



Manual de Estándares Servicios residenciales y servicios de día

ME 21 1_03

**Manual de Servicios residenciales
y servicios de día - ME 21 1_03**

marzo 2024

Edita:
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Licencia Creative Commons:



Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada (by-nc-nd):

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

El concepto de “**calidad**” es seguramente uno de los más recurrentes en el discurso público sobre los servicios sociales y bienestar. Profesionales, personas usuarias, administraciones públicas, proveedores de servicios sociales, medios de comunicación y cualquier otro actor de este sector, coinciden en considerar la calidad un parámetro fundamental del sistema sociosanitario. La relevancia de este concepto radica quizás en su capacidad de condensar en una sola y tan sencilla palabra las expectativas y necesidades de todos estos grupos, representando el término común que nos permite juzgar si el sistema funciona y cómo.

Sin embargo, la calidad no es solo esto. Se trata, ante todo, de una disciplina bien definida, con su respectivo corpus teórico y una gran tradición de estudios empíricos, que tiene su origen en la época industrial. Desde entonces esta disciplina ha venido desarrollándose progresivamente, ofreciendo a las organizaciones distintas **herramientas de gestión para sostenerse en cualquier situación y evolucionar continuamente**, incorporando las oportunidades de mejora y el aprendizaje organizacional de una manera ordenada, coherente, sistemática y sistémica.

Como consecuencia, las organizaciones que han recurrido a estas herramientas han desarrollado con el tiempo una **cultura de la calidad** basada en la **mejora continua como modelo de su gestión**. El objetivo de este manual de estándares es convertirse en una de estas herramientas que permita a todos los centros de servicios residenciales y de día evaluar y certificar su nivel de calidad, además de ayudarles a plantearse nuevos retos que les permitan desarrollar, progresar y mejorar de forma continua su cultura de la calidad.

Desde su primera edición, en el año 2012, el manual ha contado con la participación de numerosos **profesionales del sistema de servicios sociales especializados y expertos en calidad** que, a través de los comités técnicos asesores, han definido estándares en base a las nuevas tendencias de intervención con las personas y la evidencia científica.

En 2024, doce años después, publicamos la **tercera edición de este manual** de estándares, incorporando las mejoras que hemos identificado y el aprendizaje organizacional que hemos adquirido en los últimos años. Para ello, hemos contado una vez más con la inestimable colaboración de un amplio comité técnico asesor compuesto por profesionales de servicios sociales especializados, referentes de calidad de los centros andaluces y evaluadores de los procesos de certificación.

Esta edición del manual es el resultado de un proceso de revisión que ha apostado por la racionalización y la simplificación del modelo de certificación, para hacerlo más accesible y mejorar su coherencia interna, reduciendo el número de estándares de calidad, de los 104 de la versión anterior a los 83 de la actual. Asimismo, el manual se presenta con un nuevo diseño y elementos gráficos. Los estándares se agrupan de forma novedosa en 3 bloques y 6 criterios, que ponen el foco en aspectos tan cruciales de la prestación de los servicios como son: la **gestión del centro**, mediante la gestión por procesos y un modelo de dirección basado en la transparencia, la responsabilidad y la mejora continua; la **planificación centrada en la persona**, incluyendo estándares relacionados con la promoción de la calidad de vida de las personas usuarias y los derechos, la participación y el enfoque comunitario; y la **mejora continua del centro**, con aspectos como el desarrollo de herramientas de calidad y evaluación de resultados, y la gestión de un entorno seguro.

Desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía esperamos que esta nueva versión del manual de estándares de servicios residenciales y servicios de día cumpla las expectativas de los profesionales que trabajan en los centros, y los estimule a plantearse retos cada día más ambiciosos, buscando la excelencia en los servicios que ofrecen.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Contenido

Introducción	5
Ámbito del manual	7
Estructura de un estándar	9
Estructura del manual de estándares	11
Proceso de certificación	13
Fase 1 Solicitud de certificación	13
Fase 2 Autoevaluación	14
Fase 3 Evaluación	15
Fase 4 Seguimiento	16
Estándares del Manual	17
Bloque 1: Gestión del centro	18
Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno	19
Criterio 2: Gestión por procesos	30
Bloque 2: Planificación centrada en la persona	35
Criterio 3: Derechos, participación y enfoque comunitario	36
Criterio 4: Promoción de calidad de vida	50
Bloque 3: Mejora continua del centro	62
Criterio 5: Seguridad del entorno	63
Criterio 6: Herramientas de calidad y resultados	76
Control de modificaciones	85
Glosario	86
Comité técnico asesor	93
Validación de estándares del manual	95

➤ Introducción

El modelo de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) aspira a contribuir a que se preste una atención de alta calidad a las personas usuarias en los centros de servicios residenciales y servicios de día, mediante el establecimiento de unos estándares basados en la evidencia y en las mejores prácticas.

Los estándares se elaboran contando con profesionales expertos en servicios sociales especializados a través de Comités Técnicos Asesores. Los centros de servicios residenciales y servicios de día, teniendo estos estándares como marco de referencia, pueden reflexionar sobre lo que hacen actualmente e identificar qué necesitan para mejorar la calidad de sus servicios, la calidad de vida de las personas usuarias y su eficiencia.

¿Qué es la certificación?

Es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellos centros de servicios residenciales y servicios de día que las cumplen y demuestran. También, pone en valor el compromiso de los centros por ofrecer servicios centrados en las personas usuarias y por mejorar sus procesos, la seguridad y la calidad de la atención que prestan.

Durante el proceso de certificación se proporciona retroalimentación a los centros sobre sus fortalezas y debilidades, favoreciendo e impulsando procesos de evaluación y mejora continua.

La certificación es una herramienta metodológica útil, para comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, que proporciona un reconocimiento público y expreso a aquellos centros de servicios residenciales y servicios de día que las cumplen y demuestran



8 beneficios de la certificación



Los estándares son una **herramienta de ayuda a la gestión** eficiente y efectiva del centro y a la planificación de la calidad de los servicios ofrecidos



Genera transparencia, visibilidad y confianza; en definitiva, reconocimiento externo

Permite iniciar ciclos de evaluación para **identificar desviaciones** o errores sobre lo planificado



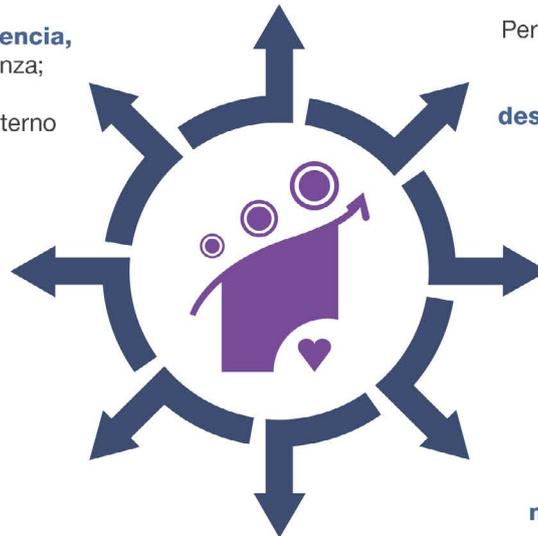
Entorno seguro para profesionales y personas usuarias

Posibilita la **revisión de los flujos de trabajo**, optimizando los procesos



Aprendizaje colaborativo

Facilita la normalización de la práctica de los profesionales



Permite **mejorar la calidad** y alcanzar mejores resultados





➤ **Ámbito del manual**

Con este manual de estándares se podrán certificar servicios de atención residencial, servicios de centro de día, centros de participación activa y centros de atención a las personas con problemas de adicciones.

A continuación, se detallan los tipos de servicios a los que va dirigido el manual:

1. **Servicio de atención residencial:** ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.
 - Servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia que se presta en centros de carácter social que, como sustitución del hogar familiar, ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral.
 - Servicio de atención residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia que se presta en centros residenciales destinados a servir de hogar sustitutorio, de forma temporal o permanente, a personas que, por su grado de discapacidad, unido a su problemática socio-familiar y económica, tengan dificultades para ser atendidas en su unidad de convivencia o no puedan vivir de forma independiente. Incluye servicios de atención residencial para personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual, para personas con discapacidad con cierta autonomía personal que tienen dificultades para la integración social y familiar en su unidad de convivencia, para personas gravemente afectadas por discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral, para personas con trastorno del espectro autista, para personas psicodéficientes, casas-hogar para personas con enfermedad mental, viviendas tuteladas para personas con discapacidad y viviendas supervisadas para personas con enfermedad mental.
 - Servicio de acogimiento residencial de menores de los centros de protección.
 - Servicio residencial para personas en situación de riesgo o exclusión social.
 - Servicio residencial de atención a la mujer: centros de emergencia, casas de acogida y pisos tutelados.
2. **Servicio de centro de día:** ofrece una atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores/as.
 - Servicio de centro de día para personas mayores en situación de dependencia. Este servicio atiende, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, atención asistencial y personal, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.
 - Servicio de centro de día para personas con discapacidad en situación de dependencia. Este servicio está destinado a aquellas personas que, por su gravedad y necesidad de atención continuada, no pueden ser atendidas por su entorno familiar durante el día o aquellas que debido a su discapacidad no pueden integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, en cuyo caso se denomina centro de día con terapia ocupacional. En función de las distintas situaciones de discapacidad, existen diferentes modalidades de servicio: para personas con discapacidad intelectual, para personas con discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral, para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta, para personas con trastornos del espectro autista y para personas con enfermedad mental.

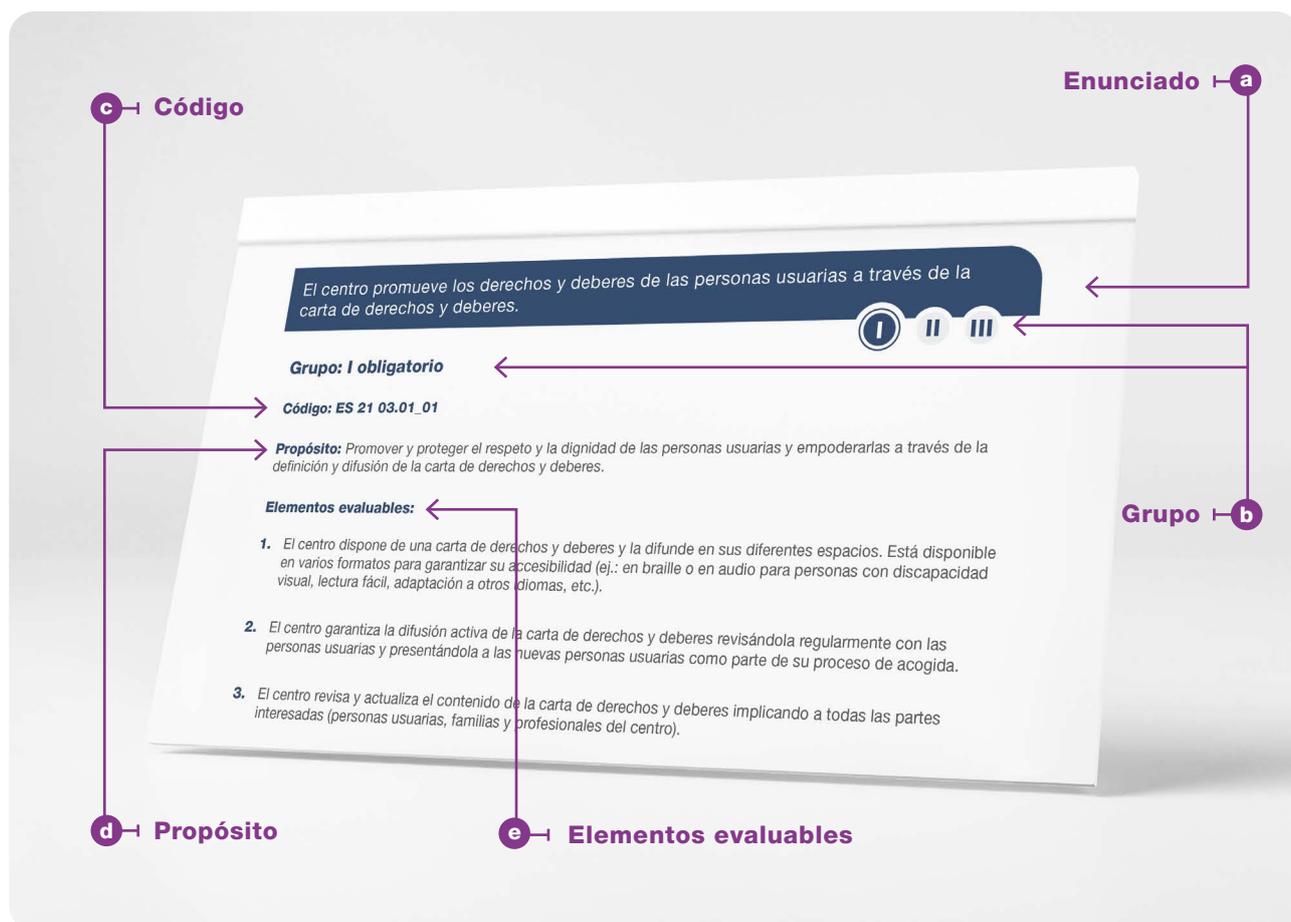
3. **Centros de participación activa:** centros de promoción del bienestar de las personas mayores orientados a la realización de programas y actividades grupales de carácter preventivo y actividades ocupacionales, orientadas a mantener o mejorar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, evitar la aparición de limitaciones en la actividad, potenciar el desarrollo personal y la integración social, fomentando y desarrollando las capacidades comunicativas y de interrelación personal, generación de grupos y otras habilidades sociales.
4. **Centros de atención a las personas con problemas de adicciones:** centros de tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas, centros de desintoxicación residencial, centros de encuentro y acogida, viviendas de supervisión al tratamiento y a la reinserción y centros de día.



➤ Estructura de un estándar

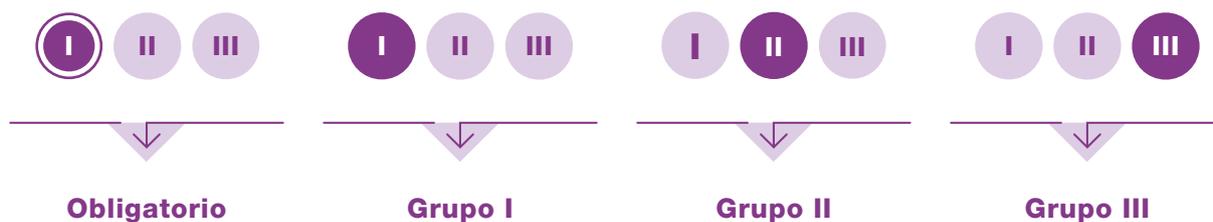
Un estándar es un elemento de medida con el que se evalúa la calidad de un centro. Los estándares de ACSA son dicotómicos (se cumplen o no se cumplen) debiéndose cumplir todos los elementos evaluables que lo conforman para que el estándar se cumpla.

Cada estándar del manual se compone de una serie de elementos: código, enunciado, propósito, grupo y elementos evaluables. Estos elementos se señalan en la siguiente figura y se describen a continuación.



a. Enunciado: marca el camino o meta que el centro debe alcanzar.

b. Grupo: señala, mediante iconos, el nivel de complejidad del estándar según esta clasificación: grupo I (algunos de carácter obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo), grupo II o grupo III.



Los estándares del manual se clasifican en grupos, existiendo estándares obligatorios y estándares para alcanzar mayores niveles de calidad, lo que proporciona al modelo de certificación de ACSA su carácter progresivo (Avanzado, Óptimo y Excelente):

- Estándares del grupo I: contemplan, entre otros aspectos, los derechos de las personas usuarias, los principios éticos y la seguridad. Algunos estándares de grupo I se consideran obligatorios, por lo que son de obligado cumplimiento para alcanzar cualquier grado de certificación.
- Estándares del grupo II: incluyen elementos asociados a un mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos).
- Estándares de grupo III: estándares que demuestran que el centro genera innovación y desarrollo para la sociedad en general.

c. Código: los números que lo constituyen indican, de izquierda a derecha, el manual de estándares al que pertenece, el criterio del manual en el que se encuentra, el número de orden que el estándar ocupa dentro del criterio y el número de revisiones que se le ha realizado. Así, el código del estándar de la figura indica que pertenece al manual de servicios residenciales y servicios de día (manual número 21), que está ubicado en el criterio 3 (Derechos, participación y enfoque comunitario), que es el primer estándar de dicho criterio y que se ha revisado una vez.

d. Propósito: se corresponde con la intención del estándar y amplía la información para contextualizarlo.

e. Elementos evaluables: pretenden clarificar el estándar y su enumeración facilita al centro el trabajo secuencial con el estándar y la preparación para la visita de evaluación. Estos elementos evaluables son requisitos necesarios para cumplir de forma absoluta con el estándar. Algunos elementos evaluables se pueden evidenciar mediante documentos como: memorias, registros, actas, informes, protocolos, resultados, etc.



➤ Estructura del manual de estándares

El manual de estándares está estructurado en **3 bloques y 6 criterios**, en los que se agrupan los estándares según su temática.



Criterio 1

Dirección y sistema de gobierno

Asegurar la **eficiencia** en la gestión del centro, en sintonía con la **misión, visión y valores** de la organización, para asegurar **servicios de alta calidad** basados en la **transparencia**, la **responsabilidad** y la **mejora continua**.



Criterio 2

Gestión por procesos

Promover un modelo de atención basada en la **gestión por procesos**, incorporando las **necesidades y preferencias** de las personas usuarias en el diseño de flujos de trabajo **flexibles y personalizados**.



Criterio 3

Derechos, participación y enfoque comunitario

Impulsar el desarrollo de la **atención centrada en la persona**, creando oportunidades para su **participación activa**, fomentando su **autodeterminación** y garantizando su papel activo en la **toma de decisiones** relacionadas con su vida.



Criterio 4

Promoción de calidad de vida

Mejorar la **calidad de vida** de las personas usuarias y de sus familias, mediante el diseño, análisis y evaluación de los **planes personales de atención** y **de apoyo** o **proyectos educativos individualizados** que se centren en las necesidades e intereses de cada persona.



Criterio 5

Seguridad del entorno

Garantizar la **accesibilidad** de los servicios, el **confort** de los diferentes espacios del centro y la **seguridad del entorno** para que sea lo más favorable y saludable posible para las personas usuarias, las familias y los profesionales.



Criterio 6

Herramientas de calidad y resultados

Fomentar el desarrollo de **herramientas y buenas prácticas** que promuevan la **mejora continua** y permitan **monitorizar, analizar** y **mejorar los resultados** de la organización.

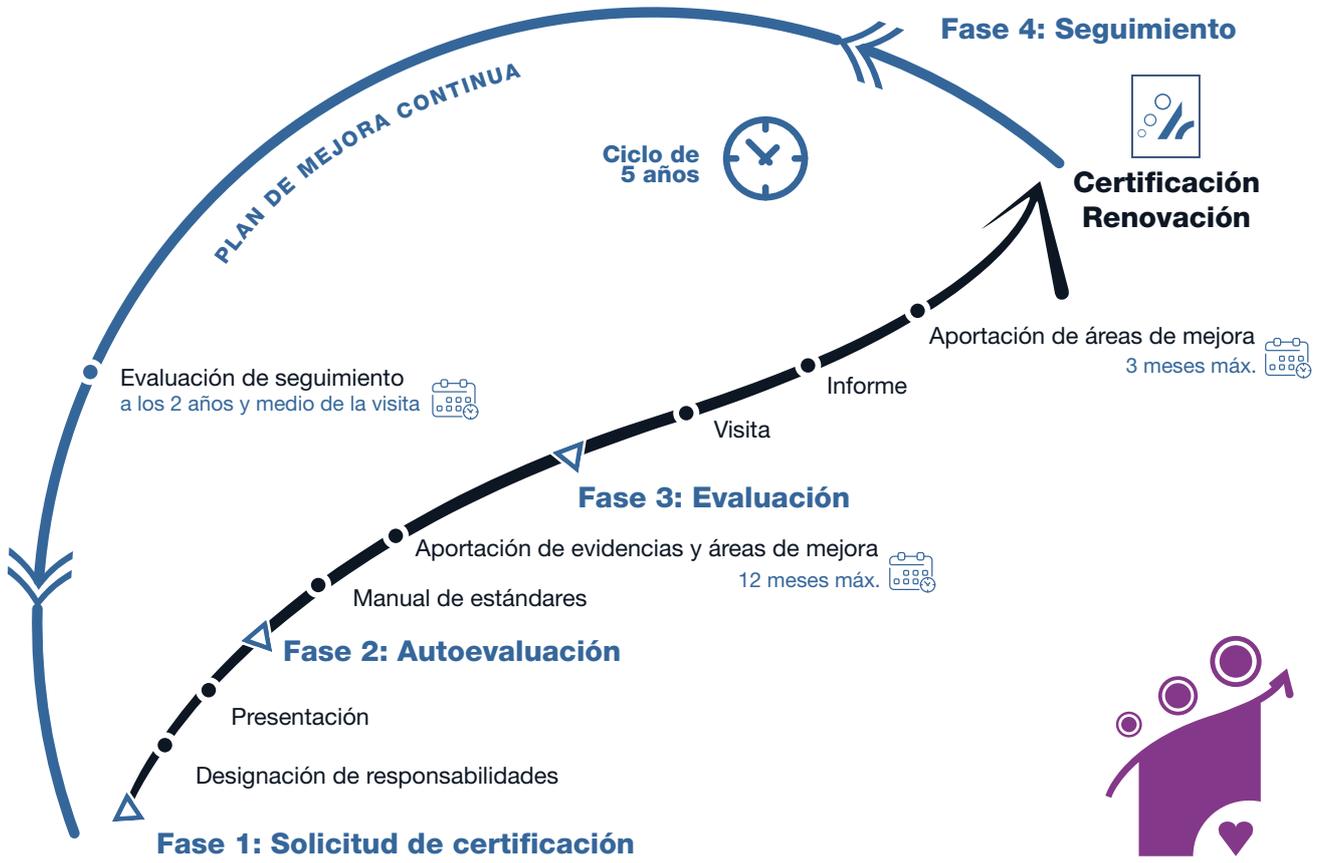
En la siguiente tabla se muestra un resumen de la distribución de los estándares del manual según el criterio y el grupo a los que pertenecen:

Distribución de estándares por **criterios y grupos**



➤ Proceso de certificación

El proceso de certificación de ACSA es un proceso dinámico y continuo en el tiempo. Su finalidad es promover la mejora continua de la calidad en los centros de servicios residenciales y servicios de día. A continuación, se describen las 4 fases del proceso:



Fase 1 Solicitud de certificación

El responsable del centro puede solicitar el inicio del proceso de certificación mediante la cumplimentación de una solicitud en la aplicación informática ME_jora C, disponible en la página web de ACSA: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

Aceptada la solicitud, se designan un responsable del proyecto de certificación en ACSA y un responsable en el centro. El responsable de ACSA contacta con el responsable del centro para explicarle el proceso de certificación. A partir de este momento, se habilitan los canales de comunicación establecidos para la resolución de dudas y el acompañamiento durante el tiempo que dura el proceso.

Fase 2

Autoevaluación



Durante esta fase, que tiene una duración máxima de 12 meses, un equipo de autoevaluadores coordinados por el responsable del centro, lleva a cabo un ejercicio de análisis y reflexión interna sobre los estándares, identificando lo que el centro hace (evidencias positivas) y lo que puede hacer para mejorar (áreas de mejora). Para facilitar el trabajo, ACSA pone a disposición de los centros la aplicación ME_jora C, donde se pueden recoger las evidencias positivas, las áreas de mejora y los documentos que dan respuesta a los estándares.

Aproximadamente un mes después de iniciar la fase de autoevaluación y, de manera consensuada con el centro, se fija la fecha de evaluación externa, lo que facilita la adecuada planificación de la autoevaluación. Fijada esta fecha, el responsable de ACSA envía la agenda de evaluación al centro. Se trata de un documento en el que se recogen el horario de la visita, las actividades que realizarán los evaluadores, los recursos necesarios para que la visita se realice de forma adecuada y los documentos relacionados con los estándares del manual.

Para que el equipo de autoevaluadores realice una autoevaluación productiva es importante que el responsable del centro cuente con el apoyo de su responsable de calidad y del responsable de ACSA, además de:

- Conocer el modelo de certificación y sus estándares.
- Asignar y coordinar responsabilidades y tareas al equipo de autoevaluadores.
- Establecer flujos de comunicación entre las diferentes estructuras o áreas del centro.

Recomendaciones para abordar la fase de autoevaluación

Es importante que el trabajo se haga en equipo para evitar sobrecargas y permitir que las mejoras llevadas a cabo durante esta fase sean conocidas por los profesionales del centro. En primer lugar, el responsable del centro debe planificar la autoevaluación: definir los objetivos a alcanzar, seleccionar el equipo de autoevaluadores, repartir los estándares entre los autoevaluadores según su nivel de conocimiento y definir un plan de trabajo.

En segundo lugar, el equipo de autoevaluadores debe comenzar a realizar la autoevaluación. Se recomienda abordar primero los estándares de carácter obligatorio, especialmente aquellos frente a los que el centro muestre debilidades y seguir avanzando con el resto de estándares, según el objetivo marcado. El responsable del centro puede convocar reuniones periódicas para compartir el trabajo realizado y las mejoras identificadas. Se puede realizar un seguimiento exhaustivo del avance del trabajo utilizando los informes y listados de ME_jora C (ej.: gráfico de cumplimiento, documentos adjuntos a evidencias positivas y áreas de mejora, áreas de mejora identificadas, conseguidas, etc.).

En qué consiste la autoevaluación

Consiste en reflexionar sobre cada estándar identificando cómo le da respuesta el centro (evidencias positivas) y cómo puede mejorar (áreas de mejora) y describirlas en ME_jora C de forma clara y detallada. Las evidencias y/o áreas de mejora identificadas pueden ir acompañadas de los documentos que solicite el estándar (ej.: planes, procedimientos, registros, análisis de resultados, etc.).

Durante esta fase de reflexión sobre los estándares pueden surgir dudas que deben aclararse con el responsable de ACSA a través del canal habilitado para ello ("zona del estándar" en ME_jora C). Además, los autoevaluadores pueden consultar y utilizar los recursos de apoyo que acompañan a algunos estándares.

Fase 3 Evaluación



Completada la fase de autoevaluación, un equipo de evaluadores visita el centro en la fecha acordada y, siguiendo la agenda de evaluación, recoge información sobre los estándares para poder tomar una decisión sobre su cumplimiento.

Para la recogida de información se emplean diferentes métodos: estudio del diseño de la prestación del servicio (análisis de procesos, procedimientos, planes, objetivos, entrevista a responsables del centro, etc.), estudio de la prestación real del servicio (registros en los expedientes individuales, planes personales de atención y de apoyo, proyectos educativos individualizados, entrevistas a profesionales de los servicios, observación directa de los espacios, de las instalaciones y de la actividad desempeñada por los profesionales, etc.) y análisis de la experiencia de la persona usuaria (entrevistas, revisión de reclamaciones, encuestas de satisfacción, etc.). La triangulación entre estos métodos identificará si existe alguna brecha entre ellos. La información recabada antes, durante y después de la evaluación se tratará con absoluta confidencialidad.

Concluida la visita de evaluación externa, el equipo de evaluadores elabora un informe de situación en el que se especifica el grado de cumplimiento de los estándares. Este informe es remitido al equipo directivo del centro y al Comité de Certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados tras la fase de evaluación

- **Pendiente de estabilización de estándares obligatorios:** situación en la que queda el centro cuando el equipo evaluador toma la decisión de que uno o más estándares de carácter obligatorio no se cumplen. En un periodo máximo de 3 meses, el centro deberá abordar los motivos de incumplimiento a través de planes de mejora y, cuando dé cumplimiento a dichos estándares, entonces podrá optar a algún nivel de certificación.
- **Certificación Avanzada:** se obtiene cuando el centro logra un cumplimiento mayor del 70 % de estándares del grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como obligatorios).
- **Certificación Óptima:** se alcanza cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y un cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo II.
- **Certificación Excelente:** se obtiene cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y del grupo II, y un cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo III.

	 Avanzado	 Óptimo	 Excelente
GRUPO I	70%*	100%	100%
GRUPO II		>40%	100%
GRUPO III			>40%

*incluidos los obligatorios

Fase 4 Seguimiento

La validez del certificado de ACSA es de 5 años y durante este periodo de tiempo el centro se encuentra en fase de seguimiento. Se mantiene abierta la autoevaluación de seguimiento, permitiendo al centro consolidar los resultados alcanzados, implementar las mejoras identificadas en la autoevaluación inicial y las identificadas por el equipo evaluador, así como trabajar nuevos estándares.

Se realizará una visita de seguimiento al centro durante la validez de su certificado para comprobar que se mantiene el nivel de certificación alcanzado o, alguna visita más si existieran circunstancias que lo justificasen para verificar que se mantiene el cumplimiento de los estándares a lo largo del tiempo.

Para renovar el certificado, aproximadamente un año antes de que finalice la validez del certificado anterior, es necesario que el centro vuelva a comenzar el ciclo realizando una nueva solicitud.

Si durante el proceso de certificación del centro, ACSA tuviera conocimiento de la ocurrencia de un incidente de seguridad en dicho centro, el Comité de Certificación podrá analizar el caso y, siguiendo la Política de Seguridad descrita en el Documento General de Certificación de Centros y Unidades (disponible en la Web de ACSA), requerir al centro la realización de un Análisis Causa Raíz y el envío del informe resumen y del plan de acción. De no presentar una respuesta aceptable en el plazo establecido se podrá retirar la certificación.



➤ Estándares del Manual



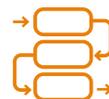


Bloque 1:
**Gestión del
centro**



Criterio 1

**Dirección y sistema de
gobierno**



Criterio 2

**Gestión por
procesos**

➤ **Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es proporcionar una guía a la dirección con el fin de promover la eficiencia en la gestión del centro. Estos estándares están diseñados para estar en sintonía con la misión, visión y valores de la organización, lo que implica asegurar servicios de alta calidad que fomenten la transparencia, la responsabilidad y la mejora continua.

Para lograr este objetivo, se hace hincapié en la adhesión a principios éticos, la implementación de procedimientos, la planificación estratégica y el establecimiento de un sistema de gobierno bien definido. Esto permite que todas las decisiones y acciones estén enfocadas en satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias y los grupos de interés, con el objetivo de ofrecer un servicio centrado en la persona y en el que la prestación del servicio sea excelente.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Gestionar un cambio organizacional con el compromiso de mejorar continuamente los servicios.
- Definir un sistema de gobierno comprometido con la calidad de los servicios y con la mejora continua, con las competencias necesarias para realizar sus tareas gracias a la formación y desarrollo profesional continuo.
- Establecer una estructura organizativa estable, con una clara definición de la visión, misión y valores que sirva de guía para la toma de decisiones y para proporcionar un marco para el establecimiento de los objetivos estratégicos.
- Desarrollar un entorno de trabajo colaborativo y respetuoso en el que los equipos puedan trabajar juntos eficazmente para proporcionar un servicio de calidad, facilitando la participación de todos los profesionales en la toma de decisiones y promoviendo la comunicación y la cooperación.
- Gestionar a los profesionales garantizando su compromiso con el centro y la adquisición de habilidades, conocimientos y experiencia necesarios para realizar su trabajo.
- Establecer un marco para que las acciones y decisiones se basen en los valores y principios éticos del centro, en pro de los derechos de las personas usuarias.
- Orientar el trabajo con las personas usuarias hacia una planificación centrada en la persona, diseñando la prestación de los servicios en base a sus necesidades, preferencias y metas.



El centro tiene definido su sistema de gobierno.



Grupo: I

Código: ES 21 01.01_00

Propósito: Definir el sistema de gobierno del centro incluyendo la composición del mismo, sus responsabilidades y funciones, los mecanismos de toma de decisiones, la transparencia y la dinámica de la organización.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene definida la composición de su sistema de gobierno: estamentos que toman decisiones que afectan a su funcionamiento (ej.: organigrama, definición de estructura organizativa, etc.) y quiénes son los responsables de dicha toma de decisiones. Si el centro pertenece a una entidad que gestiona varios centros, el sistema de gobierno contempla la relación entre la entidad y el centro.
2. El centro tiene definidas las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros del sistema de gobierno, incluyendo los responsables de servicios si los hubiera.
3. El centro tiene definidos los mecanismos de toma de decisiones, incluyendo el tipo de reuniones, quién participa y cómo se toman las mismas.
4. El centro promueve la transparencia en su sistema de gobierno difundiendo las decisiones tomadas a los profesionales.

El centro impulsa acciones formativas específicas para los profesionales que componen su sistema de gobierno.



Grupo: II

Código: ES 21 01.02_00

Propósito: Asegurar la formación de los profesionales que componen el sistema de gobierno del centro en habilidades como liderazgo, gestión de equipos, coordinación y toma de decisiones.

Elementos evaluables:

1. El centro facilita la formación actualizada de los profesionales que forman parte (o puedan formar parte en el futuro) de su sistema de gobierno (directores, responsables de servicios, etc.) mejorando sus habilidades y conocimientos en liderazgo, gestión de equipos, coordinación y toma de decisiones.
2. Se utilizan herramientas para evaluar la formación recibida por los profesionales que componen el sistema de gobierno del centro.



El centro tiene definidas su misión, visión y valores que le permiten planificar sus principales líneas de desarrollo estratégico.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.03_01

Propósito: Definir la misión, visión y valores del centro para poder desarrollar una estrategia a medio y largo plazo.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene definidas su misión, visión y valores como elementos estratégicos que le permiten planificar su futuro. Si el centro pertenece a una entidad que gestiona varios centros, su misión, visión y valores pueden ser los definidos por la entidad.
2. Se establecen mecanismos de difusión estables y eficaces para dar a conocer la misión, visión y valores del centro.

El centro implanta su misión y visión desarrollando una estrategia enfocada en sus grupos de interés.



Grupo: II

Código: ES 21 01.04_00

Propósito: Definir y desarrollar el plan estratégico del centro con objetivos y metas a medio y largo plazo, teniendo en cuenta los grupos de interés.

Elementos evaluables:

1. El centro ha realizado un análisis de las necesidades y expectativas de sus grupos de interés y las tiene en cuenta en el diseño y desarrollo de su plan estratégico.
2. El centro ha definido un plan estratégico que responde a su misión y visión, que contempla: periodo de vigencia (más de 2 años), líneas estratégicas, objetivos, indicadores, cronograma y responsabilidades. Si el centro pertenece a una entidad que gestiona varios centros su planificación estratégica está alineada con el plan estratégico de la entidad.
3. El plan estratégico del centro se comunica a todos sus grupos de interés.
4. El centro define las pautas para el despliegue, seguimiento, evaluación y actualización de su plan estratégico (ej.: planes de acción).
5. El centro mejora su estrategia en función de los resultados obtenidos.



El centro implica a los profesionales en la consecución de sus objetivos estratégicos.



Grupo: III

Código: ES 21 01.05_01

Propósito: Fortalecer el compromiso y la participación activa de todos los profesionales en el logro de los objetivos estratégicos del centro.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales tienen objetivos personales alineados con los objetivos estratégicos del centro. Estos objetivos se establecen en colaboración con cada profesional teniendo en cuenta la evaluación del desempeño y las tareas asignadas.
2. El centro realiza un seguimiento y una evaluación periódica de los objetivos de cada profesional, estableciendo acciones de mejora y nuevos objetivos.

El centro identifica los grupos de interés externos y desarrolla alianzas que facilitan el establecimiento de redes de trabajo duraderas.



Grupo: II

Código: ES 21 01.06_01

Propósito: Identificar los grupos de interés externos y desarrollar alianzas que faciliten el establecimiento de redes de trabajo estables para compartir información, experiencias y generar nuevos espacios, logrando avanzar en el desarrollo del centro y mejorar la inclusión comunitaria.

Elementos evaluables:

1. Los líderes del centro identifican los diferentes grupos de interés externos y los priorizan en relación al tipo de alianza a desarrollar.
2. Se definen las principales herramientas de diálogo (tipo de relaciones) con los grupos de interés y los objetivos o compromisos a alcanzar.
3. Se evalúan los resultados obtenidos e implementan mejoras en caso necesario.
4. Las alianzas con los grupos de interés externos generan nuevos espacios para la construcción de entornos inclusivos para la persona usuaria.



El centro define un sistema de organización y coordinación para el trabajo en equipo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.07_00

Propósito: Definir un sistema de organización y coordinación con los profesionales de las distintas disciplinas del centro, creando un espacio formal para compartir información, establecer acuerdos de funcionamiento y criterios de intervención con las personas usuarias.

Elementos evaluables:

1. El centro define el sistema de organización y coordinación de sus profesionales en equipos de trabajo, siendo uno de ellos de carácter multidisciplinar: tipos de reuniones, finalidad y periodicidad de las mismas, sistema de registro de los acuerdos adoptados (ej.: actas), etc.
2. Los criterios de intervención con las personas usuarias adoptados en las reuniones de equipo se recogen en los expedientes individuales.

El centro dispone y aplica un plan de acogida y acompañamiento de los profesionales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.08_01

Propósito: Facilitar, de una forma estructurada, la incorporación de nuevos profesionales a su puesto de trabajo, a fin de que conozcan toda la información necesaria para poder desempeñar su trabajo de acuerdo a los objetivos del centro, favoreciendo su integración en el mismo y su integración como miembro activo del equipo.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una metodología de acogida de nuevos profesionales. Dicha metodología está descrita y contiene, al menos, información sobre: responsable de la acogida, cómo se realiza, tiempo de adaptación al puesto de trabajo, actividades de tutorización, descripción de las actividades y servicios del centro, canales de comunicación y vías de participación como miembro del equipo del centro.
2. La acogida de un nuevo profesional sigue la metodología definida.
3. Están definidas y se desarrollan acciones de acompañamiento en el puesto de trabajo durante el tiempo necesario para que el profesional trabaje de forma autónoma.



El centro define las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.09_01

Propósito: Definir las funciones y responsabilidades de cada puesto de trabajo del centro como instrumento de apoyo indispensable para el mejor y más eficiente desarrollo de las actividades de los profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro identifica los puestos de trabajo y define sus funciones y responsabilidades asociadas, ayudando a entender a los profesionales qué se espera de ellos y cuál es su papel dentro de la organización para facilitar una mayor eficiencia y efectividad en el cumplimiento de sus deberes.
2. Los profesionales del centro conocen sus funciones y responsabilidades.

El centro identifica las necesidades de formación de sus profesionales y planifica las actividades formativas en función de sus objetivos estratégicos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.10_01

Propósito: Detectar las necesidades formativas de los profesionales para definir un plan de formación que ayude a adquirir, actualizar o desarrollar sus competencias, alcanzar los objetivos del centro y alinearse con la estrategia de planificación centrada en la persona.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza herramientas de detección de las necesidades formativas de sus profesionales (ej.: cuestionarios, entrevistas individuales, etc.). Analiza las necesidades detectadas y las prioriza para su abordaje en función de sus objetivos estratégicos, en consonancia con la tipología de población que atiende y las nuevas tendencias que la evidencia científica proporcione.
2. El centro diseña e implanta un plan de formación integral, adaptándose a las necesidades detectadas y asegurándose de que la formación proporcionada sea pertinente y efectiva para mejorar las habilidades y conocimientos de los profesionales.
3. Los profesionales reciben formación específica y actualizada sobre atención centrada en la persona.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno

El centro evalúa el desempeño de sus profesionales fomentando la mejora de sus servicios.



Grupo: II

Código: ES 21 01.11_00

Propósito: Evaluar el desempeño de los profesionales del centro para mejorar la realización de sus tareas y su crecimiento profesional.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un sistema estructurado de evaluación del desempeño de los profesionales con criterios de evaluación alineados con los puestos de trabajo (ej.: autoevaluación, entrevistas de desarrollo profesional, etc.).
2. Los responsables del centro evalúan periódicamente los objetivos de desempeño de los profesionales identificando mejoras para fortalecer sus competencias.

El centro considera el desarrollo del bienestar de los profesionales como un elemento de desarrollo organizativo.



Grupo: III

Código: ES 21 01.12_01

Propósito: Implementar medidas para promover el bienestar de los profesionales, programas de desarrollo profesional y mecanismos de reconocimiento y gratificación. Mejorar el clima laboral del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro ofrece programas de capacitación y desarrollo para mejorar las habilidades y conocimientos de los profesionales (ej.: programas de mentoría, desarrollo de contenido de formación digital interno, biblioteca actualizada con libros, revistas y recursos relevantes, capacitaciones internas y/o externas dirigidas por personas expertas, oportunidades de promoción interna, asociación con universidades y/o institutos técnicos, etc.).
2. El centro tiene establecidos mecanismos de reconocimiento y gratificación del trabajo y de la dedicación de los profesionales (ej.: bonificaciones, días libres, capacitación profesional, premios, reconocimiento público, etc.).
3. El centro implementa medidas específicas destinadas a apoyar y promover el autocuidado entre sus profesionales (ej.: manejo del estrés, talleres sobre balance vida-trabajo, sesiones de terapia grupal o individual, iniciativas y espacios de descanso adecuados en el lugar de trabajo, etc.).
4. El centro realiza periódicamente un diagnóstico del clima laboral, analiza la información extraída, identifica e implementa mejoras en caso necesario.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno

El centro favorece la conciliación de la vida familiar con la vida laboral de sus profesionales.



Grupo: II

Código: ES 21 01.13_01

Propósito: Implantar acciones para compatibilizar la vida familiar y laboral de los profesionales del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un plan de conciliación que recoge las medidas a las que se pueden acoger los profesionales para conciliar su vida familiar y laboral (ej.: flexibilidad horaria, acumulación de horas extras que pueden compensarse por días libres, trabajo a tiempo parcial, excedencia por el cuidado de hijos y personas dependientes, teletrabajo, etc.).
2. El plan de conciliación se da a conocer a los profesionales del centro, así como los procedimientos para acogerse a las medidas incluidas en el mismo.

El centro define y comunica sus principios y normas éticas.



Grupo: I

Código: ES 21 01.14_01

Propósito: Disponer de principios y normas que garanticen una atención de la persona usuaria y su familia basada en valores y principios éticos.

Elementos evaluables:

1. El centro define sus principios y normas éticas (código ético, procedimiento, principios o buenas prácticas) conforme a las directrices de la Administración competente, para facilitar el proceder profesional.
2. Los principios y normas éticas están fácilmente accesibles a los profesionales del centro para su consulta.
3. La dirección del centro implementa acciones para promover una atención basada en valores y principios éticos (ej.: desarrollo de actividades de formación/sensibilización para los profesionales sobre valores y principios éticos en la atención, etc.).



El centro se compromete con la implementación y adaptación de modelos de atención centrados en la persona, enfocados a responder a las necesidades individuales y únicas de cada persona usuaria.



Grupo: I

Código: ES 21 01.15_00

Propósito: Implementar un modelo de atención centrado en la persona dando respuesta a sus necesidades y características individuales. Orientar la organización del centro al entorno comunitario (enfoque comunitario, proximidad y recursos comunitarios).

Elementos evaluables:

1. El centro ha realizado una evaluación inicial de su modelo actual de atención a la persona usuaria, de los recursos que tiene disponibles, de las capacidades y habilidades de los profesionales, etc., para detectar fortalezas y debilidades al objeto de potenciarlas o corregirlas en el proceso de cambio de su modelo de atención.
2. El centro ha definido su modelo de atención centrado en la persona, planificando el proceso de cambio (ej.: plan de transición y adecuación para cambiar de un modelo asistencial a un modelo de apoyo centrado en la persona, plan orientado hacia un enfoque individualizado e integral, etc.).
3. El centro realiza un seguimiento y una evaluación periódica del proceso de cambio identificando problemas o áreas de mejora en caso necesario.
4. Los profesionales del centro reciben formación continua para entender cómo funciona el nuevo modelo de atención centrado en la persona y qué se espera de ellos.
5. El centro comunica el cambio de modelo de atención a las personas usuarias y familias para asegurarse de que todos comprenden y están comprometidos con el cambio.
6. El centro desarrolla prácticas estructuradas y organizadas en el entorno comunitario, con enfoque comunitario, de proximidad y utilizando los recursos comunitarios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas. Estas prácticas se evalúan, analizan y se identifican e implementan mejoras.



El centro alinea sus actividades con las de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ante los desafíos ambientales, políticos y económicos.



Grupo: III

Código: ES 21 01.16_00

Propósito: Impulsar el alineamiento de las actividades de la organización con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Elementos evaluables:

1. El centro identifica los ODS relevantes en los que impacta y define objetivos y metas específicas.
2. El centro integra los ODS en su estrategia, mide el impacto y monitoriza su progreso.
3. El centro elabora proyectos de mejora relacionados con los ODS sobre los que no se impacta y debería hacerlo.
4. El centro promueve la participación activa de las personas usuarias en sus proyectos alineados con los ODS.
5. El centro informa a sus grupos de interés sobre su progreso y colabora con ellos para abordar los desafíos relacionados con los ODS.

El centro está implicado en el desarrollo de proyectos de investigación individuales o en colaboración con otras organizaciones.



Grupo: III

Código: ES 21 01.17_01

Propósito: Definir una estrategia para desarrollar líneas de investigación en el centro como elemento de innovación y desarrollo. Fomentar la investigación propia del centro o en colaboración con otros centros y servicios en función de la línea de investigación y los recursos disponibles.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene asignada una persona responsable de liderar los proyectos de investigación, ha definido sus líneas de investigación y asigna recursos para el desarrollo de una estructura de investigación.
2. El centro identifica alianzas estratégicas para la participación activa en proyectos de investigación.
3. El centro tiene en marcha proyectos de investigación propios o en colaboración con otros centros y servicios.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno

El centro realiza un seguimiento periódico de su presupuesto económico.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 01.18_01

Propósito: Realizar un seguimiento y control periódico del grado de cumplimiento del presupuesto económico, monitorizando y controlando las desviaciones respecto a sus objetivos presupuestarios con el fin de corregirlas.

Elementos evaluables:

1. El centro realiza una monitorización de su presupuesto económico al menos trimestralmente, disponiendo de objetivos y resultados.
2. En caso de desviación del presupuesto económico se establecen acciones correctivas.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 1: Dirección y sistema de gobierno

➤ **Criterio 2: Gestión por procesos**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar que la organización esté diseñada de manera que coloque a las personas usuarias en el centro. Esto implica la necesidad de flexibilidad en la ejecución de procesos y la personalización de los servicios. Todos los procesos y actividades dentro de la organización se estructuran y diseñan de manera que se alineen con el objetivo de satisfacer las necesidades y preferencias individuales de las personas a las que se les ofrecen servicios y apoyos.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Identificar sus principales procesos y los responsables de los mismos. Definir la secuencia de actividades que componen cada uno de los procesos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de las personas usuarias.
- Realizar una gestión integrada ya que los procesos dentro de una organización no operan de forma aislada, sino que están interconectados.
- Disminuir la variabilidad, eliminar ineficiencias asociadas a la repetitividad de actividades y optimizar la utilización de recursos.
- Monitorizar los indicadores regularmente e implementar mejoras basadas en la retroalimentación y los resultados de las evaluaciones.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia de cada proceso, identificando y priorizando áreas de mejora.
- Incorporar la participación de la persona usuaria y de los profesionales en los procesos para conseguir mejorarlos, adecuándolos en lo posible a sus expectativas y circunstancias de vida.



El centro identifica sus procesos clave, estratégicos y de soporte.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 02.01_01

Propósito: Garantizar un desarrollo eficaz en la gestión del centro identificando los procesos clave, estratégicos y de soporte que afectan a la prestación de su actividad, asignando responsabilidades y estableciendo un mapa de procesos para relacionarlos, contando con la participación de sus profesionales.

Elementos evaluables:

1. La dirección del centro, con la participación de sus profesionales, identifica y selecciona los procesos clave, estratégicos y de soporte.
2. El centro elabora un mapa de procesos en el que se identifican las interrelaciones entre los procesos clave, estratégicos y de soporte.
3. El centro asigna un responsable para cada uno de los procesos identificados.
4. La documentación relativa al mapa de procesos está accesible para los profesionales del centro.

El centro tiene implantado su o sus procesos clave.



Grupo: I

Código: ES 21 02.02_00

Propósito: Elaborar, consensuar y sistematizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de las actividades definidas en cada una de las fases del proceso o procesos clave.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene descrito su proceso o procesos clave, definiendo sus entradas, sus salidas y la secuencia de actividades que lo componen contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan dichas actividades (ej.: diagrama de flujos, tabla, representación gráfica, etc.).
2. Los profesionales del centro conocen las actividades a realizar en el proceso o procesos clave y sus responsabilidades.
3. Están disponibles los registros y herramientas necesarias para el desarrollo del proceso o procesos clave.
4. Están funcionando los flujos de trabajo compartido y de comunicación determinados por el proceso o procesos clave.
5. El centro identifica los indicadores para evaluar el funcionamiento del proceso o procesos clave.



El centro analiza y mejora los resultados de los indicadores del proceso o procesos clave.



Grupo: II

Código: ES 02 02.03_00

Propósito: Analizar y mejorar los resultados de los indicadores del proceso o procesos clave del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de resultados de los indicadores del proceso o procesos clave, los analiza, identifica e implementa mejoras en caso necesario.
2. El centro mejora los resultados de su proceso o procesos clave (tendencias positivas).

El centro tiene implantados los procesos estratégicos necesarios para la prestación del servicio.



Grupo: II

Código: ES 21 02.04_01

Propósito: Elaborar, consensuar y sistematizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de las actividades definidas en cada una de las fases de los procesos estratégicos identificados por el centro, para dar respuesta a la estrategia planteada y al servicio prestado.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene descritos sus procesos estratégicos, definiendo sus entradas, sus salidas y la secuencia de actividades que los componen contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan dichas actividades (ej.: diagrama de flujos, tabla, representación gráfica, etc.).
2. Los profesionales del centro conocen las actividades a realizar en los procesos estratégicos y sus responsabilidades.
3. Están disponibles los registros y herramientas necesarias para el desarrollo de los procesos estratégicos.
4. Están funcionando los flujos de trabajo compartido y de comunicación determinados por los procesos estratégicos.
5. El centro identifica los indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos estratégicos.



El centro analiza y mejora los resultados de los indicadores de los procesos estratégicos.



Grupo: III

Código: ES 21 02.05_00

Propósito: Analizar y mejorar los resultados de los indicadores de los procesos estratégicos del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de resultados de los indicadores de los procesos estratégicos, los analiza, identifica e implementa mejoras en caso necesario.
2. El centro mejora los resultados de sus procesos estratégicos (tendencias positivas).

El centro tiene implantados los procesos de soporte necesarios para la prestación del servicio.



Grupo: II

Código: ES 21 02.06_01

Propósito: Elaborar, consensuar y sistematizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de las actividades definidas en cada una de las fases de los procesos de soporte identificados por el centro, para dar respuesta al servicio prestado durante toda la intervención.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene descritos sus procesos de soporte, definiendo sus entradas, sus salidas y la secuencia de actividades que los componen contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan dichas actividades (ej.: diagrama de flujos, tabla, representación gráfica, etc.).
2. Los profesionales del centro conocen las actividades a realizar en los procesos de soporte y sus responsabilidades.
3. Están disponibles los registros y herramientas necesarias para el desarrollo de los procesos de soporte.
4. Están funcionando los flujos de trabajo compartido y de comunicación determinados por los procesos de soporte.
5. El centro identifica los indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos de soporte.



El centro analiza y mejora los resultados de los indicadores de los procesos de soporte.



Grupo: III

Código: ES 21 02.07_00

Propósito: Analizar y mejorar los resultados de los indicadores de los procesos de soporte del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de resultados de los indicadores de los procesos de soporte, los analiza, identifica e implementa mejoras en caso necesario.
2. El centro mejora los resultados de sus procesos de soporte (tendencias positivas).

El centro revisa y mejora todos sus procesos claves, estratégicos y de soporte.



Grupo: III

Código: ES 21 02.08_00

Propósito: Revisar, modificar y actualizar los procesos claves, estratégicos y de soporte de manera que el centro esté preparado para enfrentar los desafíos del presente y futuro.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene establecido un sistema de revisión y evaluación de todos sus procesos claves, estratégicos y de soporte teniendo presente la alineación con su estrategia, con los cambios del entorno, las nuevas necesidades de las personas usuarias y del centro.
2. Los profesionales participan en la revisión de los procesos y en la identificación de mejoras para dar respuesta a la estrategia del centro y a la prestación del servicio.
3. El centro evalúa el impacto de las modificaciones implantadas en los procesos y mide los beneficios o mejoras obtenidos.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 2: Gestión por procesos



Bloque 2:
Planificación
centrada en
la persona



Criterio 3

**Derechos, participación y
enfoque comunitario**



Criterio 4

**Promoción de calidad
de vida**

➤ **Criterio 3: Derechos, participación y enfoque comunitario**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es promover el desarrollo de la atención centrada en la persona, donde cada individuo sea reconocido como tal, con sus derechos, deseos y necesidades específicas. Se pretende que la persona no sólo sea una receptora del servicio, sino que también tenga un papel activo en la toma de decisiones relacionadas con su vida. Esto se logra creando oportunidades para su participación activa, fomentando la autodeterminación, promoviendo sus derechos y facilitando su acceso a la comunidad a lo largo de todo su proceso de atención.

La calidad en la prestación de un servicio se basa en principios de dignidad, individualidad, el respeto a la intimidad, la confidencialidad, el trato equitativo, la participación activa, la prevención de abusos y una gestión transparente y ética.

El abordaje de los siguientes estándares facilitará a los centros:

- Garantizar los derechos de las personas usuarias, estableciendo derechos y deberes claros que aseguren que sean tratadas con respeto y dignidad y que entiendan sus responsabilidades con el centro. Desarrollar mecanismos que garanticen, entre otros, la dignidad y el respeto de la persona asegurando el buen trato, la no discriminación, la intimidad y la privacidad.
- Asegurar una incorporación al centro adaptada a las necesidades de la persona usuaria ofreciendo los apoyos necesarios para minimizar el estrés y fomentando la adaptación al nuevo entorno.
- Establecer vías de participación de las personas usuarias y familias en el funcionamiento del centro, involucrándolas en las decisiones, mejorando la transparencia y fomentando un ambiente de colaboración y respeto mutuo.
- Garantizar vías seguras para prevenir y denunciar abusos, protegiendo a las personas usuarias y asegurando un ambiente seguro y respetuoso para las mismas.
- Abordar dilemas éticos de forma estructurada y tomar decisiones alineadas con los valores del centro.
- Mejorar el bienestar y la autonomía de la persona usuaria minimizando el uso de las sujeciones y medidas restrictivas, promoviendo un ambiente de cuidado centrado en la persona.
- Facilitar el acceso al entorno comunitario, creando oportunidades de relación y fomentando el mantenimiento de conexiones con lugares y personas significativas para favorecer el bienestar emocional y social de las personas usuarias.
- Desarrollar la coordinación interinstitucional con los servicios sociales, educación, empleo y salud asegurando la atención integral de las personas usuarias.



El centro promueve los derechos y deberes de las personas usuarias a través de la carta de derechos y deberes.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.01_01

Propósito: Promover y proteger el respeto y la dignidad de las personas usuarias y empoderarlas a través de la definición y difusión de la carta de derechos y deberes.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una carta de derechos y deberes y la difunde en sus diferentes espacios. Está disponible en varios formatos para garantizar su accesibilidad (ej.: en braille o en audio para personas con discapacidad visual, lectura fácil, adaptación a otros idiomas, etc.).
2. El centro garantiza la difusión activa de la carta de derechos y deberes a las personas usuarias y la presenta a las nuevas personas usuarias como parte de su proceso de acogida.
3. El centro revisa y actualiza el contenido de la carta de derechos y deberes implicando a todas las partes interesadas (personas usuarias, familias y profesionales del centro).
4. Los profesionales del centro están formados y familiarizados con la carta de derechos y deberes.



El centro tiene definida y aplica una metodología de acogida de la persona usuaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.02_01

Propósito: Establecer la sistemática de acogida de las personas usuarias y sus familias aportándoles la información básica necesaria y adaptada a sus características, para que la incorporación al centro se produzca en un clima de confianza y disminuya la incertidumbre que puede producir este cambio vital.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una metodología de acogida centrada en la persona usuaria (ej.: plan, protocolo, procedimiento o proceso de acogida) que contempla la recogida de información en el preingreso para personalizar la atención desde la llegada al centro, favoreciendo la continuidad de sus rutinas diarias. La acogida se adapta a las características de la persona usuaria y su familia y, en ella, se proporciona información básica sobre derechos y deberes, precios, servicios, horarios, custodia de objetos personales, etc.
2. Los profesionales conocen y están formados en la metodología de acogida y la importancia de la misma para que las personas usuarias nuevas se sientan bienvenidas y seguras.
3. El centro asigna un profesional de referencia para el proceso de acogida al que las personas usuarias/familias puedan realizar preguntas y/o manifestar preocupaciones.
4. El centro facilita un ambiente acogedor y de calidez para las personas usuarias nuevas. En el ámbito residencial se permite llevar objetos significativos o personales, fotografías y otras pertenencias para hacer que el espacio resulte más familiar y personal.
5. El centro dispone y aplica un sistema de evaluación y mejora continua sobre la experiencia de la acogida (ej.: encuestas a personas usuarias y familias tras la fecha de ingreso) y analiza la información para mejorar el proceso de acogida y garantizar que este satisface las necesidades de las personas usuarias.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 3: Derechos, participación y enfoque comunitario

El centro facilita la elección del profesional de referencia en base a las necesidades y preferencias de las personas usuarias.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.03_01

Propósito: Garantizar la asignación de un profesional de referencia acorde con las necesidades y preferencias de las personas usuarias para promover un apoyo personalizado a cada persona en su día a día.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene descritos los criterios de asignación del profesional de referencia para cada persona usuaria, teniendo en cuenta su opinión, necesidades y preferencias individuales. Se establecen estrategias de apoyo individualizado para facilitar su elección.
2. Existe un mecanismo de comunicación que garantiza que tanto la persona usuaria como el profesional de referencia son informados sobre esta asignación. El profesional de referencia es informado de todos los aspectos para conocer a la persona usuaria.
3. El centro tiene definidas las tareas básicas del profesional de referencia.
4. El centro evalúa regularmente el desempeño del profesional de referencia y realiza ajustes en caso necesario.
5. Se evalúa periódicamente la satisfacción de la persona usuaria con respecto a la labor del profesional de referencia asignado.



El centro dispone y difunde una guía de convivencia y funcionamiento.



Grupo: I

Código: ES 21 03.04_01

Propósito: Proporcionar una guía de convivencia y funcionamiento que permita conocer a las personas usuarias el conjunto de normas, derechos y responsabilidades durante su estancia en el centro, orientando el comportamiento y la interacción entre todas las personas que forman parte del mismo.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una guía de convivencia y funcionamiento actualizada y adaptada a las características de las personas usuarias. Dicha guía contiene al menos: normas de convivencia que establecen reglas básicas de comportamiento, incluyendo normas de respeto mutuo, privacidad, seguridad y uso compartido de espacios, horarios, cartera de servicios, mecanismos de participación, procedimiento de quejas y sugerencias e información sobre contactos con el centro (teléfonos y correos electrónicos).
2. El centro difunde la información de la guía de convivencia y funcionamiento a través de un canal estable (ej.: cartelería, web, entrega de documentos, etc.) para facilitar su difusión entre las personas usuarias, familias y profesionales.
3. El centro evalúa periódicamente la satisfacción de las personas usuarias y familias con la guía de convivencia y funcionamiento e incorpora mejoras en base a las opiniones de las mismas.

El centro garantiza la existencia de un expediente personal único y con una estructura uniforme.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.05_01

Propósito: Disponer de un expediente individual único para cada persona usuaria, claramente identificado, para evitar duplicados y errores. Definir la estructura de los expedientes individuales y asegurar que la información generada se registra en los mismos de manera eficiente y segura.

Elementos evaluables:

1. El centro etiqueta el expediente con al menos dos identificadores inequívocos de la persona usuaria (ej.: nombre, número de identificación, DNI, fotos, etc.) para evitar errores o confusiones. Cualquier archivo adicional, con independencia de su formato, que no esté en el expediente principal se etiqueta de la misma forma.
2. El centro tiene definida la estructura de los expedientes individuales: tipos de documentos, normas sobre cómo cumplimentarlos y criterios de ordenación y almacenamiento. Los profesionales conocen y aplican dichas normas y criterios.
3. Los profesionales acceden a la información relativa a la persona usuaria de forma fácil y segura para conocer las actuaciones realizadas y registrar la nueva información generada.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 3: Derechos, participación y enfoque comunitario

El centro garantiza que la persona usuaria tenga un acceso total y transparente a la información de su expediente individual.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.06_01

Propósito: Definir un sistema que garantice que cada persona usuaria/representante legal tenga un acceso completo, transparente y claro a la información de su expediente individual.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un sistema (ej.: proceso, procedimiento, protocolo, etc.) para garantizar el acceso de la persona usuaria/representante legal a su expediente, respetando su privacidad, confidencialidad y consentimiento.
2. Los profesionales reciben las pautas necesarias para facilitar el acceso a toda la información de manera respetuosa y clara.
3. Los profesionales del centro adaptan la información del expediente individual para que sea comprensible y clara, teniendo presente las características individuales de la persona usuaria (ej.: capacidad cognitiva, edad, idioma, déficit sensorial o auditivo, etc.). Los profesionales están disponibles para explicar y aclarar a la persona la información de su expediente y apoyarla en su comprensión.
4. Se registra cuándo y cómo se facilita el acceso al expediente de una persona usuaria/representante legal y cualquier aclaración o soporte proporcionado.



El centro tiene establecidos mecanismos dirigidos a garantizar la dignidad y el respeto de la persona usuaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.07_01

Propósito: Garantizar contextos que dignifiquen la vida de las personas usuarias y velen por el ejercicio de sus derechos en términos de igualdad de oportunidades, igualdad de trato, libertad de elección, autodeterminación, control de su propia vida y respeto a sus deseos, intimidad y privacidad.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene incorporadas en su funcionamiento prácticas que promueven la igualdad de oportunidades y de trato para todas las personas usuarias, independientemente de su condición (ej.: espacios accesibles, material de divulgación que refleja la diversidad sin estereotipos, carteles o folletos en lugares visibles que promueven la igualdad y la diversidad, elección de talleres, accesibilidad a materiales utilizados, etc.).
2. El centro practica la comunicación centrada en la persona generando los apoyos necesarios para comprenderla, escucharla, valorarla y aceptarla.
3. El centro fomenta la libertad de elección, la autodeterminación, las decisiones y elecciones de las personas usuarias, promoviendo su autonomía y control sobre su propia vida (ej.: participación activa en su plan de atención y de apoyo, participación en su proyecto educativo individualizado, elección de actividades individuales o colectivas, salidas de ocio, ropa, etc.).
4. El centro establece cauces formales para valorar las capacidades de la persona usuaria para ejercer su capacidad jurídica y formalizar las medidas de apoyo durante todo su proceso de atención.
5. Los espacios físicos y la organización de las actividades en el centro son respetuosos con la dignidad de las personas usuarias y están adaptados a sus necesidades y preferencias. En los espacios privados del centro se fomenta la personalización (ej.: habitación residencial, unidades de convivencia, etc.) y la utilización de sus pertenencias.
6. El centro dispone de mecanismos para evaluar de manera continua el cumplimiento de estos aspectos, analiza esta información, aprende e incorpora acciones de mejora.



El centro diseña los cauces necesarios para el manejo de situaciones relacionadas con el final de la vida de las personas usuarias.



Grupo: I

Código: ES 21 03.08_00

Propósito: Asegurar que la gestión del proceso del final de vida de la persona usuaria se realiza de manera justa, ética y con el mayor respeto hacia la dignidad y derechos de la misma.

Elementos evaluables:

1. Centro residencial de atención a la dependencia: El centro dispone y aplica un protocolo que aborda las situaciones relacionadas con el final de la vida de las personas usuarias, garantizando el respeto a la dignidad, autonomía y bienestar, aliviar el sufrimiento, tratar el dolor y gestionar otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales.
2. Centro residencial de atención a la dependencia: El centro promueve activamente que las personas usuarias realicen la declaración de sus voluntades vitales anticipadas, asegurando que sus deseos y preferencias sean conocidos y respetados.
3. Centro residencial de atención a la dependencia: El centro ofrece apoyo continuo a las familias durante el proceso del final de la vida y en la etapa del duelo, facilitando la gestión de los recursos y la atención necesaria.



El centro diseña y aplica un mecanismo para abordar la resolución de conflictos éticos surgidos durante la prestación del servicio a las personas usuarias.



Grupo: II

Código: ES 21 03.09_01

Propósito: Definir y poner en práctica mecanismos para realizar consultas, sugerir cambios y resolver los problemas o dilemas éticos aparecidos durante la prestación del servicio.

Elementos evaluables:

1. El centro cuenta con un grupo de trabajo o comité de ética, con formación al respecto, que permite la reflexión sobre posibles conductas que hay que prevenir para evitar el maltrato y para asesorar al equipo de profesionales en la toma de decisiones ante conflictos éticos surgidos en la prestación del servicio a las personas usuarias.
2. El centro dispone de un procedimiento que describe cómo las personas usuarias, familias y profesionales pueden realizar consultas y dudas de índole ético al grupo de trabajo o comité de ética.
3. Las personas usuarias, familias y profesionales del centro conocen los mecanismos para trasladar al grupo de trabajo o comité de ética los casos que planteen conflictos éticos.
4. El centro dispone de los mecanismos necesarios para garantizar la difusión de las recomendaciones del grupo de trabajo o comité de ética a las personas usuarias, familias y profesionales.
5. El centro sensibiliza a los profesionales sobre temas de contenido ético en relación con la intervención/ cuidados (ej.: intimidad, confidencialidad, autonomía, discriminación por edad, negligencia en la intervención/ cuidados, implicaciones éticas con el uso de medidas de contención, etc.).



El centro diseña y aplica estrategias que minimizan la utilización de sujeciones y regula las medidas restrictivas.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.10_01

Propósito: Diseñar estrategias que contemplen la regulación de la supresión de sujeciones y la aplicación de medidas restrictivas basada en criterios claros y justificados para proteger los derechos y la dignidad de las personas usuarias.

Elementos evaluables:

1. El centro regula la aplicación de medidas restrictivas mediante el uso de protocolos que garanticen el uso adecuado de las mismas (ej.: contención mecánica, farmacológica, régimen de visitas y salidas, alteración del régimen normal de vida, reglamento de organización y funcionamiento en centros de menores, etc.). Dichos protocolos incluyen: las indicaciones de aplicación de cada una de las medidas restrictivas que aplica el centro, la prescripción de la medida, el consentimiento, la sistemática de registro en el expediente de la persona usuaria, el sistema de revisión, seguimiento y evaluación periódica para garantizar que las medidas siguen siendo necesarias y proporcionales.
2. El centro analiza y desarrolla estrategias de reducción de sujeciones mediante:
 - 2.1. El análisis de la necesidad de la sujeción y la aplicación de medidas restrictivas, utilizando sujeciones solo cuando sea absolutamente necesario para garantizar la seguridad y cuando no haya opciones menos restrictivas.
 - 2.2. El análisis de la proporcionalidad de la medida restrictiva empleada en relación al riesgo y la duración en la que se aplica dicha restricción.
 - 2.3. La valoración de la eficacia de la medida restrictiva para prevenir el riesgo, justificando claramente la razón y la efectividad de la sujeción elegida.
 - 2.4. La individualización de la medida restrictiva adaptándola a las características y necesidades específicas de cada persona.
 - 2.5. La utilización de medidas alternativas que minimicen su uso (ej.: alfombrillas de cama con sensor, alfombrillas de suelo con sensor, etc.).
3. Los profesionales del centro tienen formación en la aplicación de medidas restrictivas y en los modelos de intervención de enfoque preventivo (ej.: centro libre de sujeciones) y positivo en la gestión de conductas problema (ej.: apoyo conductual positivo).
4. El centro promueve que las familias ayuden en el desarrollo de estrategias para evitar el uso de sujeciones y medidas restrictivas.
5. El centro pone a disposición de las personas usuarias, familias y profesionales un mecanismo de reclamación para asegurar que las personas con medidas restrictivas tengan la oportunidad de presentar sus puntos de vista y que se respeten sus derechos.



El centro dispone de mecanismos para la promoción del buen trato y para la actuación ante situaciones de trato inadecuado y maltrato.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.11_01

Propósito: Disponer de mecanismos de prevención, detección y denuncia de situaciones reales o potenciales de malos tratos a las personas usuarias y disponer de medidas de promoción del buen trato.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de medidas de promoción del buen trato (ej.: buenas prácticas, sensibilización y formación a los profesionales sobre situaciones que pueden ser consideradas maltrato, protocolo de vulneración de derechos, prácticas de comunicación centrada en la persona, etc.) que son difundidas a todas las personas usuarias, familias y profesionales.
2. El centro dispone de mecanismos formales para la prevención, detección y denuncia de situaciones de malos tratos, abuso y/o violencia hacia las personas usuarias. Dichos mecanismos garantizan la investigación inmediata, estableciendo medidas correctivas según sea necesario.
3. El centro difunde los mecanismos existentes para la prevención, detección y denuncia de situaciones de maltrato, abuso y/o violencia hacia las personas usuarias.
4. El centro analiza los casos de maltrato, abuso y violencia detectados, identifica e implementa mejoras para su abordaje.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 3: Derechos, participación y enfoque comunitario

El centro dispone de mecanismos de participación de las personas usuarias y/o familias en su funcionamiento.



Grupo: II

Código: ES 21 03.12_01

Propósito: Asegurar que el centro diseña e implanta formas efectivas de participación para que las personas usuarias y/o las familias se involucren activamente en su funcionamiento. Fomentar la participación de las personas en la gestión del centro pudiendo influir en las decisiones que afectan su vida diaria.

Elementos evaluables:

1. Se dispone de mecanismos que permiten a las personas usuarias y/o familias participar en la toma de decisiones del funcionamiento del centro (ej.: comités y grupos de participación, reuniones abiertas, grupos focales, etc.). Los mecanismos de participación se ajustan a las necesidades de todas las personas usuarias y/o familias independientemente de su capacidad física o cognitiva, etc.
2. El centro tiene definido el sistema de funcionamiento de los mecanismos de participación de las personas usuarias y/o familias (ej.: representantes, periodicidad de las reuniones, acuerdos, etc.).
3. El centro proporciona información clara y comprensible sobre los mecanismos de participación existentes y sobre cómo las personas usuarias y/o familias pueden involucrarse, existiendo un flujo constante de comunicación entre el centro y las personas usuarias y/o familias.
4. Las sugerencias y feedback de las personas usuarias y/o familias se registran, analizan e introducen mejoras dándose a conocer los resultados de las actuaciones emprendidas.
5. Existen revisiones periódicas de los mecanismos de participación para asegurar su efectividad y realizar mejoras si fuera necesario.



El centro utiliza las reclamaciones, quejas y sugerencias como fuente de información para la mejora de su organización y funcionamiento.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 03.13_01

Propósito: Gestionar las reclamaciones, quejas y sugerencias de acuerdo a un procedimiento definido e identificar las oportunidades de mejora expresadas por las personas usuarias y familias a través de cualquier medio.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un procedimiento para la gestión de las reclamaciones, quejas y sugerencias expresadas por las personas usuarias y familias a través de cualquier medio (ej.: verbales, escritas, correo electrónico, portal de denuncias, etc.) en el que se definen las responsabilidades, los circuitos, los plazos y los informes. Al menos, un mecanismo garantiza el anonimato de la fuente.
2. El centro difunde la existencia de los mecanismos de expresión de reclamaciones, quejas y sugerencias disponibles (ej.: buzón de sugerencias, web, etc.).
3. Se analizan las reclamaciones, quejas y sugerencias recibidas para identificar oportunidades de mejora y se contestan en el plazo definido en el procedimiento del centro.
4. Se implementan mejoras tras el análisis de las reclamaciones, quejas y sugerencias recibidas.

El centro facilita el acceso al entorno e identifica en él oportunidades de relación con lugares y personas significativas evitando situaciones de aislamiento y soledad no deseada.



Grupo: I

Código: ES 21 03.14_01

Propósito: Analizar el entorno del centro y de la persona usuaria e identificar oportunidades para que las personas usuarias promuevan su vida en la comunidad y se mantengan conectadas con lugares y personas significativas para ellas.

Elementos evaluables:

1. El centro realiza un análisis periódico del entorno para identificar oportunidades de la comunidad para la inclusión social y la participación de las personas usuarias (ej.: participación en fiestas locales, transporte, asociaciones, talleres comunitarios, etc.).
2. El centro dispone de mecanismos para identificar los intereses, las necesidades y las preferencias de las personas usuarias con respecto a su participación en la comunidad y a la conexión con lugares y personas significativas para ellas (ej.: familiares, vecinos, etc.).
3. El centro desarrolla actividades de inclusión y participación de la persona usuaria en la comunidad, incorporándolas en su plan personal de atención y de apoyo o en su proyecto educativo individualizado.



El centro se coordina con el ámbito de servicios sociales, salud, educación y empleo garantizando el trabajo en red con los profesionales externos.



Grupo: I

Código: ES 21 03.15_01

Propósito: Asegurar la coordinación con servicios sociales, salud, educación y empleo de forma que se garantice la continuidad en la atención y un abordaje integral en los planes personales de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido las vías de comunicación con los dispositivos y profesionales externos necesarios (ej.: servicios sanitarios, servicios sociales, centros escolares, programas de inserción laboral, etc.) para desarrollar los planes personales de atención y de apoyo o proyectos educativos individualizados.
2. Los profesionales del centro conocen y utilizan las vías de comunicación establecidas para facilitar la continuidad y coordinación en la intervención.
3. Los profesionales del centro registran en el expediente de la persona usuaria los contactos, las coordinaciones y las intervenciones realizadas, pudiéndose verificar la trazabilidad de las actuaciones llevadas a cabo.



Criterio 4: Promoción de calidad de vida

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar actuaciones orientadas a promover la calidad de vida de las personas usuarias y de sus familias, en el contexto de la atención individualizada. Esto se logra mediante el diseño, análisis y evaluación de los planes personales de atención y de apoyo o proyectos educativos individualizados que se centran en las necesidades e intereses de cada persona. En este enfoque centrado en la persona, el centro crea actividades y talleres basados en un profundo análisis de las necesidades y expectativas individuales. Posteriormente, se utilizan herramientas validadas para medir el impacto de estas intervenciones en la calidad de vida de cada persona.

La promoción de la salud desempeña un papel importante en la mejora de la calidad de vida de las personas. Por ello, el centro debe llevar a cabo acciones enfocadas, entre otras, a promover estilos de vida saludables, garantizar una dieta equilibrada y adaptada a cada persona, mejorar el bienestar de las personas usuarias a través de la prevención de complicaciones y patologías, gestionar de forma segura los tratamientos farmacológicos, actuar de forma coordinada en situaciones de urgencia y reducir el riesgo de enfermedades transmisibles.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Planificar actuaciones individualizadas priorizando las necesidades, expectativas e intereses de la persona usuaria.
- Realizar una evaluación sistemática de la persona usuaria con el fin de analizar qué aspectos significativos de su vida quiere mejorar, poniendo en práctica nuevas acciones orientadas a su promoción de calidad de vida.
- Orientar la programación de las actividades grupales o individuales a las necesidades, intereses y expectativas de la persona mejorando su calidad de vida y promoviendo su participación activa en el diseño y desarrollo del programa de actividades y talleres del centro.
- Fomentar la participación de las familias y brindarles herramientas para mejorar sus competencias y la accesibilidad a los recursos existentes.
- Promocionar la salud de las personas usuarias garantizando su bienestar.



El centro valora las necesidades e intereses de la persona usuaria y define un plan personal de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado adaptado a sus características personales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.01_01

Propósito: Valorar las necesidades e intereses de la persona usuaria para diseñar un plan personal de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado adaptado a sus características personales.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un procedimiento de valoración de las necesidades e intereses de la persona usuaria para poder establecer su plan personal de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado. Dicho procedimiento contempla la utilización de herramientas de evaluación validadas y otros instrumentos que permitan valorar las capacidades de la persona y los niveles de apoyo necesarios para orientar la intervención de acuerdo a sus expectativas.
2. Los profesionales del centro siguen el procedimiento y registran las preferencias individuales, hábitos, deseos, hobbies, entorno y contexto social de la persona usuaria (ej.: historia social, historia de vida, etc.) y formas de relación personal (ej.: mapa de relaciones personales). Estos aspectos se tienen presentes en la elaboración del plan personal de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado con el objeto de crear un entorno con sentido para la persona con actividades significativas que partan de su biografía, integrando la intervención en lo cotidiano, elección y diseño de actividades, de compañeros de grupo, habitación, etc.
3. El centro dispone de un procedimiento para la realización de los planes personales de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado. Dicho procedimiento debe contener, al menos, la estructura del plan, los tiempos para establecer el plan inicial, sus revisiones, los profesionales responsables (incluido el profesional de referencia) y cómo se promueve la participación expresa de la persona usuaria y/o representante que haya designado, para definir objetivos, identificando y facilitando los apoyos necesarios.
4. El plan personal de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado recoge los objetivos y las actuaciones de apoyo necesarios para alcanzar las metas establecidas de acuerdo a la voluntad, necesidades, características individuales y preferencias de la persona usuaria y contando con su participación y, si es necesario, con la participación de otras personas de su familia o personas que la conozcan bien.



El centro evalúa periódicamente el plan de atención personal y de apoyo o proyecto educativo individualizado de la persona usuaria.



Grupo: I

Código: ES 21 04.02_01

Propósito: Analizar qué aspectos significativos de su vida la persona usuaria quiere mejorar y mantener, así como los apoyos y oportunidades que necesita para hacerlo. Proporcionar información periódica a la persona usuaria y familia sobre su situación actual en el centro y su evolución en la mejora de su calidad de vida.

Elementos evaluables:

1. Se realiza una evaluación periódica del cumplimiento de los objetivos propuestos en el plan de atención personal y de apoyo o proyecto educativo individualizado de la persona usuaria, en base a indicadores y en el tiempo definido en la normativa vigente o en el procedimiento definido por el centro.
2. En la evaluación del plan de atención personal y de apoyo o proyecto educativo individualizado se identifican e introducen las nuevas acciones de mejora necesarias para alcanzar los resultados esperados, en base a la evaluación de los objetivos, a los resultados de las herramientas de valoración aplicadas (ej.: pruebas, escalas de desarrollo, etc.) y a la valoración de la persona usuaria y/o familia.
3. Se intercambia información con la persona usuaria y/o familia ofreciendo los apoyos necesarios para su comprensión sobre su situación actual y la evolución en su calidad de vida (ej.: entrevista, informe de seguimiento, etc.).

El centro diseña y desarrolla un programa de actividades acorde a las necesidades, intereses y expectativas de las personas usuarias.



Grupo: I

Código: ES 21 04.03_01

Propósito: Diseñar y facilitar el acceso a actividades individuales y/o grupales que estén relacionadas con los objetivos establecidos en los planes personales de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado promoviendo la mejora de la calidad de vida.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene diseñado un plan de actividades grupales que dan respuesta a las necesidades e intereses detectados de forma individual en las personas usuarias. Además, se desarrollan actividades orientadas a adoptar estilos de vida saludables (ej.: hábitos alimentarios, ejercicio físico, deshabituación tabáquica, higiene personal, etc.).
2. El centro promueve y facilita el acceso a actividades individuales en relación con el desarrollo de los objetivos marcados en los planes personales de atención y de apoyo o proyecto educativo individualizado (ej.: inclusión social, desarrollo personal, autonomía, bienestar físico, emocional y social, etc.).
3. El centro facilita el desarrollo de actividades en colaboración con profesionales externos y el entorno social para la consecución de los objetivos del plan personal de atención y apoyo o proyecto educativo individualizado de la persona usuaria.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 4: Promoción de calidad de vida

El centro dispone y aplica un procedimiento de evaluación de la calidad de vida de la persona usuaria.



Grupo: I

Código: ES 21 04.04_01

Propósito: Conocer la calidad de vida de la persona usuaria considerando sus dimensiones más importantes e incorporando las percepciones y expectativas personales, para crear planes y estrategias de atención que se centren en mejorar su calidad de vida.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene implementado un método estandarizado para medir la calidad de vida de las personas usuarias.
2. El centro incorpora las percepciones y expectativas personales en la evaluación de la calidad de vida (ej.: encuestas de satisfacción, entrevistas individuales o grupales, etc.).
3. El centro utiliza los datos obtenidos en la evaluación de la calidad de vida para desarrollar planes y estrategias de atención individualizadas.

El centro analiza los objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas, aprende y mejora.



Grupo: II

Código: ES 21 04.05_01

Propósito: Analizar los resultados obtenidos en la evaluación de las distintas dimensiones de calidad de vida de las personas usuarias e incorporar mejoras individuales y a nivel de centro.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza los resultados obtenidos de la aplicación de las herramientas de evaluación de la calidad de vida de las personas usuarias.
2. El centro realiza una evaluación sistemática del impacto en la calidad de vida, analiza los resultados y los comparte con la persona usuaria/familia, aprende e implementa acciones de mejora contando con sus expectativas y necesidades.



El centro promueve la calidad de vida familiar informando sobre los recursos económicos y sociales y desarrollando las competencias familiares.



Grupo: I

Código: ES 21 04.06_01

Propósito: Promover la calidad de vida familiar desarrollando actuaciones que proporcionen a las familias información, asesoramiento y capacitación.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene identificados los recursos sociales y económicos disponibles y los da a conocer a las familias y personas usuarias (ej.: guía actualizada de recursos, profesionales que informan de los recursos existentes a lo largo de la prestación, etc.).
2. El centro ofrece asesoramiento para cubrir las necesidades de las personas usuarias y las familias mejorando el abordaje de situaciones en las que las familias necesitan apoyo a lo largo de todo el ciclo vital de la persona (ej.: asesoramiento psicológico, social, médico, legal, etc.).
3. Centros de día: El centro identifica las necesidades formativas y/o de apoyo de las familias, personas cuidadoras o personas de referencia.
4. Centros de día: El centro dispone de actividades formativas para las familias, personas cuidadoras o personas de referencia que incluyen cursos y talleres a impartir en función de sus necesidades.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 4: Promoción de calidad de vida

El centro garantiza que las personas usuarias reciban una alimentación variada, adecuada y adaptada a sus necesidades.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.07_01

Propósito: Asegurar que las personas reciben una alimentación equilibrada y variada de acuerdo a sus necesidades.

Elementos evaluables:

1. El centro implanta procedimientos en relación a las dietas (ej.: prescripción, petición a cocina, reparto, horarios, tipos, etc.).
2. El centro dispone de una carta de menús supervisada por un/a médico/a o especialista en dietética o nutrición para asegurar su adecuada calidad y variedad.
3. Las dietas y horarios de comidas están expuestos en el centro para darlos a conocer a las personas usuarias y, en los casos que proceda, se envían a las familias para su conocimiento.
4. El centro dispone de información individualizada del tipo de dieta de cada persona usuaria, teniendo en cuenta sus intolerancias, alergias, alimentos de consumo ocasional y son conocidos por el personal de cocina y por el personal de atención directa. La dieta se actualiza en función de las necesidades nutricionales de la persona usuaria.
5. El centro tiene definido y aplica un mecanismo para comprobar que las personas usuarias con dietas especiales (ej.: hiposódica, astringente, sin gluten, triturada, alergias o intolerancias alimenticias, etc.) reciben la dieta prescrita.
6. El centro evalúa periódicamente el grado de satisfacción de las personas usuarias con la alimentación que reciben. Si es posible, se incluye en dicha evaluación a los profesionales y familias (ej.: encuestas, comités culinarios, etc.).



El centro desarrolla estrategias para la prevención y el control de enfermedades transmisibles en coordinación con los servicios de salud.



Grupo: I

Código: ES 21 04.08_00

Propósito: Establecer canales de comunicación ágiles con los servicios de salud para implementar las medidas de prevención y control necesarias para disminuir el riesgo de infecciones y proteger a las personas usuarias, profesionales y/o visitas.

Elementos evaluables:

1. En el centro existe una persona responsable de la coordinación con los servicios de salud y de la implementación de los planes necesarios para la prevención y el control de enfermedades transmisibles.
2. El centro desarrolla actividades de formación/sensibilización para los profesionales sobre medidas de prevención generales para disminuir el riesgo de enfermedades transmisibles.
3. En el centro se registran y controlan las enfermedades transmisibles ocurridas en las personas usuarias (ej.: hepatitis, infecciones respiratorias, enfermedades de transmisión sexual, etc.).
4. El centro promueve de forma activa la vacunación de las personas usuarias y profesionales (ej.: gripe, neumococo, hepatitis B, COVID, etc.). La vacunación de las personas usuarias queda registrada.
5. El centro comunica a los servicios de epidemiología de los distritos y áreas sanitarias que correspondan las situaciones de riesgo para la salud pública (ej.: salmonelosis, gripe, COVID, meningitis, etc.) y aplica las directrices que recibe de los mismos.
6. El centro informa a las visitas de las medidas de protección que deben utilizar en caso de enfermedades transmisibles.



El centro garantiza las correctas condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, productos sanitarios y productos dietoterápicos que utiliza.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.09_01

Propósito: Garantizar que los medicamentos, productos sanitarios y productos dietoterápicos están correctamente almacenados para evitar errores. Establecer los mecanismos necesarios para controlar sus requisitos de conservación, garantizando así su calidad, eficacia y seguridad.

Elementos evaluables:

1. El centro almacena los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos en un lugar fresco, seco, protegido de la luz y con acceso restringido.
 - 1.1. Los medicamentos estupefacientes se custodian bajo llave.
 - 1.2. Los medicamentos termolábiles se guardan en la nevera, que sólo se utilizará para ese fin.
 - 1.3. Los medicamentos con envases similares y los que tienen nombres parecidos se almacenan separados entre sí o se dispone de algún sistema de alerta que advierta del riesgo de confusión.
2. Los medicamentos están correctamente identificados en su envase original o con etiquetas legibles que contengan al menos: nombre del medicamento, principio activo, dosificación, vía de administración, fecha de caducidad y lote.
3. El centro dispone y aplica un procedimiento de conservación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos en el que se definen las responsabilidades, la periodicidad de las revisiones de caducidades y las condiciones especiales de conservación (ej.: termolábiles, fotosensibles, etc.). Los registros de la aplicación de dicho procedimiento se cumplimentan y archivan (ej.: registros de caducidades, registro diario de la temperatura máxima y mínima de la nevera, etc.).
4. Está definido y se controla el plazo de validez de los medicamentos multidosis tras su apertura. Si el medicamento multidosis es de uso individual (ej.: colirios y bolígrafos de insulina) queda identificada de manera inequívoca a qué persona usuaria pertenece.



El centro desarrolla actuaciones para garantizar el uso seguro de los medicamentos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.10_01

Propósito: Establecer medidas para conseguir una utilización segura y eficiente de los medicamentos.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene registrado el tratamiento actual de cada persona usuaria (nombre del medicamento, principio activo, dosis, vía de administración y frecuencia) y sus alergias.
2. Los profesionales encargados de administrar la medicación son informados del tratamiento de cada persona, de la forma de administración y de las actualizaciones o cambios de medicación. En caso de personas usuarias autónomas, el centro tiene definida la custodia de dicha medicación y su administración.
3. El personal autorizado revisa la hoja de tratamiento (tanto tratamientos crónicos como tratamientos puntuales) durante el proceso de preparación de la medicación, comprobando que los datos de la persona usuaria, el nombre del medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia son correctas antes de depositar los medicamentos en los dispositivos utilizados para facilitar su administración (ej.: pastilleros, bandejas, vasitos, blíster, etc.) y antes de su administración. Los dispositivos se identifican con al menos dos identificadores válidos de la persona usuaria (ej.: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de expediente, foto, etc.). En el caso de que la preparación de medicamentos se realice externamente (oficina de farmacia o farmacia de hospital) se comprueba que se corresponde con la hoja de medicación actualizada.
4. El centro registra cualquier incidencia ocurrida durante la administración de la medicación, quedando constancia de la hora y del profesional que la ha administrado/dispensado (ej.: negación a tomarla, vómitos, etc.).



El centro dispone de un programa de intervención de urgencias sanitarias.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.11_01

Propósito: Definir las actuaciones básicas en primeros auxilios a realizar ante una urgencia sanitaria. Dar una respuesta adecuada a dichas situaciones incorporando a los profesionales del centro a un programa de formación continua (reciclaje).

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de protocolos de actuación ante las urgencias más frecuentes (ej.: asfixia, atragantamiento, parada cardiaca, traumatismos, etc.) donde se describen, al menos, los siguientes aspectos: contacto con servicios de emergencia, maniobras profesionales de primeros auxilios a realizar mientras llegan los servicios de emergencia y comunicación con los familiares si procede.
2. Los protocolos de actuación ante las urgencias más frecuentes están disponibles para su consulta y son conocidos por los profesionales.
3. El centro realiza acciones de formación periódicas en primeros auxilios (incluyendo a las nuevas incorporaciones de personal) y recicla los conocimientos de los demás profesionales.





Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 04.12_00

Propósito: Establecer medidas que ayuden a mantener el bienestar de las personas usuarias y prevenir complicaciones y patologías.

Elementos evaluables:

1. Centro de atención a la dependencia: El centro dispone y aplica un protocolo en el que se describen las actuaciones a realizar para prevenir la desnutrición y deshidratación de las personas usuarias.
2. Centro de atención a la dependencia: El centro dispone y aplica un protocolo en el que se describen las actuaciones a realizar para mantener la función cognitiva y abordar la demencia de las personas usuarias.
3. Centro de atención a la dependencia: El centro dispone y aplica un protocolo en el que se describen las actuaciones a realizar para prevenir, detectar, mejorar y cuidar los problemas de eliminación (orina y heces). Se promueven medidas de prevención de la incontinencia urinaria y/o fecal (ej.: actividades físicas, ejercicios de suelo pélvico, recordatorios para ir al servicio, evitar líquidos por la noche, etc.).
4. Centro de atención a la dependencia: El centro dispone y aplica un protocolo en el que se describen las actuaciones a realizar para prevenir y tratar las úlceras por presión y se utilizan escalas de evaluación del riesgo de las mismas. Se dispone del equipamiento necesario para evitar dichas úlceras (ej.: grúas para la movilización, camas articuladas con barandillas, colchones antiescaras, almohadillas para las zonas de mayor roce, etc.).
5. Centro de atención a la dependencia: En el centro se dispone de los registros derivados de la aplicación de los protocolos de desnutrición y deshidratación, mantenimiento de la función cognitiva, incontinencia urinaria/fecal y úlceras por presión.
6. Centro de atención a la dependencia: El centro revisa periódicamente el entorno para identificar factores extrínsecos que pueden ocasionar caídas (ej.: iluminación deficiente, camas y sillas demasiado altas o bajas, cables en el suelo, etc.) y lleva a cabo las medidas de prevención oportunas (ej.: uso de tiras antideslizantes, pasamanos, etc.).
7. Centro de atención a la dependencia: Los profesionales utilizan instrumentos de evaluación del riesgo de caída (ej.: escalas, test, algoritmos, etc.) para identificar a personas usuarias en situación de riesgo (ej.: deterioro cognitivo, demencia, trastornos visuales, toma de medicamentos sedantes, etc.) y poder actuar de forma preventiva. El riesgo de caída y las medidas preventivas quedan registradas.
8. Centro de atención a la dependencia: En el centro se registran las caídas ocurridas, la hora a la que se producen, el lugar, la descripción, las posibles causas, las actuaciones realizadas y las consecuencias en la persona usuaria. El centro analiza periódicamente dicho registro para conocer y trabajar sobre los factores contribuyentes más relevantes en el riesgo de caídas entre las personas usuarias.
9. Centro de atención a la dependencia: El centro dispone de procedimientos y registros para dar respuesta a otras enfermedades degenerativas que puedan tener las personas usuarias que atiende.



El centro desarrolla programas de sensibilización sexual para que las personas comprendan la importancia del respeto y superen los prejuicios reconociendo que todos tienen derecho a una vida sexual plena.



Grupo: I

Código: ES 21 04.13_00

Propósito: Sensibilizar sobre la sexualidad mediante charlas de divulgación y acciones educativas dirigidas a las personas usuarias, familiares y profesionales. Crear materiales adaptados a cada necesidad de apoyo.

Elementos evaluables:

1. El centro realiza charlas informativas y actividades educativas sobre sexualidad para concienciar a las personas usuarias y facilita, en caso necesario, materiales adaptados a sus necesidades. En caso necesario, el centro realiza actividades de concienciación sobre sexualidad dirigidas a las familias.
2. El centro realiza actividades de concienciación y formación dirigidas a profesionales sobre el derecho a la sexualidad plena de las personas usuarias.



Bloque 2: Planificación centrada en la persona
Criterio 4: Promoción de calidad de vida



Bloque 3:
**Mejora
continua del
centro**



Criterio 5
**Seguridad
del entorno**



Criterio 6
**Herramientas de
calidad y resultados**

➤ **Criterio 5: Seguridad del entorno**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar la accesibilidad a los servicios, el confort de los diferentes espacios del centro y la seguridad del entorno para que sea lo más favorable y saludable posible para las personas usuarias, las familias y los profesionales.

El centro debe realizar una correcta gestión y mejora continua de los aspectos relacionados con la limpieza de sus diferentes espacios y enseres, la lavandería, el catering, el transporte de las personas usuarias, las compras, la accesibilidad a los servicios y la seguridad de sus estructuras, instalaciones, equipos y sistemas de información para poder garantizar el mayor nivel de calidad posible de los servicios que ofrece.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Conocer en todo momento la situación estructural del centro y de sus instalaciones, disponiendo de la documentación necesaria en materia de seguridad con el objeto de ofrecer garantías a todos los profesionales, personas usuarias y familias.
- Mantener un entorno de trabajo saludable, confortable y seguro garantizando el bienestar de sus profesionales.
- Disponer de planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias, facilitando una respuesta planificada y efectiva ante incidencias en estos aspectos.
- Mejorar la calidad de los servicios de limpieza y de lavandería, garantizando la higiene y el bienestar a las personas usuarias, lo que repercute en su calidad de vida.
- Mejorar la gestión de residuos asegurando con ello la protección del medio ambiente y la salud de los profesionales, personas usuarias y familias.
- Proteger la confidencialidad y seguridad de los datos personales.



El centro garantiza las condiciones de mantenimiento y seguridad del edificio y de sus instalaciones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.01_01

Propósito: Garantizar, en todo momento, la seguridad estructural del edificio y el mantenimiento de sus instalaciones. Poner en marcha medidas encaminadas a disminuir el impacto de las incidencias que puedan alterar la funcionalidad y/o seguridad de las instalaciones del centro.

Elementos evaluables:

1. En el centro están asignadas las responsabilidades para el control del mantenimiento y seguridad del edificio y de sus instalaciones.
2. El centro tiene identificadas las instalaciones que dan soporte a la realización de su actividad, sus requerimientos técnico-legales, autorizaciones y necesidades de mantenimiento (ej.: alta tensión, baja tensión y su red de puesta a tierra, grupo electrógeno, instalación de gas, de agua potable, calderas, ascensores, sistemas contra incendios, climatización, etc.).
3. El centro dispone de la documentación técnico-legal necesaria para el funcionamiento de sus instalaciones. Dicha documentación está actualizada, sin defectos o están planificadas las acciones necesarias para resolverlos.
4. En caso de disponer de vehículos de transporte utilizados para la atención de las personas usuarias, estos cumplen con la normativa legal vigente para su circulación, características técnicas y de equipamiento y se garantiza su correcto estado con revisiones periódicas.
5. El centro dispone y aplica un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de sus instalaciones y no existen incidencias sin resolver.
6. Los profesionales del centro o de las empresas contratadas para realizar trabajos de mantenimiento del edificio y sus instalaciones disponen de la cualificación necesaria y de las correspondientes homologaciones y/o autorizaciones por organismo competente (ej.: autorización por industria, etc.).
7. El centro dispone de un sistema de comunicación de las incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento y seguridad de las instalaciones, los profesionales lo conocen y utilizan en caso necesario.
8. Se realiza un seguimiento de las incidencias comunicadas para conocer el estado de las mismas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.).



El centro tiene establecidos los procedimientos necesarios para el control de la producción, almacenamiento y eliminación de los residuos y otros productos generados derivados de su actividad.



Grupo: I

Código: ES 21 05.02_01

Propósito: Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales relativos a la generación de residuos y otros productos derivados de la actividad del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento para el control de la producción, almacenamiento y eliminación de los productos y residuos que genera (ej.: residuos sanitarios, alimentos, plástico, papel, vidrio, pilas, tóner, etc.).
2. Los profesionales han recibido formación o información sobre el manejo, producción y almacenamiento de los productos y residuos generados en el centro.
3. En el centro existe cartelería en relación con la adecuada gestión de los residuos generados.

El centro adopta medidas de limpieza del edificio, de sus dependencias y enseres.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.03_01

Propósito: Garantizar la calidad y seguridad del ambiente del centro mediante la implantación de normas de limpieza como factor determinante en la salud y bienestar de las personas usuarias y profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica procedimientos de limpieza para dar respuesta a las necesidades higiénicas de cada zona del edificio/edificios, de sus dependencias y enseres, quedando registro de las actividades de limpieza realizadas.
2. Están definidas las responsabilidades para verificar la aplicación correcta de los procedimientos de limpieza quedando registro de las posibles incidencias encontradas.
3. Las fichas de seguridad de los productos de limpieza están disponibles para su consulta por los profesionales.
4. Se llevan a cabo las actividades necesarias de prevención, control y eliminación de plagas (desinfección, desinsectación y desratización) según la periodicidad establecida y ante el avistamiento de alguna de ellas (ej.: roedores, insectos, etc.). Las tareas realizadas quedan registradas.



El centro garantiza la correcta limpieza y mantenimiento de la ropa de las personas usuarias y del material textil necesario para su atención.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.04_00

Propósito: Garantizar la limpieza y el mantenimiento de la ropa de las personas usuarias y del material textil utilizado en el centro (ej.: sábanas, toallas, mantelería, etc.).

Elementos evaluables:

- 1.** Centro residencial: La lavandería del centro se encuentra limpia y ordenada. Existen espacios diferenciados para la ropa/material textil sucio y limpio y se utilizan recipientes diferentes para transportar la ropa/material textil sucio y limpio, evitando la contaminación cruzada.
- 2.** Centro residencial: El centro, si tiene servicio interno de lavandería, dispone y aplica un procedimiento de gestión de la misma en el que se describen, entre otros aspectos: recogida y traslado de la ropa/material textil sucio, las temperaturas y los tiempos de lavado, distribución de la ropa limpia, etc. El centro, si tiene contratado un servicio de lavandería externo, dispone y aplica un procedimiento en el que se describen, entre otros aspectos: recogida y devolución de la ropa/material textil, qué hacer ante extravíos, etc.
- 3.** Centro residencial: En el centro se lleva a cabo un control de las prendas de cada persona usuaria en el proceso de lavado, evitando el posible extravío de las mismas (ej.: etiquetado, etc.).
- 4.** Centro residencial: Están definidas las responsabilidades para verificar la aplicación correcta de los procedimientos de lavandería, quedando registro de las posibles incidencias encontradas.



El centro garantiza la seguridad alimentaria y la variedad y estado óptimo de los menús.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.05_01

Propósito: Garantizar la seguridad en la manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos. Ofrecer variedad y rotación de menús, respetar los horarios de comidas y servirlos a una temperatura adecuada (frío-calor).

Elementos evaluables:

1. La cocina del centro se encuentra limpia y ordenada. Tiene dispositivos de lavado de manos con accionamiento no manual, agua fría y caliente, jabón o desinfectante y papel de secado no reutilizable. Los profesionales de cocina disponen de la vestimenta y el calzado adecuados y usan guantes, gorros y mascarilla en caso necesario.
2. El centro, si tiene servicio interno de cocina, dispone de un sistema de autocontrol compuesto por planes de higiene y un Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC), así como de los registros debidamente cumplimentados derivados de este sistema de autocontrol. En caso de no conformidades, se ponen en marcha acciones para corregirlas.
3. El centro dispone y aplica procedimientos que le permiten gestionar el servicio de cocina interno o externo en cuanto a la distribución de comidas en horarios regulares, a la temperatura adecuada, rotación y calidad de los menús, elaboración y entrega inequívoca de las dietas especiales, etc., y queda registro de las posibles incidencias encontradas.
4. Se calibran los equipos e instrumentos utilizados para garantizar la seguridad durante el almacenamiento o la elaboración de alimentos (ej.: sistema de medida de temperatura en cámaras de refrigeración y congelación, termómetro de pincho para elaboraciones, etc.).



El centro analiza la calidad de los servicios de limpieza, lavandería, cocina y transporte e identifica mejoras ante incidencias.



Grupo: I

Código: ES 21 05.06_00

Propósito: Conocer y analizar las incidencias generadas en los servicios de limpieza, lavandería, cocina y transporte de personas usuarias para corregir las posibles deficiencias y mejorar la calidad de dichos servicios.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza los registros de las incidencias generadas en los servicios de limpieza y de cocina (ej.: dependencias con falta de limpieza, incidencias en el sistema de autocontrol, incumplimiento de horarios, inspecciones sanitarias, etc.) y plantea mejoras que permitan evitar o minimizar en lo posible su repetición.
2. Centro residencial: El centro analiza los registros de las incidencias generadas en el servicio de lavandería (ej.: pérdida o deterioro de las prendas de ropa de las personas usuarias, incumplimiento de tiempos de entrega, etc.) y plantea mejoras que permitan evitar o minimizar en lo posible su repetición.
3. Centros de día: El centro evalúa periódicamente el servicio de recogida de las personas usuarias (ej.: eficacia del recorrido, cercanía del domicilio al punto de recogida, acompañamiento por un profesional durante el transporte, puntualidad en la recogida, etc.) e identifica e implementa mejoras en caso necesario.



Bloque 3: Mejora continua del centro
Criterio 5: Seguridad del entorno

El centro garantiza la utilización segura y adecuada de su equipamiento.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.07_01

Propósito: Gestionar el equipamiento que se utiliza en la prestación del servicio para que se encuentre en condiciones adecuadas y su uso sea seguro. Establecer responsabilidades para el seguimiento y control del estado de mantenimiento de los equipos.

Elementos evaluables:

1. En el centro están asignadas las responsabilidades para el control del mantenimiento y seguridad de su equipamiento (ej.: equipos de rehabilitación, grúas de movilización, camas articuladas, equipos electromédicos, material de uso en talleres, etc.).
2. El centro dispone y aplica un plan de mantenimiento en el que se establecen las operaciones a realizar, por normativa o recomendaciones del fabricante, a los equipos que necesitan mantenimiento preventivo y la periodicidad de las mismas.
3. El centro dispone de un sistema de comunicación de incidencias relacionadas con el funcionamiento del equipamiento y los profesionales lo conocen y utilizan en caso necesario.
4. El centro realiza un seguimiento de las incidencias comunicadas para conocer el estado de las mismas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.) e identificar posibles mejoras en su equipamiento.
5. Los profesionales que utilizan equipos electromédicos (ej.: desfibriladores, tensiómetros, electrocardiógrafos, etc.) o equipos de fisioterapia (ej.: ultrasonido terapéutico, microondas, láser terapéutico, etc.) están formados en su uso y riesgos y tienen acceso a la información necesaria para realizar consultas en caso de dudas (ej.: manuales, guías rápidas, etc.).



Bloque 3: Mejora continua del centro
Criterio 5: Seguridad del entorno



Grupo: II

Código: ES 21 05.08_01

Propósito: Garantizar la disponibilidad de todos los productos, equipos y servicios necesarios para el normal funcionamiento del centro, controlando de forma eficiente a los proveedores y las condiciones en las que deben desarrollarse las compras.

Elementos evaluables:

1. El centro realiza sus adquisiciones de productos, equipos y servicios (ej.: catering, lavandería, sistemas de transporte, etc.) basándose en un catálogo de proveedores establecido.
2. El centro incluye en las prescripciones técnicas de las adquisiciones de equipos: criterios de seguridad, mantenimiento y durabilidad, formación e información a personas usuarias, condiciones de conservación y aportación de manuales de usuario.
3. El centro tiene definidos los criterios de calidad que exige a los productos, equipos y servicios adquiridos.
4. El centro realiza un análisis periódico de la calidad de los productos, equipos y servicios adquiridos en función de los criterios de calidad establecidos. En caso de identificar incumplimientos de los criterios de calidad establece medidas correctoras.



El centro analiza periódicamente las condiciones de confort que afectan a las personas usuarias emprendiendo actuaciones y corrigiendo, si es necesario, los resultados obtenidos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.09_01

Propósito: Elevar el grado de satisfacción de las personas usuarias y familias con el confort, adecuando la organización y las instalaciones del centro a las necesidades detectadas mediante el análisis periódico de las reclamaciones, cuestionarios de satisfacción y otras fuentes de información acerca de la experiencia de las personas usuarias.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente la información disponible sobre la satisfacción de las personas usuarias y familias (reclamaciones, cuestionarios de satisfacción u otras fuentes de información acerca de su experiencia).
2. El centro analiza periódicamente sus condiciones de confort (ej.: estado y adecuación de las instalaciones y mobiliario, iluminación, limpieza, climatización, etc.) con el fin de detectar aquellos aspectos que puedan disminuir la confortabilidad de las personas usuarias.
3. El centro adopta o planifica, en base a los análisis realizados, las medidas necesarias para aumentar la satisfacción de las personas usuarias y familias con el confort.
4. Los espacios del centro están adaptados a las características de las personas usuarias (ej.: decoración, mobiliario seguro, habitaciones individuales, unidades de convivencia, etc.).



El centro garantiza la accesibilidad de las personas usuarias y familias a sus instalaciones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.10_01

Propósito: Garantizar las mejores condiciones de acceso al centro y a sus servicios, dotando y gestionando los medios técnicos y estructurales necesarios para ello.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza las condiciones de accesibilidad al mismo (barreras arquitectónicas, cognitivas o sensoriales) y las condiciones de desplazamiento en su interior (ej.: habitaciones, baños, etc.) y las revisa en caso necesario (ej.: modificaciones estructurales, perfil de personas usuarias, señalética, sobreestimulación sensorial, etc.).
2. El centro adopta o planifica, en base al análisis realizado, las medidas necesarias para mejorar las limitaciones de accesibilidad identificadas.
3. Las zonas de circulación son adecuadas a las necesidades de las personas usuarias y la señalización utilizada para la identificación y acceso al centro y dentro del mismo es inequívoca, está actualizada y en buen estado.
4. Centro residencial: El centro asegura que las visitas a las personas usuarias se realicen en un ambiente que respete tanto su necesidad de interacción social (ej.: flexibilidad de horarios respetando horarios de comidas y aseo) como su privacidad y la de sus compañeros de habitación (visita en las habitaciones respetando la privacidad de los compañeros).



Bloque 3: Mejora continua del centro
Criterio 5: Seguridad del entorno

El centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias y son conocidas por los profesionales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.11_01

Propósito: Establecer en el centro, según la normativa vigente, las actuaciones a seguir ante situaciones de emergencia que puedan afectar a las personas usuarias y profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un plan de autoprotección actualizado en el que se identifican las causas que pueden provocar una situación de emergencia y las actuaciones a llevar a cabo, en función de los medios estructurales y las características de las personas usuarias. Se han puesto en marcha actuaciones para poner en conocimiento de las autoridades competentes dicho plan de autoprotección.
2. Los profesionales del centro reciben formación actualizada en relación con las medidas de seguridad ante emergencias.
3. En el centro se realizan simulacros de evacuación para comprobar el nivel de conocimiento de los profesionales, quedando registro de los mismos y de las mejoras identificadas.
4. Los equipos de protección, la señalización y los elementos de evacuación del centro se encuentran operativos y cumplen con la función de facilitar y hacer segura la evacuación del mismo.



El centro se implica en la identificación de los riesgos que pueden afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y en el mantenimiento de su salud y seguridad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.12_01

Propósito: Velar por la salud y bienestar de los profesionales realizando evaluaciones de su estado de salud y de las condiciones de los diferentes puestos de trabajo. Incorporar las medidas correctivas y preventivas necesarias, de manera priorizada, para garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable. Facilitar la formación e información de los profesionales en esta materia.

Elementos evaluables:

1. Se realiza una evaluación periódica de los riesgos de los lugares y puestos de trabajo (riesgos derivados de las condiciones de seguridad, condiciones ambientales, ergonómicas y psicosociales) y se identifican las medidas preventivas y/o correctoras oportunas.
2. El centro conoce la planificación de las medidas preventivas y/o correctoras identificadas en la evaluación de riesgos y realiza un seguimiento de su puesta en marcha.
3. Los profesionales del centro disponen de información suficiente y han recibido la formación mínima necesaria para conocer los riesgos de su puesto de trabajo, así como las medidas a implementar para su eliminación, mitigación o control.
4. En el centro se habilitan los mecanismos necesarios para el ofrecimiento de la vigilancia de la salud a los profesionales. Se realiza una vigilancia periódica de la salud de los trabajadores según se determina en el plan de prevención de riesgos laborales.
5. En el centro se establecen mecanismos para poder comunicar los accidentes de trabajo ocurridos (ej.: agresiones, caídas, traumatismos, etc.) y se hace un seguimiento de los accidentes comunicados (número, tipo, etc.) para poder identificar medidas preventivas en caso necesario.



El centro adopta medidas para garantizar la confidencialidad de la información de carácter personal.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 05.13_01

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para adecuarse a los principios establecidos sobre la protección de datos de carácter personal, garantizando y protegiendo la confidencialidad y la privacidad.

Elementos evaluables:

1. El centro ha nombrado un responsable de la protección de los datos de carácter personal o conoce quién es el responsable en la institución a la que pertenece, y están establecidos los mecanismos de comunicación e intercambio de información.
2. Los responsables del centro conocen y aplican las medidas técnicas necesarias para la protección de los datos de carácter personal aplicables a las actividades que realizan.
3. El centro garantiza la formación/información a sus profesionales en las obligaciones derivadas de la normativa de protección de datos.
4. El centro pone en marcha la revisión y adecuación de sus formularios y procedimientos para atender a los derechos de las personas usuarias, acreditar el consentimiento de uso de sus datos y la posibilidad de revocarlos, adaptándolos a la reglamentación vigente en protección de datos.
5. Los profesionales utilizan los medios estructurales y/o físicos necesarios para respetar la confidencialidad durante todo el proceso de atención.
6. Se aplican normas dirigidas a cualquier persona que lleve a cabo funciones en el centro (ej.: personal en prácticas, voluntariado, etc.) para preservar la confidencialidad de la información.

El centro dispone de un plan de seguridad de los sistemas de información contando con sistemas de respaldo para aquellos sistemas que gestionen información personal.



Grupo: II

Código: ES 21 05.14_01

Propósito: Disponer de la estructura organizativa, procedimientos y recursos necesarios para implantar y desarrollar las medidas de seguridad que salvaguardan la información personal y los sistemas que la procesan, asegurando la disponibilidad de la información crítica.

Elementos evaluables:

1. El centro o la organización a la que pertenece dispone de un plan de seguridad de los sistemas de información donde se establecen los principios organizativos y funcionales de la actividad de seguridad informática, los riesgos para los sistemas y su clasificación según criticidad, el plan de mantenimiento (preventivo y correctivo) y de recuperación de desastres, procedimientos de seguridad informática, copias externas o en la nube, etc.
2. El centro cuenta con equipos y sistemas seguros o una planificación para la renovación de los mismos.



Bloque 3: Mejora continua del centro
Criterio 5: Seguridad del entorno

➤ **Criterio 6: Herramientas de calidad y resultados**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es fomentar que los centros desarrollen herramientas que promuevan la mejora continua y les permita orientarse a obtener y mejorar sus resultados.

La gestión de la calidad implica un esfuerzo consciente, continuado y organizado por parte del centro para generar valor añadido a la prestación de los servicios ofrecidos. Para lograrlo, el centro debe utilizar herramientas validadas y buenas prácticas que deben formar parte de la cultura tanto del centro como de sus profesionales.

Los resultados son medidas de la efectividad y la eficiencia en la prestación del servicio y en la consecución de las metas y los objetivos planteados previamente. La monitorización, análisis y mejora de los resultados de los indicadores permite una toma de decisiones objetiva y coherente con la realidad del centro, así como disponer de elementos para compararse con los mejores.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Utilizar herramientas de calidad para adoptar técnicas y métodos específicos que faciliten la recopilación de datos confiables y precisos. Estas herramientas ofrecen una base sólida para tomar decisiones informadas, dirigidas a mejorar constantemente los servicios.
- Incorporar la evidencia y recomendaciones más recientes para mantenerse actualizados y adaptar la atención brindada a las últimas investigaciones y prácticas reconocidas en el sector.
- Proporcionar oportunidades para la participación de los profesionales, pues al estar en contacto directo con el servicio, poseen insights valiosos que son fundamentales para crear espacios donde puedan compartir ideas, proponer soluciones y ser partícipes activos en la innovación y mejora del servicio.
- Mejorar la satisfacción de las personas usuarias trabajando aspectos que aseguren que estén contentas y satisfechas con los servicios recibidos.
- Identificar indicadores relevantes que reflejen el impacto y la eficacia del servicio brindado. Estos indicadores ayudarán a comprender mejor el rendimiento, los logros y las áreas de mejora, ofreciendo una vista objetiva del centro.
- Obtener información precisa para tomar decisiones, siendo fundamental basar las decisiones en datos concretos y objetivos para asegurar que estas sean las más adecuadas y beneficiosas para el centro y las personas usuarias.
- Comparar los resultados con otros centros similares para identificar puntos de referencia y establecer metas de mejora, buscando siempre estar a la vanguardia y ofrecer los mejores servicios.



El centro proporciona oportunidades para que los profesionales aporten ideas promoviendo la innovación y la mejora continua de los servicios y procesos.



Grupo: II

Código: ES 21 06.01_00

Propósito: Crear grupos de mejora donde los profesionales estén activamente involucrados para compartir sus ideas. Impulsar la creatividad poniendo en valor la experiencia y el conocimiento de los profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro crea grupos de mejora para recoger ideas innovadoras y define el funcionamiento de dichos grupos (ej.: composición, frecuencia de las reuniones, objetivos, etc.).
2. El centro valora las propuestas innovadoras recogidas en los grupos de mejora e implementa aquellas que fomentan la mejora de los servicios y/o de los procesos.

El centro encuentra formas de mejorar mediante el uso de buenas prácticas creativas e innovadoras.



Grupo: II

Código: ES 21 06.02_01

Propósito: Aplicar las mejores prácticas creativas e innovadoras reconocidas en el ámbito de actuación del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro es proactivo en la búsqueda e implementación de buenas prácticas (ej.: revisión bibliográfica, asistencia a foros, jornadas científicas, comparaciones entre centros de dentro y fuera de la entidad, etc.).
2. El centro planifica la implementación de las buenas prácticas identificadas (ej.: responsable, objetivos, formación de profesionales, operativa para la implementación y evaluación de la buena práctica implementada).



El centro evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de los expedientes individuales.



Grupo: II

Código: ES 21 06.03_01

Propósito: Asegurar que el centro realice revisiones y evaluaciones regulares de los expedientes individuales para asegurar la precisión, integridad y calidad de la información recogida en los mismos.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento para revisar los expedientes individuales, que recoge al menos: responsables, periodicidad y criterios para evaluar su calidad (indicadores de calidad).
2. El centro realiza auditorías de los expedientes individuales según la periodicidad establecida en el procedimiento, analiza los resultados obtenidos, identifica e implementa mejoras en caso necesario.
3. El centro dispone de un canal de comunicación estable (ej.: sesiones periódicas, correo electrónico, intranet, etc.) para difundir a los profesionales los resultados obtenidos y las mejoras identificadas.

El centro dispone de un sistema de gestión documental.



Grupo: I

Código: ES 21 06.04_00

Propósito: Garantizar la gestión eficiente de la documentación del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un responsable o responsables de la documentación necesaria para que su gestión sea eficaz y eficiente (ej.: procedimientos, protocolos, planes, registros, documentación técnico-legal, etc.) y tiene definidos los plazos de actualización de la misma.
2. Los documentos del centro están indexados y se mantienen actualizados. Los documentos contienen, al menos, fecha de elaboración/visión y profesional responsable de su elaboración/visión.
3. Los documentos del centro están accesibles para los profesionales, según su grado de responsabilidad, en cualquier momento y lugar.



El centro registra y analiza los incidentes ocurridos durante el proceso de atención a la persona usuaria y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.



Grupo: I

Código: ES 21 06.05_01

Propósito: Registrar los incidentes que han podido producir o han producido un daño a la persona usuaria durante su proceso de atención. Analizarlos para tomar medidas que eviten que vuelvan a ocurrir y mejoren la seguridad durante la prestación del servicio.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un procedimiento para la notificación y registro de los incidentes ocurridos a las personas usuarias durante la prestación del servicio, que contempla al menos: qué notificar, cómo hacerlo (sistema de notificación), cómo se lleva a cabo el análisis de los incidentes, mecanismo de clasificación y priorización según gravedad, responsables del análisis, etc.
2. El centro realiza formación a los profesionales sobre la identificación, registro y manejo de los incidentes ocurridos en las personas usuarias.
3. El centro realiza un análisis periódico de los incidentes registrados para identificar causas y patrones recurrentes.
4. El centro establece medidas preventivas y correctivas a implementar en respuesta a los incidentes ocurridos y realiza un seguimiento de las mismas.

El centro tiene implantado un sistema de gestión de calidad.



Grupo: I

Código: ES 21 06.06_01

Propósito: Utilizar herramientas de gestión de la calidad que permitan emprender un camino hacia la mejora continua, desarrollando una metodología de evaluación efectiva y objetiva de la calidad de los servicios prestados.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene implantado un sistema de gestión de calidad (ej.: plan de calidad, plan rector, gestión por procesos, etc.). En caso de disponer de un plan, este contemplará al menos: asignación de responsabilidades, líneas de trabajo, objetivos, indicadores de funcionamiento y métodos de evaluación que permitan identificar y desarrollar acciones de mejora.
2. La dirección y los responsables del centro se implican en impulsar el sistema de gestión de calidad.
3. Los profesionales del centro conocen el sistema de gestión de calidad y participan en su desarrollo.



Bloque 3: Mejora continua del centro
Criterio 6: Herramientas de calidad y resultados

El centro evalúa su sistema de gestión de calidad e implementa acciones de mejora.



Grupo: II

Código: ES 21 06.07_00

Propósito: Mejorar la calidad de la prestación del servicio implementando las mejoras identificadas tras la evaluación del sistema de gestión de calidad.

Elementos evaluables:

1. El centro evalúa anualmente su sistema de gestión de calidad (ej.: plan de calidad, plan rector, gestión por procesos, etc.). En caso de encontrar desviaciones se analizan los datos, se aprende y se implementan acciones de mejora.
2. Los profesionales del centro conocen los resultados obtenidos y participan en la implementación de las mejoras identificadas.
3. El centro establece mecanismos de seguimiento y revisión de las mejoras implementadas.

El centro evalúa periódicamente el nivel de satisfacción de las personas usuarias y realiza mejoras basadas en los resultados obtenidos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 06.08_01

Propósito: Conocer y analizar la opinión de las personas usuarias sobre la atención recibida, su percepción sobre el trato, el estado de las instalaciones, la evolución de los planes de atención personal, la intimidad, la información, comida, confort, bienestar emocional, etc., incorporando mejoras en caso necesario.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza herramientas (ej.: encuestas de satisfacción, grupos focales, entrevistas semiestructuradas, etc.) para conocer la satisfacción de las personas usuarias y de familias si procede, en relación con la atención recibida, el trato, el estado de las instalaciones, la evolución de los planes de atención personal y de apoyo, la intimidad, la información, la comida, el confort, el bienestar emocional, etc.
2. El centro dispone y analiza anualmente los datos de satisfacción de las personas usuarias y de las familias si procede, identificando los aspectos que proporcionan menor satisfacción.
3. El centro planifica e implementa las mejoras necesarias para abordar los aspectos que proporcionan menor satisfacción.
4. El centro difunde los resultados alcanzados a los profesionales y a las personas usuarias/familias.



El centro cumple los objetivos de satisfacción de las personas usuarias, aprende y mejora.



Grupo: I

Código: ES 21 06.09_01

Propósito: Alcanzar los objetivos marcados para la satisfacción percibida por las personas usuarias/familias e implementar mejoras para alcanzar mayores niveles de satisfacción con la atención y con los servicios prestados.

Elementos evaluables:

1. El centro establece objetivos en la satisfacción percibida por las personas usuarias/familias.
2. Los resultados de satisfacción obtenidos por el centro cumplen los objetivos definidos.
3. El centro define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para la satisfacción percibida por las personas usuarias/familias.

El centro identifica indicadores relevantes que le permiten evaluar sus principales resultados de funcionamiento.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 21 06.10_01

Propósito: Identificar los indicadores relevantes del centro con el fin de conocer su funcionamiento.

Elementos evaluables:

1. El centro identifica los indicadores relevantes para su gestión (ej.: atención a la persona usuaria, derechos de la persona usuaria, servicios generales, absentismo laboral, confort, etc.).
2. El centro define las características de cada indicador relevante para su gestión: definición, forma de cálculo, mecanismo de recogida de datos y objetivo o resultado esperado.



El centro dispone de un sistema para la monitorización de los indicadores relevantes.



Grupo: I

Código: ES 21 06.11_01

Propósito: Evaluar, con una periodicidad definida, el cumplimiento de los objetivos marcados para cada indicador relevante y establecer mejoras en caso de detectar desviaciones en los resultados.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido un método para monitorizar sus indicadores relevantes que contempla las responsabilidades y la frecuencia de medición.
2. Los resultados relevantes se miden periódicamente, se analizan, se aprende y se introducen mejoras en caso necesario.

El centro cumple y mejora los resultados de los indicadores relevantes.



Grupo: II

Código: ES 21 06.12_01

Propósito: Analizar y mejorar progresivamente los resultados de los indicadores relevantes poniendo en marcha actuaciones que mejoren los resultados de los mismos.

Elementos evaluables:

1. El centro cumple los objetivos propuestos en los indicadores relevantes que ha identificado para su gestión.
2. El centro mejora los resultados de sus indicadores relevantes (tendencias positivas).



El centro dispone de un cuadro de mando para la toma de decisiones.



Grupo: III

Código: ES 21 06.13_00

Propósito: Disponer de una manera unificada y resumida de todos los indicadores que el centro monitoriza para la toma de decisiones en base a resultados.

Elementos evaluables:

1. El centro ha realizado un diseño que incluye los indicadores, las fuentes de origen de los datos y la información que alimenta al cuadro de mando, el soporte, límites tolerables de los indicadores y sistema visual de alerta para detectar precozmente las desviaciones.
2. El centro ha definido las responsabilidades para gestionar el cuadro de mando (ej.: fiabilidad de los datos, alimentación y actualización del cuadro de mando, análisis, etc.).
3. El cuadro de mando proporciona información sistemática y continua en el tiempo, que permite ser utilizada para la toma de decisiones en la gestión del centro.

El centro compara sus resultados con los de otros centros que se consideran los mejores del sector.



Grupo: III

Código: ES 21 06.14_01

Propósito: Realizar un análisis que incluya la comparación de resultados con los de otros centros relevantes en el sector con el fin de identificar e implantar las mejores prácticas.

Elementos evaluables:

1. El centro identifica aquellos otros centros con los que se quiere comparar en base a sus resultados.
2. Se analizan y comparan los resultados entre los centros para obtener información valiosa que ayude a adoptar acciones para mejorar el funcionamiento del centro (descubrir patrones, tendencias y áreas de mejora).
3. El centro establece nuevos objetivos y adopta estrategias exitosas de otros centros, basándose en el análisis previo, para mejorar sus propios resultados.



El centro divulga sus resultados y logros de manera transparente.



Grupo: II

Código: ES 21 06.15_01

Propósito: Promover la transparencia de la información sobre los servicios prestados, fomentando la confianza en la organización y su gestión.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de al menos un canal para la publicación de sus resultados y este es accesible a las personas usuarias.
2. El centro publica sus resultados a las personas usuarias y sus familias (ej.: satisfacción, reclamaciones, calidad del centro, atención a la persona usuaria, derechos de la persona usuaria, servicios generales, confort, etc.).



➤ Control de modificaciones

A continuación, se describen las principales modificaciones realizadas en esta nueva versión del manual de servicios residenciales y servicios de día, ME 21 1_03, en comparación con la anterior versión, ME 21 1_02.

Con carácter general:

- El manual de estándares se estructura en 3 bloques y 6 criterios, en los que se agrupan todos los estándares. La versión anterior se estructuraba en 5 bloques y 11 criterios.
- El manual de estándares pasa a tener 83 estándares en lugar de 110 estándares que tenía la versión anterior.
- Se han publicado los elementos evaluables de los estándares.
- Se ha eliminado el anexo I que contenía 6 estándares para aquellos centros que, además de ofrecer servicios residenciales, ofrecían servicios de día.
- La revisión de los estándares de la versión 2 del manual ha dado lugar a: la eliminación o el mantenimiento de estándares en la versión 3, la modificación de la redacción de estándares, la unión de dos estándares en uno solo o la transformación de un estándar en un elemento evaluable de otro estándar.

Con carácter específico:

Los estándares de la versión 2 que se han eliminado en la versión 3 del manual y que, por tanto, no tienen equivalencia en el mismo son: ES 21 01.03_00, ES 21 01.04_00, ES 21 01.08_00, ES 21 01.14_00, ES 21 02.01_00, ES 21 02.03_00, ES 21 02.04_00, ES 21 02.07_00, ES 21 02.08_00, ES 21 02.09_00, ES 21 03.01_00, ES 21 03.07_00, ES 21 04.02_00, ES 21 04.04_00, ES 21 05.02_00, ES 21 05.04_00, ES 21 05.05_00, ES 21 05.07_00, ES 21 05.10_00, ES 21 05.11_00, ES 21 05.13_00, ES 21 06.01_00, ES 21 06.02_00, ES 21 06.05_00, ES 21 06.09_00, ES 21 06.11_00, ES 21 06.12_00, ES 21 07.01_00, ES 21 07.03_00, ES 21 07.04_00, ES 21 07.05_00, ES 21 07.06_00, ES 21 07.10_00, ES 21 08.08_00, ES 21 08.09_00, ES 21 09.01_00, ES 21 09.03_00, ES 21 09.05_00, ES 21 09.06_00, ES 21 10.01_00, ES 21 10.05_00, ES 21 11.06_00.

Los estándares nuevos en la versión 3 del manual son: ES 21 01.01_00, ES 21 01.02_00, ES 21 01.04_00, ES 21 01.07_00, ES 21 01.11_00, ES 21 01.15_00, ES 21 01.16_00, ES 21 02.02_00, ES 21 02.03_00, ES 21 02.05_00, ES 21 02.07_00, ES 21 02.08_00, ES 21 03.08_00, ES 21 04.08_00, ES 21 04.12_00, ES 21 04.13_00, ES 21 05.04_00, ES 21 05.06_00, ES 21 06.01_00, ES 21 06.04_00, ES 21 06.07_00, ES 21 06.13_00.



- A -

ACCESIBILIDAD COGNITIVA

Propiedad que tienen los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que resultan inteligibles o de fácil comprensión y facilitan la comunicación.

ACCESIBILIDAD FÍSICA

Conjunto de características de las infraestructuras, del urbanismo, los edificios, establecimientos e instalaciones, el transporte o las comunicaciones que permiten a cualquier persona poder desplazarse, acceder a espacios, desarrollar en ellos actividades o coger y manipular cómodamente objetos, herramientas, etc.

ACCESIBILIDAD SENSORIAL

Propiedad que tienen los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que facilitan el uso por personas con alguna discapacidad sensorial (audición, visión, etc.).

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

Condición que deben cumplir los entornos, procesos, actividades, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

ALIANZAS

Relación de trabajo a largo plazo entre servicios/organizaciones que crea valor añadido para ambas partes. Las alianzas pueden establecerse, por ejemplo, con proveedores, entidades sociales, educativas o del ámbito de la salud, universidades, etc.

- B -

BUENAS PRÁCTICAS

Conjunto coherente de acciones que han rendido buen o incluso excelente servicio en un determinado contexto y que se espera que, en contextos similares, rindan similares resultados.

- C -

CALIDAD DE VIDA

La OMS define la “calidad de vida” como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Existen varias escalas para medir la calidad de vida como:



- Escala Gencat: Evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales (ej.: mayores, discapacidad, adicciones, VIH/SIDA) mayores de 18 años.
- Escala Fumat: Evaluación de personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave.
- Escala CAVIDACE: Evaluación de la calidad de vida de personas con daño cerebral.
- Escala KidsLife-TEA: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual.
- Escala KidsLife-Down: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con síndrome de Down.
- Escala KidsLife: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual.
- Escala San Martín: Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidades significativas (ej.: personas con discapacidad intelectual que requieren apoyos extensos y generalizados con otras posibles condiciones asociadas).
- Escala INICO-FEAPS: Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.
- CVI-CVIP: Cuestionario de evaluación de la calidad de vida en la infancia.
- CCVA: Cuestionario de evaluación de la calidad de vida de alumnos entre 12 y 18 años con necesidades educativas especiales y sin ellas.
- Escala INTEGRAL: Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y de desarrollo mayores de 18 años.
- Escala QOLYSS: Evaluación de la calidad de vida en centros y servicios de menores.
- Escala WHOQOL-BREF: Cuestionario de calidad de vida de las personas de manera transcultural en función de diferentes aspectos como son la salud física, la psicológica, las relaciones sociales y ambientales.
- KIDSCREEN: Cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente.

CARTERA DE SERVICIOS

Conjunto de prestaciones y servicios que ofrece un centro residencial o centro de día, los compromisos de calidad con las personas usuarias y, en su caso, sus familiares y la forma de presentación de quejas, sugerencias y agradecimientos.

CENTRO

Hace referencia al recurso o servicio que ofrece atención residencial y/o de día.



CLIMA LABORAL

Es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano.

CÓDIGO ÉTICO

Conjunto de normas sobre la ética en el desarrollo de las actividades de los profesionales del centro residencial/centro de día.

COMPARACIÓN/BENCHMARKING

Es hacer lo que otros están haciendo bien y aprender de ello para mejorar la forma de hacer las cosas. Comparación sistemática de resultados y de enfoques (de forma de hacer las cosas) con otros centros/organizaciones relevantes para obtener información valiosa que ayude a mejorar.

CONFIDENCIALIDAD

Propiedad de la información por la que se garantiza que está accesible únicamente al personal autorizado a acceder a dicha información.

CONFLICTOS ÉTICOS

Conflicto de valores, es decir, cuando ante la necesidad de tomar una decisión entran en juego valores contradictorios. Situación que le surge a un profesional durante el desarrollo de su actividad y resulta conflictiva a nivel moral. El profesional se encuentra ante una situación decisiva con dos opciones, siendo ambas igualmente factibles y defendibles.

CREATIVIDAD

Usar la imaginación para pensar de manera diferente, salirte de lo habitual y encontrar nuevas formas de hacer las cosas o resolver problemas.

- D -

DIGNIDAD

Respeto y estima que una persona tiene de sí misma y merece que se lo tengan las demás personas.

- E -

ESTRATEGIA

Plan detallado que establece en qué forma un centro/organización pretende alcanzar sus objetivos estratégicos, en un periodo de tiempo determinado, habiendo realizado un análisis detallado de su contexto/ecosistema y teniendo presente su misión.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Proceso donde se valora el trabajo de los profesionales basándose en objetivos y metas claras favoreciendo el desarrollo, capacitación y crecimiento profesional.

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Información, datos o hallazgos que se obtienen de métodos científicos rigurosos para obtener información verificable, objetiva y fiable.



- F -

FAMILIARES

Término que, en el manual de estándares, hace referencia a la familia de la persona usuaria, personas allegadas y tutores legales.

FUNCIÓN DEL PROFESIONAL

Se refiere a las tareas o actividades específicas que un profesional debe realizar. Estas funciones están generalmente descritas en el puesto de trabajo y son actividades diarias o regulares que se esperan del profesional.

- G -

GRUPOS DE INTERÉS

Persona, grupo u organización que tiene interés directo o indirecto en el centro porque puede afectar a la organización o ser afectado por ella. Ejemplos de grupos de interés externos son los proveedores, la Administración Pública (sanitaria, social, educativa), los representantes de la comunidad o de la sociedad, etc. Ejemplos de grupos de interés internos son los profesionales, las personas usuarias, etc.

- H -

HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Métodos para la mejora continua y la solución de problemas (ej.: diagrama causa-efecto, diagrama de Pareto, tormenta de ideas, técnicas de grupo nominal, diagrama de afinidades, histogramas, etc.).

- I -

IDENTIFICADORES INEQUÍVOCOS

Son aquellos que pertenecen a una sola persona usuaria y que no pueden ser compartidos por otros (ej.: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número único de expediente, etc.).

INCIDENTE

Evento o circunstancia que pudo haber producido o que produjo daño innecesario a una persona.

INDICADOR

Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.

INNOVACIÓN

Aplicación práctica de nuevas ideas, soluciones, enfoques, procesos, estructuras organizativas o interacciones sociales.

INTIMIDAD

Derecho que tiene la persona a preservar una zona íntima y reservada de su vida personal o familiar.



- M -

MAPA DE PROCESOS

Representación gráfica de las actividades que se desarrollan en el centro residencial/centro de día y de las interrelaciones entre estas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas/servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

MISIÓN

Descripción de la razón de ser del centro residencial/centro de día, es decir, qué hace y por qué lo hace.

MONITORIZACIÓN

Medir de forma sistemática y planificada los indicadores de calidad con el objetivo de identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir.

- O -

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Conjunto de 17 objetivos globales establecidos por las Naciones Unidas con la meta de ser alcanzados para el año 2030. Estos objetivos son una llamada universal para acabar con la pobreza, proteger el planeta y asegurar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. No sólo son importantes para abordar algunos de los desafíos más urgentes del mundo, sino que también ofrecen a las organizaciones la oportunidad de crecer de manera sostenible, innovar y construir una reputación sólida y confiable.

- P -

PERSONALIZACIÓN

La personalización significa que las personas pueden elegir y controlar la forma en que se planifica y prestan sus cuidados. Se basa en lo que es importante para cada persona y en una visión de la persona desde sus puntos fuertes, capacidades y necesidades individuales. Implica que la voluntad y preferencias de cada persona son las que orientan la relación de apoyo y se priorizan frente a las necesidades organizacionales.

PLAN PERSONAL DE ATENCIÓN Y DE APOYO

Documento que describe las acciones de apoyo necesarias para alcanzar los objetivos y metas que se establezcan, siempre de acuerdo con la voluntad y preferencias de cada persona y contando con la participación de otras personas de su familia o allegadas que le conozcan bien.

PLAN DE TRANSICIÓN O ADECUACIÓN

Paquete de actuaciones y medidas que el centro/entidad se compromete a desarrollar para garantizar el proceso de tránsito de un modelo de cuidado asistencial y uniforme actual hacia un modelo de cuidado y apoyo centrado en la persona y con enfoque comunitario y de proximidad.



PRIVACIDAD

Derecho de la persona a salvaguardar su intimidad, especialmente sobre los datos relativos a la misma.

PROCESO

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados, generando un valor añadido.

PROCESOS CLAVE

Procesos ligados directamente con la prestación de los servicios (ej.: acogida, valoración, plan personal, intervención, etc.).

PROCESOS DE SOPORTE

Procesos que sirven de apoyo a los procesos clave. Están relacionados con la gestión de los recursos, las actividades de medición y análisis y, en general, las actividades necesarias para la ejecución de los procesos clave (ej.: limpieza, compras, gestión ambiental, formación, etc.).

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Soportan la toma de decisiones sobre la planificación, estrategias y mejoras en el centro. Son procesos vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección (ej.: planificación estratégica, gestión de recursos humanos, comunicación interna, etc.).

PROFESIONAL DE REFERENCIA

Personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día. En la elección del profesional de referencia deberá participar la persona usuaria y contará con su aceptación.

PROYECTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI)

Documento en el que el equipo educativo plasma los objetivos a alcanzar con el menor en función de la edad y el grado de madurez. El menor tendrá participación en la elaboración de su proyecto educativo y será evaluado de forma continua en función de su evolución y necesidades.

- R -

RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL

Obligaciones y expectativas que tiene un profesional en su rol. Esto no sólo incluye realizar las funciones del puesto, sino que abarca un espectro más amplio relacionado con el rendimiento y el comportamiento general del trabajador en su rol.

RESULTADOS

Medidas que indican el nivel de éxito y efectividad de un servicio o proceso. Son esenciales para evaluar el rendimiento, guiar la mejora continua y tomar decisiones informadas para el futuro.

- S -

SEGURIDAD

Reducción del riesgo de daño innecesario a un mínimo aceptable.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Conjunto de procedimientos documentados necesarios para implantar la gestión de la calidad, partiendo de una estructura organizativa y de unos recursos determinados. Un sistema de calidad es una manera de hacer las cosas, un método de gestión, un camino, no un objetivo en sí. Un sistema de calidad es un método de trabajo por el que se asegura la conformidad de los productos con los requisitos especificados.

SISTEMA DE GOBIERNO

Conjunto de reglas y prácticas que dirigen y controlan cómo se toman las decisiones y como se maneja el centro/organización.

- T -

TRATO

Un trato digno significa promover contextos que dignifiquen la vida de las personas y velen por el ejercicio de sus derechos en términos de igualdad de oportunidades, igualdad de trato, libertad de elección, autodeterminación, control de su propia vida y respeto a su intimidad y privacidad.

- U -

UNIDADES DE CONVIVENCIA

Espacios de convivencia reducidos que pretenden reproducir la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar.

- V -

VALORES

Elementos que configuran la conducta básica de las personas que forman parte del centro y lo que se espera de ellas.

VISIÓN

Descripción de cómo queremos que sea nuestro centro residencial/centro de día en el futuro, una situación posible y altamente deseable. La visión proporciona un sentido de dirección único y consistente hacia el futuro, que se ha de conseguir sobre la base de la misión asumida.



➤ **Comité técnico asesor**

Coordinadoras: M^a del Mar Castellano Zurera y Victoria Eugenia Ruano García.

- Carmen Pérez Álvarez. Jefatura de Inspección General de Servicios Sociales. Viceconsejería. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sevilla.
- Carolina Castellano Valenzuela. Gerente. Centro de tratamiento ambulatorio y centro de desintoxicación residencial Renacer. Fundación Hogar Renacer. Córdoba.
- David Valenzuela Muñoz. Director. Residencia para personas gravemente afectadas ASPACE. Dos Hermanas, Sevilla.
- Eleuteria Ramírez Chías. Técnico de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM. Sevilla.
- Esther Villalobos Rodríguez. Coordinadora y Responsable de Gestión de la Calidad y Técnica de las Áreas Asistencial y Asociativa de la Federación Andaluza ENLACE. Sevilla.
- Gema Mata Moreno. Coordinadora General. Centro polivalente para personas con discapacidad física y orgánica Fegadi COCEMFE. Campo de Gibraltar, Cádiz.
- Jesús Sanz Mena. Ingeniero. Evaluador externo. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla.
- José Antonio Soto Mellado. Director. Centro de protección de menores Hogar Fundación San Ramón y San Fernando. Loja, Granada.
- José Manuel Ruiz Mendoza. Ingeniero. Evaluador externo. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla.
- Juan Antonio González Aguilar. Director Técnico. Fundación Futuro Singular. Córdoba.
- Juan Luis Cruces Solís. Responsable de calidad. Asociación APAFA. Vélez-Rubio, Almería.
- María Isabel Herrero Panadero. Médico. Residencia de Mayores San Juan de Dios. Sevilla.
- María Martínez Carballosa. Coordinación Inspección de Servicios Sociales. Inspección Central de Servicios Sociales. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sevilla.
- María Moyano Moreno. Responsable de calidad. Centro de tratamiento ambulatorio y centro de desintoxicación residencial Renacer. Fundación Hogar Renacer. Córdoba.



- María del Mar Muñoz Coca. Asesora Técnica Programa Salud Mental. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.
- Rafaela Valverde Toledano. Directora. Centro residencial para personas mayores Don José Lázaro Civill Vitalia. La Carlota, Córdoba.
- Ricardo Manuel Moreno Ramos. Jefe de Servicio de Evaluación y Control de Programas. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.
- Rosa Álvarez Pérez. Directora Técnica. Federación Autismo Andalucía. Sevilla.
- Soledad Jiménez González. Jefa de Servicio de Atención Sociosanitaria. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.
- Virginia Artacho Sánchez. Directora. Casa Buen Pastor Religiosas Filipenses. Córdoba.

Nuestro especial agradecimiento a todas las personas expertas del comité por su colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.



➤ Validación de estándares del manual

El manual de estándares ha sido validado por 19 centros antes de su publicación.

Nuestro especial agradecimiento a:

- Alfonso Serrano Galán. Director de residencia Fepamic. Coordinador de Centros Fepamic de Atención a Personas con Discapacidad. Córdoba.
- Ángeles Guerrero (trabajadora social) y Azahara Dovao López (psicóloga). Fundación EMET. Córdoba.
- Antonio Bordés Benítez (director del centro de adultos), Cristina Cabot Velázquez (fisioterapeuta) y Eloísa Pérez Roldán (coordinadora de la unidad de día). UPACE San Fernando, Cádiz.
- Bartolomé Díaz Jaén. Director Técnico. Asociación de Padres y Protectores de Personas con Discapacidad Intelectual ASPAPRONIAS. Huelva.
- Bernardo Moreno Sillero. Director del centro de día Fepamic. Córdoba.
- Carmen Cáceres Jerez. Médica y Coordinadora Asistencial. Servicio Provincial de Drogodependencias. Almería.
- Clara Quesada Marmolejo. Responsable de Programas. Responsable Programa de Día FAISEM. Sevilla.
- Cristóbal Molina Sanchez (responsable de calidad), Benjamín Castillo Begines (psicólogo), Jaime Palacios Naves (educador y trabajador social), Juan Antonio Cabo Jiménez (psicólogo), M^a Ángeles Martín Campos (maestra y pedagoga) y M^a José Criado Blanco (trabajadora social). Centro educativo-asistencial Ciudad San Juan de Dios. Alcalá de Guadaíra, Sevilla.
- Macarena Candelario Romero. Directora de la residencia de mayores San Bernardo. Life Care Asistencia Integral. Hornachuelos, Córdoba.
- Magdalena de Miguel Fernández. Coordinadora de la unidad de drogas y adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba.
- María del Mar Torres Moreno. Directora del centro de día Fepamic. Lucena, Córdoba.
- María Dolores Herrera Bermúdez. Educadora Social. Centro de encuentro y acogida ADEAT. Córdoba.
- María José Carrasquilla Lara. Directora del centro de día Azahara Fepamic. Córdoba.
- María José Lorente Macías. Directora del centro residencial para personas mayores Fundación Asilo Nuestra Señora de los Remedios. Ubrique, Cádiz.



- María Rosa Castillo Marín. Centro de día Fepamic. Fernán Núñez, Córdoba.
- Miguel Martín Medina. Director. Asociación NOESSO. Almería.
- José Ramón Calero Salas. Director. Centro de protección de menores Residencia Domingo González. Fundación Don Bosco. Córdoba.
- Víctor Raúl Gutiérrez Delgado. Responsable de Unidad. Casa Hogar Alcalá de Guadaíra FAISEM. Sevilla.
- Visitación Villafuerte Márquez. Médico. CTA Diputación Provincial de Sevilla.





Manual de Estándares
Servicios residenciales y servicios de día