

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

- 13580** *Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

De conformidad con lo establecido en el artículo 34.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó, en su reunión extraordinaria de 28 de junio de 2022, el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que se publica como anexo a esta resolución.

Madrid, 28 de julio de 2022.—El Secretario de Estado de Derechos Sociales, Ignacio Álvarez Peralta.

ANEXO

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

ÍNDICE

- Preámbulo.
- Sección primera. Acreditación.
 - Título I. Consideraciones generales.
 - Primero. Sujetos de acreditación.
 - Segundo. Contenidos de acreditación.
 - Tercero. Ámbitos de acreditación.
 - Cuarto. Extensión del acuerdo.
 - Quinto. Definiciones.
 - Sexto. Principios rectores del nuevo modelo de atención.
 - Séptimo. Inspección y control públicos.
 - Título II. Calidad en el empleo.
 - Octavo. Cualificación profesional, habilitación y competencias.
 - Noveno. Formación continua del personal de cuidados.
 - Décimo. Criterios comunes de contratación.
 - Undécimo. Encuadramiento y fomento de la generación de personal cualificado para el sector de los cuidados.
 - Duodécimo. Salud laboral.
 - Decimotercero. Coordinación para la atención social y sanitaria.
 - Título III. Requisitos de acreditación comunes a todos los servicios.
 - Decimocuarto. Garantía de acceso a los centros y servicios sin discriminación.
 - Decimoquinto. Atención libre de sujeciones.

Decimosexto. Requisitos documentales mínimos comunes.

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

Decimoséptimo. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros residenciales.

Decimooctavo. Personal en los centros de atención residencial.

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

Vigésimo. Requisitos documentales mínimos para los centros residenciales.

Título V. Requisitos de acreditación de centros de día.

Vigésimo primero. Ubicación, instalaciones y equipamiento en centros de día.

Vigésimo segundo. Personal en los centros de día.

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

Vigésimo cuarto. Requisitos documentales mínimos para los centros de día.

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

Vigésimo quinto. Ubicación instalaciones y equipamiento en el servicio de ayuda a domicilio.

Vigésimo sexto. Personal en el servicio de ayuda a domicilio.

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

Vigésimo octavo. Requisitos documentales mínimos para la ayuda a domicilio.

Título VII. Requisitos de acreditación del servicio de teleasistencia.

Vigésimo noveno. Ubicación, instalaciones y equipamiento en el servicio de teleasistencia.

Trigésimo. Personal en el servicio de teleasistencia.

Trigésimo primero. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben teleasistencia.

Trigésimo segundo. Requisitos documentales mínimos para el servicio de teleasistencia.

Sección segunda. Calidad en los servicios.

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

Trigésimo tercero. Mejora progresiva de la calidad.

Trigésimo cuarto. Características del sistema de evaluación de la calidad.

Trigésimo quinto. Transparencia.

Sección tercera. Régimen competencial, financiación y adecuación,

Trigésimo sexto. Régimen competencial.

Trigésimo séptimo. Condiciones de financiación.

Trigésimo octavo. Adecuación normativa.

Trigésimo noveno. Régimen transitorio.

Cuadragésimo. Adecuación de los centros, servicios y entidades.

Cuadragésimo primero. Registro.

Cuadragésimo segundo. Revisión del Acuerdo.

PREÁMBULO

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante «la LAPAD»), en su artículo 34.2, encomienda al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante «el Consejo Territorial») la fijación de criterios comunes sobre acreditación de centros, servicios y entidades.

La acreditación de centros, servicios y entidades que actúen en el ámbito de la autonomía personal y de la atención a la dependencia, tiene por finalidad garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir unos servicios de calidad y ello con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan (artículo 4.1).

La competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las Comunidades Autónomas en su ámbito competencial, tal y como reconoce el artículo 16 de la LAPAD, si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación (artículo 34.2).

En base a esta encomienda, el Consejo Territorial en su reunión del día 27 de noviembre de 2008, acordó unos criterios comunes sobre acreditación para garantizar la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD), que, entendiéndose como mínimos, han informado hasta ahora la legislación y reglamentación autonómicas. Posteriormente dicho acuerdo ha sufrido diversas modificaciones generalmente dirigidas a lo referido a las cualificaciones profesionales y a los procesos de habilitación.

Con fecha 15 de enero de 2021, el pleno del Consejo Territorial aprobó el denominado «Plan de choque», que contiene doce puntos para la mejora del sistema, uno de los cuales iba referido a la necesidad de abordar «las modificaciones del Acuerdo de acreditación de centros y servicios del SAAD de 2008 que sean necesarias para reforzar la calidad de los servicios».

De esta forma, con fecha de 26 de julio de 2021, el pleno del Consejo Territorial aprobó el Acuerdo de bases y hoja de ruta para la modificación de los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. En el mismo se reconocía la necesidad de revisar y reformular el acuerdo vigente desde 2008 hacia un nuevo texto que, en todo caso debía:

- Estar enfocado a asegurar el acceso a unos servicios definidos, personalizados, adaptables a cada persona a lo largo de su ciclo vital y que aseguren el pleno respeto a su dignidad, autonomía y participación social.
- Respetar los principios de: dignidad y respeto; personalización y atención centrada en la persona; participación, control y elecciones; derecho a la salud y bienestar personal; y proximidad y conexiones comunitarias.
- Ser de aplicación a todos los servicios susceptibles de estar contenidos en el PIA de cada persona ya sean estos de titularidad pública o privada; de provisión pública directa o concertada, incluyéndose también los servicios cuya provisión se articule mediante una prestación económica vinculada dirigida a la persona en situación de dependencia.
- Establecer requisitos mínimos comunes para la acreditación de los diferentes servicios, empezando por los de carácter residencial.
- Promover que todos los servicios (ya sean domiciliarios o residenciales) se conciban como «de proximidad» con un enfoque comunitario.
- Determinar las figuras y perfiles profesionales para la prestación de apoyos, su cualificación, su encuadramiento y sus funciones.
- Establecer el procedimiento de acreditación del personal de apoyos, así como los planes de formación oportunos. Éstos incluirán un programa para la capacitación del personal en el modelo de atención centrado en la persona en los servicios residenciales y domiciliarios.

- Establecer, respecto a los servicios de carácter residencial, al menos:
 - Los requisitos mínimos para su acreditación referidos a: ubicación e instalaciones; personal (cualificación y cuantificación); calidad de atención (modelo) y sistemas de evaluación y mejora.
 - La atención en unidades de convivencia, determinando el número máximo de personas residentes en las mismas, así como su régimen mínimo de funcionamiento para que sean consideradas como tales unidades.
 - El acceso a la atención sanitaria proporcionada por el Sistema Nacional de Salud acreditando la articulación y coordinación entre servicios sociales y sanitarios en cada territorio.
 - Los plazos de adecuación a los requisitos mínimos comunes para los servicios preexistentes al acuerdo, así como los plazos para la oportuna transposición normativa si esta fuera precisa.

- Establecer un sistema referencial de calidad –común y público– con estándares dirigidos a evaluar los resultados de los servicios en la calidad de vida de las personas cuyos resultados serán públicos.

Igualmente, en el acuerdo de 26 de julio de 2021, se estableció que el Consejo Territorial recibiría y consideraría las aportaciones efectuadas en la Mesa de Diálogo Social, así como las que efectuasen las entidades de la sociedad civil, las sociedades científicas o las entidades profesionales en un proceso de participación impulsado por la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Finalizado dicho proceso, el presente texto, adecuándose a lo acordado, supone trascender y ampliar el Acuerdo de 2008 adecuándolo a la realidad actual y estableciendo unos mínimos comunes que no sólo garanticen la calidad de los servicios que reciban las personas en situación de dependencia, sino que también apunten los derechos contenidos en el artículo 4 de la LAPAD.

Así mismo se incide en la calidad en el empleo, entre otras medidas, con la mejora de las ratios de personal de atención directa; y se constituye con carácter permanente la Ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD, como grupo de trabajo permanente de los regulados en el artículo 14 del Reglamento Interno del Consejo Territorial, aprobado por el mismo en su reunión extraordinaria de 1 de marzo de 2018.

El nuevo acuerdo se ha estructurado en tres secciones diferenciadas.

Una sección primera relativa a la acreditación de centros y servicios. El título I de esta sección hace referencia a consideraciones generales sobre acreditación. El título II va referido a la calidad en el empleo, la cualificación, el fomento de la formación, e incorpora un apartado para el aseguramiento de la coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario. El título III contiene requisitos de acreditación comunes a todos los servicios. Finalmente, los títulos IV a VII se refieren a requisitos comunes de acreditación de diferentes servicios del catálogo contenido en el artículo 15.1 de la LAPAD: atención residencial; centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia.

La sección segunda va dirigida a la necesidad de elaborar referenciales comunes de calidad para el sistema y a la creación de la Ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD como garantía para la mejora del mismo, la transparencia y la dación de cuentas.

Finalmente, la sección tercera establece el régimen competencial; las condiciones de financiación; el plazo para desarrollar las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo; y el correspondiente régimen transitorio.

Sección primera. Acreditación

En el ámbito del presente Acuerdo, se entiende por acreditación el acto por el que la Administración pública competente en materia de bienestar social certifica que un

servicio o centro reúne especiales condiciones de calidad en la prestación de los servicios ofertados, y declara la idoneidad de su integración en la red de centros y servicios del SAAD y, en general, para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.

TÍTULO I

Consideraciones generales

Primero. *Sujetos de acreditación.*

Podrán ser objeto de acreditación los centros o servicios, de titularidad privada, concertados para que formen parte del SAAD y los centros y servicios no concertados para que puedan prestar atención a las personas en situación de dependencia que reciben una prestación económica vinculada.

Los centros y servicios sociales de titularidad pública no estarán sometidos al régimen de acreditación, si bien, para la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, deberán observar las condiciones y requisitos de calidad y garantía en las prestaciones que se exijan para la acreditación de los centros y servicios privados.

La acreditación sólo tendrá efectos en el ámbito territorial de la Administración que resuelva la acreditación.

Segundo. *Contenidos de acreditación.*

El presente Acuerdo se emite en aplicación de lo dispuesto en el artículo 34 de la LAPAD y, en consecuencia, tiene por objeto la fijación de criterios mínimos comunes de acreditación para los centros y servicios del SAAD, sin perjuicio de las competencias de cada una de las Comunidades Autónomas, de las Ciudades Autónomas de Ceuta y de Melilla, de las Diputaciones Forales, de los Consells Insulares, de los Cabildos Insulares y de la Administración General del Estado, que podrán 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 y calidad en el empleo –tanto en número de profesionales, como en su cualificación, formación y condiciones laborales– constituyen un pilar fundamental para garantizar una adecuada prestación de los servicios y atención a las personas en situación de dependencia.

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 el apartado primero del artículo 15 de la LAPAD.

Quedan fuera de lo acordado en este ámbito las viviendas con apoyos 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), debiendo ser estos acreditados por la administración sanitaria correspondiente dentro de su marco regulador.

Quinto. *Definiciones.*

A los efectos del presente Acuerdo, se entiende por:

- a) Municipio del medio rural.

Según lo establecido en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, se entiende por medio rural el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km².

- b) Clasificación de las unidades administrativas locales según su grado de urbanización (DEGURBA).

Eurostat clasifica las unidades administrativas locales (municipios) según su grado de urbanización (DEGURBA, artículo 4 ter 3.ª Reglamento (UE) 2017/2391 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 1059/2003 en lo que respecta a las tipologías territoriales – Tercet) en tres grupos: ciudades o zonas urbanas densamente pobladas, localidades o zonas urbanas de densidad intermedia y, finalmente, zonas rurales o zonas escasamente pobladas.

A los efectos del presente Acuerdo se consideran rurales los municipios de la tercera categoría (zonas escasamente pobladas) y urbanos los que se incluyen en las dos primeras categorías.

Según se establece en el Reglamento (UE) 2017/2391 son los Estados miembros los que transmiten, en los seis primeros meses de cada año, a la Comisión (Eurostat) la lista de unidades administrativas locales a 31 de diciembre del año anterior. No obstante, a efectos orientativos, se definen:

b.1) Las ciudades o zonas urbanas densamente pobladas son aquellos municipios en los que al menos el 50% de la población reside en celdas tipificadas como centros urbanos

b.2) Las localidades o zonas urbanas de densidad intermedia son aquellos municipios en los que menos del 50% de la población reside en celdas de malla rurales y menos del 50% de la población en celdas tipificadas como centros urbanos.

b.3) Las zonas rurales o zonas escasamente pobladas son aquellos municipios en los que, al menos, el 50% de la población reside en celdas de malla rurales.

Además, se definen:

Los centros urbanos como un conglomerado de celdas contiguas de 1 km² con una densidad de al menos 1.500 habitantes por km² y que conjuntamente agrupen un mínimo de población de 50.000 habitantes. La contigüidad de las celdas del conglomerado no incluye las diagonales.

Las agrupaciones urbanas como un conglomerado de celdas contiguas de 1 km² con una densidad de al menos 300 habitantes por km² y que conjuntamente agrupen un mínimo de población de 5.000 habitantes. La contigüidad de las celdas del conglomerado sí incluye las diagonales.

Las celdas de malla rural son aquellas celdas habitadas, no clasificadas como agrupaciones urbanas o centros urbanos.

c) Unidad de convivencia.

Son espacios de convivencia reducidos que pretenden reproducir la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar. Son espacios, más íntimos, dentro de la propia residencia en los que cohabita un grupo reducido de personas, con diversas situaciones de dependencia, a quienes se les proporciona una atención personalizada con los apoyos que precisan y desean para el desarrollo de su vida cotidiana. Estos espacios se asemejan a un hogar tanto en su arquitectura, decoración y mobiliario, como en las rutinas y horarios que se adaptan a las preferencias y hábitos de las personas que conviven en ellos, favoreciendo su participación, autonomía, comodidad, estimulación, orientación y bienestar. Están compuestos por un espacio común, que incluye una zona para la preparación de comidas, comedor y sala de estar para uso de las personas que conforman la unidad de convivencia, sus familiares y personas allegadas, y por las habitaciones de las personas que viven en la unidad. Es aconsejable que dispongan también de acceso a un área exterior, tipo terraza o jardín. Estas unidades están delimitadas, identificadas y diferenciadas de otras unidades de convivencia del mismo centro y definen la estructura espacial de los centros residenciales con dimensión y ambiente de hogar.

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

Junto con las personas que conviven, forman parte de la unidad de convivencia el personal de atención directa, que debe tener una permanencia estable dentro de la unidad.

d) Plan personal de atención y de apoyo.

El plan personal de atención y apoyo es un proceso en el que se ayuda a la persona para que decida (con los apoyos y personas que precise) qué aspectos significativos de su vida quiere mejorar y mantener, así como los apoyos y oportunidades que necesita para hacerlo. En este proceso se decide, planifica y evalúa cómo esos apoyos contribuyen a que la vida de la persona mejore. Se materializa en un documento donde se describen las acciones de apoyo necesarias para alcanzar los objetivos y metas que se establezcan, siempre de acuerdo a la voluntad y preferencias de cada persona y contando con la participación de otras personas de su familia o allegadas que la conozcan bien. Este es un documento clave para promover procesos de atención centrados en la persona. Para su verdadera aplicación debe ser complementado con prácticas profesionales centradas en las personas que garanticen la aplicación práctica de lo que en estos planes se decide y redacta. El plan debe ser revisado y actualizado de forma periódica y contribuye también a la propia planificación y programación de las actividades del centro, de forma que estas respondan de forma más ajustada a las necesidades e intereses de las personas y no sólo a las prioridades organizacionales.

e) Plan de transición o adecuación.

El plan de transición o adecuación es el resultado de un proceso de reflexión para transitar hacia un nuevo modelo de cuidados y apoyos que requiere de un liderazgo claro, de la participación de las distintas partes interesadas y que exige un cambio en la cultura y el funcionamiento interno de las propias entidades.

El plan de transición o adecuación describe el paquete de actuaciones y medidas que la entidad se compromete a desarrollar que garanticen el proceso de tránsito de los modelos de cuidado asistenciales y uniformes actuales, hacia el modelo de cuidado y apoyos centrado en cada persona y con enfoque comunitario y de proximidad. Este plan también recoge los plazos de ejecución o puesta en marcha, y los recursos humanos, materiales y financieros que se prevé emplear, así como sus correspondientes indicadores de seguimiento y evaluación de las medidas.

Este plan, que debe constituir el itinerario de transformación de cada centro, se desarrolla en los siguientes ámbitos:

– En el ámbito organizativo, el plan de transición debe contener, entre otros, aspectos clave como son la estabilidad del personal profesional en cada unidad, el rol y elección de profesionales de referencia o personas coordinadoras de la unidad, la sistemática para la toma de decisiones desde el equipo de trabajo en el que participen todas las categorías profesionales para garantizar la coordinación y orientación de cada caso en coherencia con los criterios de flexibilidad en su vida cotidiana y respeto a la singularidad de cada persona.

Así mismo, el plan debe contener la planificación y los plazos previstos para la transformación paulatina de los espacios en unidades de convivencia. De igual forma, se debe contemplar la adecuación del resto de espacios cuando no respondan a una organización en unidades de convivencia.

– En el ámbito del diseño ambiental, el plan de transición debe contener, entre otros, aspectos como la recreación de espacios lo más hogareños y confortables posible considerando, entre otras cosas, el equipamiento y mobiliario, así como su distribución, la iluminación y la decoración al objeto de generar espacios privados significativos, lograr la personalización de los espacios comunes y privados y facilitar actividades cotidianas significativas. Igualmente debe contener la forma en la que se van a identificar los apoyos que necesitan las personas residentes para hacer efectiva su participación en el diseño ambiental.

– En el ámbito de la práctica profesional, el plan de transición debe contener como principio rector el «buen trato» con orientaciones concretas de buena práctica profesional, de forma que guíe los apoyos, cuidados e intervenciones en todo momento.

– En el ámbito de los procesos internos, el plan de transición debe reflejar los registros y documentación que se van a trabajar para identificar fortalezas, aspectos que generan bienestar o los que producen malestar, que identifiquen las rutinas diarias más adecuadas y satisfactorias para cada persona o sus propios hábitos, preferencias y expectativas.

Sexto. *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 y apoyos, los de sus familiares y los del personal 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 y orientación e identidad sexual. Este principio también incluye todas las cuestiones relacionadas con la reducción de restricciones y eliminación de sujeciones.

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 usuarias 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, además de un derecho. 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 inclusión 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 usuarias y, en su caso, de sus familias y/o personas allegadas de confianza y de sus personas cuidadoras informales en las decisiones relativas a la planificación, prestación y evaluación de los servicios.

d) Derecho a la salud y 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, pueblos 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 de los centros y servicios a entornos urbanos y de actividad social 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.

Séptimo. *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. Para ello, las administraciones competentes contarán con servicios públicos de inspección suficientemente dotados.

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.

TÍTULO II

Calidad en el empleo

Octavo. *Cualificación profesional, habilitación y competencias.*

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

Este personal se considera como un personal 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 a 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.

Excepcionalmente, también será válido este certificado para el desempeño profesional en la atención del servicio de ayuda a domicilio.

– 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.

Excepcionalmente, este certificado será válido también para el desempeño profesional en la atención residencial.

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.

Los requisitos relativos a las acreditaciones profesionales anteriormente reseñados serán exigibles cuando finalicen los procedimientos de habilitación excepcional y habilitación provisional que se hubieran iniciado anteriormente a la publicación de este Acuerdo y los establecidos en los puntos 2.º y 3.º 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 con anterioridad al 31 de diciembre de 2022.

2) Habilitación excepcional.

Con el fin de facilitar la habilitación excepcional a las personas cuidadoras, gerocultoras, auxiliares de ayuda a domicilio y asistentes personales, que hasta el día en el que entre en vigor el presente Acuerdo, acrediten 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, quedarán habilitadas 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 la persona 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 habilitará 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 que se hayan iniciado con anterioridad a 31 de diciembre de 2022, fecha improrrogable.

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.

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 las 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.

A estos efectos, 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 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, o titulación de Formación Profesional de Grado Superior en las ramas sociosanitaria.

Noveno. *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 estar orientada a cuidados y apoyos basados en los derechos de las personas y de contexto comunitario, de forma que mejore las competencias de trabajadores y trabajadoras y la calidad de vida de las personas que reciben los cuidados y apoyos. Se deberá priorizar su vinculación a la obtención de los certificados de profesionalidad.

Se establecerán programas de formación continua específicos para atender las peculiaridades que presentan los municipios del medio rural.

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

Adicionalmente, en el seno del Consejo Territorial se aprobará un Plan General de Formación para dotar al sector de personal cualificado para adaptarse al nuevo modelo y 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, atención libre de sujeciones 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.
- Atención a personas con enfermedad mental.
- 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 en los derechos de las personas y una práctica profesional segura y ética.
- Programas para la mejora de la seguridad en la atención al cuidado de las personas mayores en los centros residenciales.

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.

El personal de nueva incorporación recibirá una formación de acogida para que conozca los aspectos básicos de sus funciones y del contexto laboral y para que inicie el proceso de conocimiento de las personas a las que va a prestar apoyo y cuidados en coherencia con el nuevo modelo de atención centrada en la persona y, en base, a los requisitos establecidos en este Acuerdo.

Décimo. *Criterios comunes de contratación.*

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 80% 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 66% sobre el total de horas contratadas por la entidad. Dicho porcentaje será del 50% en el caso del servicio de ayuda a domicilio.

Se deberán cumplir las obligaciones legales de reserva de empleo para personas con discapacidad establecidas en el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.

En cualquier caso, se deberá cumplir lo estipulado en el Convenio Colectivo de aplicación en cada territorio.

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

Las personas que trabajen por cuenta ajena, en el ámbito del SAAD, quedarán encuadradas en el Régimen General de Seguridad Social, sin que quepa utilizar para ello ningún sistema especial y su marco de relaciones laborales deberá ser el establecido con carácter general en Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. En el caso de que las personas trabajadoras presten este servicio por cuenta propia deben

quedar encuadradas en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.

En el marco de la Mesa de Diálogo Social estatal para la autonomía personal y la atención a la dependencia y con el concurso del Consejo Territorial, se abrirá un proceso 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.

Duodécimo. *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.

Decimotercero. *Coordinación para la atención social y sanitaria⁽¹⁾.*

⁽¹⁾ Redactado considerando el artículo 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.

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, enfermedad mental, 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.

Las administraciones competentes establecerán instrumentos permanentes de coordinación sociosanitaria en cada Comunidad y Ciudad Autónoma al objeto de garantizar la necesaria 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:

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

Se articularán las medidas necesarias para que ambos sistemas, social y sanitario, intercambien información y tengan acceso compartido 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, la implantación de la tecnología que automatice procesos así como al registro de voluntades anticipadas de la Comunidad o Ciudad Autónoma.

La atención sanitaria pública se prestará desde los dispositivos de atención primaria de salud, a través de la atención especializada y hospitalaria y contará con la

colaboración de profesionales sanitarios que puedan estar prestando servicios en los propios centros residenciales.

Las administraciones autonómicas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, asegurarán que cada centro residencial acreditado disponga de un plan funcional de coordinación que elaborará conjuntamente con el sistema sanitario público que ostente la competencia correspondiente a la zona o área donde se ubique el centro, tanto para el nivel de la atención primaria como para la atención ambulatoria y hospitalaria.

Los centros de atención residencial que superen las 30 plazas acreditadas deberán contar con profesionales que realicen las funciones de coordinación y enlace con el sistema sanitario público y supervisión de las pautas de cuidados. Cuando el centro supere las 75 plazas, las funciones descritas deberán ser asumidas por personal sanitario según la definición de los artículos 2 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Para los centros residenciales de personas con discapacidad que no requieran de cuidados sanitarios especializados, este rol no será necesario.

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

Para atender las necesidades de cuidados de salud derivados del tipo de población que vive en los centros residenciales, será importante dotar de espacios y recursos suficientes para dar respuesta a las necesidades de atención al cuidado, en un marco que asegure la dignidad y el respeto a las personas.

En lo relativo a las personas usuarias del resto de servicios contenidos en el artículo 15 de la LAPAD (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, promoción de la autonomía, etc.) se asegurarán igualmente 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 al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a los efectos de acordar e impulsar dicha atención coordinada.

TÍTULO III

Requisitos de acreditación comunes a todos los servicios

Decimocuarto. *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 transmisible o alteraciones de comportamiento.

Decimoquinto. *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, y también libre de coerciones. El reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona debe ser el eje vertebrador de la atención y apoyos a todas las personas.

Los centros de atención residencial y centros de día deben tener un compromiso formal respecto a la atención libre de sujeciones y coerciones que se acreditará mediante la existencia de un Plan de atención libre de sujeciones que contemplará la supresión total y segura de las sujeciones siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional en la forma en que contempla el presente Acuerdo. Además, el Plan que debe regirse por los principios contenidos en el presente Acuerdo valorando las preferencias de la persona residente, contendrá medidas alternativas de apoyo

preventivo, positivo y respetuoso que minimicen el uso de medidas restrictivas, como las sujeciones.

Este Plan deberá ser aprobado por la Inspección teniendo la entidad prestadora del servicio que asegurar su completa y efectiva implantación antes del 30 de junio de 2025.

Para que lo anterior sea posible, 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.

No se implantará ninguna sujeción salvo en situaciones excepcionales y de urgente necesidad en las 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 en las que previamente se haya constatado claramente el fracaso de otras medidas alternativas.

Para justificar el uso de sujeciones en la atención a una persona usuaria concreta, se deberán documentar y detallar los intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido en el registro que proceda (Plan Personal de Apoyo, Plan Personal de Reducción de Sujeciones, etc.). La utilización de sujeciones tendrá siempre carácter temporal y proporcional, aplicándose con la mínima intensidad posible y garantizándose la prohibición de exceso. Cualquier sujeción estará sometida a un procedimiento documentado que cuente con prescripción médica, supervisión técnica y con el consentimiento informado. Este consentimiento debe ser explícito para cada situación y para cada persona, y referido al momento en que se va a tomar la decisión, no siendo válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo. En este procedimiento se debe incluir la determinación específica de temporalidad y formato de la sujeción, así como un análisis de prevención de riesgos y consecuencias en el uso de las sujeciones definidas. Será obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal.

Será de especial relevancia facilitar el consentimiento informado en sistemas de comunicación accesibles para la persona, especialmente cuando esta tenga limitaciones en la comunicación. En el caso de que la persona no pueda comprender, ni dar el consentimiento, éste se prestará por parte de personas de referencia de la familia o quien ostente su representación legal, teniendo en cuenta la voluntad y preferencias de la propia persona.

En el breve espacio de tiempo durante el cual se lleve a cabo la sujeción, la persona usuaria será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y continua por personas profesionales del centro. Para estas personas se diseñarán planes personales de eliminación de las sujeciones aplicadas que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que permita la eliminación definitiva de la sujeción.

Todos los casos de utilización de sujeciones quedarán registrados en el historial de la persona usuaria.

Decimosexto. *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 obligaciones de las personas usuarias y de sus familias. Recogerá la forma de organización y funcionamiento de la prestación del servicio, así como la participación de la persona usuaria y de su familia en el centro o servicio. Una copia de dicha guía, en soporte papel o digital, se entregará a la persona usuaria y, en su caso, a quien ostente su representación legal 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 quien ostente su representación y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.

c) Sistema de registro de personas usuarias, en soporte papel o informático, que incluirá, al menos, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, documento nacional de identidad, grado de dependencia reconocida, 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) Hojas de quejas, sugerencias y agradecimientos a disposición de las personas usuarias.

g) Planes de contingencia ante emergencias.

h) Compromiso de confidencialidad.

i) Información sobre los sistemas informáticos y dispositivos tecnológicos que, en su caso, se vayan a utilizar.

j) Protocolo de prevención, detección y denuncia de situaciones de malos tratos a las personas usuarias y de establecimiento de medidas de promoción del buen trato. Este protocolo deberá ser comunicado tanto a las personas usuarias como a sus familias y a las personas profesionales de los cuidados.

k) Modelo de contrato entre la entidad prestadora del servicio y la persona usuaria.

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

Decimoséptimo. *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 a espacios próximos de actividad social y comunitaria favoreciendo su participación.

Con carácter excepcional, en municipios de zonas rurales o zonas escasamente pobladas (Reglamento UE 2017/2391), cuando no haya disponibilidad de suelo urbano y haya un manifiesto interés social y siempre que el organismo municipal con competencias en urbanismo así lo autorice expresamente, se podrá ubicar el centro en suelo colindante con suelo urbano siempre que se garantice el fácil acceso y la proximidad a espacios de actividad social y comunitaria.

Cuando un centro esté ubicado en suelo no urbano, 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.
1. Con carácter general, los centros deberán cumplir los siguientes requisitos:
 - a. Los centros dispondrán, al menos, de un 10% de las plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto en habitaciones de uso individual cuando el centro esté ubicado en zona rural o zona escasamente poblada. Este porcentaje se elevará hasta el 20% cuando el centro esté ubicado en localidades o zonas de densidad intermedia y hasta el 25% cuando esté ubicado en ciudades o zonas densamente pobladas. Las habitaciones tendrán acceso a baño adaptado.

La comunidad autónoma competente en el territorio en el que se ubique el centro podrá expedir una autorización explícita para que aquellos centros que así lo soliciten, no tengan que cumplir los porcentajes de plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto en habitaciones de uso individual referidas en el párrafo anterior, siempre que su capacidad máxima sea igual o inferior a 35 plazas y que acrediten circunstancias excepcionales de viabilidad económica o arquitectónica.
 - b. Las personas residentes gozarán simultáneamente de espacios que preserven debidamente su intimidad y de espacios de convivencia que, al menos en un 80% de las plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto del centro, deben ser configurados como unidades de convivencia estables, compartidas con otras personas residentes, según la definición del punto quinto del presente Acuerdo.

En estas unidades convivirá un grupo reducido, que en ningún caso podrá superar las 15 personas residentes, de forma que se pueda garantizar un funcionamiento tipo hogar. Las personas que viven en estas unidades tendrán características personales y necesidades de apoyo diferenciadas.

No obstante, la comunidad autónoma competente en el territorio en el que se ubique el centro podrá expedir, con carácter excepcional, una autorización explícita para que aquellos centros que así lo soliciten y acrediten, técnica y documentalmente, la imposibilidad para realizar una reforma constructiva que permita la organización de los espacios en unidades de convivencia por razones arquitectónicas, no tengan que cumplir este requisito. No obstante, para conceder la referida autorización, será necesario también acreditar previamente la imposibilidad de organizar la totalidad o parte de los espacios del centro en unidades de convivencia con soluciones que no impliquen reforma constructiva significativa.
 - c. En cualquier caso, aquellos espacios que no estén organizados en unidades de convivencia deberán garantizar una disposición y organización ambiental que responda a un modelo de hogar. Además, todos los centros deben funcionar de forma coherente con el modelo de atención centrada en la persona y, en base, a los requisitos establecidos en este Acuerdo, en la totalidad de sus plazas, tanto en aquellas organizadas en unidades de convivencia como en las que no tengan este tipo de organización. Los turnos de los profesionales de atención directa de primer nivel deberán organizarse minimizando las rotaciones y promoviendo su estabilidad en la misma unidad de convivencia para asegurar su integración progresiva en la actividad de la misma.
 - d. Se darán las condiciones para que todas las personas residentes participen en la personalización de los espacios. Entre otras cosas, se invitará a las personas residentes y sus familias a que participen en la personalización de las habitaciones, asesorándolas sobre la conveniencia de hacerlo por la influencia positiva que ello tiene en la calidad de vida. Se deberá asegurar que los centros acreditados permiten y promueven al máximo la incorporación de mobiliario y enseres personales, respetando la necesaria accesibilidad que favorezca su movilidad y permita la provisión de apoyos y cuidados. La disposición de los muebles y mesas para comer y estar debe favorecer el bienestar y priorizar la convivencia de las personas residentes.
 - e. 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.

Las Administraciones públicas, autonómicas y estatal, promoverán y establecerán medidas de fomento para la adaptación paulatina de todos los centros a lo dispuesto en este apartado.

2. Una vez entren en vigor las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo, los centros residenciales de titularidad y gestión pública cuyo proyecto aún no se haya licitado por parte de las Administraciones públicas, o aquellos de titularidad privada que no dispongan de la licencia de obra, deberán cumplir además de los requisitos del punto 1 anterior, los siguientes:

a. No podrán superar las 75 plazas residenciales cuando se encuentren ubicados en zonas rurales o zonas escasamente pobladas, no podrán superar las 90 plazas si se encuentran ubicados en localidades o zonas de densidad intermedia y no superarán las 120 plazas cuando estén ubicados en ciudades o zonas densamente pobladas.

No obstante, la comunidad autónoma competente en el territorio en el que se ubique el centro podrá expedir una autorización explícita para que aquellos centros de zonas escasamente pobladas y zonas de densidad de población intermedia, que así lo soliciten expresamente, puedan disponer de un máximo de 120 plazas, siempre que acrediten debidamente circunstancias excepcionales de viabilidad económica.

El límite quedará fijado en un máximo de 50 plazas para aquellos centros cuya atención se destine a personas con discapacidad.

Corresponde a cada Comunidad Autónoma o administración que tenga la competencia establecer, en su caso, un número mínimo de plazas para que el espacio pueda ser considerado un centro residencial.

b. Deberán organizar los espacios correspondientes a la totalidad de sus plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto organizados en unidades de convivencia estables que, en ningún caso, podrán superar las 15 personas residentes y con las características detalladas en el presenta Acuerdo.

c. Dispondrán de, al menos, el 65% de las plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto en habitaciones de uso individual y el resto en habitaciones de uso doble. Las habitaciones tendrán acceso a baño adaptado.

3. Los centros residenciales acreditados o en trámite de acreditación que pretendan modificar las condiciones de acreditación o autorización con aumento de su capacidad incrementando su superficie, por medio de nueva construcción o bien por cambio de uso de otro edificio anexo no autorizado, ya sea de una o sucesivas veces, deberán respetar, en la zona ampliada, los requisitos espaciales y organización en unidades de convivencia del punto 1 letra b y de dotación de las habitaciones de uso individual del punto 2 letra b anterior.

Este mismo criterio se aplicará en lo relativo al punto 1 letra b, a aquellos centros que lleven a cabo reformas constructivas, respecto a la zona de intervención.

Decimotavo. *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.

Aquellas Comunidades Autónomas que así lo consideren incrementarán la ratio prevista para aquellas personas que presenten situaciones de cuidado de especial complejidad, reconociendo su necesidad de una mayor intensidad de apoyos, respetando siempre la ratio mínima establecida para personas mayores y personas con discapacidad.

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 especializada, un mínimo de cinco 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.

El cálculo se realizará considerando en el numerador el número de jornadas completas equivalentes según corresponda en función del convenio o normativa laboral que sea de aplicación y en el denominador el número de plazas ocupadas en el centro residencial, que no podrá ser inferior al 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 mínimas exigibles en los centros de atención residencial, que podrán ser mejoradas por las Comunidades Autónomas, en la forma que sigue:

Ratios específicas para la categoría profesional de cuidador/a, gerocultor/a o similar

Categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a						
	31/12/23	31/12/24	31/12/25	31/12/26	31/12/27	31/12/28	31/12/29
Residencia personas mayores.	0,31	0,33	0,35	0,37	0,39	0,41	0,43
Residencia personas con discapacidad.	0,42	0,43	0,45	0,46	0,48	0,49	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 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 residentes.

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 a la salud, etc.

La tipología, número y requerimiento para el personal de atención directa de segundo nivel se podrá determinar por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características y necesidades de las personas residentes.

Se establece la siguiente ratio de atención directa conjunta, que podrá ser mejorada por las Comunidades Autónomas:

Ratio global mínima para el personal de atención directa conjunta

Atención directa conjunta (AD1N + AD2N)	Ratio exigible a						
	31/12/23	31/12/24	31/12/25	31/12/26	31/12/27	31/12/28	31/12/29
Residencia personas mayores.	0,39	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,51
Residencia personas con discapacidad.	0,50	0,51	0,53	0,54	0,56	0,57	0,58

El cálculo se realizará considerando en el numerador el número de jornadas completas equivalentes según corresponda en función del convenio o normativa laboral que sea de aplicación y en el denominador el número de plazas ocupadas en el centro residencial, que no podrá ser inferior al 80% de plazas acreditadas.

No podrán computar para el cálculo de estas ratios el personal de atención indirecta (AI).

e) Personal de atención indirecta (AI).

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

Decimonoveno. *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, entre otras cuestiones, 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 respetadas, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona, haciendo partícipes de este proceso a aquellas personas que ostenten su representación legal o a sus familiares y/o personas allegadas de referencia. 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 asegurará 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 pondrán 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. También deberán orientarse a potenciar la participación de la persona en su entorno comunitario.

Los planes deben acompañarse de un sistema de seguimiento y evaluación frecuente que evidencie cómo el centro contribuye a la calidad de vida de las personas y a mejorar sus resultados personales y/o evitar el empeoramiento. Así mismo, estos planes contribuirán a la planificación y gestión de los cuidados y apoyos de cada persona y a la promoción de 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. En el caso de personas con grandes necesidades de apoyo a nivel cognitivo y/o de comunicación para la participación y la toma de decisiones, se hará la mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias contando para ello con la participación de aquellas personas que mejor la conocen.

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, salvo cuando, por alguna razón excepcional, no se considere oportuno.

Siempre que la persona residente lo considere adecuado, 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) 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 la persona lo elige.

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, 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 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.

d) Órganos de participación.

En cada centro existirá un órgano de participación directa de las personas residentes y, si estas lo estiman oportuno, de sus familias y/o personas allegadas, elegido democráticamente, de carácter representativo y participativo, con funciones asesoras, consultivas y de propuesta en todos aquellos asuntos que conciernen directamente a la vida de las personas residentes. En el caso de personas con grandes necesidades de apoyo a nivel cognitivo y/o de comunicación, se activarán los recursos y herramientas necesarias para hacer la mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias, contando para ello con sus familiares y/o personas allegadas de referencia o con aquellas que ostenten su representación legal.

e) Voluntades anticipadas, testamento vital o instrucciones previas.

Durante la elaboración del plan personal de atención y de apoyos, se ofrecerá la posibilidad de redactar 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.

Vigésimo. *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

Vigésimo primero. *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 a los espacios próximos de actividad social y comunitaria.

Con carácter excepcional, en municipios de zonas rurales o zonas escasamente pobladas (Reglamento UE 2017/2391), cuando no haya disponibilidad de suelo urbano, haya un manifiesto interés social y siempre que el organismo municipal con competencias en urbanismo así lo autorice expresamente, se podrá ubicar el centro de día en suelo colindante con suelo urbano siempre que se garantice el fácil acceso y la proximidad a espacios de actividad social y comunitaria.

Será especialmente relevante que estos centros se ubiquen cerca de la residencia habitual de las personas usuarias, posibilitando su permanencia en su entorno cotidiano y maximizando las oportunidades de participación en su propio contexto comunitario y vecinal.

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 fomentar su relación 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 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) Tamaño de los centros.

Una vez entren en vigor las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo, los centros de día de titularidad y gestión pública cuyo proyecto aún no se haya licitado por parte de las Administraciones públicas, o aquellos de titularidad privada que no dispongan de la licencia de obra, no podrán superar las 50 plazas. El resto de los centros que superen las 50 plazas deberán presentar y ejecutar un plan de adecuación que garantice la atención personalizada en unidades de estancia diurna independientes.

Este requisito no será de aplicación a los centros de carácter ocupacional.

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. 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 segundo. *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.

Aquellas Comunidades Autónomas que así lo consideren incrementarán la ratio prevista para aquellas personas que presenten situaciones de cuidado de especial complejidad, reconociendo su necesidad de una mayor intensidad de apoyos, respetando siempre la ratio mínima establecida para personas mayores y personas con discapacidad.

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 universitaria de grado 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 calculará la ratio 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 mínimas exigibles en los centros de día, que podrán ser mejoradas por las Comunidades Autónomas, en la forma que sigue:

Ratios específicas para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel ⁽¹⁾

Ad1N	Ratio exigible a 31/12/23
Personas mayores.	0,15
Personas con discapacidad.	0,20

(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 de la atención a las personas así como, el 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 (médico o médica, enfermero o enfermera), etc.

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

Se establece la siguiente ratio de atención directa conjunta, que podrá ser mejorada por las Comunidades Autónomas:

Ratio global mínima para el personal de atención directa conjunta ⁽²⁾

Atención directa conjunta (Ad1N + Ad2N)	Ratio exigible a 31/12/23
Personas mayores.	0,25
Personas con discapacidad.	0,30

(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 el personal de atención indirecta (AI).

e) Personal de atención indirecta (AI).

Este personal de atención indirecta (AI) deberá dimensionarse para que las funciones administrativas, auxiliares y hoteleras del centro estén suficientemente

cubiertas y corresponderá a cada Administración competente, en su caso, su regulación de mínimos.

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

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.

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 atención y 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, entre otras cuestiones, 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 y apoyos. 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.

El 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 personas usuarias tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se asegurará 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 pondrán 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. También deberán orientarse a potenciar la participación de la persona en su entorno comunitario.

Los planes deben acompañarse de un sistema de seguimiento y evaluación frecuente que evidencie 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.

En la elección de la persona profesional de referencia deberá participar la persona usuaria y deberá basarse en sus preferencias, 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.

Vigésimo cuarto. *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 quinto. *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 sexto. *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 en el plan personal de atención y de apoyos, teniendo en cuenta también las tareas de coordinación. En cualquier caso, se reservará, al menos, el 5% de la jornada de cada trabajador o trabajadora de atención directa de primer nivel a las tareas de coordinación.

La actividad del personal de atención directa de primer nivel conlleva la movilidad continua pero desigual entre los domicilios de las personas usuarias del servicio. Las horas que se dediquen a desplazamientos entre domicilios de personas usuarias realizados, consecutivamente, tendrán la consideración de trabajo efectivo. Los tiempos de desplazamiento de las trabajadoras y trabajadores en ningún caso minorarán el tiempo de atención que le corresponda a cada persona usuaria.

En todo caso, la ratio de personal de atención directa deberá ser como mínimo:

Ratio mínima para el personal de atención directa de primer nivel en ayuda a domicilio⁽¹⁾

Ratio global exigible para el personal de atención directa de primer nivel	Número mínimo de trabajadoras (jornada completa) por cada 1.000 horas/mes efectivas de ayuda a domicilio ⁽²⁾
Ratio global exigible a 31 de diciembre de 2023.	7,20

(1) Los cálculos se han realizado sobre la base una jornada máxima anual de 1.755 horas de trabajo efectivo que establece el artículo 39, punto 1, de la Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio).

(2) En el cálculo de la ratio no se han considerado los tiempos de desplazamiento de trabajadoras y trabajadores entre los domicilios debido a su variabilidad. Por tanto, el número de trabajadoras y trabajadores de atención directa de primer nivel por cada 1.000 horas de prestación efectiva se tendrá que incrementar en función del impacto de estos tiempos de desplazamiento en la jornada laboral.

El personal coordinador o de atención directa de segundo nivel visitará el domicilio, al menos, una vez al año cuando la persona usuaria tenga grado I de dependencia reconocida y con una frecuencia mayor cuando se trate de personas con grado II y III de dependencia reconocida.

Vigésimo séptimo. *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.

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 son la base de la toma de decisiones y del 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.

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.

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 realiza el personal auxiliar de ayuda a domicilio vendrán especificadas en el plan personal de atención y de apoyos.

Vigésimo octavo. *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 noveno. *Ubicación, instalaciones y equipamiento en el servicio de teleasistencia.*

a) Lugar de prestación del servicio.

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

b) Equipamiento.

b.1 Equipos.

El servicio de teleasistencia se llevará a cabo a través del suministro o, si se requiere, 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 para dar una respuesta adecuada a la demanda planteada, bien con recursos propios o bien movilizándolo otros recursos externos.

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 y, en su caso, 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, siempre que técnicamente sea posible, deberá adaptarse a las necesidades de cada persona, posibilitando en su caso diversas modalidades de comunicación que permitan que la atención se ofrezca de una forma efectiva.

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 centros de atención deberán tener implementado, al menos, un protocolo de comunicación público 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 facilitará 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. 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.

Trigésimo. *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 realizarán las siguientes funciones:

1) Perfil teleasistente o teleoperador: se encargan 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 perfil teleasistente del centro de atención será el encargado de atenderla.

2) Perfil coordinador: se encarga, junto con la persona en situación de dependencia y en base a la información obtenida y a las preferencias y estilo de vida de esta, de elaborar su 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 perfil teleasistente o teleoperador.

En el caso de que la persona usuaria 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 respetadas, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona, haciendo partícipes de este proceso a sus familiares y/o personas allegadas de referencia o, en su caso, a aquellas personas que ostenten su representación legal.

3) Perfil supervisor: se encarga de planificar y supervisar a quienes realizan las funciones de coordinación y al perfil teleasistente o teleoperador al objeto de que la atención se preste con eficacia, eficiencia y calidad.

Trigésimo primero. *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 valoración 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 valoración 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 información de cada persona se actualizará de forma periódica y se realizarán los ajustes necesarios en el plan para contribuir a mejorar el bienestar y la autonomía de la persona. 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 la persona recibe 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 segundo. 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, informático o documental, 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 se base en 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 segunda. Calidad en los servicios

TÍTULO IV

Sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD*Trigésimo tercero. 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 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 orientándose a cuidados y apoyos basados en los derechos y dignidad de las personas y con enfoque comunitario.

Trigésimo cuarto. 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 LAPAD, 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.

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 dignidad y calidad de vida.

El enfoque de la evaluación será ex post y las dimensiones a evaluar se articularán en torno a los principios: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud y 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 que coordinará los trabajos.

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, en su caso, 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 del Ministerio que ostente las competencias en políticas sociales.

Transcurridos dieciocho meses desde su constitución, la Ponencia deberá presentar propuesta completa de criterios, dimensiones, indicadores, estándares, herramientas y procesos comunes de evaluación de la calidad y análisis comparado para los centros y servicios del SAAD, que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de convergencia, 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 mejora 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. Los planes de mejora responden 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 mejora 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, con la finalidad de evaluar su grado de adecuación a los estándares de calidad previamente establecidos en base a los requisitos establecidos en el presente Acuerdo.

La Comisión Delegada del SAAD y el Comité Consultivo harán seguimiento 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 quinto. *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 en las contrataciones y concierto de plazas por parte de las Administraciones públicas.

Sección tercera. Régimen competencial, financiación y adecuación

Trigésimo sexto. *Régimen competencial.*

El presente Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD se establece al amparo del artículo 34.2 de la LAPAD, sin perjuicio de las correspondientes competencias de cada una de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado.

Trigésimo séptimo. *Condiciones de financiación.*

Las Administraciones públicas adecuarán, en su caso, la financiación del SAAD y el precio de los servicios concertados a medida que se introduzcan progresivamente los requisitos contenidos en el presente Acuerdo.

En particular, el Marco de Cooperación Interadministrativa acordado entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, orientará el nivel acordado de financiación a garantizar los criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD, según lo establecido en el artículo 32 de la LAPAD.

En consecuencia, el grado de cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo por parte de cada Comunidad Autónoma vendrá condicionado por las disponibilidades presupuestarias que –dentro del nivel de protección contenido en el artículo 7.2.º de la LAPAD y de los sucesivos convenios de colaboración, previstos en el artículo 10 de la misma, que se suscriban– se destinen a dar cumplimiento al presupuesto Acuerdo en cada ejercicio presupuestario.

En dichos convenios se incluirá la concreción para cada Comunidad Autónoma de los objetivos, medios y recursos para la promoción y fomento de la adaptación de sus centros y servicios a los criterios de acreditación y calidad, así como los indicadores que permitan verificar su cumplimiento.

Trigésimo octavo. *Adecuación normativa.*

Las Administraciones públicas competentes, en el plazo máximo de nueve meses desde la aprobación de este Acuerdo, aprobarán las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento a lo previsto en el mismo.

Trigésimo noveno. *Régimen transitorio.*

Las Comunidades Autónomas, o administración que en su caso tenga la competencia, mantendrán la acreditación vigente de centros, servicios y entidades, hasta que entren en vigor las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo.

Cuadragésimo. *Adecuación de los centros, servicios y entidades.*

Las normas de acreditación administrativa que se aprueben contemplarán un calendario de adecuación paulatina de los centros y servicios previamente acreditados o que hayan iniciado el procedimiento de acreditación con anterioridad, a los requisitos fijados en el presente acuerdo estableciéndose como fecha límite para el cumplimiento de los mismos el 31 de diciembre de 2029.

Además, en el plazo de dos años desde la entrada en vigor de las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo, tendrán que presentar el plan de transición o adecuación, así como informes anuales que expliquen y acrediten las actuaciones y mejoras realizadas para el acercamiento al nuevo modelo de atención para alcanzar el objetivo de hacer una transición progresiva hacia el nuevo modelo de atención que debe estar culminada el 31 de diciembre de 2029.

Estos requisitos serán exigibles, en todo caso, a los nuevos centros y servicios desde la fecha de entrada en vigor de las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo.

Cuadragésimo primero. *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.

Cuadragésimo segundo. *Revisión del Acuerdo.*

Transcurrido el primer año desde la entrada en vigor las disposiciones normativas que, en su caso, resulten necesarias para dar cumplimiento del presente Acuerdo, una mayoría de Comunidades Autónomas podrán solicitar, en el marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la evaluación del impacto de este Acuerdo, y proponer, en su caso, una modificación del mismo.

En este sentido, se creará una Comisión de Seguimiento del Acuerdo, que tendrá como funciones velar por su sostenibilidad y analizar el grado de implantación y su impacto en cada Comunidad Autónoma, en relación a los resultados del informe de evaluación del SAAD.