede considerar las necesidades de todas las partes interesadas. • La certificación del sistema genera confianza interna y externamente. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generalista para que pueda ser aplicado en todos los sectores. • Existencia de pocas directrices para su aplicación en determinados campos. • Puede incrementar la burocracia si no se diseña adecuadamente. • Se orienta a garantizar la eficacia y no la eficiencia. • No tiene en cuenta resultados económicos ni los resultados en la sociedad o en las personas. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplia aplicabilidad. • Facilitan el autoconocimiento, poniendo de manifiesto áreas de mejora. • Igual terminología para cualquier sector. • Conexión con los procesos de la organización y su medida. • Reconocimiento internacional. • Es la organización quien se autoevalúa. • Incluye todas las partes y actividades de la organización, los servicios y la gestión. • Facilita el establecimiento de acciones de mejora. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es una herramienta para el diagnóstico en sí mismo no porta mejoras. • La amplitud del modelo hace difícil saber por dónde empezar, cómo hacer visibles los resultados o como mantener el impulso inicial. • Puede resultar lejano a la mayoría de las personas por su complejidad y plazo del cambio. • Los resultados de su aplicación se perciben a medio-largo plazo. 		

OTROS MODELOS NACIONALES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

	ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación)	ONG CON CALIDAD
Dirigido a	Ámbito universitario (enseñanzas universitarias de título o máster, doctorado, profesorado,; y servicios relacionados, como bibliotecas e institutos de investigación).	ONG de servicios sociales.
Sector	Educación.	Organizaciones del tercer sector.
Campo de aplicación	<p>Dispone de distintos programas de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación institucional. • Certificación (bibliotecas, mención calidad biblioteca, institutos investigación y títulos propios). • Acreditación. • Evaluación formación profesorado. • Evaluación de bibliotecas. • Evaluación de RR internacionales. • Evaluación de programas de posgrado. • Evaluación de servicios (EFQM). 	A toda la organización o a un centro o servicio de la misma.
Enfoque	<p>Los programas de evaluación disponen de sus criterios, dimensiones o estándares propios encaminados a la detección de áreas de mejora.</p> <p>Los programas evaluación de bibliotecas y servicios siguen el modelo EFQM.</p>	<p>Se orienta a las personas: dignidad humana, defensa de los derechos presentes y futuros, profesionalidad y voluntariedad.</p> <p>Centrada en la organización: orientación al cliente a la participación y descentralización, la transparencia, la eficacia y la eficiencia.</p> <p>La mejora continua, la gestión de la globalidad de la misión de la organización.</p> <p>Se orienta a la sociedad: compromiso democrático, implicación social y colaboración.</p> <p>Satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, compromiso con la mejora continua en la prestación de servicios, eficacia en la gestión y establecimiento de indicadores de resultado en los procesos clave, contando con sistemas de información y comunicación públicos y transparentes.</p> <p>Mezcla ISO 9001 y aspectos de EFQM.</p>
Grupos de interés	Según programa de evaluación: Modelo EFQM personal interno, clientes, alumnos, proveedores y alianzas, accionistas y sociedad.	Usuarios de los servicios, voluntarios, sociedad, administraciones públicas, instituciones y empresas.
Carácter	Voluntario.	Voluntario.
Tipo de modelo Interno/externo	Externo.	Externo.

	ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación)	ONG CON CALIDAD
Evaluación interna/externa	<p>En función del tipo de programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditación: externa mediante auditoría. • Evaluación bibliotecas: interna (perfil)/externa: ANECA define un esquema de reconocimiento/acreditación para los servicios y unidades de gestión de las universidades idéntico al que internacionalmente utilizan organizaciones que han alcanzado máximo nivel de reconocimiento social respecto a la calidad de su gestión: el modelo EFQM. 	<p>Evaluación-auditoria interna como parte del sistema.</p> <p>Norma UNE 16511:2005.</p>
Mecanismo de evaluación	<p>Diversos mecanismos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación: mediante solicitud. • Acreditación: auditoría de los estándares. • Evaluación de bibliotecas: concesión de sellos según Club Gestión de Calidad (CGC) para la convocatoria 2006 para los servicios (autoevaluación con «perfil» y a partir de determinada puntuación visita de evaluación con evaluador EFQM). 	<p>Norma UNE 16.511:2005. No certificable.</p>
Requisitos o aspectos que valoran	<p>Los programas de evaluación disponen de sus criterios, dimensiones o estándares propios encaminados a la detección de áreas de mejora. Los programas evaluación de bibliotecas y servicios siguen el modelo EFQM.</p> <p>En el caso de la acreditación, los estándares se agrupan en 5 ejes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación y desarrollo de la enseñanza. • Servicios de apoyo al estudiante. • Recursos de apoyo a la enseñanza. • Resultados. • Gestión de la calidad. <p>Estos ejes contienen los nueve criterios de calidad del modelo (objetivos, admisión del estudiante, planificación enseñanza, desarrollo enseñanza y evaluación aprendizaje, orientación al estudiante, personal académico, recursos y servicios, resultados y gestión de la calidad).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requerimientos del sistema: en cuanto a las necesidades del sistema de clientes y partes y requisitos legales. 2. Responsabilidad de la dirección en la promoción y mantenimiento del sistema de calidad. 3. Planificación: objetivos, procesos, cambios, prevención de riesgos y contingencias. 4. Organización y desarrollo de las actividades y servicios. 5. Los sistemas de medición, evaluación y documentación. 6. Los sistemas de mejora continua. 7. La comunicación interna y externa.
Ventajas/ inconvenientes	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminado a la mejora de la enseñanza. • La estructura y metodología empleada ha servido de base para otros modelos. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reticencias a su empleo y reconocimiento en el ámbito universitarios. • En los casos que proceda, requiere el empleo de la Herramienta Perfil del CGC. • Modelo aplicable sólo en este sector. 	<p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo para todo tipo de ONG, no específico de la atención a la dependencia.

OTROS MODELOS NACIONALES: NORMAS DE LA SERIE UNE 158.000

	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
Dirigido a:	Centros de día y noche para personas en situación de dependencia.	Centros residenciales de personas en situación de dependencia.	Organizaciones que gestionan estos servicios.	Organizaciones que gestionan estos servicios.
Campo de aplicación	Todo el centro.	Todo el centro.	Cualquier empresa: pública o privada.	Cualquier empresa: pública o privada.
Carácter	Obligatorio.	Obligatorio.	Obligatorio.	Obligatorio.
Certificable	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
Permite exclusiones	No.	No.	No.	No.
Grupos de interés	Personas usuarias y familias.	Residentes y familias.	Personas usuarias/familias, unidad administrativa competente, ONG.	Personas usuarias y familias.
Requisitos				
Requisitos de documentación	<ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de régimen interno (se incluye el de reclamaciones, derechos y deberes). • Plan del centro (con misión, visión y valores; programas específicos de intervención). • Memoria anual de la actividad del centro. • Expediente o historia individual. Registros de incidencias. • Protocolos de actuación ante situaciones específicas (seguridad, integridad e intimidad). • Manual o guía de buenas prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece como obligatorios el protocolo de mantenimiento de la seguridad y uso de varios equipos, protocolo para la atención al cliente, protocolo que recoja las tareas administrativas y de tipo logístico que se requieren para formalizar el ingreso, protocolo de baños y aseos, protocolo de alimentación, protocolo de asistencia en comedores, protocolo de supervisión en salones, protocolo de asignación de ayudas técnicas y recursos para el apoyo de cuidados personales, protocolo de cuidar la imagen personal de la persona usuaria y protocolos de actuación de atención sanitaria, protocolos de atención psicosocial. • Establece los registros básicos (de cuidados, de atención en enfermería, hojas de tratamiento, etc.) y otros (plan de atención individualizada, historia asistencial...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe tener protocolarizados por escrito: planificación de medios (formación y selección de personal y equipos), inicio y finalización del servicio (alta, visita inicial, adaptación, baja), prestación del servicio (comunicación, valoración,..), seguimiento, coordinación y control, satisfacción y mejora (quejas, reclamaciones y satisfacción). • Esta norma establece los registros a mantener (altas/bajas de usuarios, visitas de seguimiento, ...). • Establece en un anexo los protocolos de prevención de riesgos laborales y de protección de datos de carácter personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece protocolos tales como protocolos de organización (alta en el servicio, custodia y manipulación de llaves, baja del servicio, suspensión temporal del servicio..), protocolos de atención (atención de incidencias), averías, actuación ante comunicaciones. • Establece los requisitos mínimos de cada protocolo.

	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
Dirección/liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • La dirección debe asegurar que las responsabilidades están definidas y son comunicadas dentro de la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dirección debe conocer las necesidades y expectativas de sus clientes. Se asegura de proteger sus derechos. Debe documentar y hacer pública la misión, valores y política de calidad. • Nombramiento de un responsable. • Revisar anualmente el plan de gestión del centro. • Definición de canales de comunicación interna. Velará por la mejora continua de los recursos materiales y equipamientos del centro. • Se formará y se implicará en procesos de mejora. 		
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Detalla los componentes del equipo interdisciplinar y la plantilla mínima por tipo de discapacidad. • Debe contar con un plan de formación continua (establece un mínimo de horas anuales por trabajador). • La formación debe ser evaluada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece requisitos de los perfiles de puesto (dirección y administración, área sociosanitaria, servicios generales...). • Debe tener un plan de formación. • Debe evaluar el cumplimiento del plan de formación. • Hace referencia a la formación del personal de nueva incorporación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe determinar la competencia necesaria del personal que presta el servicio. • En cuanto a formación, debe proporcionarla, evaluación de la eficacia, mantener los registros... • Debe tener una planificación para la asignación de personal. • Debe establecer un sistema de seguimiento y gestión ante eventuales bajas y sustituciones del mismo. • Establece profesionales mínimos para prestación del servicio (auxiliar de ayuda a domicilio, coordinador del SAD). 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal debe contar con un plan de acogida y apoyo inicial. • Se establece el personal mínimo para la prestación del servicio, así como sus principales funciones y formación académica (director, responsable del centro de atención, coordinador de zona, teleoperador, supervisor de teleasistencia, oficina de unidad móvil). • Establece los tipos de acciones formativas: formación inicial, formación común y formación específica. Se debe disponer de un plan de formación. • Debe tener un plan metodológico para la planificación de la formación continua.

Recursos materiales: infraestructuras y equipamiento	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones: Normativa de accesibilidad y supresión de barreras, inspección de centros y medidas de seguridad y protección. Señala la distribución de espacios y su adecuación ambiental. Equipamiento: • Descripción equipamiento por estancias. En general, también del material terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece los requisitos del baño/ aseos, de las habitaciones y del mortuario. • La residencia debe definir actividades preventivas del centro. • Establece como equipos de seguimiento y medición al menos: Glucómetro, termómetros de control de scondiciones de almacenamiento (cámaras frigoríficas, arcones congeladores, etc.), termómetro de control de alimentos y tensiómetros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece los medios materiales y tecnológicos (oficina, mobiliario y material de oficina, local de reuniones y de formación, stock de material para la prestación del servicio, equipo informático, sistemas de comunicación...). • Establece el equipamiento a proporcionar a su personal auxiliar (uniforme de trabajo, guantes...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece los requisitos en cuanto a instalaciones (terminales, centro de atención, centro de respaldo independiente) y la dotación mínima del centro de atención (sistema receptor y gestor de llamadas, sistema de alimentación alternativo, así como aplicaciones informáticas), la dotación mínima de otras áreas para el servicio (áreas de coordinación de zona, de servicios y tecnología, de archivo de expedientes, almacén de terminales...). • Establece las características del terminal de persona usuaria y unidad de control remoto, así como de la unidad móvil.

	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
Prestación del servicio /Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Dividido por fases: Incorporación al servicio (información: programas y servicios, horarios). Solicitud y decisión de ingreso. Preingreso. Inicio en el servicio (relación contractual y deberes del paciente). Valoración: varias áreas. • Debe existir un programa de adaptación y un programa individual de atención. • Detalla los servicios del centro (básicos, terapéuticos y complementarios). • Detalla los programas de intervención (terapéutico, de atención sanitaria, con familias, ambiental, social, calidad y mejora continua). Finalización del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece los procesos clave: <ul style="list-style-type: none"> - Preingreso (modelo de información estándar, sistemática para la atención informativa, formalización del ingreso), ingreso y acogida, elaboración del plan de atención individual, atención y cuidados personales, atención sanitaria, atención psicosocial, atención hostelera y finalización del servicio. - Para cada uno de estos servicios establece los protocolos y registros necesarios, así como los indicadores a medir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe existir una planificación del servicio a prestar al usuario (plan individualizado de intervención). • Establece posibles programas a implantar en el SAD (coordinación con servicios sociales, coordinación con auxiliares, con usuarios, formación, gestión calidad SAD, prevención de riesgos laborales). • Establece requisitos para el alta en el servicio (aceptación expresa e informada del usuario, valoración inicial del usuario y de su entorno, comunicación con el usuario y/o familia para concretar los detalles del servicio, planificación del servicio, dossier documental.). • Establece la información para la realización de la valoración inicial del servicio o diagnóstico (para la elaboración del plan individualizado de intervención). • Establece las tareas para cada tipo de prestación (atención personal y doméstica, apoyo psicosocial, servicios complementarios). • Establece la coordinación como un mecanismo de desarrollo y seguimiento del servicio (personal de coordinación, coordinación con otros agentes que intervienen en el servicio, reuniones periódicas). • Establece actividades mínimas en la supervisión del servicio (seguimiento y control del servicio en el número de horas contratadas, trabajadas y facturadas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece la información inicial a los usuarios (requisitos de acceso al servicio, titularidad del servicio, limitaciones tecnológicas, servicios excluidos, condiciones de calidad de prestación del servicio...), las condiciones de acceso al servicio. • Establece los datos mínimos en el proceso de recogida de datos. • Establece el contenido mínimo de la relación contractual. • Establece la tipología de prestaciones y sus características/requisitos: comunicación de acompañamiento y atención personalizada, avisos producidos directamente por el sistema, actuación ante emergencias y movilización de recursos, actuaciones en el domicilio en caso de servicio con unidad móvil y servicios de garantía, mantenimiento y reposición del equipamiento técnico. • Establece las causas o bajas de finalización del servicio.

	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
Procesos relacionados con el cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Establece una tipología de información a suministrar a quien lo solicite. • Debe haber sistemas de información con las familias (telefónicas, entrevistas, por escrito). • Propone una coordinación con el entorno en cuanto a sistemas de seguimiento con Servicios Sociales Municipales y otros sistemas de participación (usuarios, familias y profesionales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece los derechos y deberes del usuario/perceptor. • Establece indicadores o requisitos del servicio (programa de tratamientos vejatorios o degradantes, protocolos de sujeciones físicas-químicas, de acompañamiento, participación de residentes y familias, de atención, gestión y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias). • Reglamento de régimen interior. Programa activo de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece un mínimo de información a comunicar al usuario/solicitante del servicio. Establece los derechos los usuarios. 	
Compras		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una sistemática para el aprovisionamiento y equipamiento necesario. • Comunicación a los proveedores de las no conformidades. Evaluación periódica de los proveedores. 		<ul style="list-style-type: none"> • No se deben subcontratar ninguna de las siguientes funciones: información inicial al persona usuaria, proceso de solicitud/valoración, entrega de documentación e información en el alta del servicio, centro de atención, a excepción de los servicios de mantenimiento tecnológico y de las instalaciones (limpieza, suministros, gestión informático...) y prestación de servicio de intervención en el domicilio, a excepción del alquiler de vehículos con o sin conductor.

	UNE 158201 Gestión de los centros de día y de noche. Requisitos	UNE 158101 Gestión de los centros residenciales. Requisitos.	UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos	UNE 158401 Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos
Medición, análisis y mejora	<ul style="list-style-type: none"> • El centro debe realizar una evaluación interna del servicio (incluido un sistema de evaluación de la satisfacción de las personas usuarias y personal interno y un sistema de gestión de las quejas y reclamaciones). • Establece indicadores de medición de la calidad del servicio para cada proceso (inicio en el servicio, prestación del servicio, baja del servicio...). Además incluye indicadores de ratio de personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • La residencia debe establecer el método para medición, análisis y mejora de la satisfacción del cliente (destinatarios, periodicidad, metodología, medidas de percepción, planes de mejora) y de las quejas y reclamaciones. • Definir un mecanismo de verificación del sistema de gestión del centro (como auditorías o autoevaluaciones). • Sistema para el análisis de los indicadores relacionados en cada proceso. Establece los indicadores mínimos (como Caídas, sondajes, estado nutricional, atención a familias, etc.). • La residencia debe establecer un sistema de control y prevención de incumplimientos o no conformidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • La entidad debe tener un sistema de medición de la calidad y mejora continua del servicio, con sistemas de medición de la satisfacción de los usuarios, personal y entidades contratantes del servicio, sistema para el tratamiento de quejas, reclamaciones y sugerencias. • Establece una serie de indicadores de calidad, como, por ejemplo, número de reuniones con auxiliares y número de usuarios con más de 6 meses de antigüedad el servicio, con visitas de seguimiento al total de usuarios en el periodo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece unos indicadores para evaluar la calidad del servicio. Debe verificar el cumplimiento y medición de los indicadores de calidad. • Debe contar con un sistema de calidad del servicio (al menos definida la política de calidad, objetivos, funcionamiento y organización). • Debe tener definido un sistema de evaluación interna de calidad del servicio. • Definir los mecanismos de evaluación, seguimiento y mejora de la calidad percibida por la persona usuaria. • Contar con un sistema de recepción y análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias verbales y escritas. • Debe realizar una memoria con una periodicidad mínima anual.

MODELOS ESPECÍFICOS ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: INTERNACIONALES

	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAES
Dirigido a	Servicios continuados a personas mayores, un centro o la organización completa.	Cuidados en servicios especializados para personas mayores.	<p>1. Skilled licensed/certified care:</p> <p>a. Nursing home/ skilled nursing facilities: pequeños establecimientos de cuidados, rehabilitación o cuidados personales.</p> <p>b. Servicios sanitarios a domicilio.</p> <p>c. Paliativos.</p> <p>Más regulados, sistemas de corta duración.</p> <p>2. Cuidados de larga duración:</p> <p>a. Assisted living: recurso para personas que no puede valerse por sí misma pero que no requiere cuidados de alta intensidad.</p> <p>b. Cuidados en domicilio: recurso para cuidados de larga o corta duración para recuperación de enfermedad/acidente.</p> <p>c. Servicios de día para adultos: programa sanitario y social, servicios de soporte, pero no de cuidado profesional las 24 horas.</p> <p>Sistema de larga duración, menos regulado y depende del pagador.</p> <p>2. Local/informal care system:</p> <p>a. Board and care or independent.</p> <p>b. Community congregate care settings: servicios de comida, clubs u otras actividades sociales dirigidas.</p> <p>c. Fundaciones u organizaciones religiosas.</p> <p>d. Cuidados en domicilio sin licencia.</p> <p>e. Cuidados realizados por familiares o amigos.</p> <p>Poca o ninguna regulación, incluye la mayor parte de la asistencia.</p>	Modelo norteamericano para la valoración multidimensional del dependiente en el ámbito socio-sanitario.	<p>1. Cuidados de larga duración.</p> <p>2. Cuidados a domicilio.</p> <p>3. Assisted living (desaparecido en 2006).</p>	<p>Acreditación de las organizaciones en cuidados de la salud.</p> <p>La acreditación abarca tanto a empresas del sector público como privado. En el 2005 se publicó una versión actualizada del manual de acreditación. : Fuente: página web www.has-sante.fr</p>
Sector	Servicios sociales.	Socio sanitario.	Socio-sanitario.	Socio-sanitario.	Socio-sanitario.	Organizaciones dedicadas a los cuidados de la salud.
Campo de aplicación	Residencial de menos de un año. Proveedores de distintos servicios. Grupo proveedor de centro u hospital con alojamiento, asistencia de enfermería a los residentes. Asistencia a domicilio.	Cuidados en servicios especializados para personas mayores.	Socio-sanitario.	Diferencian entre personas que son atendidas en su domicilio, aplicando la versión RAI Nursing Home (RAI-HC), y aquellas que se encuentran en instituciones socio-sanitarias, con el RAI Nursing Home (RAI-NH).	Organizaciones sanitariasocio-sanitarias.	Organizaciones dedicadas a los cuidados de la salud.

	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/ Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAES
Enfoque	Estándar de calidad para servicios continuados a mayores.	Estándar de calidad para servicios continuados a mayores.	Empleo de indicadores resultado para monitorización y seguimiento de los distintos tipos de recursos que dependen del pagador (Estado federal, Gobiernos estatales y locales...) y organizaciones privadas relacionadas con la calidad (JCAHO), satisfacción de los consumidores o clientes. Licencia/certificación: No busca la mejora: inspección. Acreditación: se enfoca a la búsqueda de mejoras.	Instrumento que permite una valoración integral de la persona dependiente en su complejidad y facilita la planificación para proporcionar un cuidado sociosanitario adecuado. Contiene: <ul style="list-style-type: none"> • El conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios (CMBD-SS) o Minimum Data Set (MDS) o sistema de información que está incorporado, en sus versiones Nursing Home (residencias) y Home Care (domicilios), que es el conjunto de variables que componen la valoración del paciente. • Los Resident Assessment Protocols (RAP) o protocolos de actuación de enfermería ante problemas del paciente. • Un sistema de clasificación o agrupación de pacientes en función del consumo de recursos, denominado Resource Utilization Groups (RUG III), como instrumento de medición indirecta de consumo de recursos desarrollado y diseñado específicamente con el propósito de servir como sistema de financiación de las nursing homes (institución residencial). Grupos de ISO recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación especial. • Tratamientos extensivos. • Cuidados especiales. • Complejidad clínica. • Deterioro cognitivo. • Problemas del comportamiento. • Dependencia física. 	Estructura, procesos y resultados.	El manual de acreditación comprende diez referenciales agrupados en tres campos: <ul style="list-style-type: none"> — El paciente y su tratamiento, — La gestión al servicio del paciente, — La calidad y la prevención. En el manual de acreditación se incluyen ochenta y nueve referencias y doscientos noventa y ocho criterios. Los criterios son explicaciones de las referencias. El establecimiento puede elegir valerse de otros elementos para responder a las referencias. Fuente: documento «Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria» 2003.
Grupos de interés			Consumidores o clientes.			

	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAES
Carácter	Voluntario.		Voluntario acreditación/obligatorio en licencia y certificación para concertar con Medicare/Medicaid y algunas compañías de seguros.		Voluntaria.	La Ley de 24 de abril de 1996 definió los objetivos y las principales características del proceso de acreditación. La ley determina que para asegurar la mejora continua de la calidad y la seguridad de los cuidados, todos los establecimientos sanitarios, ya sean públicos o privados, deberán someterse a un procedimiento de evaluación externa denominado acreditación. La acreditación atañe también a la red de cuidados. Fuente: documento «Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria», 2003
Tipo de modelo interno/externo	Externo.	Externo.	Externo.		Externo.	
Evolución interna/externa	Interna/ externa.		Externa.		Interna/ externa.	Interna/externa.
Mecanismo de Evolución	Solicitud, visita de evaluación y revisión financiera.		Licencia para operar. Algunos Estados la exigen. Certificación: Departamentos de salud de los Estados para concertar con Medicare, Medicaid y algunos seguros privados. Según estándares del Estado y federales en cuanto al cuidado del paciente y gestión financiera. Acreditación: Reconocimiento nacional por tercera parte independiente del Estado.		Auditoría externa: JC es una institución privada, independiente y sin ánimo de lucro, pero con reconocimiento oficial, principalmente por medio de su asociación a los programas públicos de financiación de la salud.	La autoevaluación valida la situación del centro e identifica los puntos fuertes, las diferencias entre los sectores de actividad y las acciones de mejora con respecto a las referencias. El objetivo principal de la visita es validar la autoevaluación y apreciar la dinámica de mejora de la calidad en los diferentes sectores de actividad del establecimiento. Los expertos emiten un informe. A la vista de estos documentos, el colegio de acreditación decide la acreditación con o sin recomendaciones para un período de cinco años. Se realiza un informe para el público, que recoge de forma íntegra el conjunto de apreciaciones del Colegio y sus decisiones in extenso con las recomendaciones y las reservas y dicho informe podrá consultarse en la página web de la agencia.

	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/ Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAES
Permite ex- clusiones					<p>Cuidados de larga duración</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Funciones centradas en el residente: <ol style="list-style-type: none"> a. Ética, derechos y responsabilidades. b. Provisión de cuidados, tratamiento y servicio. c. Gestión de la medicación. d. Vigilancia, prevención y control de la infección. 2. Funciones de la organización: <ol style="list-style-type: none"> a. Mejora del rendimiento de la organización. b. Liderazgo. c. Gestión del entorno del cuidado. d. Gestión de recursos humanos. e. Gestión de la información. <p>Cuidados a domicilio</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Funciones centradas en el residente: <ol style="list-style-type: none"> a. Ética, derechos y responsabilidades. b. Provisión de cuidados, tratamiento y servicio. c. Gestión de la medicación. d. Vigilancia, prevención y control de la infección. 4. Funciones de la organización: <ol style="list-style-type: none"> a. Mejora de la organización. b. Liderazgo. c. Seguridad medioambiental y gestión del equipamiento. d. Gestión de recursos humanos. e. Gestión de la información. f. Vigilancia, prevención y control de infecciones. 	

Requisitos o aspectos que valora	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/ Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAEs
	<ul style="list-style-type: none"> Organización y administración. Finanzas y estrategia. Salud y bienestar social. 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación de la discriminación a causa de la edad. La asistencia centrada en las personas. El cuidado de los procesos crónicos; la rehabilitación, la asistencia permanente y los cuidados intermedios /extrahospitalarios. La evaluación de los procesos agudos y la asistencia hospitalaria general. Los servicios especializados: el accidente cerebro vascular y las caídas. Los servicios de salud mental. La promoción de la salud y la asistencia sanitaria privada. Los medicamentos y las personas mayores. Los cuidados paliativos. 	<p>Calidad en Skilled Home care and hospice: Se requieren formularios en puntos clave del cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Admisión. Cada 60 días. Al alta del cuidado. A la reanudación del cuidado tras hospitalización con cualquier cambio sustancial en los servicios o terapias que se prestan. <p>Medidas de resultado en porcentaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tres medidas relativas a la mejora en movilidad. Cuatro medidas relativas a las actividades de la vida diaria de los pacientes. Una medida después de la finalización del cuidado sanitario a domicilio. Dos medidas relativas a las urgencias médicas del paciente. <p>Los informes ofrecen datos comparativos de cada indicador con la media del mismo para del estado y resultado de ámbito nacional.</p> <p>Calidad en Skilled Nursing Homes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medidas para evaluar cuidados en residentes de larga duración. Medidas para evaluar cuidados en residentes de corta duración. Inspecciones de sanidad y seguridad contra el fuego. Ratios de rotación de personal. <p>Calidad en Community Based Long term care:</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay estándares federales. Cualquier vigilancia se relega a la relación contractual entre la entidad y el pagador. Acreditación en expansión. La calidad está vinculada a la satisfacción del cliente. 	<p>1. Valoración: 488 Preguntas valoración anual e inicial; 244 preguntas la trimestral.</p> <p>Valoración por cambio de estado a los 14 días de la detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si no resuelve por sí mismo sin intervención. Si afecta a más de un área del estado de salud del residente. Si requiere una revisión interdisciplinar o del plan de cuidados. <p>Instrumentos o escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala de estado de ánimo (RAI), 8 preguntas. Escala de incontinencia del RAI. Escala de actividades de la vida diaria del RAI. Escala de Morris (CPS) cognitiva. Escala de comunicación (entender y que entiendan). <p>2. Indicadores de calidad empleados (resultado):</p> <ul style="list-style-type: none"> De incidencia y prevalencia (ejemplo fracturas, caídas, trastornos del sueño, deterioro cognitivo...). Indicadores de calidad para el cuidado de larga estancia. Incidencia y prevalencia (infecciones, caídas, sonda vesical...). Indicadores funcionales: empeoramiento, incontinencia urinaria y fecal, prevalencia infecciones urinarias, empeoramiento del dolor. Indicadores psicosociales: empeoramiento en problemas de conducta, empeoramiento estado de ánimo o depresión, ansiedad. Indicadores de fármacos: prevalencia de uso de antipsicóticos. <p>3. Obtención de datos poblacionales de la dependencia.</p> <p>4. Calidad del cuidado: (de proceso), plan de cuidado.</p>		

	CANADA: Continouing Accreditation Commission	UK	OASIS: Outcome and Assessment Information Set (EE.UU.)	RUG-RAI: Resources utilization Groups/Resident Assessment Instrument (EE.UU.)	Joint Commission	ANAES
Diferencias con otros modelos			Modelo específico de EE.UU.			Inspirado en el modelo canadiense y americano. Fuente: página web www.has-sante.fr
Ventajas e inconvenientes	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona reconocimiento nacional. • Tiene en cuenta los aspectos financieros de la organización. • Solicita una serie de indicadores económicos y asistenciales. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispone de una lista de posibles indicadores para cada estándar, si bien no tienen unas líneas básicas; absolutas. 	<p>Sólo en el caso de la acreditación se persigue la mejora de las organizaciones.</p> <p>No se establecen estándares en cuanto a la organización o en cuanto a otros aspectos de la misma sólo se miden los resultados, siendo la organización la responsable de conseguir encontrarse a la altura de su estado o de la media obtenida en toda la nación.</p> <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez del sistema una vez implantado. • Alto coste en aplicaciones y en la introducción y el mantenimiento actualizado de datos. • Sostenibilidad del sistema en el tiempo. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento detallado de los resultados y de los recursos empleados. • Valoración integral del dependiente. • Determina el case mix de los usuarios. • Permite la elección de servicios. • Permite planificar y gestionar las necesidades de cuidados. • Establece las bases para el pago al proveedor. • Desarrolla indicadores de calidad. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez del sistema una vez implantado. • Alto coste en aplicaciones e introducción y mantenimiento actualizado de datos. • Sostenibilidad del sistema en el tiempo. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus estándares se apoyan en el consenso de los profesionales. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aplicable en todos los servicios indicados en el catálogo de servicios de la Ley de la Dependencia. • Supone mayor esfuerzo en las organizaciones. • Mantenimiento en el tiempo del sistema de indicadores. 	

MODELOS ESPECÍFICOS ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: CC.AA.

	CATALUÑA: ICASS (Instituto Catalán de servicios sociales) Evaluación externa de los centros	VALENCIA: Sistema básico de calidad	País Vasco: Proceso de garantía de calidad: SIIS (Fundación Egúía-Careaga)
Dirigido a	1. Residencias asistidas de personas mayores. 2. Centros de día para personas mayores.	Residencias.	Residencias.
Sector	Servicios Sociales.	Servicios Sociales.	Servicios Sociales.
Campo de aplicación	1. Residencias asistidas de personas mayores.	A todos los procesos clave de los centros, desde que el usuario o su familia solicita el ingreso hasta que lo abandona: admisión, acogida, alojamiento, manutención, convivencia, ocio, etc., y actividades asistenciales, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación...	Residencias.
Enfoque	Indicadores con varias dimensiones en las que a su vez cada una de ellas contempla una serie de áreas relevantes. Su medida expresa cuantitativamente la asistencia, la organización o la gestión y evalúan la adecuación del proceso y tendencias.	Mejora continua de la calidad objetiva y percibida. Procura la mayor satisfacción y calidad de vida de las personas que emplean los centros. Principios: <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de la dirección. • Orientación al cliente. • Implicación de las personas. • Alianzas con los proveedores. • Toma de decisiones con datos. • Mejora continua. • Gestión por procesos. • Orientación sistemática: integración de todas las partes del centro y con el entorno. 	Mejora de la calidad de vida en los centros residenciales.
Carácter		Obligatorio para aquellas entidades que perciban subvenciones por la prestación de servicios de acción social con cargo a los presupuestos de la Generalitat Valenciana o que pretendan suscribir con ella convenios de colaboración.	
Tipo de modelo interno/externo	Externo.	Externo.	Externo.
Evaluación interna/externa	Externa.	Interna/ externa.	Interna (cuenta con responsable externo de calidad) y externaExterno: por entidad certificadora.

	CATALUÑA: ICASS (Instituto Catalán de servicios sociales) Evaluación externa de los centros	VALENCIA: Sistema básico de calidad	País Vasco: Proceso de garantía de calidad: SIIS (Fundación Eguía-Careaga)
Mecanismo de evaluación		Interna: auditoría interna- Revisión del sistema por la dirección. Auditoría externa por personas cualificadas/entidades acreditadas por la Generalitat (de carácter anual).	Proceso de autoevaluación: • Fase diagnóstico. • Fase discusión y acuerdo. • Elaboración del informe inicial. • Afianzamiento. • Mantenimiento. • Elaboración del informe final. Certificación: evaluación del informe final y comprobación in situ. Duración dos años.
Permite exclusiones		Requiere una serie de documentos de carácter obligatorio.	
Requisitos o aspectos que valoran	1. Grupo de indicadores (37 en total) en cuatro dimensiones <ul style="list-style-type: none"> • Atención a la persona. • Relaciones y derechos de los residentes. • Confort y servicios hoteleros. • Organización. 2. Grupo de indicadores en cinco dimensiones <ul style="list-style-type: none"> • Atención a la persona. • Atención a la familia. • Relaciones y derechos de los residentes. • Accesibilidad, seguridad y confort. • Organización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidad de la dirección. 2. La gestión por procesos. 3. La implicación de las personas. 4. La implicación de los proveedores. 5. Tomar decisiones con datos. 6. Mejora continua. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención personal. 2. Libertad de elección. 3. Posibilidad de expresarse. 4. Confort. 5. Conocimiento del funcionamiento. 6. Relación con el exterior. 7. Ambiente. 8. Condiciones de trabajo.

	CATALUÑA: ICASS (Instituto Catalán de servicios sociales) Evaluación externa de los centros	VALENCIA: Sistema básico de calidad	País Vasco: Proceso de garantía de calidad: SIIS (Fundación Egua-Careaga)
Ventajas e inconvenientes	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispone de indicadores específicos por dispositivo de cartera de servicios. • Indicadores por línea de atención (geriatría, demencias, enfermedades neurodegenerativas,...). • Indicadores comunes para todos los servicios. • Instrumentos de medida sobre el proceso y el resultado. • Atención centrada en la persona y su seguridad teniendo en cuenta la organización y gestión del centro, gestión del conocimiento y gestión de la calidad. • Abordan la formación específica. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exigentes tanto para profesionales como para gestores. • Coste alto de cumplimiento. • Son indicadores asistenciales, no se consideran los de gestión. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento específico del sector. • Modelo consensuado. • Integrado por las dimensiones de atención a las personas y a la gestión de los centros. • Posiciona al usuario en el centro del proceso de atención. • Permite establecer mecanismos de medición y seguimiento de los usuarios, teniendo en cuenta aquellos que pueden suponer un riesgo para su seguridad. • Contenidos y criterios bien definidos. • Instrumento técnico objetivo evaluado externamente que asegura la mejora. • Establece un marco común en todos los centros. • Incorpora cultura de mejora de la calidad en los centros. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contempla aspectos relacionados con la gestión de los centros: aspectos económicos y financieros, planificación estratégica, etc., ni la formación del personal como aspecto estratégico en el servicio. • No tiene en cuenta las distintas tipologías de centros según su tamaño y necesidades de la población. 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento específico del sector. • La residencia se observa a sí misma. • Se atienden aspectos concretos propios de la residencias. • Participación de las personas de la residencia. • Mayor compromiso del personal con los cambios. • El personal se siente más valorado. • Mayor implicación de los familiares y amigos en la residencia. • Mayor conciencia de los problemas reales y de los factores que intervienen en la vida residencial. <p>Inconvenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contempla aspectos relacionados con la gestión de los centros: aspectos económicos y financieros, planificación estratégica, etc., ni la formación del personal como aspecto estratégico en el servicio. • No incluye el concepto de gestión por procesos. • No dispone de indicadores de seguimiento en continuo. • Sólo aplicable a residencias.

El estudio “**Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia**” es el resultado del trabajo de dos años de la Comisión de Calidad y Acreditación de Edad&Vida y de un equipo técnico de Applus+ formado por:

Silvia Ariza	Salvador Jiménez
Fernando Arteché	Carlos Martínez
Berta Ayuso	Yolanda Ortega

Los miembros de la Comisión de Calidad y Acreditación de Edad&Vida que han participado en el trabajo son:

Icía Ancizu	<i>Responsable de I+D</i>	<i>Fundación SAR</i>
Enrique Bascompte	<i>Técnico de producto</i>	<i>Eurest Colectividades – Grupo Compass</i>
Alfredo Bohórquez	<i>Director Comercial de Calidad e Innovación</i>	<i>Eulen Servicios Sociosanitarios</i>
Pedro Cano	<i>Director Técnico y de Organización</i>	<i>Sanitas Residencial</i>
Eulàlia Cucurella	<i>Directora de residencia</i>	<i>Grupo Amma</i>
Gemma Déler	<i>Gerente de Desarrollo</i>	<i>Applus+</i>
Dulce Fontanals	<i>Directora</i>	<i>Fundación SAR</i>
Josep Gorchs	<i>Director de Desarrollo</i>	<i>Applus+</i>
Salvador Jiménez	<i>Director de Área Técnica</i>	<i>Applus+</i>
José Luís Marco	<i>Gerente de Sector</i>	<i>Applus+</i>
Anna Mitjans	<i>Directora Técnica</i>	<i>Fundación Edad&Vida</i>
Ignacio Pérez	<i>Técnico de Proyectos</i>	<i>Valoriza Facilities</i>
Amparo Porcel	<i>Directora de Auditoría del Sistema de Gestión</i>	<i>Sanitas Residencial</i>
Carolina Rodríguez	<i>Responsable de Calidad</i>	<i>Fundación SAR</i>
Cristina Sánchez	<i>Gerente de Servicios Sociosanitarios</i>	<i>Valoriza Facilities</i>
Pilar Sánchez Luquero	<i>Directora de Calidad</i>	<i>Mapfre Quavita</i>
Carmen Sanz Salvador	<i>Directora de Calidad</i>	<i>Red Valenciana de Salud Mental</i>
Albert Vergés	<i>Director General</i>	<i>Fundación Edad&Vida</i>
Gemma Vilanova	<i>Coordinadora Técnica</i>	<i>Fundación Edad&Vida</i>

y en estrecha colaboración con los miembros del Patronato de Edad&Vida.

Edita:

Edad&Vida

Guadalquivir, 5, bajo dcha.

28002 Madrid

Aribau, 195, 3º Izq.

08021 Barcelona

Tel.: 93 488 27 20

www.edad-vida.org

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

Tel. información: 93 488 27 20

Diseño y realización:

Senda Editorial, S.A.

Isla de Saipán, 47

28035 Madrid

Depósito legal: M-

ISBN-13: 978-84-691-2693-6