

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

BORRADOR DE TRABAJO





## INDICE

SECCIÓN PRIMERO. ACREDITACIÓN.....	4
Título I. Consideraciones generales.....	4
Primero. Sujetos de acreditación.....	4
Segundo. Contenidos de acreditación. ....	4
Tercero. Ámbitos de acreditación. ....	5
Cuarto. Extensión del acuerdo.....	5
Quinto. Principios rectores del nuevo modelo de atención.....	6
Sexto. Inspección y control públicos.....	8
Séptimo. Servicios de titularidad pública.....	9
Título II. Calidad en el empleo.....	9
Sexto. Cualificación profesional, habilitación y competencias.....	9
Séptimo. Formación continua del personal de cuidados.....	13
Octavo. Limitaciones a la temporalidad y parcialidad en las contrataciones.....	14
Noveno. Encuadramiento y fomento de la generación de personal cualificado para el sector de los cuidados.....	15
Décimo. Salud laboral.....	15
Undécimo. Coordinación para la atención social y sanitaria.....	15
Título III. Requisitos de acreditación comunes a todos los servicios.....	17
Duodécimo. Garantía de acceso a los centros y servicios sin discriminación.....	17
Decimotercero. Atención libre de sujeciones.....	17
Decimocuarto. Requisitos documentales mínimos comunes.....	18
Título IV. Requisitos de acreditación de servicios de atención residencial.....	20
Decimoquinto. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros residenciales.....	20
Decimosexto. Personal en los centros de atención residencial.....	21
Decimoséptimo. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros residenciales.....	25
Decimoctavo. Requisitos documentales mínimos para los centros residenciales.....	28
Título V. Requisitos de acreditación de centros de día.....	29
Decimonoveno. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros de día.....	29
Vigésimo. Personal en los centros de día.....	30



Vigésimo primero. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros de día.....	33
Vigésimo segundo. Requisitos documentales mínimos para los centros de día. ....	36
Título VI. Requisitos comunes de acreditación de entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio.....	36
Vigésimo tercero. Ubicación instalaciones y equipamiento en el servicio de ayuda a domicilio.	37
Vigésimo cuarto. Personal en el servicio de ayuda a domicilio. ....	37
Vigésimo quinto. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben en el servicio de ayuda a domicilio.....	39
Vigésimo sexto. Requisitos documentales mínimos para la ayuda a domicilio.....	40
Título VII. Requisitos de acreditación del servicio de teleasistencia.....	40
Vigésimo séptimo. Ubicación, instalaciones y equipamiento en el servicio de teleasistencia	40
Vigésimo octavo. Personal en el servicio de teleasistencia.....	42
Vigésimo noveno. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben teleasistencia .....	43
Trigésimo. Requisitos documentales mínimos para el servicio de telasistencia.....	45
SECCIÓN SEGUNDO. CALIDAD EN LOS SERVICIOS.....	45
Título IV. Sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD. ....	45
Trigésimo primero. Mejora progresiva de la calidad.....	45
Trigésimo segundo. Características del sistema de evaluación de la calidad.....	46
Trigésimo tercero. Transparencia. ....	49
SECCIÓN TERCERO. RÉGIMEN TRANSITORIO Y PLAZOS DE ADECUACIÓN (apartado pendiente de revisión).....	49
Trigésimo cuarto. Régimen transitorio.....	49
Trigésimo quinto. Adecuación de los centros, servicios y entidades.....	50
Trigésimo sexto. Registro. ....	50



## **SECCIÓN PRIMERO. ACREDITACIÓN**

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

### **Título I. Consideraciones generales.**

#### **Primero. Sujetos de acreditación.**

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

Asimismo, se acreditarán las entidades privadas para cada uno de los centros y servicios previstos en el catálogo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). La acreditación sólo tendrá efectos en el ámbito territorial de la Administración que acredite.

#### **Segundo. Contenidos de acreditación.**

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

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



### Tercero. Ámbitos de acreditación.

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

- a) Recursos materiales y equipamientos: deben garantizar la prestación del servicio adaptada a las necesidades y preferencias de las personas en situación de dependencia, a su contexto, a las intensidades de apoyo requeridas, a la seguridad y a la accesibilidad universal.
- b) Personal: los requisitos y estándares sobre personal irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su cualificación y formación para el desempeño del puesto de trabajo, incorporando elementos que mejoren la calidad en el empleo.
- c) Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas usuarias: se establecen mecanismos y requisitos para garantizar la participación, la autonomía y empoderamiento en la toma de decisiones y la preservación de los derechos y el trato maduro a las personas usuarias así como la personalización de los apoyos que reciben.

### Cuarto. Extensión del acuerdo

Se acuerdan requisitos mínimos comunes para la acreditación de los servicios dirigidos a personas en situación de dependencia delimitados en los apartados b), c) (i), c) (ii), d) (i), d) (ii), d) (iii), e) (i) y e) (ii) del apartado primero del artículo 15 de la LAPAD.

Los servicios que se ofrecen en el centro de día deberán actuar de forma conjunta y coordinada con otros servicios sociales de carácter comunitario, (ayuda domiciliaria, teleasistencia, asistencia personal, etc.), para constituir un entramado que, en estrecha coordinación con otros recursos comunitarios generales, establezcan una auténtica red de continuidad de cuidados centrados en la persona.

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



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

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

### **Quinto. Principios rectores del nuevo modelo de atención**

Los principios rectores del nuevo modelo de atención son:

#### **a) Dignidad y respeto**

En cualquier relación de cuidado se requiere de un enfoque ético que proteja y eleve la dignidad de las personas en todos los ámbitos de su vida y a lo largo de todo el ciclo vital. Por ello, cada persona merece ser tratada siempre con respeto y consideración, garantizando que recibe un buen trato. Se deben conocer y respetar los derechos humanos y libertades de las personas que requiere de cuidados, los de sus familiares y los de los y las profesionales de apoyo. 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. Así mismo, los apoyos deben prestarse sin discriminación por razón de sexo, origen racial o étnico, religión o creencias, discapacidad, edad u orientación sexual. Este principio también incluye todas las cuestiones relacionadas con la reducción de restricciones.

#### **b) Personalización y atención centrada en la persona:**

La personalización es una dimensión central para avanzar hacia un nuevo modelo de cuidados y apoyos. 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. La atención centrada en la persona representa una nueva relación entre las personas, los



profesionales y la comunidad. Supone un cambio positivo en el poder y la toma de decisiones que permite a las personas tener voz, ser escuchadas y estar conectadas entre sí y con sus comunidades.

### **c) Participación, control y elecciones**

La participación es, en primer lugar, un derecho de todas las personas. Las personas que están en situación de dependencia pueden necesitar apoyos para la participación en las cuestiones más cotidianas y también en cuestiones más relevantes. Estas limitaciones para la participación no deben implicar nunca el quedar excluidas de este derecho. Estar implicado en lo que sucede en la propia vida es una necesidad humana básica. Esta dimensión contempla la influencia que cada persona tiene sobre lo que sucede en su propia vida. El control y la participación no deben depender de las capacidades de la persona, ni de sus posibilidades de expresión de su voluntad y preferencias. Cuantas más necesidades de apoyo requiera la persona, más esfuerzos habrá que realizar para hacer efectivo su derecho a diseñar su propio proyecto de vida, y para ello es necesario hacer la mejor interpretación de su voluntad y preferencias. Maximizar las posibilidades de participación y control de la persona, sean cuales sean sus necesidades, es una estrategia fundamental para mejorar su calidad de vida. La participación en actividades significativas e interacciones con otros es una ruta esencial para lograr el desarrollo personal, el bienestar físico, las relaciones sociales, la integración social y otros dominios de la calidad de vida.

También hay que tener en cuenta otra dimensión de la participación, relacionada con las cuestiones de organización de los servicios. Cualquier centro o servicio debe fomentar la participación activa de las personas y, en su caso, de sus familias y/o personas de confianza y de sus cuidadores informales en las decisiones relativas a la planificación, prestación y evaluación de los servicios.

### **d) Derecho a la salud al bienestar personal**

Esta dimensión contempla el bienestar físico, bienestar emocional y bienestar material. Se entiende salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales y sanidad han de garantizar, colaborar y coordinarse para que todas las personas en situación de



dependencia accedan y reciban una atención sanitaria de calidad, integral y continuada, en igualdad de condiciones que el resto de la población sea cual sea su lugar de residencia.

#### **e) Proximidad y conexiones comunitarias**

La comunidad, entendida como el contexto o entorno en el que las personas vivimos (los barrios, pueblo y ciudades), es el escenario fundamental de vida de cualquier persona. Los servicios y centros deben estar diseñados para contribuir y facilitar que las personas permanezcan y se mantengan conectadas con los lugares y las personas que son significativas para ellas. La proximidad a entornos urbanos de los centros y servicios es central para promover una vida activa en la comunidad. Será fundamental conocer el entorno e identificar en él las oportunidades de vida significativa que ofrece a las personas en situación de dependencia, también como estrategia clave para evitar situaciones de aislamiento y soledad no deseada. En esta dimensión se incluyen también los aspectos relacionados con la participación y papel de la familia y/o personas allegadas en la vida de la persona y en la mejora de los centros y servicios.

#### **Sexto. Inspección y control públicos.**

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

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

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

Las administraciones competentes establecerán y harán públicos planes anuales de inspección de centros y servicios y comunicarán de forma periódica y accesible las inspecciones





realizadas, indicando, entre otros datos, la identificación del centro o servicio inspeccionado, titularidad y gestión, la fecha, el motivo de la inspección, el resultado de la misma y, en su caso, las medidas adoptadas.

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

### **Séptimo. Servicios de titularidad pública.**

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

## **Título II. Calidad en el empleo.**

### **Sexto. Cualificación profesional, habilitación y competencias.**

#### **a) Personal de atención directa de primer nivel (Ad1N)**

Este personal se considera como un personal polivalente de apoyo directo a las personas en situación de dependencia, esencial para prestar apoyos a su autonomía, su participación y para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

##### **1) Cualificación y acreditación de competencias**

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

- Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, o los títulos equivalentes de Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería que se



establecen en el Real Decreto 777/1998, de 30 de abril, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.

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

Servirá así mismo como acreditación de cualificación, las habilitaciones excepcionales en cualquiera de las categorías profesionales, acreditadas mediante certificaciones individuales expedidas por Administraciones públicas competentes en Servicios Sociales, o aquel organismo público que determinase la correspondiente Comunidad Autónoma, conforme a lo establecido en los Acuerdos de 2015, 2017, 2020 y 2021.

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



## 2) Habilitación excepcional

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

Para ello, las Administraciones públicas competentes en Servicios Sociales, o aquel organismo público que determine la Comunidad Autónoma, expedirán a las personas solicitantes que reúnan los requisitos, las certificaciones individuales que acrediten los supuestos de habilitación excepcional.

Dichas certificaciones tendrán validez en todo el territorio del Estado.

## 3) Habilitación provisional

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

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

En el caso de no participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia citada, o no realizar la formación vinculada a los certificados de profesionalidad o títulos



de formación profesional en el plazo establecido, la habilitación provisional dejará de tener efectos.

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

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

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

#### 4) Régimen especial de zonas rurales e insulares:

En el medio insular rural y en los municipios rurales de pequeño tamaño, cuando no dispongan de las personas con la acreditación requerida para las categorías mencionadas anteriormente, y se acredite la inexistencia de demandantes de empleo en la zona con estas características, mediante certificado de la Oficina de Empleo correspondiente, las personas que no cuenten con la cualificación profesional exigida podrán ser contratadas, hasta que sus puestos puedan ser ocupados por profesionales cualificados, o adquieran la cualificación correspondiente.

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

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



El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dará traslado de este Acuerdo a las Conferencias Sectoriales competentes en materia de educación y empleo, para impulsar las medidas dirigidas a la acreditación de los profesionales para el cumplimiento de los requisitos establecidos.

#### **b) Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N)**

Se requerirá que el personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) posea titulación universitaria de grado o equivalente.

#### **Séptimo. Formación continua del personal de cuidados.**

La entidad prestadora de los servicios, con la participación de la Representación Legal de los Trabajadores y en particular de las organizaciones sindicales de ámbito estatal, deberá elaborar y desarrollar planes de formación para el conjunto de sus trabajadoras y trabajadores.

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

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

La cualificación profesional del personal de atención directa, tanto de primer como de segundo nivel, se complementará con un plan de formación permanente.

Las administraciones públicas desarrollarán planes de formación suficientes para dotar al sector de personal cualificado para desempeñar las funciones requeridas.

#### **1) Formación en los derechos de las personas y una práctica profesional ética**

- Los modelos de apoyo y atención centrados en la persona (Atención Integral Centrada en la Persona, Planificación Centrada en la Persona, ética aplicada, etc.).



- Estrategias de reducción de restricciones y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión (por ejemplo, Apoyo Conductual Positivo, Apoyo Activo, etc.).
- Prevención de riesgos laborales (autocuidado y conocimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo).
- Programas de manejo del dolor, prevención de caídas, etc.
- Programas de inclusión de la perspectiva de género en la atención a personas en situación de dependencia.
- Atención positiva ante situaciones de Alzheimer y otras demencias.
- Programas para la aplicación de protocolos de salud pública y prevención, como la utilización de los EPI, entre otros, en particular al personal de cuidados directos.
- Formación sobre derechos humanos de las personas mayores y personas con discapacidad, edadismo y ética profesional.

## 2) Formación para personal de nueva incorporación

La formación del personal de nueva incorporación incluirá un proceso de conocimiento de las personas a las que van a prestar apoyo y cuidados.

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

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

Se garantizará un 75% de contratos indefinidos sobre el total de contratación laboral de los centros y servicios del SAAD, salvo causa justificada y acreditada por falta de oferta de personal.

Por otro lado, el porcentaje de contratos de personal de atención directa de primer nivel de los centros y servicios del SAAD con jornada ordinaria (a tiempo completo) deberá ser de, al menos, el 65% sobre el total de horas contratadas por la entidad para la atención directa y para la coordinación.



### **Noveno. Encuadramiento y fomento de la generación de personal cualificado para el sector de los cuidados.**

En el marco de la Mesa de Diálogo Social estatal para la autonomía personal y la atención a la dependencia, se abrirá un proceso de revisión del número, encuadramiento y condiciones del personal de cuidados junto con el resto de ministerios competentes, especialmente Educación y Formación Profesional, Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y Trabajo y Economía Social al objeto de abordar de forma coordinada el desafío que constituye la imperiosa necesidad de incremento de personal cualificado para el sector de los cuidados. En particular se abordará la creación de nuevas titulaciones o revisión de las existentes para dar respuesta a las necesidades profesionales del sector. También se abordarán medidas para reducir paulatinamente la feminización del sector del cuidado.

### **Décimo. Salud laboral.**

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

### **Undécimo. Coordinación para la atención social y sanitaria<sup>1</sup>**

La atención integral social y sanitaria es necesaria para todas las personas en situación de dependencia, especialmente para aquellas personas con enfermedades avanzadas, demencias, problemas de conducta, necesidades médicas específicas, cuidados paliativos, etc. que además presentan necesidades sociales.

La atención sanitaria es responsabilidad del Sistema Nacional de Salud que garantizará, en todo caso, el mismo nivel de acceso a la cartera de servicios para las personas en situación de dependencia que para el resto de la población, independientemente de que estas residan en domicilios particulares o colectivos.

---

<sup>1</sup> Redactado según art. 14 en el **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.**



Las administraciones competentes establecerán órganos permanentes de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia.

Así mismo, las administraciones competentes en materia de servicios sociales y de sanidad en los distintos ámbitos territoriales impulsarán el intercambio de información y la interoperabilidad entre el sistema sanitario y el sistema social.

► En lo relativo a las **personas usuarias de centros residenciales** se establece lo siguiente:

Se facilitará el acceso a la historia clínica, el intercambio de información social, el acceso a recetas electrónicas, la gestión de pruebas complementarias, la interconsulta, la coordinación y revisión de casos, así como el uso de teleconsulta, el envío y recepción de análisis clínicos y la implantación de la tecnología que automatice procesos.

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

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

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

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

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





- ▶ En lo relativo a las **personas usuarias del resto de servicios contenidos en el artículo 15 de la LAPDA** (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, promoción de la autonomía, etc.) se asegurarán cauces de coordinación entre, los servicios sociales y los servicios de salud de atención primaria de forma que se garantice que los planes personales de atención y de apoyo tengan un enfoque integral.

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

### **Título III. Requisitos de acreditación comunes a todos los servicios.**

#### **Duodécimo. Garantía de acceso a los centros y servicios sin discriminación**

Para el acceso a los centros y servicios del SAAD no se podrán imponer requisitos discriminatorios por razón de enfermedad mental, enfermedad infectocontagiosa o alteraciones de comportamiento.

#### **Decimotercero. Atención libre de sujeciones**

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

Los centros de atención residencial y centros de día deben tener un compromiso formal respecto a la atención libre de sujeciones que se acreditará mediante la existencia de un Plan de atención libre de sujeciones.

Cualquier contención exigirá, en todo caso, un procedimiento protocolizado, documentado e individualizado que cuente con prescripción supervisión facultativa, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción y la valoración de necesidad de comunicación al Ministerio Fiscal, así como un análisis de riesgos en el uso de las sujeciones definidas.

La utilización de sujeciones en la atención de la persona usuaria tendrá siempre, carácter excepcional y temporal, no se implantará ninguna sujeción hasta que se haya constatado el fracaso de otras medidas alternativas, debidamente documentadas y detalladas sobre



aquellos intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido.

El procedimiento para la adopción de sujeciones deberá, además, prever un protocolo específico para aquellos casos de extraordinaria y urgente necesidad en los que exista un peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de las personas cuidadoras o de terceras personas y no se puedan respetar las consideraciones contempladas en el apartado anterior. Estas medidas deberán ser evaluadas y documentadas con posterioridad.

La persona usuaria sometida a sujeciones físicas o químicas será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y de forma regular de personas profesionales del centro. Estas medidas siempre tendrán carácter temporal y se aplicarán con la mínima intensidad posible y por el tiempo estrictamente necesario, eludiendo aplicaciones rutinarias. Para estas personas se deberán diseñar planes personales de reducción de sujeciones que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que reduzca estas prácticas.

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

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

#### **Decimocuarto. Requisitos documentales mínimos comunes.**

Las entidades prestadoras de servicios deberán disponer, como mínimo, de la siguiente documentación e información:

- a) Guía de convivencia y funcionamiento que, como mínimo, contendrá los derechos y responsabilidades de las personas usuarias y su familia y su participación, así como la forma de organización y funcionamiento de la prestación del servicio. Una copia de dicha guía se entregará, a la persona usuaria y, en su caso, a quien ostente su representación funcional y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.



- b) Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece, los compromisos de calidad con las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares y la forma de presentación de quejas, sugerencias y agradecimientos. Una copia de dicha Carta de Servicios se entregará, a la persona usuaria y, en su caso, a sus representantes y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.
- c) Registro de personas usuarias, en soporte papel o informático, que incluirá, al menos, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, documento nacional de identidad, fecha de inicio del servicio que recibe, fecha y motivo de la baja.
- d) Guía de elaboración de planes personales de atención y de apoyo, donde se describe cómo se diseñan, planifican y evalúan los planes, así como los roles y funciones que desempeña cada persona en el proceso, incluida la persona usuaria, su familia y/o personas allegadas, y su coordinación con otros profesionales y ámbitos.
- e) Autorizaciones y licencias que procedan según la normativa vigente.
- f) Organigrama, plantilla de personal, y documentación exigible por la normativa laboral y de seguridad social (copia de los contratos de trabajo, de la documentación acreditativa del pago de las cotizaciones a la Seguridad Social) y de los documentos que acrediten las titulaciones o la experiencia profesional de las personas que trabajan en el centro o entidad, así como las horas de formación recibidas.
- g) Hojas de quejas, sugerencias y agradecimientos a disposición de las personas usuarias.
- h) Planes de contingencia ante emergencias.
- i) Compromiso de confidencialidad.
- j) Información sobre los sistemas informáticos y dispositivos tecnológicos que, en su caso, se vayan a utilizar.
- k) Protocolo de prevención, detección y denuncia de malos tratos a las personas usuarias. Este protocolo deberá ser comunicado tanto a las personas usuarias como a las personas profesionales de los cuidados.

En todo caso se exigirá garantía de confidencialidad y protección de datos referidos a las personas, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de



Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa aplicable vigente en materia de seguridad y protección de datos.

## Título IV. Requisitos de acreditación de servicios de atención residencial.

### Decimoquinto. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros residenciales.

#### a) Emplazamiento o localización

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

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

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

#### b) Espacios y equipamiento

Los centros cuya construcción se inicie tras la transposición normativa que se haga del presente acuerdo por parte de las administraciones competentes, no podrán superar las 90 plazas residenciales. Los centros previamente acreditados, o en proceso de acreditación, que superen dicho número deberán presentar un plan de adecuación para sectorizar el centro en unidades funcionales independientes entre si, de forma que cada una de ellas no supere las 90 plazas. **Pendiente fijar plazo para la adecuación**

Los centros cuya construcción se inicie tras la transposición normativa que se haga del presente acuerdo por parte de las administraciones competentes, deberán disponer de, al menos, un 65% de habitaciones individuales. Los centros previamente acreditados, o en proceso de acreditación, deberán disponer, al menos de un 35% de habitaciones individuales,



para lo cual adecuarán su capacidad máxima en los plazos que se determinen en el presente acuerdo. **Pendiente fijar plazo para la adecuación**

Las personas residentes gozarán simultáneamente de espacios que preserven debidamente su intimidad y de espacios de convivencia en el centro que deben ser configurados como unidades de convivencia estables, compartidas con otras personas del centro, debiéndose diferenciar de otras unidades de convivencia del mismo centro. Estas unidades definen la estructura espacial de los centros residenciales con dimensión y ambiente de hogar. Estarán compuestas por un espacio común que incluye cocina, comedor y sala de estar. Preferentemente, dispondrán de acceso a un área exterior, tipo terraza o jardín. **Pendiente fijar plazo para la adecuación**

Se darán las condiciones para que todas las personas residentes participen la personalización de sus espacios. La disposición de los muebles y mesas para comer y estar debe favorecer el bienestar y la convivencia de las personas residentes.

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

Los centros facilitarán conexión a Internet de forma gratuita, tanto en espacios comunes como privados, y pondrán a disposición de las personas residentes dispositivos para el acceso a la Red.

En estas unidades convivirán un grupo reducido, que en ningún caso podrá superar las 15 personas residentes, de forma que se pueda garantizar un funcionamiento tipo hogar.

Se invitará a las personas y sus familias a que participen en la personalización de las habitaciones, asesorándoles sobre la conveniencia de hacerlo por la influencia positiva que ello tiene en la calidad de vida, debiéndose asegurar que los centros acreditados promueven al máximo la incorporación de mobiliario y enseres personales, permitiendo en todo caso la necesaria accesibilidad que favorezca su movilidad y la provisión de apoyos y cuidados.

Las habitaciones tendrán acceso directo a baño adaptado. **Pendiente fijar plazo para la adecuación**

## **Decimosexto. Personal en los centros de atención residencial.**



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

#### **a) Tipología**

El personal en los centros de atención residencial se subdivide en tres grupos:

1. Personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) que es el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y/o sector. Preferentemente, estará asignado a una unidad de convivencia de forma estable.
2. Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.
3. Personal de atención indirecta (AI), que es el resto del personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.

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

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

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

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



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

Se acreditará considerando en el numerador el número de jornadas completas según establezca el convenio o normativa laboral que sea de aplicación y en el denominador el número de plazas ocupadas en el centro residencial hasta el límite del 80% de plazas acreditadas.

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

Ratios específicas para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar			
Ratio exigible para la categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a		
	1 de enero de 2023	1 de enero de 2024	1 de enero de 2025
Residencia personas mayores	0,33	0,38	0,40
Residencia personas con discapacidad.	0,42	0,45	0,50

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

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

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

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



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

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

La tipología, número y requerimiento para el personal de atención directa de segundo nivel se determinará por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características de las personas usuarias de los centros residenciales y sus necesidades.

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

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

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

Ratio global mínima para el personal de atención directa			
Ratio global exigible para el personal de atención directa (dos niveles)	Ratio global exigible a		
	1 de enero de 2023	1 de enero de 2024	1 de enero de 2025
Residencia personas mayores.	0,41	0,46	0,48





Ratio global mínima para el personal de atención directa			
Ratio global exigible para el personal de atención directa (dos niveles)	Ratio global exigible a		
	1 de enero de 2023	1 de enero de 2024	1 de enero de 2025
Residencia personas con discapacidad.	0,50	0,53	0,58

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

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

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

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

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

#### **a) Plan de personal de atención y apoyos al proyecto de vida**

Los planes personales de atención y de apoyo son una de las estrategias clave para la personalización de los cuidados, así como para avanzar hacia una gestión centrada en las personas. Deberán contribuir a proporcionar a las personas residentes un lugar para vivir donde sus preferencias, su intimidad y sus derechos están en el centro de la atención.

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



deberán conocer y respetar todas las personas que participen en su sistema de apoyos y cuidados.

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

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

Para la configuración de los grupos estables que conforman las unidades de convivencia se considerarán criterios de afinidad y vínculo evitando criterios de grado de dependencia, patologías o cronicidad.

Las personas residentes tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se garantizará que toda la documentación relativa a las personas usuarias sea respetuosa con su dignidad y promueva una visión positiva de ellas. Se contará con procedimientos de protección de la confidencialidad y protección de datos de las personas y se ponen en práctica.

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

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

Además, se contará con guías de buena práctica para los procesos de acogida y despedida de las personas residentes para garantizar la personalización de la atención.



## **b) Relaciones con el ámbito familiar**

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

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

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

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

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

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

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

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

La persona profesional de referencia sea cual sea su específico rol profesional, será un referente cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del plan personal de



atención y de apoyos de la persona residente, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida.

Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, sí deberá estar asociada al personal de atención directa.

En la elección de la persona profesional de referencia deberá participar la persona residente y deberá basarse en sus preferencias. En cualquier caso, la persona profesional de referencia deberá contar con la aceptación de la persona usuaria.

Las personas de referencia recibirán formación específica de atención centrada en la persona de forma que puedan ejercer adecuadamente su rol de personas de apoyo.

#### **d) Órganos de participación**

En cada centro existirá un órgano de participación directa de las personas residentes, elegido democráticamente, de carácter representativo y participativo, con funciones asesoras, consultivas y de propuesta.

#### **e) Voluntades anticipadas, testamento vital o instrucciones previas**

Durante la elaboración del plan personal de atención y de apoyos, se redactará el documento de instrucciones previas conforme a lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para contribuir a mejorar la atención cuando se acerca el final de la vida y a que se respeten la voluntad y preferencias de las personas residentes.

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

Las entidades prestadoras del servicio de atención residencial, además de la documentación común a todos los servicios, deberán disponer, como mínimo, de la siguiente documentación e información:

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



- b) Plan de atención libre de sujeciones.

## Título V. Requisitos de acreditación de centros de día.

### Decimonoveno. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros de día.

#### a) Emplazamiento

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

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

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

Cada centro se constituirá y estará ubicado como una unidad independiente perfectamente diferenciada de otro tipo de servicios cuando forme parte de un centro multiservicios (por ejemplo, residencial con estancias diurnas). Deberá contar con un acceso exclusivo e independiente desde el exterior o vía pública y con un espacio físico concreto y determinado.

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

#### b) Tamaño de los centros



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

Los centros previamente acreditados que superen las 50 plazas deberán presentar un plan de adecuación, que garantice la atención personalizada en unidades de estancia diurna independientes.

### **c) Espacios y equipamiento**

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

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

Los centros facilitarán conexión a Internet de forma gratuita y pondrán a disposición de las personas usuarias dispositivos para el acceso a la Red.

### **Vigésimo. Personal en los centros de día.**

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

#### **a) Tipología**

El personal en los centros de día se subdivide en tres grupos:

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



2. Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.
3. Personal de atención indirecta (AI), que es el resto del personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.

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

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

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

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

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

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

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

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



Ratios específicas para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar <sup>(1)</sup>			
Ratio exigible para la categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a		
	1 de enero de 2023	1 de enero de 2024	1 de enero de 2025
Centros de día	0,15	0,15	0,15

(1) Estas ratios se calcularán considerando jornadas completas y centros con un horario de apertura de 8 horas al día y 5 días a la semana, debiendo ajustarse proporcionalmente para aperturas de otra duración.

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

La misión primordial de este personal se centra en la programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a las personas usuarias de los centros.

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

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

La tipología, número y requerimiento a este personal se determinará por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características de las personas usuarias de los centros de día y sus necesidades.

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





Ratio global mínima para el personal de atención directa de segundo nivel <sup>(2)</sup>			
Ratio exigible para el personal de atención directa de segundo nivel	Ratio exigible a		
	1 de enero de 2023	1 de enero de 2024	1 de enero de 2025
Centros de día de	<b>0,08</b>	<b>0,09</b>	<b>0,1</b>

(2) Estas ratios se calcularán considerando jornadas completas y centros con un horario de apertura de 8 horas al día y 5 días a la semana, debiendo ajustarse proporcionalmente para aperturas de otra duración.

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

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

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

### **Vigésimo primero. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros de día.**

#### **a) Horario de atención y apoyos**

Con carácter general, el horario se establecerá, los días laborables, entre las ocho y las veinte horas. Las administraciones competentes regularán los tiempos, el uso por días u horas, los transportes, etc. en lo relativo a estos centros. La planificación del horario de cada persona responderá a su situación y preferencias, y quedará recogido en su plan personal de atención y de apoyos.

#### **b) Plan de personal de apoyos**



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

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

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

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

Las personas usuarias tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se garantizará que toda la documentación relativa a las personas usuarias sea respetuosa con su dignidad y promueva una visión positiva de ellas. Se contará con procedimientos de protección de la confidencialidad y protección de datos de las personas y se ponen en práctica.

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



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

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

### **c) Relaciones con el ámbito familiar**

El centro de día contará con un servicio de atención a la familia de la persona usuaria ofreciendo a la misma el debido apoyo y asesoramiento para que dichas personas puedan seguir viviendo en su medio. También se les informará y asesorará sobre pautas y orientaciones necesarias para el cuidado y apoyo a su familiar.

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

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

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

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

### **d) Personas profesionales de referencia**

Los y las profesionales de referencia son las personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día. Son quienes coordinan el plan de apoyos



personales de la persona y se comunican y planifican con el resto de personal que apoyan a la persona usuaria en el día a día, así como con su familia, cuando lo persona lo elije.

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

Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, sí deberá estar asociada al personal de atención directa.

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

Las personas de referencia recibirán formación específica de atención centrada en la persona de forma que puedan ejercer adecuadamente su rol de personas de apoyo.

#### **Vigésimo segundo. Requisitos documentales mínimos para los centros de día.**

Las entidades prestadoras del servicio de centro de día, además de la documentación común a todos los servicios, deberán disponer, como mínimo, de la siguiente documentación e información:

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

#### **Título VI. Requisitos comunes de acreditación de entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio.**



### **Vigésimo tercero. Ubicación instalaciones y equipamiento en el servicio de ayuda a domicilio.**

#### **a) Lugar de prestación del servicio**

El servicio se prestará en el domicilio de la persona usuaria y en el entorno comunitario próximo al mismo, siendo este una extensión fundamental de la vida cotidiana de las personas a las que se prestan los cuidados y apoyos.

Las tareas y funciones de cuidado se adaptarán a las características de la vivienda, contribuyendo a que sea un entorno accesible y facilitador de la participación de la persona y del desarrollo de las funciones de cuidado de forma adecuada, tanto para las personas trabajadoras como para la propia persona en situación de dependencia y las personas con las que convive.

### **Vigésimo cuarto. Personal en el servicio de ayuda a domicilio.**

#### **a) Tipología**

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

El personal que trabaja en el servicio de ayuda a domicilio se diferencia en los siguientes grupos:

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

Desarrollan las funciones de atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar y convivencial y de relaciones con el entorno. Sus tareas estarán determinadas por lo que se establezca en el Programa Individual de Atención (PIA) y en el plan personal de atención y de apoyos.

Entre sus funciones también estará la coordinación con otras personas que intervienen en el plan de atención de la persona, ya sean familiares, otros y otras profesionales de servicios sociales comunitarios y del sistema público de salud, así como del mismo servicio de atención domiciliaria con los que se coordina.



Así mismo, este personal, junto con la propia persona y siempre de acuerdo con su voluntad y preferencias, propondrá adaptaciones del plan personal de atención y de apoyos en función de cambios situacionales en la vida de la persona, en base a cambios en sus necesidades, demandas, riesgos y oportunidades en cada momento.

## 2) Personal coordinador o de atención directa de segundo nivel (Ad2N)

Es el personal responsable de la gestión y organización del trabajo del personal de atención directa de primer nivel, así como de la orientación, apoyo, asesoramiento y seguimiento de este.

Se coordinará también, para el seguimiento de cada caso, con los servicios sociales comunitarios de referencia para el seguimiento y el aseguramiento de la calidad y evolución de los servicios que se prestan.

El número de personas de atención directa deberá ser suficiente para prestar los apoyos que en su conjunto se establezcan por plan personal de atención y de apoyos, teniendo en cuenta también las tareas de coordinación y los desplazamientos.

Ratio global mínima para el personal de atención directa de primer nivel en ayuda a domicilio <sup>(1)</sup>		
Ratio global exigible para el personal de atención directa de primer nivel	Número máximo de horas de atención directa mensual a la persona usuaria por cada trabajadora contratada a jornada completa o equivalente.	Nº mínimo de trabajadoras (jornada completa) por cada 1.000 horas/mes efectivas de ayuda a domicilio.
Ratio global exigible a 1 de enero de 2023	135	7,41

(1) Los cálculos se han realizado sobre la base de jornadas completas de 1.800 horas mensuales.

En todo caso, se reservará el 10% de la jornada de cada trabajador o trabajadora de atención directa de primer nivel a las tareas de coordinación y desplazamientos.



## **Vigésimo quinto. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben en el servicio de ayuda a domicilio.**

### **a) Organización del servicio**

El servicio de ayuda a domicilio se adaptará a las preferencias y voluntad de las personas usuarias y a sus circunstancias, así como a su proyecto y estilo de vida en cuanto a los horarios, rutinas, días de la semana y tipología de las tareas que se realizan.

El trabajo se organizará preferentemente en pequeños equipos de profesionales de proximidad que atenderán a las personas usuarias de una misma área territorial, de forma que se minimicen los tiempos de desplazamiento; se trabaje con una lógica y enfoque comunitario; se comparta la información relevante y se promueva un enfoque de intervención centrado en la persona; se minimice el impacto de los procesos de sustitución del personal y se mejore la atención. Los equipos estarán formados por un grupo de auxiliares de ayuda a domicilio y tendrán de referencia a una persona con el rol de coordinación. Estos equipos se coordinarán también con los profesionales de referencia de servicios sociales comunitarios y de servicios sanitarios de referencia de la zona.

En ningún caso los tiempos de desplazamiento minorarán el tiempo de atención que le corresponde a cada persona usuaria.

### **b) Plan personal de atención y de apoyos**

Cada persona usuaria tendrá un plan personal de atención y de apoyos, en el que, en función de sus necesidades, voluntad y preferencias, se planificarán los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto y estilo de vida.

La persona usuaria participará activamente en la elaboración de su plan personal de atención y de apoyos, incluso cuando hay una afectación cognitiva que haga más compleja su participación. Se tendrán que articular los mecanismos de apoyo e interpretación necesarios para asegurar que la voluntad y preferencias de la persona se tienen en cuenta en la toma de decisiones y en el seguimiento del propio plan. Así mismo, si así lo determina la persona usuaria, su familia y/o personas allegadas participarán y se implicarán en la elaboración del plan. En el diseño del plan se deberá tener en cuenta la situación de la persona en su domicilio, especialmente teniendo en cuenta la situación de convivencia con otras personas.



Dicho plan será comunicado a los servicios sociales públicos de referencia, en la forma que estos establezcan, para su anotación en la correspondiente Historia Social, reflejando en el mismo, otros servicios y apoyos que la persona precisa para mantener su bienestar en su domicilio y en su entorno próximo.

Las tareas que realizan las auxiliares de ayuda a domicilio vendrán especificadas en el plan personal de atención y de apoyos.

### **Vigésimo sexto. Requisitos documentales mínimos para la ayuda a domicilio.**

Las entidades prestadoras del servicio de ayuda a domicilio, además de la documentación común a todos los servicios, deberán disponer, como mínimo, de la siguiente documentación e información:

- a) Póliza de seguros que cubra la posible responsabilidad civil, incluyendo los posibles daños a las personas usuarias, consideradas como terceras.

## **Título VII. Requisitos de acreditación del servicio de teleasistencia.**

### **Vigésimo séptimo. Ubicación, instalaciones y equipamiento en el servicio de teleasistencia**

#### **a) Lugar de prestación del servicio**

El servicio de teleasistencia se prestará en el domicilio de la persona en situación de dependencia y también podrá prestarse en su entorno social habitual.

#### **b) Equipamiento**

##### **b.1. Equipos**

El servicio de teleasistencia se llevará a cabo a través de la instalación de un terminal o dispositivo en la vivienda de la persona usuaria, conectado a una central receptora, con la que se comunica cuando sea necesario, mediante la activación de un pulsador u otros





sistemas de comunicación. Deberá garantizar la atención a las personas en situación de dependencia 24 horas al día los 365 días del año.

Así mismo, el servicio se podrá prestar con apoyos tecnológicos complementarios dentro y/o fuera del domicilio mediante la utilización de sensores y actuadores en el domicilio (por ejemplo, detectores de patrón de actividad, detectores de caídas, dispensadores de medicación, detectores de apertura de puertas, etc.) y dispositivos con tecnología que permita la geolocalización fuera del domicilio.

### **b.2. Accesibilidad**

Los pulsadores o sistemas de alarma de los dispositivos deben ser diferenciables entre sí por sus características de color, tamaño, texto, relieve, símbolo, sonido o forma en función de las necesidades de la persona usuaria. El pulsador de la alarma debe ser fácilmente identificable y diferenciable del resto de botones, en función de las necesidades de la persona usuaria.

La entidad prestadora debe entregar e instalar los productos de apoyo necesarios para que las personas usuarias que tengan limitación de movilidad en los miembros superiores puedan activar la alarma de forma accesible.

La información destinada a la persona usuaria, incluidas las notificaciones, deberá ser perceptible y comprensible por ésta.

La tecnología asociada a los servicios de teleasistencia deberá posibilitar diversas modalidades de comunicación, no restringidas únicamente a la emisión-recepción de mensajes hablados, teniendo en cuenta las necesidades de cada persona.

A las personas en situación de dependencia que así lo requieran, se les deberá facilitar un dispositivo o terminal que pueda ser utilizado para generar la información de manera visual (vía texto, mediante comunicación aumentativa y alternativa -con uso de pictogramas o imágenes-, mediante lengua de signos a través de videocomunicación) o sonora.

### **b.3. Centros de atención**



Los sistemas de información deberán permitir un registro estructurado de la información para favorecer la elaboración de un plan personalizado de teleasistencia que recoja información administrativa y asistencial.

Los protocolos de comunicaciones serán públicos al objeto de facilitar la utilización de dispositivos de diferentes proveedores.

Siempre que sea posible, se incorporarán sistemas de procesamiento de audio para considerar la información de las conversaciones de audio en la elaboración, seguimiento y evaluación del plan personalizado de teleasistencia.

El servicio de teleasistencia permitirá y promoverá la conexión con los servicios de información de los sistemas social y sanitario.

La plataforma de teleasistencia deberá ser interoperable al objeto de que se pueda compartir la información que corresponda de cada persona en situación de dependencia con su personal de referencia de los servicios sociales de base, con la atención primaria de salud y con otros servicios que presten apoyos a la persona en el ámbito del SAAD, especialmente en el caso de servicio de ayuda a domicilio. La información solo se compartirá si la persona en situación de dependencia da su consentimiento expreso, de acuerdo con la normativa de protección de datos de carácter personal vigente. La interoperabilidad debe contribuir a agilizar procesos y a facilitar un enfoque de la intervención coordinado y centrado en cada persona y en su proyecto de vida.

#### **b.4. Mantenimiento**

La entidad prestadora contará con un sistema de gestión del equipamiento técnico que asegure el mantenimiento preventivo y correctivo de los terminales o dispositivos utilizados.

### **Vigésimo octavo. Personal en el servicio de teleasistencia**

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

#### **a) Tipología**



Las personas que trabajan en el servicio de teleasistencia se diferencian en los siguientes grupos:

- 1) **Personal teleasistente** que es el personal encargado de la comunicación y acompañamiento a la persona en situación de dependencia de acuerdo con el plan personalizado de teleasistencia. Cuando la persona en situación de dependencia establezca comunicación, el personal teleasistente del centro de atención será el encargado de atenderla.
- 2) **Personal coordinador** es el personal encargado de diseñar junto con la persona en situación de dependencia el plan personalizado de teleasistencia, que tiene por objeto acompañar a la persona en situación de dependencia, promover el contacto de esta con su entorno familiar y social y favorecer su bienestar en su domicilio. Este plan, junto con los registros informáticos necesarios, serán los que orienten la intervención del personal teleasistente.
- 3) **Personal supervisor** es el encargado de la supervisión del personal coordinador y personal teleasistente.

## **Vigésimo noveno. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben teleasistencia**

### **a) Atención personalizada y proactiva**

El servicio de teleasistencia tendrá en cuenta las circunstancias, preferencias y voluntad de cada persona en situación de dependencia en el diseño, planificación y seguimiento de sus intervenciones, de forma que se preste una atención centrada en cada persona articulada en base al plan personalizado de teleasistencia.

Se realizará una evaluación inicial de necesidades y preferencias centrada en cada persona y en la situación de su domicilio para proveer de la tecnología y los apoyos necesarios para contribuir a su bienestar y autonomía. Esta evaluación ofrecerá la información necesaria para orientar la intervención proactiva que se facilitará a través del servicio y que se reflejará en un plan personalizado de teleasistencia. Las medidas que se establezcan en este plan orientarán las intervenciones que realizarán las y los profesionales de atención directa que atiendan a la persona en situación de dependencia.



La persona en situación de dependencia participará en la decisión de la frecuencia con la que se va a realizar el seguimiento y acompañamiento.

Se revisará de forma periódica cómo los servicios que se ofrecen contribuyen a mejorar el bienestar y la autonomía de la persona y se realizarán los ajustes necesarios en el plan para mejorar la atención que se ofrece. En esta revisión se tendrá en cuenta, de forma prioritaria, la satisfacción de la propia persona y de su familia con los cuidados que se prestan a través del servicio de teleasistencia.

El sistema informático del servicio de teleasistencia deberá ofrecer de forma inmediata y clara la información significativa y suficiente sobre la persona en situación de dependencia, de forma que permita una atención personalizada, así como los recursos públicos y comunitarios disponibles. Así mismo, deberá proporcionar utilidades para la gestión del plan personalizado de teleasistencia entre las que se incluyen herramientas para la valoración, elaboración del plan, seguimiento y evaluación.

#### **b) Atención en situaciones de emergencia**

La entidad prestadora del servicio debe garantizar que la persona en situación de dependencia pueda comunicar directamente con el centro de atención siempre que lo considere necesario y tantas veces como estime oportuno. En el caso de comunicaciones que pongan de manifiesto una situación de emergencia, se hará seguimiento del caso hasta que la situación se estabilice.

En cualquier caso, la entidad prestadora dispondrá de los procesos y protocolos de actuación adecuados a la situación de necesidad de atención detectada.

#### **c) Personas cuidadoras**

La atención personalizada requiere tener en cuenta la situación y necesidades de las personas que cuidan a la persona en situación de dependencia, sean familiares y/o personas allegadas, así como coordinarse con ellas.

En el diseño de la intervención en teleasistencia se tendrán en cuenta también los apoyos que se ofrecen desde el entorno familiar y que pueden complementar y contribuir a que el servicio de teleasistencia sea más efectivo.



#### **d) Enfoque comunitario**

Los servicios que se ofrecen contemplarán también las necesidades de la persona en el entorno próximo a su domicilio, de forma que faciliten su participación y relación con recursos, servicios y otras personas de su vecindario. Los servicios de teleasistencia deberán contribuir a que la persona esté conectada con los lugares donde vive, participe en su comunidad y se prevengan situaciones de soledad no deseada. Para ello se valorarán, no sólo las necesidades de la persona en su domicilio, sino sus necesidades para la participación en su entorno comunitario próximo.

#### **Trigésimo. Requisitos documentales mínimos para el servicio de teleasistencia.**

Las entidades prestadoras del servicio de teleasistencia, además de la documentación común a todos los servicios, deberán disponer, como mínimo, de la siguiente documentación e información:

- a) Registro de planes personalizados de teleasistencia de cada persona en situación de dependencia con información que contribuya a una intervención, seguimiento y evaluación centrada en cada persona que necesariamente tenga en cuenta su voluntad y preferencias.
- b) Registro informático de las comunicaciones, sean del tipo que sean, con la persona usuaria o con las personas de referencia autorizadas por esta o de una síntesis de estas.
- c) Registro actualizado de todos los recursos de atención ante emergencias disponibles en la zona de actuación.

### **SECCIÓN SEGUNDO. CALIDAD EN LOS SERVICIOS.**

#### **Título IV. Sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD.**

##### **Trigésimo primero. Mejora progresiva de la calidad.**

Como planteamiento estratégico, y teniendo en cuenta las diferencias actualmente existentes entre las distintas Comunidades Autónomas, los requisitos y estándares de calidad exigidos



deberán converger mejorando progresivamente el derecho reconocido a las personas en situación de dependencia a acceder en condiciones de igualdad al catálogo de servicios previstos en el artículo 15 de la LAPAD con independencia del lugar del territorio del Estado donde residan.

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

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

#### **Trigésimo segundo. Características del sistema de evaluación de la calidad.**

Con independencia del exigible cumplimiento de los criterios contenidos en el presente acuerdo como mínimos comunes, ampliables por las diferentes administraciones competentes, para la acreditación de los centros y servicios del SAAD, es procedente promover de forma continua la mejora de la calidad de estos y proceder a la evaluación y acreditación de la misma.

Conforme dispone el artículo 34.3 de la LAPAD, corresponde al Consejo Territorial establecer los criterios y los indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de centros y servicios del sistema.

Asimismo el artículo 35 encomienda al Consejo Territorial la fijación de estándares de calidad de los servicios y prestaciones contenidos en la precitada Ley, por lo que -a tal efecto- **se constituye con carácter permanente la Ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD** (en adelante la Ponencia) como grupo de trabajo permanente de los regulados en el artículo 14 del Reglamento interno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Dicha Ponencia tendrá como misión inicial la elaboración de una propuesta de sistema común para la evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD que deberá referirse especialmente a los resultados e impactos de estos en las personas y muy especialmente en su vida digna de calidad.



El enfoque de la evaluación será ex post y las dimensiones a evaluar se articularán en torno a los ejes: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud al bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias.

Se deberán introducir asimismo criterios relacionados con la calidad en las condiciones de trabajo de las personas profesionales encargadas de prestar apoyos en los diferentes servicios como elemento que impacta en los ejes citados anteriormente.

La Ponencia estará compuesta por personal técnico designado por cada una de las administraciones integrantes de la Comisión Delegada y será presidida por un/a representante de la Administración General de Estado a propuesta de la persona titular de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, pondrá a disposición de la Ponencia los medios y las asistencias técnicas precisas para el desarrollo de sus trabajos. Asimismo, podrán participar en la misma de manera puntual personas expertas en la materia a propuesta de sus miembros.

Transcurridos 12 meses desde su constitución, la Ponencia deberá presentar propuesta completa de criterios, dimensiones, indicadores, herramientas y procesos comunes de evaluación de la calidad en los servicios del SAAD para su aprobación por parte del Consejo Territorial.

Específicamente el marco de calidad que se propone consta de las siguientes partes:

- Marco referencial de calidad: principios, dimensiones y criterios de calidad que deben orientar la atención a las personas en situación de dependencia y la organización de los servicios y las prácticas profesionales. Este marco será el referente para el desarrollo de las mejoras en los servicios.
- Sistema de evaluación de la calidad en el que se genere una aplicación sistemática de evaluación y acreditación de la calidad que permita avanzar a todas las organizaciones y entidades prestadoras de servicios hacia la mejora en la calidad. Los resultados de las evaluaciones deberán comunicarse por las organizaciones y publicarse con total transparencia.



- Planes de transición del modelo de atención de los servicios: es una herramienta que, junto con el sistema de evaluación de la calidad, contribuye a la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en el marco del SAAD, así como a garantizar su impacto positivo en la calidad de vida de las personas que participan en ellos. Un plan de transición responde al compromiso de las entidades de desarrollar acciones de mejora, que contribuyan al necesario tránsito hacia modelos de cuidado centrados en cada persona y desde un marco de los derechos humanos. Es un plan que describe las medidas y acciones de mejora que la entidad se propone y compromete a desarrollar en el servicio en el plazo de no más de dos años. Se requerirá una inmersión en la cultura de la calidad de los servicios ligada a los resultados de calidad de vida en las personas (tanto las personas usuarias como las personas trabajadoras) a través de instrumentos comunes de mejora para la adecuación a la atención integral centrada en las personas y en sus contextos de comunidad. Los planes de transición son herramientas que ayudarán a las organizaciones de servicios a realizar los cambios organizacionales, estructurales y culturales precisos.

La evaluación de la calidad diseñada por la Ponencia será un proceso por el cual un centro o servicio contará con herramientas de autoevaluación y manuales de implementación y se podrá someter a un procedimiento de verificación externo, con la finalidad de evaluar su grado de adecuación a los estándares de calidad previamente establecidos.

La Comisión Delegada del SAAD y el Comité Consultivo harán seguimiento puntual de estos trabajos y recibirán los avances de los mismos con una periodicidad inicial trimestral hasta la aprobación del Sistema de Evaluación y Calidad del SAAD.

Una vez se apruebe el Sistema de Evaluación de la Calidad del SAAD por el Consejo Territorial, la **Ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD** deberá permanecer activa para:

- Revisar de forma continua los estándares de atención de cada uno de los servicios y prestaciones del SAAD, su aplicación y proponer las oportunas mejoras y modificaciones a la Comisión Delegada.
- Elaborar recomendaciones y directrices.
- Diseñar y proponer los sistemas de publicación de resultados de las evaluaciones y los modelos de calificación.
- Diseñar y proponer sistemas de comparaciones abiertas.





- Elaborar, por encargo del Consejo Territorial, encuestas u otras herramientas que favorezcan el aprendizaje para el cambio de modelo.

Los resultados de las evaluaciones de los servicios del SAAD, conforme al sistema que se apruebe, tendrán carácter público y abierto y serán difundidos y actualizados mediante los medios que se determinen.

### **Trigésimo tercero. Transparencia.**

La transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía y grupos de interés específicos del SAAD serán principios básicos del sistema de evaluación de la calidad.

Los resultados de las evaluaciones de cada centro o entidad serán publicados de una manera planificada y ordenada, de manera que sean accesibles y entendibles por todas las partes y personas interesadas. Se establecerá un sistema de monitorización de resultados que determine las fuentes de datos y registros, los mecanismos de recogida de los datos, la sistemática de análisis y la comunicación de resultados.

Los resultados de las evaluaciones de calidad podrán dar lugar a categorías que sean utilizadas como criterios para el establecimiento de valores diferenciados (precios) de concierto de plazas por parte de las administraciones públicas.

## **SECCIÓN TERCERO. RÉGIMEN TRANSITORIO Y PLAZOS DE ADECUACIÓN (apartado pendiente de revisión)**

### **Trigésimo cuarto. Régimen transitorio.**

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

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



### **Trigésimo quinto. Adecuación de los centros, servicios y entidades.**

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

### **Trigésimo sexto. Registro.**

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