

**MEJORA DE LA CALIDAD  
EN LA ATENCIÓN  
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
EN ANDALUCÍA**





# Mejora de la calidad en la atención a personas con discapacidad en Andalucía

Aurelia Calzada Muñoz  
*Directora General*

Soledad Jiménez González  
*Subdirectora Técnica*

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Isabel Fernández Ruiz  
*Consultora*

José Antonio García Ruiz  
*Profesor asociado*

Almudena Millán Carrasco  
*Técnica Consultora*

Juan José Pérez Lázaro  
*Profesor Coordinador del Proyecto, Editor*

Gonzalo Suárez Alemán  
*Profesor asociado*

Martín Tejedor Fernández  
*Profesor asociado*

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Edita: Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social  
Junta de Andalucía

ISBN: 84-689-7483-8

Depósito Legal: Gr- 478/2006

Ilustración de cubierta: E. Morcillo, F. Cabrera

Diseño cubierta: Catálogo Publicidad

Maquetación: Área de Consultoría, EASP

Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de la Dirección General de Personas con Discapacidad.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Dirección General de Personas con Discapacidad los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores y las autoras.

CON LA COLABORACIÓN DE  
Profesionales de la Dirección General de Personas con Discapacidad  
Profesionales de los Centros de Valoración y Orientación  
Profesionales de los Centros Residenciales y de Día

ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA

AUTISMO ANDALUCÍA

ASPACE-A

ANDADOWN

CANF-COCEMFE ANDALUCÍA

FAAS

FAISEM

FAPAS

FEAFES

FEAPS

ONCE

OTRAS COLABORACIONES EN LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Águila Bono del Trigo

José Carlos Canca Sánchez

Araceli Caro Martínez

Begoña Isac Martínez

Susana Lorenzo Martínez

Carmen Pérez Romero

Enrique Pérez Trueba

M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez



## Presentación

Con la presentación del documento *Mejora de la Calidad en la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía*, producto de un trabajo que se inició en 2004, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el que han participado muchas personas, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social da un paso hacia delante en la consecución de unos servicios de calidad que atiendan lo mejor posible a sus usuarios y usuarias, a las personas con discapacidad y a sus familias.

Implantar un sistema de calidad significa incorporar a nuestro trabajo un proceso permanente de mejora de nuestras actuaciones, un proceso dinámico donde la participación de los trabajadores y trabajadoras adquiere una especial relevancia.

Disponer de un sistema de calidad será una exigencia del Sistema Nacional de la Dependencia que se va a configurar en España a través de la aprobación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, por lo que nos estamos anticipando a las exigencias que nos demandará lo que se ha llamado el cuarto pilar del Estado del Bienestar, el derecho a unos servicios sociales universales para todas las personas que requieran ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

Por todo ello, le invito a conocer este documento y a que nos haga cuantas aportaciones considere necesarias en la construcción del sistema de calidad en la atención a las personas con discapacidad en Andalucía.

Sevilla, febrero de 2006

Micaela Navarro Garzón  
*Consejera para la Igualdad y Bienestar Social*





# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	13
METODOLOGÍA .....	19
PRIMERA PARTE. CALIDAD EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. MARCO CONCEPTUAL .....	39
Capítulo 1. Personas con Discapacidad. Concepto y Tipología .....	41
Concepto de discapacidad .....	43
Tipología de discapacidad .....	48
Capítulo 2. Modelos de Atención a la Discapacidad .....	53
Modelos de atención en la segunda mitad del siglo XX .....	55
Hasta los años ochenta .....	55
Años ochenta y noventa .....	59
Modelo actual de atención a las personas con discapacidad .....	61
Ámbito internacional .....	61
Ámbito nacional .....	62
Ámbito andaluz .....	67
Capítulo 3. Aportaciones para la Mejora de la Calidad en los Servicios Sociales de Atención a Personas con Discapacidad .....	77
Principales aportaciones .....	80
Algunas experiencias .....	96
Consideraciones finales .....	97

SEGUNDA PARTE. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA .....	99
Capítulo 4. Análisis de la Situación de la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía .....	103
El camino hacia la calidad en los servicios de atención a personas con discapacidad en Andalucía .....	106
Cambios producidos a partir del Plan de Ordenación de Centros .....	106
Requisitos de autorización y acreditación .....	107
Seguimiento y control .....	109
Los grupos de interés .....	112
Las personas con discapacidad y sus familias .....	112
Proveedores de servicios (asociaciones y grupos) .....	113
Profesionales .....	115
Los poderes públicos. La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social .....	116
Organización de la Atención. Los Servicios Sociales Especializados .....	118
Centros de valoración y orientación .....	119
Centros residenciales y de día .....	120
Capítulo 5. Análisis Estratégico .....	125
Puntos fuertes .....	127
Áreas de mejora .....	128

TERCERA PARTE. ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA .....	133
Capítulo 6. Sistema de Calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad .....	135
Principios .....	139
En la atención a las personas con discapacidad .....	141
En la atención a las familias .....	143
En la organización del trabajo .....	145
Política de Calidad .....	149
Estructura y Funciones del Sistema de Calidad .....	152
Capítulo 7. Sistema de Evaluación Externa de la Calidad en Centros Residenciales y de Día .....	159
Sobre el Sistema de Evaluación Externa de la Calidad .....	161
Antecedentes .....	162
Objeto y ámbito de aplicación .....	163
Manual de Evaluación Externa de la Calidad. El Proceso de Evaluación .....	165
Descripción .....	165
Entidad de evaluación externa o acreditación en calidad .....	168
Agentes de evaluación o auditoría .....	173
Procedimiento de evaluación externa de la calidad .....	177

Manual de Estándares .....	187
Liderazgo .....	188
Estrategia y planificación .....	192
Personas .....	194
Alianzas y recursos .....	197
Gestión de los procesos .....	200
Resultados en clientes .....	204
Resultados en personas .....	206
Resultados en sociedad .....	209
Resultados clave .....	211
Glosario de términos .....	215
Bibliografía .....	221
Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos .....	231

# INTRODUCCIÓN

---



El proyecto de *Mejora de la Calidad de la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía*, es una iniciativa de la **Dirección General de Personas con Discapacidad** (DGPD) que persigue promover y desarrollar acciones de mejora continua en unidades de estancias diurnas, centros ocupacionales y residenciales que conciertan sus servicios o dependen de esta Dirección y en centros de valoración y orientación.

La DGPD, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (CIBS) de la Junta de Andalucía, responde con esta actuación a los objetivos de mejora fijados en el **Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006** (PAIDPA.)

Esta publicación pretende dar a conocer las **principales líneas de trabajo del proyecto**. Los productos contenidos en los diversos capítulos se «han alimentado» unos a otros, formando parte cada uno de la información o del marco analítico necesario para la elaboración del siguiente. El trabajo de equipo y la relación con los y las protagonistas del entorno de la atención a las personas con discapacidad han sido instrumentos clave en el proceso.

El documento se estructura en **tres bloques centrales**: 1) *Marco Conceptual*, 2) *Análisis de la Situación de la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía*, 3) *Estrategias para la Mejora de la Calidad de la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía*. Precediendo a estos bloques se presenta la **Metodología de Trabajo**; la lectura de dicho apartado contribuye a la comprensión global del texto.

El **Marco Conceptual de Calidad en la Atención a Personas con Discapacidad** pretende definir lo que se considera «una atención de calidad» y servir de «modelo común» a los diferentes actores del sector de la discapacidad.

Para construir ese Marco se ha realizado un análisis, desde una perspectiva histórica, de las claves que los estudios, las normas y las experiencias aportan a la definición de qué es una atención de calidad a las personas con discapacidad. Se presenta un concepto moderno de discapacidad y se analizan los diferentes modelos de atención y su reflejo en las normativas y planes institucionales, ofreciendo además una panorámica de experiencias relevantes en la mejora de la calidad de la atención en este ámbito.

En la segunda parte, **La Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**, se responde al objetivo de conocer la realidad de la atención a estas personas en la Comunidad Andaluza. La visión de la situación se dibuja gracias a un amplio trabajo de campo desarrollado en los centros de atención especializada a personas con discapacidad. Ese acercamiento inicial se enriquece con una reflexión sobre los requisitos de calidad desde la normativa actual, la estructura y los circuitos organizativos y los grupos de interés de esta «organización». Este conjunto de información deriva en una reflexión estratégica: qué aspectos debemos mantener y cuáles debemos mejorar.

El último bloque, **Estrategias para la Mejora de la Calidad de la Atención a Personas con Discapacidad** desarrolla los instrumentos que van a permitir a la DGPD la promoción de la búsqueda de la excelencia en los Servicios Sociales Especializados de atención a personas con discapacidad.

Los mecanismos seleccionados son, fundamentalmente, el diseño de un sistema de calidad propio de la Dirección General, la elaboración de un sistema de evaluación externa de la calidad para centros residenciales y de día y el impulso de una iniciativa específica para centros de valoración y orientación. La línea de trabajo con los centros de valoración está basada en el desarrollo de programas de calidad para cada centro y la monitorización de un grupo de indicadores clave común. Esta línea no se desarrolla en la presente publicación.

La principal estrategia global es el **Sistema de Calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad**. Este capítulo recoge los *Principios de Calidad*, que han de orientar la atención a personas con discapacidad y la *Política de Calidad*, es decir, las prioridades y compromisos en materia de calidad de la Dirección General. El Sistema de



Calidad define, también, los elementos de la *Estructura de Calidad* de la DGPD, necesarios para la implantación de la iniciativa de mejora, y las *Funciones* que ha de asumir cada componente.

Por último, se incluye el **Sistema de Evaluación Externa de la Calidad en Centros Residenciales y de Día** que define cómo se valorará y se reconocerá el esfuerzo que un centro hace para caminar hacia la excelencia.

El *Manual de Estándares* recoge el conjunto de requisitos que estiman el nivel de calidad de la organización desde una adaptación del modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

Se define igualmente el proceso de evaluación externa, describiendo al órgano evaluador y acreditador –que expedirá las certificaciones o reconocimientos en calidad–, los perfiles y funciones de los y las profesionales que evaluarán los centros y el procedimiento de evaluación y acreditación del nivel de calidad de los mismos. Este proceso de evaluación se recoge en el denominado *Manual de Evaluación Externa de la Calidad*.

El documento concluye con un capítulo de **Bibliografía**, que recoge documentación y páginas web de referencia e interés sobre el tema tratado.

Estos y otros elementos sobre este proyecto de mejora pueden ser consultados en la página web de la Dirección General de Personas con Discapacidad a través del enlace «Mejora de la Calidad de la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía».



## METODOLOGÍA

---



El proceso de preparación de este trabajo ha sido dinámico, cada uno de los capítulos confeccionados ha servido de escalón al siguiente, aportando información y criterios de análisis para su elaboración. Cada producto en sí mismo es consecuencia del esfuerzo de recogida de información y análisis de la misma.

La propuesta inicial partió del marco de calidad desarrollado por la EFQM. Este marco se ha ido enriqueciendo durante el desarrollo del proyecto, incorporando elementos procedentes de:

- El marco conceptual y normativo.
- El conocimiento de experiencias.
- La información que nos han aportado personas clave en el entorno de la discapacidad y de los servicios.
- El conocimiento directo de los centros, personas usuarias y profesionales.
- Las aportaciones de la Dirección General de Personas con Discapacidad.

En el cuadro siguiente se sintetiza la metodología utilizada en cada uno de los apartados clave de esta publicación, detallándose ésta en las páginas siguientes.

*Cuadro 1. Síntesis de la metodología utilizada*

<p><b>Marco Conceptual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de la información obtenida de:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Búsqueda bibliográfica y documental</li> <li>b. Información en páginas web</li> <li>c. Legislación y normativa sobre discapacidad</li> <li>d. Aportaciones para la mejora de la calidad en administración pública, servicios sociales y servicios de atención a personas con discapacidad</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Situación de la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la información procedente de             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Legislación y normativa autonómica</li> <li>b. Entrevistas a:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas expertas en la atención a la discapacidad en la Comunidad</li> <li>- Responsables y profesionales de los centros de atención y de las entidades prestadoras de servicios</li> <li>- Personas con discapacidad y/o sus representantes</li> </ul> </li> <li>c. Visita y evaluación de centros</li> </ol> </li> <li>• Identificación de los puntos fuertes e identificación de las áreas de mejora</li> </ul>
<p><b>Sistema de Calidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de principios de calidad mediante el análisis de la información obtenida a través de:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Búsqueda bibliográfica y documental</li> <li>b. Información en páginas web especializadas</li> <li>c. Entrevistas a:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas expertas en la atención a la discapacidad en la Comunidad</li> <li>- Responsables y profesionales de los centros de atención y de las entidades prestadoras de servicios</li> <li>- Personas con discapacidad y/o sus representantes</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>• Estudio de la estructura organizativa de los servicios de atención a personas con discapacidad en la comunidad</li> <li>• Identificación de prioridades y compromisos en legislación y planes de acción de la comunidad autónoma</li> <li>• Caracterización de componentes y funciones del sistema de calidad</li> <li>• Taller sobre marco y sistema de calidad</li> </ul>

Cuadro 1. Síntesis de la metodología utilizada (continuación)

<b>Manual de Estándares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de trabajo sobre evidencias de calidad en centros residenciales y de día basado en los criterios de la EFQM</li> <li>• Elaboración de estándares a partir de la evidencias</li> <li>• Revisión de la propuesta por profesionales con experiencia en atención a la discapacidad</li> <li>• Revisión de la propuesta por la DGPD</li> <li>• Pilotaje de la propuesta de estándares en centros residenciales y de día</li> <li>• Redacción de la versión definitiva del Manual de Estándares</li> </ul>
<b>Manual de Evaluación Externa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de la estructura organizativa de los servicios de atención a personas con discapacidad en la Comunidad</li> <li>• Revisión del marco normativo y conceptual de la atención a la discapacidad en Andalucía y de la gestión de la calidad en la administración pública en Andalucía</li> <li>• Elaboración de una borrador sobre el proceso de evaluación externa de residencias y centros de día</li> <li>• Revisión de la propuesta por la DGPD</li> <li>• Pilotaje del proceso de evaluación propuesto en el Manual</li> <li>• Redacción final del Manual de Evaluación Externa de la Calidad de centros de atención a personas con discapacidad en Andalucía</li> </ul>

## MARCO CONCEPTUAL

---

### BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

La elaboración del Marco Conceptual ha requerido un esfuerzo de búsqueda bibliográfica y documental que ha nutrido a la totalidad del trabajo.

Se ha obtenido un prolijo **fondo documental** del que se han seleccionado principalmente:

- Declaraciones y documentos de referencia sobre la conceptualización y consideración social de las personas con discapacidad, elaborados por entidades de referencia internacional, tanto en el campo de la salud como en el de los derechos humanos (Organización de Naciones Unidas –ONU–, Organización Mundial de la Salud –OMS–).
- Estudios de situación realizados por diversas entidades en el marco del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, especialmente las encuestas e informes procedentes del Instituto Nacional de Estadística –INE– y del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales –IMSERSO–.
- Publicaciones sobre gestión de la calidad en servicios sociales y experiencias en el sector.
- Iniciativas en planificación y gestión de la calidad de la atención a personas con discapacidad.
- Un número elevado de páginas Web relacionadas con agencias acreditadoras de calidad, entidades sin ánimo de lucro que asesoran a las ONG en cuestiones de gestión y gestión de la calidad, páginas Web de prestadores de servicios e iniciativas relacionadas con calidad.



Las búsquedas se han realizado sobre **descriptores** como «discapacidad», «calidad en servicios sociales», «atención a la discapacidad», «experiencias en calidad» en:

- Motores genéricos de búsqueda.
- Bibliotecas virtuales como la del SIIS (Servicio Web que recoge y clasifica artículos, publicaciones, estudios en el campo de la atención social y sanitaria. Iniciativa de la Fundación Eguía-Careaga).
- CEDD (Centro de Documentación sobre Discapacidad del Real Patronato de la Discapacidad) o CEDISS (Centro sobre Documentación en Servicios Sociales dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Revistas especializadas en temas de política social y asuntos sociales (por ejemplo, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Documentación Social etc.)
- Páginas Web especializadas en el tema de Discapacidad como Discapnet (dependiente del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales) o el SID (Servicio de Información sobre Discapacidad: ofrece noticias e información de interés para personas con discapacidad y sus allegados/as, así como para profesionales del sector).
- Páginas Web de organizaciones de apoyo a la gestión de entidades de iniciativa social (Soluciones ONG, Fundación Luis Vives, Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales –INTRESS– etc.), páginas Web de los prestadores de servicios públicos o concertados (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, IMSERSO, y federaciones y organizaciones de iniciativa social).

## **LEGISLACIÓN Y NORMATIVA. PLANES Y PROGRAMAS**

Se han revisado:

- Planes y programas elaborados en el ámbito de la Unión Europea, de España y de distintas comunidades autónomas.
- Legislación del Estado relacionada con las personas con discapacidad.
- Legislación de la Comunidad Autónoma Andaluza.
- Normativa específica de regulación de la atención a personas con discapacidad en Andalucía.

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA**

---

Para analizar los diferentes aspectos que conforman la calidad de la atención a las personas con discapacidad en los Servicios Sociales Especializados y especialmente, en los centros residenciales y de día, se obtenido información procedente de diversos orígenes.

Nos interesaba conocer tanto la experiencia y opinión de las personas implicadas en alguna fase de la atención, como aspectos específicos del funcionamiento y la organización de los centros y servicios: circuitos, planificación, gestión de los procesos, mecanismos de evaluación.

Se diseñó una estrategia de recogida de información a través de varias fuentes:

- Análisis de los elementos de calidad que incorpora la normativa autonómica reguladora de la autorización y concierto de los centros.
- Entrevistas:
  - Personas clave con experiencia en la atención a las personas con discapacidad.
  - Responsables y profesionales de los centros de atención y de las entidades prestadoras de servicios.
  - Usuarios/as y/o sus representantes.
- Visitas y evaluación de centros.

Para la selección de personas a entrevistar se consensó con la DGPD una serie de perfiles que pudieran aportar información relevante:

- Profesionales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social vinculados/as a la atención a personas con discapacidad y relacionados/as con la atención en los centros.
- Profesionales de los Servicios de Inspección de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Directores/as y profesionales de los centros de valoración y orientación, implicados en parte del proceso de atención a los centros.
- Personas que, por su trayectoria y experiencia, pudieran aportar elementos de reflexión a la situación actual de la calidad de la atención.

En total, se han realizado 32 entrevistas. Los/as responsables y profesionales de los centros fueron entrevistados/as en el contexto de las visitas de evaluación realizadas a los mismos. Se entrevistaron asimismo personas clave en el entorno de la discapacidad, incluyendo usuarios/as y/o sus representantes.

Para la selección de los centros a visitar se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Al menos un centro por cada uno de los grandes grupos de asociaciones (federaciones) incluidas en el CERMI (Comité de Entidades Representantes de Minusválidos) que representan a colectivos específicos de personas con discapacidad, además de los dos centros públicos de gestión propia de la Administración Autónoma.
- Servicios diversos: centros residenciales, centros ocupacionales y unidades de estancias diurnas, de forma que obtuviéramos suficiente información de todos ellos.

- Centros sugeridos desde la Dirección General de Personas con Discapacidad debido a alguna característica que los hacía relevantes.
- Centros o entidades que tuvieran puestas en marcha experiencias de mejora de la calidad o que pudieran aportar perspectivas diversas de atención a las personas con discapacidad.

Se visitaron todos los centros de valoración y orientación entrevistando a sus equipos directivos.

Se visitaron 13 centros residenciales y/o de día gestionados por otras tantas asociaciones o grupos religiosos. Las entidades visitadas, con frecuencia, ofrecían servicios múltiples de residencia, estancias diurnas u actividades ocupacionales. Igualmente, se encontraron entidades que ofertaban servicios (cursos formativos...) no financiados por la vía del concierto con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. El incluir otro tipo de prestadores y de prestaciones aportó una visión más extensa del complejo entramado de los servicios y centros, incorporando otras visiones a la imagen global de la atención a las personas con discapacidad.

Las visitas se realizaron tras un contacto telefónico previo. La metodología genérica de análisis empleada ha incluido recogida de información sobre la gestión del centro procedente de la dirección del mismo, contraste de la información obtenida con los profesionales y una visita a las dependencias del centro para observación de aspectos específicos y contacto con el personal y usuarios/as. Los guiones de entrevista y observación se inspiraron en el modelo de evaluación de la EFQM.

En cuatro organizaciones prestadoras de servicios, que han incluido residencias de adultos/as, residencias de gravemente afectados/as, viviendas tuteladas y centros ocupacionales, dos auditores expertos han realizado una evaluación de organización y funcionamiento siguiendo los criterios del modelo de la EFQM. Esta información basada en observación directa y entrevista con el/la responsable de la organización, así como los/as principales profesionales de atención directa (psicólogo/a, trabajador/a social, monitores/as, cuidadores/as, etc.) ha enriquecido el análisis de situación y la identificación de áreas de mejora.

En la tabla de las páginas siguientes aparecen los perfiles de los centros visitados.

En general, la acogida al personal consultor, que ha realizado las visitas a los centros, ha sido muy buena y el proyecto ha sido bien acogido. El tono de las entrevistas y visitas ha sido cordial y prácticamente en todos los centros, la transparencia a la hora de ver las dependencias y de tener contacto con los/as usuarios/as ha sido total. La duración de estos encuentros fue entre una hora y media y tres horas.

El **Análisis Estratégico** se ha confeccionado mediante una identificación de las principales fortalezas de la atención a personas con discapacidad y de las áreas de mejora, a partir del análisis de la situación y dentro del marco conceptual definido.

Tabla 1. Perfiles de los centros visitados

Centros	Servicios	Usuarios/as	Entidad de referencia
<b>Centro 1</b>	Residencia Unidad de estancias diurnas Programa de respiro familiar	Personas con discapacidad física, gravemente afectados.	CANF-COCEMFE Granada. CANF-COCEMFE
<b>Centro 2</b>	Residencia	Personas con discapacidad psíquica con graves y continuados problemas de conducta	Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca
<b>Centro 3</b>	Unidad de estancias diurnas Rehabilitación Atención temprana Centro ocupacional Integración laboral Escuela de padres	Personas con Parálisis cerebral	ASPACE Granada. ASPACE
<b>Centro 4</b>	Residencia adultos/as Residencia gravemente afectados/as Centros ocupacionales Unidad de estancias diurnas Colegio Escuela de padres	Personas con discapacidad psíquica con diferentes grados de afectación	APROSMO. FEAPS
<b>Centro 5</b>	Unidad de estancias diurnas Programa de respiro familiar Programa de atención temprana Terapias individuales Escuela de padres	Niños/as y personas adultas con trastornos del espectro autista	Autismo Granada. Autismo Andalucía
<b>Centro 6</b>	Residencia Centro de día Programa de respiro familiar	Personas adultas con diagnóstico del espectro autista	Autismo Cádiz. Autismo Andalucía

Tabla 1. Perfiles de los centros visitados (continuación)

Centros	Servicios	Usuarios/as	Entidad de referencia
<b>Centro 7</b>	Programas ocupacionales Atención Temprana Apoyo a la integración	Niños/as y personas adultas con Síndrome de Down	GRANADADOWN ANDADOWN
<b>Centro 8</b>	Residencia de gravemente afectados/as Unidad de estancias diurnas Programa de respiro familiar	Personas adultas con discapacidad psíquica gravemente afectadas	CAMP Linares. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
<b>Centro 9</b>	Centro ocupacional	Personas adultas con discapacidad psíquica	Centro «Javier Peña» Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
<b>Centro 10</b>	Residencia de adultos/as. Unidad de estancias diurnas	Personas adultas con discapacidad física gravemente afectada	Mater et Magistra FEAPS
<b>Centro 11</b>	Residencia de adultos/as Viviendas tuteladas Centro ocupacional	Personas adultas con diferentes grados de discapacidad psíquica	Fundación Docete Omnes
<b>Centro 12</b>	Residencia de gravemente afectados/as. Residencia de adultos/as Centro ocupacional	Personas adultas con discapacidad física con diferentes grados de afectación	ASPROMANIS FEAPS
<b>Centro 13</b>	Residencia de gravemente afectados/as. Unidad de estancias diurnas	Personas adultas con discapacidad física con diferentes grados de afectación	ASPANDEM FEAPS



---

## SISTEMA DE CALIDAD

---

Para la definición de los **Principios de Calidad** se han utilizado los principios del modelo de calidad de la EFQM y el marco analítico que han aportado tanto el estudio teórico como el diagnóstico de situación.

La información revisada para la elaboración de los principios proviene fundamentalmente de:

- Búsqueda bibliográfica, documental y de información en red: para lo que se han seguido estrategias comunes con el marco teórico.
- Entrevistas a:
  - Personas clave con experiencia en la atención a las personas con discapacidad.
  - Responsables y profesionales de los centros de atención y de las entidades prestadoras de servicios.
  - Usuarios/as y/o sus representantes legales.

En dichas entrevistas, además de las cuestiones concretas relativas al diagnóstico de situación, se incorporaron preguntas relativas a la definición de una «atención excelente» a personas con discapacidad en el ámbito de los centros de servicios sociales especializados, y se exploraron áreas de problemas en la atención.

La propuesta de la política de calidad, así como la estructura y funciones del **Sistema de Calidad de la DGPD** se ha elaborado teniendo en cuenta los criterios y recomendaciones de las normas de calidad de entidades acreditadoras, principalmente normas ISO, modelo EFQM y el marco normativo y organizativo de la DGPD.

Para la confección de la propuesta ha sido necesario:

- Identificar la estructura organizativa de los servicios de atención a personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma.
- Identificar los compromisos y principios de calidad de la DGPD incluidos en la legislación y en los planes de acción.
- Caracterizar la estructura, componentes y funciones del sistema.

Los Principios de Calidad y el resto de propuestas sobre el Sistema de Calidad de la DGPD fueron trabajadas en un *Taller sobre Marco y Sistema de Calidad de la DGPD*. Este taller contó con la participación de profesionales del sector de la atención a personas con discapacidad (Administración y prestadores) y sus resultados fueron revisados por expertos/as y por la propia DGPD.

---

## MANUAL DE ESTÁNDARES

---

El diseño del **Manual de Estándares** se ha realizado partiendo de la estructura de criterios de calidad y subcriterios que la EFQM propone para el sector público. Este modelo ofrece un marco exhaustivo de requerimientos de calidad o criterios de «excelencia» para una organización de este sector.

Sin embargo, para ser aplicado a los centros de día y residenciales ese esquema tenía que ser adaptado al ámbito particular de aplicación. Para la Dirección General de Personas con Discapacidad, además, era especialmente importante la participación de los principales agentes de la atención a las personas con discapacidad. Por ello un taller de trabajo participativo era la herramienta más indicada.

Se convocó un *Taller sobre Evidencias de Calidad* en centros residenciales y de día que combinaba exposiciones teóricas con trabajo en pequeños grupos. Se constituyeron 4 grupos de 6 a 8 personas para trabajar en la identificación de evidencias relacionadas con la siguiente agrupación de criterios del modelo de la EFQM:

- Liderazgo, Recursos Humanos y Resultados en personas
- Estrategia, Alianzas y Recursos y Resultados en la Sociedad
- Gestión de Procesos y Resultados en usuarios
- Resultados Clave

Para el trabajo en grupo se utilizó la técnica de grupo nominal.<sup>1</sup> El resultado obtenido fue un listado de evidencias siguiendo el esquema de la EFQM y una priorización de estos requisitos según su aportación a la mejora de la calidad.

---

<sup>1</sup> Técnica de consenso que permite combinar la generación de ideas con la priorización de éstas.

El equipo consultor, a partir de las evidencias, elaboró un *primer borrador del Manual de Estándares*. Este borrador fue *revisado* por profesionales con experiencia en atención a las personas con discapacidad y por la Dirección General de Personas con Discapacidad. Una vez recogidas sus propuestas se consideró cerrada la primera versión del Manual de Estándares.

Esta primera versión ha sido validada mediante el *Pilotaje* de todo el Sistema de Evaluación Externa en centros con unidades residenciales y/o de día. Del análisis de este pilotaje han surgido nuevos elementos que han modificado planteamientos sobre los estándares y sobre el proceso de evaluación de la calidad.

La incorporación de las modificaciones provenientes del Pilotaje y la sanción final de la Dirección General de Personas con Discapacidad ha dado lugar a la redacción de la versión definitiva del *Manual de Estándares* que se recoge en este libro.

Este Manual de Estándares habrá de renovarse cada 3 años para redefinir los retos de mejora continua de los centros de atención especializada a personas con discapacidad.

---

## MANUAL DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD

---

El diseño del procedimiento de evaluación externa o **Manual de Evaluación Externa de la Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad** ha partido del *análisis de la información previa* aportada por fases previas del proyecto. Dos elementos clave para este diseño han sido:

- El estudio de la estructura organizativa de los servicios de atención a personas con discapacidad en la comunidad aportado por el Análisis de Situación.
- La revisión del marco normativo y conceptual de la atención a las personas con discapacidad en Andalucía y de la gestión de la calidad en la Administración Pública en Andalucía.

Con todas estas consideraciones el equipo consultor elaboró un *Primer Borrador* del proceso de evaluación externa de residencias y centros de día. Esta propuesta fue revisada con detalle por la Dirección General de Personas con Discapacidad surgiendo la Primera Versión de Manual de Evaluación Externa de la Calidad.

Al igual que el Manual de Estándares, los procedimientos propuestos para la evaluación externa se sometieron a prueba aplicándolos en centros con unidades residenciales y de día, es decir *pilotándolos*.

El análisis de estas pruebas de implantación ha dado lugar a modificaciones que, una vez incorporadas al texto, han conformado la *Redacción final del Manual de Evaluación Externa de la Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía*. Esa versión se incluye en el presente texto.



PRIMERA PARTE. CALIDAD EN LA ATENCIÓN A  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD.  
MARCO CONCEPTUAL

---





## **Capítulo 1**

---

# **Personas con Discapacidad. Concepto y Tipología**

---



---

## CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

---

La terminología referida a personas con discapacidad, y el concepto de discapacidad ha sufrido una evolución asociada a los distintos enfoques sobre la atención que se ha de prestar a este colectivo. El uso del término: *personas con discapacidad* no es casual y tiene importantes connotaciones sobre la definición de lo que es una atención de calidad.

**La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías** (en adelante CIDDM) de la OMS, establece tres niveles de consecuencias de la enfermedad.

El primer nivel está formado por los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad, en el nivel de órgano o función de un órgano, cualquiera que sea su causa. A este nivel de manifestación de una enfermedad se le denomina *deficiencia*. Una deficiencia es, por tanto, cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo, ausencia de una mano, mala visión, sordera, retraso mental...

El segundo nivel lo constituyen *las discapacidades*, que son las consecuencias que la enfermedad produce en el nivel de la persona. Por ejemplo, dificultad para subir escaleras, para comunicarse, para realizar las tareas del hogar etc.

El tercer nivel son las *minusvalías*, que recogen las consecuencias que la enfermedad produce a nivel social, es decir, las desventajas que la enfermedad origina en el individuo en su relación con las demás personas que forman su entorno, debido al incumplimiento o a la dificultad de cumplir las normas o costumbres que impone la sociedad.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. Consejo Económico y Social. Diciembre de 2003.

Cuadro 2. Concepto de Discapacidad según la CIDDM

DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
Del lenguaje	Para hablar	De orientación
Del órgano de la audición	Para escuchar	
Del órgano de la visión	Para ver	
Músculo-esquelética	Para arreglarse Para alimentarse Deambulación	De independencia física De movilidad
Psicológica	De la conducta	De integración social

Fuente: CIDDM.<sup>3</sup>

La **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)** –realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el IMSERSO y la Fundación ONCE– entiende por discapacidad «*toda limitación o dificultad grave o importante que, debido a una deficiencia, tiene una persona para realizar actividades de la vida cotidiana, tales como desplazarse, cuidar de sí mismo, ver, oír, relacionarse con otros, etc.*».<sup>4</sup>

La OMS, realizando un esfuerzo de conceptualización, actualiza la clásica CIDDM generando la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)**. Esta clasificación utiliza el término *Discapacidad* (funcionamiento-discapacidad) como el nombre genérico que engloba los componentes de: deficiencias a *nivel corporal*, limitaciones en la actividad, a *nivel individual*, restricciones en la participación, a *nivel social*. Se trata de tres dimensiones diferentes, asociadas a un problema de salud, que interactúan entre sí con los factores contextuales (factores ambientales y personales).

<sup>3</sup> OMS. Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CDDM). Ginebra: OMS, 1980.

<sup>4</sup> Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. INE. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales. 1999.

En efecto, durante años se consideró la discapacidad como un **problema de la persona** directamente causado por una enfermedad, traumatismo o cualquier otro problema de salud, que consecuentemente requería de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad estaba encaminado a conseguir la rehabilitación de la persona con vistas a una mejor adaptación a un ambiente, que en ningún momento se cuestionaba.

Hoy se hace más hincapié en los **factores ambientales**. Este nuevo enfoque sostiene que una parte sustancial de las dificultades y desventajas, que tienen las personas con discapacidad, no son atribuibles a sus propios déficit y limitaciones sino a carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social. La discapacidad se concibe, en consecuencia, como la desventaja que tiene una persona a la hora de participar en igualdad de condiciones, resultante de sus déficits y limitaciones y de los obstáculos restrictivos del ambiente.<sup>5</sup> En la tabla siguiente se recogen los componentes del nuevo concepto de discapacidad que defiende la OMS.

---

<sup>5</sup> II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Tabla 2. Componentes del concepto de discapacidad según la CIF

	Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2. Factores contextuales	
	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
<b>Dominios</b>	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas y acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
<b>Constructos</b>	Cambios en el funcionamiento corporal (fisiológica) Cambios en la estructura del cuerpo (anatómica)	Capacidad Ejecución de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en un entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
<b>Aspectos +</b>	Integridad funcional y estructural <b>Funcionamiento</b>	Actividad Participación	Facilitadores	No aplicable
<b>Aspectos -</b>	Deficiencia <b>Discapacidad</b>	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras/ Obstáculos	No aplicable

Fuente: CIF.

Concluyendo, el concepto de discapacidad se define según el contexto tanto institucional como temporal. En nuestro ámbito de trabajo «Atención a las personas con discapacidad en Andalucía» hemos de remitirnos a la **Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.**

Esta norma hace referencia a que la descripción, valoración y clasificación de la situación de las personas con discapacidad se hará en base a los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía con el significado que le da la Organización Mundial de la Salud en la CIDDM.<sup>6</sup> Sin embargo el término de **personas con discapacidad**, lo que intenta es evitar la sustantivación de adjetivos que entrañen trato despectivo («minusválido», «deficiente», «discapacitado»). Además, consideran que entre los términos para definir las limitaciones funcionales de una persona, el de discapacidad es el que menos connotaciones negativas alberga. Por último, no todas las personas con deficiencia (afectación de órganos) presentan discapacidad (afectación de la persona), ni todas las personas con discapacidad tienen minusvalía (afectación social).<sup>7</sup>

Estamos pues hablando del término discapacidad utilizado en su **sentido amplio**.<sup>8</sup>

1. Su origen puede deberse a deficiencias derivadas de una enfermedad o deterioro por edad.
2. Se define como deficiencia, limitaciones en una actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la **interacción entre el individuo** (con una determinada condición de salud) y **los factores contextuales** (socioambientales) –CIF, 2001–.
3. Las limitaciones que conlleva pueden ser de distinta índole, a nivel personal o social dependiendo del tipo de discapacidad (intelectual, visual, auditiva, del habla, de la movilidad...).
4. Estas limitaciones son **permanentes** en el tiempo. Las alteraciones orgánicas o funcionales no son recuperables.

---

<sup>6</sup> Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. Consejo Económico y Social. Diciembre de 2003.

<sup>7</sup> Ley 1/1999 de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. Parlamento Andaluz.

<sup>8</sup> Plan de Atención Integral a personas con discapacidad en Andalucía (PAIPDA). BOJA nº 3 de 7 de enero de 2004. Gobierno Andaluz.

5. La forma de superar esos problemas o limitaciones es en cada caso diferente (actuaciones sobre las personas –a nivel biológico o psicológico– o sobre el entorno –a nivel de ambiente físico o social–).

Actualmente en algunos foros se está denominando a las personas con discapacidad como **personas con necesidades especiales de apoyo**, pudiera ser que este término se constituyese en el futuro como el sustituto del actual. Pero la legislación, incluso la más reciente del año 2003, no la recoge.<sup>9</sup>

## TIPOLOGÍA DE DISCAPACIDAD

### Por grado de afectación o grado de limitación en Actividades de la Vida Diaria

El IMSERSO en el año 2000 publica un libro para la valoración de las situaciones de minusvalía,<sup>10</sup> manual de uso del conjunto de baremos aprobados por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

En estos baremos se recoge una clasificación de discapacidades en función del grado de limitación que suponen para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (actividades de autocuidado –vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal...–), u otras actividades (comunicación; actividad física –levantarse, vestirse, reclinarsse, llevar, elevar, empujar...–; función sensorial –oír, ver...–; funciones manuales –agarrar, sujetar, apretar...–; transporte –se refiere a la capacidad para utilizar los medios de transporte–; función sexual; sueño; actividades sociales y de ocio.).

---

<sup>9</sup> Verdugo, MA; Vicent, C; Campo, MI; Jordán de Urries, B. Definiciones de discapacidad en España: Un análisis de la normativa y la legislación más relevante. Servicio de Información sobre Discapacidad. 2001. En red: <http://www.sid.usal.es> 25/11/2004.

<sup>10</sup> Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid: IMSERSO. 2000.



La clasificación queda así:

Grado 1: Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las Actividades Básicas de la Vida Diaria o de Autocuidado, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

### **Por área de funcionamiento de las personas afectadas**

La Encuesta Nacional de Discapacidades y Deficiencias de 1999 define la Discapacidad como *toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia.*

Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

Las categorías de discapacidad se realizan en función del área que se ve afectada del funcionamiento del individuo:

- Ver
- Oír
- Comunicarse
- Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas
- Desplazarse
- Utilizar brazos y manos
- Desplazarse fuera del hogar
- Cuidar de sí mismo
- Realizar las tareas del hogar
- Relación con otras personas<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. INE. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales. 1999.

## En nuestro ámbito

En la revisión tanto de la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad de Andalucía,<sup>12</sup> como el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía (PAIPDA)<sup>13</sup> la clasificación básica se hace en cuanto a la principal área que limita la deficiencia que sufre la persona con discapacidad:

1. Física: Limitación en la movilidad (generadas por accidente cerebro vascular –ACV–, traumatismo craneoencefálico, parálisis cerebral...).
2. Psíquica o Intelectual: Limitación de las funciones cognitivas o de pensamiento y de comportamiento (generadas por retraso mental, autismo, ACV, esquizofrenia...).
3. Sensorial: Limitación en la percepción. Incluyen algunas clasificaciones en esta categoría también la expresiva o afectación en las funciones de expresión de mensajes (generadas por cegueras, hipoacusias congénitas, traumatismos craneoencefálicos, ACV...).

Así la Ley 1/1999 de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía en su artículo 1 en el que recoge el objeto de la Ley dice:<sup>14</sup> «La presente Ley tiene como objeto regular las actuaciones dirigidas a la atención y promoción del bienestar de las personas con **discapacidad física, psíquica y sensorial**, con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social...»

Este tipo de clasificación, aunque exhaustiva, no es excluyente: Por ejemplo, un accidente cerebrovascular se clasifica como discapacidad neurológica o psíquica pero también como motora o física. A pesar de esto, esta clasificación es muy útil a la hora de agrupar

---

<sup>12</sup> Ley 1/1999 de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. Parlamento Andaluz.

<sup>13</sup> Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía (PAIPDA). BOJA nº 3 de 7 de enero de 2004. Gobierno Andaluz.

<sup>14</sup> Ley 1/1999 de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.

públicos destinatarios de servicios, puesto que las necesidades derivadas de un mismo tipo de limitación son tanto o más homogéneas que el grado de limitación que miden otras clasificaciones. Por ello, este tipo de clasificaciones son utilizadas con carácter general en Leyes, programas o análisis estadísticos.<sup>15</sup>

En realidad, se manejan las **distintas clasificaciones dependiendo el nivel de actuación**. El nivel normativo o administrativo utiliza como se puede observar esta clasificación genérica.

En los textos de los planes se suele utilizar la clasificación referida a grado de afectación que ayuda a diseñar servicios. En el nivel de prestación de servicios se utilizan mucho las clasificaciones en torno a las áreas funcionales afectadas que facilitan el desarrollo de intervenciones, tratamientos... adaptados a las necesidades asociadas a la discapacidad.

Por último, los prestadores de servicios, principalmente ONG de personas afectadas o familiares, utilizan con frecuencia la agrupación en torno a deficiencias de origen. Éstas han servido con gran frecuencia para aglutinar los esfuerzos de iniciativas sociales que, en una aplastante mayoría, surgen de la ayuda mutua. Nacen así iniciativas en torno al autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, personas con lesión medular etc.

---

<sup>15</sup> INEM. Resumen Anual de Datos. Personas con Discapacidad. Observatorio Profesional: Informe y Estudios. 2002. En [http://www.inem.es/general/p\\_publica.html](http://www.inem.es/general/p_publica.html)

## **Capítulo 2**

---

# **Modelos de Atención a las Personas con Discapacidad**

---



La forma de entender el abordaje de la discapacidad ha evolucionado notablemente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

Distintas **reflexiones teóricas, políticas y legales** han contribuido a construir el actual modelo de atención a las personas con discapacidad y los elementos de calidad asociados a él. Conozcamos las principales reflexiones que han desembocado en la **manera actual de entender qué es una atención de calidad** a personas con discapacidad.

## **MODELOS DE ATENCIÓN EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX**

---

### **HASTA LOS AÑOS OCHENTA**

La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado en gran parte gracias a las iniciativas de la ONU. Esta institución a lo largo del tiempo ha defendido los derechos de las personas con discapacidad y ha demandado más participación de éstas en una sociedad integradora.

La ONU en sus primeras décadas de funcionamiento (años cincuenta y sesenta) apoyaba un enfoque de **bienestar social**. Desde este enfoque se defendía el derecho de las personas con discapacidad a recibir servicios de bienestar y públicos en general, prestando aún muy poca atención a los obstáculos que la sociedad oponía a las metas de estas personas.<sup>16</sup>

En este escenario, en nuestro país la atención a las personas con discapacidad se vislumbraba desde un **enfoque de auxilio social y caritativo**, en el que las prestaciones

---

<sup>16</sup> ONU. Las Naciones Unidas y las personas con discapacidad. En red: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y20.htm> Consulta 23/11/2004.

eran «graciables» o fruto de la buena voluntad tanto de las Administraciones Públicas como de los organismos caritativos y benefactores.<sup>17</sup>

En los años postreros del franquismo e inicios de la transición política se organizan los distintos movimientos asociativos. La primera en constituirse fue la Confederación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Psíquica (FEAPS).<sup>18</sup>

En los años setenta, las Naciones Unidas defienden un nuevo enfoque de atención, se trata de la aproximación basada en los derechos humanos. En distintos encuentros internacionales, amparados en su mayor parte por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU<sup>19</sup>, se redactaron los compromisos que los países firmantes estaban dispuestos a asumir en relación al respeto de los **derechos de las personas con discapacidad**. Se reconoce que las personas con discapacidad deben gozar de los mismos derechos humanos o libertades fundamentales universales que el resto de miembros de la sociedad, sin discriminación de ningún tipo; pero ellos también han de disfrutar de ciertos derechos específicamente ligados a su estatus.<sup>20</sup> Estos derechos se recogen en la «Declaración de Derechos de los Impedidos»<sup>21</sup> (el vocablo «impedido» ha sido sustituido en las últimas adaptaciones realizadas por organizaciones del sector de la discapacidad por «persona con discapacidad»).

---

17 Pereyra Etcheverría, M. Para comprender la discapacidad: Una visión general de la exclusión/inclusión social de las personas con discapacidad. Documentación Social 130 (2003): 9-25.

18 Pereyra Etcheverría, M. Para comprender la discapacidad: Una visión general de la exclusión/inclusión social de las personas con discapacidad. Documentación Social 130 (2003): 9-25.

19 Declaración de los Derechos de las personas con discapacidad, El Programa Mundial de Acción concerniente a las personas discapacitadas y el compromiso hecho en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena, La Conferencia Internacional sobre población y desarrollo en Cairo, Cumbre Mundial para el Desarrollo Social en Copenhague, Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, y la Conferencia Hábitat II realizada en Estambul.

20 Los derechos humanos de las personas con discapacidades distintas. Movimiento de los Pueblos para la Educación de los Derechos Humanos En red: <http://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>. Consulta 15/11/2004.

21 Resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975 de Asamblea General de la ONU.



Esta declaración defiende que:

*«...La persona con discapacidad debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todas las personas con discapacidad, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación... La persona con discapacidad tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. La persona con discapacidad, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad... La persona con discapacidad tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos... La persona con discapacidad tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible... La persona con discapacidad tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional... La persona con discapacidad tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales... La persona con discapacidad tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social... La persona con discapacidad tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creativas o recreativas... La persona con discapacidad debe ser protegida contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante...»<sup>22</sup>*

En estos años se priorizó la lucha por la **igualdad de derechos** de las personas con discapacidad. Esta filosofía se traslada en nuestro país al marco de elaboración de la **Constitución**. La Carta Magna define al Estado Español como un «Estado Social y Democrático de Derecho que propugna como valores superiores del ordenamiento jurídico la justicia, la igualdad y el pluralismo político». Esto supone un **estado intervencionista**, comprometido con las situaciones sociales injustas; es un estado de servicios, de bienestar que promueve derechos sociales, fomenta medidas de solidaridad social y criterios de redistribución.

---

<sup>22</sup> Declaración de los Derechos de los Impedidos Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975. La Asamblea General. En red: [http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/72\\_sp.htm](http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/72_sp.htm) Consulta: 15/11/2004.

Además, el artículo 14 defiende la igualdad frente a la discriminación por cualquier motivo, reconociendo paralelamente en su artículo 9.2. la obligación de los poderes públicos de «*promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas y de remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social*». Esta es la fuente primaria de derecho que justifica el nacimiento del Sistema Público de Servicios Sociales como herramienta del Estado para la lucha por la *igualdad compensatoria* de los colectivos más desfavorecidos (mujer, grupos étnicos, personas con discapacidad, mayores...).

Para concretar más, en el capítulo de principios rectores de la Política Social y Económica se explicita el compromiso de facilitar el acceso a los derechos sociales (trabajo, vivienda, salud...) a colectivos con especiales dificultades, apareciendo el de «*disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*» en el artículo 49.<sup>23/24</sup>

El gran hito de esta etapa es el reconocimiento de la atención *a las personas con minusvalía, disminución o deficiencia* como forma de garantizar su derecho a la igualdad y como un compromiso de las distintas administraciones del Estado.

Las asociaciones de familiares o representantes legales de personas con **retraso mental** fueron en estos años pioneras en la aportación de nuevos enfoques que posteriormente han sido retomados y abanderados por otros colectivos de defensa de las personas con discapacidad (personas con discapacidad física, visual o auditiva). En la década de los cincuenta el director del Servicio Danés para el Retraso Mental lanza un nuevo principio que denomina **normalización** y que formula como «*La posibilidad de que los*

---

23 Alemán Bracho, C. El Sistema Público de Servicios Sociales en España. En Fernández García, T; Ares Parra, A (coords.) Servicios Sociales: Dirección, Gestión y Planificación. Alianza Editorial. Madrid. 2002.

24 Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

*deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible*». Desde los países escandinavos este principio se extiende por toda Europa, los Estados Unidos y Canadá.<sup>25</sup> La aplicación del principio de normalización comienza a tener una importante presencia en la formulación de políticas de intervención social y de intervención sobre discapacidad. En estas aplicaciones surge en el Reino Unido en 1978 el Informe Warnock, donde se plantea el principio de integración en el ámbito escolar, se comienza hablar de una atención especial en un sistema de atención ordinario. Este principio rebasaría el ámbito escolar y sería extendido a otros ámbitos como la integración laboral y finalmente la **integración social**.

## **AÑOS OCHENTA Y NOVENTA**

Por su parte, la ONU proclama el año 1981 como Año de las Personas con Discapacidad y posteriormente decide proclamar el periodo entre 1983 y 1992 el «Decenio de la ONU para los Minusválidos». Los trabajos desarrollados en esta etapa por la ONU sirvieron de base para la promoción de medidas eficaces en la prevención de la incapacidad, la rehabilitación, la participación plena de las personas con discapacidad en la vida social y del desarrollo de la igualdad.

El principal de esos trabajos fue el **Programa de Acción Mundial** para Personas con Discapacidad que estructuraba la política de atención a estas personas en tres áreas: *prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades*. Es en este periodo cuando la ONU instaura el 3 de diciembre como día de las Personas con Discapacidad, para la toma de conciencia sobre la necesidad de seguir apoyando hacia la igualdad a este colectivo. En un intento por conseguir que las «orientaciones» de la ONU se convirtieran en «políticas» efectivas en 1993 se promulgaron las *Normas Uniformes* para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

---

<sup>25</sup> Casado Pérez, D; Egea García, C. Las estrategias para el cambio pro inclusión social de las personas con discapacidad. En red: <http://usuarios.discapnet.es>. Consulta 13/10/2004.

De las iniciativas de la ONU partieron una gran cantidad de acciones sociales refrendadas con Leyes en distintos países de Europa. En España, se impulsó la creación de la Ley más importante hasta ese momento en materia de discapacidad: la **Ley 13/1982, de 7 de abril**, de Integración Social del Minusválido (LISMI).<sup>26</sup>

La LISMI contempla toda una serie de previsiones y medidas para superar la discriminación de las personas con discapacidad en la vida social. Esta Ley defiende un enfoque de **atención integral**, y asume el **principio de universalidad de los sistemas de atención social**.<sup>27</sup>

*«Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo **una obligación del Estado** la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos y sociales mínimos y la Seguridad Social [...]».*<sup>28</sup>

La atención a las personas con discapacidad es un derecho ciudadano a una serie de prestaciones de salud, sociales, educativas etc., gestionado u ofertado por un Sistema Nacional de Salud,<sup>29</sup> un Sistema Público de Servicios Sociales,<sup>30</sup> un Sistema Educativo Público,<sup>31</sup> etc.

---

<sup>26</sup> Personas con discapacidad y Trabajo social Docente: Inmaculada Sancho Frías. Área de Conocimiento: Trabajo Social y Servicios Sociales. Departamento: Antropología y Trabajo Social <http://www.ugr.es/~eutrasoc/xpersonas.htm>

<sup>27</sup> Fernández Gutiérrez, CR. La igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Documentación Social. 130 (2003) pp.: 25-40

<sup>28</sup> Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos. En red: <http://www.discapnet.es/documentos/legislacion/0012.htm> Consulta 25/11/2004.

<sup>29</sup> Regulado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, –posteriormente sistemas autonómicos de salud–).

<sup>30</sup> Regulado a nivel nacional por la LISMI y posteriormente y por las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales).

<sup>31</sup> Regulado en la Ley orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo 1/1990 de 3 de octubre.

---

## MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

Hasta el momento hemos venido analizando cómo la concepción de las personas con discapacidad se refleja en los diferentes modelos de atención, desde el enfoque macro de **políticas y planificaciones**.

Ahora vamos abordar paralelamente cómo las normas, orientaciones filosóficas y planes influyen en la atención a las personas con discapacidad en el **nivel micro**, es decir **dentro de las organizaciones** que prestan los servicios. En nuestro caso se trata de abordar cómo se ha de organizar una atención a estas personas en los centros de Servicios Sociales dirigidos a las mismas. En este enfoque es donde surgen los **modelos de calidad** como sistemas de mejora continua de la atención.

### ÁMBITO INTERNACIONAL

En los párrafos siguientes analizamos las aportaciones realizadas desde el ámbito internacional, del Estado y de las Comunidades Autónomas al modelo actual de calidad en la atención.

Las últimas cinco conferencias mundiales, auspiciadas por la ONU, han enfatizado la necesidad de una **«sociedad para todos»** que cuente con la participación de todos los ciudadanos y ciudadanas, incluidas las personas con discapacidad, en todos los ámbitos de la sociedad.

Actualmente, en nuestro contexto, aparece el papel fundamental de la Unión Europea como referente normativo obligado (Tratado de Constitución de la Unión Europea...) y modelo de actuación política (Agenda Social Europea, Congresos y Foros Europeos sobre Discapacidad...).

Dos eventos relevantes de la actuación de la Unión Europea han sido:

- Aprobación en Niza (2000) de la **Agenda Social Europea** que recoge una serie de objetivos para la lucha contra la discriminación por motivo de discapacidad.<sup>32</sup>
- Celebración en Madrid del Congreso Europeo sobre Discapacidad (2002), en el que más de 400 participantes elaboran y rubrican la llamada **Declaración de Madrid** de cara al Año Europeo de la Discapacidad (2003).<sup>33</sup>

Esta declaración y la celebración del Año Europeo de la Discapacidad ha sido el germen de múltiples iniciativas legislativas, planificadoras etc., relacionadas con un nuevo concepto de atención a las personas con discapacidad. Con el lema «**No discriminación + Acción Positiva = Inclusión Social**», se barajan las políticas de igualdad o de lucha contra discriminación (políticas que impulsan activamente la mejora de la situación de las personas con discapacidad), junto a políticas de accesibilidad (acciones positivas sobre el medio para hacerlo comprensible o practicable por todos y todas).

## ÁMBITO NACIONAL

En el ámbito nacional, como herederos de la política europea sobre discapacidad, surgen la Ley 51/2003 de 2 diciembre de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, el II Plan de Acción 2003-2007 (cuyas estrategias de accesibilidad serán desarrolladas en el I Plan de Accesibilidad 2004-2012). Diversos autores españoles en fechas recientes defienden este nuevo enfoque.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Consejo de Europa. Conclusiones de la Presidencia de la Cumbre de Niza. Agenda Social Europea: Un nuevo impulso para la Europa Económica y Social. Niza. marzo. 2002.

<sup>33</sup> Declaración de Madrid. Congreso Europeo de la Discapacidad. Madrid. 20 a l 23 de abril de 2002 [En línea] <http://www.discapnet.es/documentos/tecnica/0454.html>. Consulta 11/11/2004.

<sup>34</sup> Cabra de Luna, MA. Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. Revista del Ministerio de Trabajo Social y Asuntos Sociales 2004; 50: 13-21.

## **Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad**

La Ley recoge las inquietudes europeas y expresa la toma de conciencia sobre la insuficiencia de las políticas de acción positiva, que facilitan apoyos a las personas con discapacidad para que se «integren». Se abre todo un capítulo sobre la necesidad de que **el entorno o la sociedad cambie para «incluir» a todos los colectivos incluidos en ella**, haciendo accesibles todos sus ámbitos (escuela, empleo...) a todas las personas, es decir persiguiendo la *accesibilidad universal* y desarrollando las medidas de *lucha contra la discriminación* que se da en los distintos ámbitos de la sociedad.

En la Ley, el concepto de *igualdad de oportunidades* se asocia al de *inclusión social*, es decir, se trata de estrategias de lucha contra la discriminación unidas a políticas de acción positiva.

Surge el nuevo principio de *accesibilidad universal*, recogido incluso en el título de la Ley. Algunos autores sitúan su acuñamiento en los foros de la UNESCO sobre las modificaciones necesarias en el sistema educativo para la inclusión social.<sup>35/36</sup> La Ley sitúa el origen de este concepto en la extensión de las iniciativas de lucha contra las barreras físicas –lideradas por movimientos a favor de *la vida independiente*– hacia el resto de «barreras» u «obstáculos» cognitivos, culturales etc. que excluyen, o dificultan la inclusión social, a estas personas.<sup>37</sup>

---

Fernández Gutiérrez, CR. La igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Documentación Social. 130 (2003) pp: 25-40.

<sup>35</sup> Casado Pérez, D; Egea García, C. Las estrategias para el cambio pro inclusión social de las personas con discapacidad. En red: <http://usuarios.discapnet.es>. Consulta 13/10/2004.

<sup>36</sup> Egea García, C; Sarabia Sánchez, A. Visión y modelos conceptuales de la Discapacidad. En red: <http://usuarios.discapnet.es>. Consulta 13/10/2004.

<sup>37</sup> Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Desde el enfoque de calidad, a nivel micro, la Ley aporta la traslación de los **principios** del nuevo modelo de atención a nuestro medio. Esta declaración de principios puede orientar sobre lo que es una atención de calidad, en la medida que se acerque a estos ideales, muchos de ellos no son sólo aplicables a las políticas, sino también a la atención dentro de los centros de Servicios Sociales especializados:

1. **Vida independiente:** La situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.
2. **Normalización:** El principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.
3. **Accesibilidad universal:** La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.
4. **Diseño para todos/as:** La actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.
5. **Diálogo civil:** El principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las Leyes y demás disposiciones normativas en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.



6. **Transversalidad** de las políticas en materia de discapacidad: El principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones Públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general, en cualquiera de los ámbitos de actuación pública en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

## **El II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007**

El II Plan de Acción asume el nuevo concepto de Discapacidad, sigue el enfoque de los derechos humanos y está al servicio de la política de **inclusión social** defendida a nivel internacional y europeo, y adaptada a nuestro medio por la Ley 51/2003. En realidad se trata de desarrollar gradualmente lo propuesto en la Ley de igualdad de oportunidades. No intenta ser un plan integral, sino un plan de atención a las prioridades detectadas por los datos sondeados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que estructura sus áreas en:

- Atención a personas con graves discapacidades.
- Políticas activas de inserción laboral de las personas con discapacidad.
- Promoción de la accesibilidad de entornos, productos y servicios.
- Cohesión de los Servicios Sociales para personas con discapacidad.

Los objetivos de accesibilidad se desarrollan con profundidad, en un plan que paralelo a éste, se trata del primer Plan de Accesibilidad.

La asunción de la visión de los movimientos sobre vida independiente, le lleva a recoger explícitamente (como ocurre con la Ley 51/2003) su modelo de atención, en concreto, enumera los criterios sobre cómo hay que tratar a personas con discapacidad, tal y como fueron redactados en la Declaración de Madrid:

- Como ciudadanos/as *titulares de derechos*, más que sujetos en demanda de caridad o beneficencia.
- Como clientes con *capacidad de tomar decisiones sobre sí mismos*, más que como pacientes o beneficiarios/as de decisiones ajenas.
- Como *ciudadanos/as activos* con deseos y posibilidades de contribuir a la sociedad, más que sujetos no empleables y siempre dependientes.
- Como *ciudadanos/as con especiales dificultades para satisfacer sus necesidades normales*, más que como ciudadanos/as especiales con necesidades diferentes al resto de sus conciudadanos/as.
- Como personas que *quieren que sus necesidades sean atendidas en recursos flexibles*, pensados para todos/as y no en centros y servicios segregados.

Tanto los *criterios* de atención recogidos en la **Declaración de Madrid**, como los **principios del Plan de Acción**, que reiteran en gran parte los recogidos en la **Ley 51/2003**, son de gran importancia a la hora de **orientar** lo que es **una atención de calidad** dentro de los centros de **Servicios Sociales Especializados**. El Plan de Actuación incorpora algunas dimensiones nuevas de especial interés:

1. **Promoción de derechos.** Los poderes públicos deben garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de forma efectiva y en condiciones de igualdad de todos los derechos civiles, sociales, económicos y culturales etc.
2. **Respeto por la diversidad y perspectiva de género.** Únicamente funcionarán aquellas políticas que tengan en cuenta y respeten la diversidad del colectivo de personas con discapacidad. En particular, se ha de tener muy presente la situa-

ción de las mujeres con discapacidad que se enfrentan a múltiples discriminaciones por razón de su discapacidad y de género.

3. **Calidad de vida.** Calidad de vida significa autosatisfacción de la persona con discapacidad con sus condiciones de vida. Incluye la satisfacción por su salud y seguridad, por sus competencias personales, por su autonomía y capacidad de tomar decisiones, por su bienestar emocional y material, y por los servicios recibidos en recursos comunitarios garantizados por derechos.
4. La forma de proveer los servicios y la manera como los recursos sociales se organizan deben planearse desde la persona a quien va destinada, orientando intervenciones a **la satisfacción del usuario/a** y llevando ese bienestar percibido a la categoría de criterio principal desde el que evaluar la efectividad y calidad de los servicios.

## ÁMBITO ANDALUZ

Como se puede observar, el término **personas con discapacidad** se ha asentado ya en todas las normativas estatales. Ya en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, el modelo actual de atención a las personas con discapacidad se define a través de cuatro hitos normativos y planificadores:

- 1) Plan de Ordenación de la Red de Centros de Servicios Sociales Especializados de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica en Andalucía (1993-1998).
- 2) Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía que defiende el uso del giro «personas con discapacidad» como el más adecuado, al no sustantivar la discapacidad como una característica del sujeto.
- 3) Decreto 317/2003, de 18 de noviembre: Plan Director de Organización para la Calidad de los Servicios.
- 4) Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía (2003-2006).

## **Plan de Ordenación de la Red de Centros de Servicios Sociales Especializados de Atención de Personas con Discapacidad Psíquica en Andalucía**

El informe de evaluación<sup>38</sup> de este plan recoge abundante información sobre la situación de los Servicios Sociales Especializados de atención a personas con discapacidad psíquica hasta el año 1993 y toda la serie de actuaciones normativas y de negociaciones realizadas entre 1993 y 1996 para homogeneizar la atención prestada en los centros de Servicios Sociales especializados del sector. Recoge todo el espectro de actuaciones: definición de la tipología de centros (asumida por la Ley 1/1999), requisitos de autorización de centros, proceso de concertación de plazas hasta la valoración del coste plaza etc. Recoge, igualmente, una evaluación de los resultados del plan una vez cerrado el plazo comprometido.

Supuso un primer gran paso para la mejora de las condiciones materiales y funcionales (dotación de personal, programaciones individuales) de estos centros, repercutiendo en la **calidad de atención a las personas con discapacidad** en Andalucía.

Se fijaron en ese momento **«criterios de calidad»** que deberían reunir cada uno de los centros para garantizar una atención de calidad a los/as usuarios/as. El Plan de Ordenación impulsó así la actual normativa de autorización, concertación y acreditación. Esta normativa será la base de la definición de estándares de mejora en las condiciones funcionales y estructurales de los centros.

---

<sup>38</sup> Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Informe de Evaluación del Plan de ordenación de la red de centros de servicios sociales especializados de atención a personas con discapacidad psíquica en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. 2000.

## **Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**

Esta Ley define la misión de la Administración Autónoma Andaluza en el sector de la atención a las personas con discapacidad: «Promover el bienestar de las personas con discapacidad mediante el fomento de la *igualdad de oportunidades, la rehabilitación e integración social, la prevención* de causas de deficiencia, discapacidad y minusvalía y el *apoyo a la iniciativa social* (asesoramiento técnico, coordinación, planificación, apoyo económico, revisión de requisitos y adecuación de la planificación sectorial)». Establece como principios orientadores de la atención a personas con discapacidad:

1. Integración: Mediante la sensibilización de la sociedad para el reconocimiento y la aceptación de las diferencias y el **ejercicio de los derechos por parte de las personas con discapacidad**.
2. Normalización: Atención de las necesidades de las personas con discapacidad en los **mismos recursos que atienden las necesidades de la población general** y con actuaciones de carácter general, excepto en aquellas situaciones en las que la persona con discapacidad requiera de actividades, servicios o centros especiales.

En nuestro ámbito, es especialmente importante el capítulo dedicado a los Servicios Sociales Especializados. Recoge como misión de estos servicios la realización de actuaciones tendentes a posibilitar la integración social de las personas con discapacidad.

Esta Ley es la que define la tipología de Servicios Sociales Especializados de atención a las personas con discapacidad existentes en nuestra comunidad: centros de valoración y orientación, centros residenciales y centros de día (ocupacionales y estancias diurnas). Sobre los centros residenciales y de día discrimina entre los que atienden a personas con afectación grave o no en las actividades de la vida diaria. Solicita la atención integrada en centros comunes de personas con discapacidad que padezcan trastornos de conducta, así como de personas con discapacidad sometidas a medidas privativas de la libertad.

Un apartado, de vital importancia en la definición de una atención de calidad en el ámbito de los centros de Servicios Sociales Especializados, es el reconocimiento de los siguientes **derechos** de los/as **usuarios/as** de los **centros de Servicios Sociales Especializados**, en concreto centros de día y centros residenciales:

1. A **participar y ser oídos/as**, por sí o por sus representantes legales, en aquellas decisiones o medidas que afecten a su atención. Si dichas medidas suponen restricciones de libertades, deberán ser aprobadas por la autoridad judicial, salvo razones de urgencia, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de aquella cuanto antes.
2. A un **trato digno**, tanto por parte del personal del centro o servicio como de los otros usuarios.
3. Al **secreto profesional** de los datos de sus historia sanitaria y social.
4. A **mantener relaciones interpersonales**, incluido el derecho a recibir visitas, siendo obligación de la dirección de los centros promover las relaciones periódicas con sus familiares y tutores.
5. A una **atención individualizada** acorde con sus necesidades específicas.
6. A la **máxima intimidad y privacidad**, sólo limitable por razones de protección de la vida, la salud o la seguridad de las personas con discapacidad usuaria de estos centros.
7. A su **desarrollo personal**, prestando todos aquellos servicios que faciliten este aspecto (prestaciones sanitarias, farmacéuticas, formativas..).
8. A **cesar en el uso** de los servicios por decisión propia o de sus representantes legales (excepto decisión judicial).

Además estos derechos se defienden con todo un régimen disciplinario sobre infracciones administrativas que pueden repercutir en el centro desde multas económicas hasta el cierre temporal o definitivo del centro.

### **Decreto 317/2003, de 18 de noviembre. Plan Director de Organización para la Calidad de los Servicios**

Del Plan Director de Organización de la Calidad de los Servicios se desprenden algunas orientaciones, ya no sobre qué es una atención de calidad a personas con discapacidad sino sobre cómo ha de orientarse un **sistema de gestión de calidad en los servicios públicos** de la Administración Autonómica, incluyendo entre ellos a los Servicios Sociales Especializados propios de la Dirección General de Personas con Discapacidad (centros de valoración y orientación, centros propios de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social).

El Decreto pretende incentivar y dinamizar iniciativas de gestión de la calidad y define como **componentes** de una atención de calidad en la Administración Pública andaluza:

- La **gestión moderna**: Mediante la medición de su actuación (evaluación interna).
- **La orientación a el/la cliente**: La satisfacción de las necesidades de los/as ciudadanos/as (evaluación externa). Siendo este eje de máxima prioridad, el/la ciudadano/a es el objetivo del servicio. Se ha de procurar que toda la ciudadanía disponga de los mismos derechos ante la Junta de Andalucía mediante una accesibilidad homogénea (desconcentración territorial, utilización de tecnologías, sencillez y rapidez de los procedimientos administrativos...).

Otro elemento importante que estipula el Decreto es el **modelo de calidad de referencia, el de la EFQM** (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)<sup>39</sup> como modelo de referencia para los servicios públicos dependientes de la Junta de Andalucía. Este modelo permitirá la comparación de resultados y la concesión de premios de calidad.

El Plan Director establece la *formación, la divulgación y los premios a iniciativas* de calidad. Las iniciativas se pueden enmarcar entre la posibilidad de elaborar *programas de calidad evaluables* mediante el modelo de la EFQM y la obligación de realizar *cartas de servicios* (que se definen mediante una metodología determinada por la Consejería de Justicia y Administraciones Públicas).

Las cartas de servicios permiten a ciudadanos y ciudadanas conocer por anticipado qué clase de servicios pueden esperar y demandar y cuáles son los compromisos de calidad del servicio. Se trata de evaluar los resultados obtenidos y el grado de satisfacción de la ciudadanía y con esa información mejorar de forma continua los servicios.

### **Acuerdo de 2 de diciembre de 2003 del Consejo de Gobierno: Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía**

Este plan nace como requisito para el desarrollo de los compromisos en atención a personas con discapacidad de la Administración Andaluza marcados por la Ley 1/1999 y como respuesta a los objetivos que la Unión Europea se fijaba para el año 2003 como año Europeo de las Personas con Discapacidad.

Recoge una visión de atención integral diseñando **estrategias multisectoriales**. Dispone de actuaciones para los ámbitos de salud, educación, empleo, Servicios Sociales, política de vivienda, política de accesibilidad a la comunicación, accesibilidad a la edificación, política de urbanismo, transportes, cultura, deporte, turismo y contratación

---

<sup>39</sup> La Fundación Europea se constituyó a partir de las iniciativas de importantes empresas privadas del mercado europeo y se ha convertido en un modelo de calidad referente en Europa, trasladándose al sector público, e incluso la iniciativa social.



administrativa. No es un plan que intente ser exhaustivo en sus medidas, sino incidir sobre aquellas necesidades que personas expertas, personas con discapacidad y sus representantes han detectado como prioritarias.

El PAIPDA, que fue aprobado por Consejo de Gobierno el 2 de diciembre de 2003, asume el **Modelo de Igualdad de Oportunidades** de la Ley 1/1999, e intenta incorporar los objetivos marcados por los modelos de inclusión social defendidos en los objetivos del año 2003, como año de las personas con discapacidad. Es un plan **participado** por las organizaciones representantes de personas con discapacidad y sus familiares.

El Plan propone fórmulas de accesibilidad frente a barreras arquitectónicas y en los medios de comunicación, así como medidas de adaptación de sistemas públicos genéricos (educación, salud, educación etc.) que permitan la integración de la población con discapacidad en ellos, sin abundar en estrategias de no discriminación y accesibilidad universal.

Este es nuestro **referente normativo** más cercano y más directo sobre el modelo de atención de calidad a personas con discapacidad dentro de los Servicios Sociales Especializados. De él directamente emana la iniciativa de mejora de la calidad de los servicios.

En la línea de actuación sobre Servicios Sociales Especializados (apartado 4.6) recoge una serie de áreas de trabajo (centros de valoración y orientación, atención en residencias, atención en centros de día, apoyo a cuidadoras/es informales, respiro familiar, apoyo al movimiento asociativo..., coordinación de servicios...), en las que mencionan y desarrollan los objetivos de la calidad que cita al comienzo del capítulo 4 sobre Servicios Sociales:

- Objetivo de desarrollar un plan de mejora de la calidad en los **centros de valoración y orientación** (apartado. 4.6.2, punto 17).

- Programa de Mejora de la calidad de los **Servicios Sociales Especializados** de atención a personas con discapacidad (apartado 4.6.14). De este último apartado podemos destacar:
  1. La Administración asume que la situación actual de los Servicios Sociales es susceptible de mejora.
  2. Concepto plural de cliente (externo-interno): Para mejorar es necesario conocer y elevar el grado de satisfacción de todos los agentes intervinientes en el proceso de desarrollo de los Servicios Sociales para las personas con discapacidad; usuarios/as y familiares o representantes legales, trabajadores/as de atención directa y profesionales en su conjunto.
  3. La mejora de la calidad persigue dos metas:
    - **Calidad de la gestión:** Se trata de mejorar la gestión de *los procesos* internos que las organizaciones implicadas (Administración Autonómica, entidades públicas y privadas prestadoras de servicios) han implantado para producir sus servicios, incorporando la dimensión de los *resultados* de la satisfacción y percepción de los/as usuarios/as acerca de los servicios que reciben.
    - **Calidad de vida:** Se trata de conseguir que las personas con discapacidad que son atendidas en diferentes grados por los Servicios Sociales especializados (desde facilitarles una mera información a ofrecerles una atención integral en centros de día o residenciales), consigan mayores cotas de calidad de vida.
  4. Se persigue un plan de calidad con una orientación práctica que permita la autoevaluación y evaluación externa de estos servicios. Siempre desde un esquema de evaluación continua.
  5. Se pretende la elaboración de indicadores de calidad por cada tipología de servicios con la participación y consenso de los **agentes intervinientes**. Los indicadores han de expresar cuantitativamente aspectos de la asistencia, la organización o la gestión y servir de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la actividad.

El PAIPDA recoge los siguientes objetivos de mejora de la calidad en el apartado de inspección de Servicios Sociales:

1. Garantizar los derechos de los/as usuarios/as de los Servicios Sociales, mediante el respeto a los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.
2. Cumplimiento de la normativa vigente en materia de Servicios Sociales, mediante la adecuación progresiva y ordenada de las entidades, servicios y centros a los **requisitos materiales y funcionales** establecidos en la Orden de 28 de julio de 2000 y al resto de la normativa vigente respecto a la autorización, registro y acreditación de centros.
3. Conocimiento del grado de **satisfacción de las personas usuarias y sus necesidades**, como medida para una mejor adecuación y mejora de los Servicios Sociales.
4. Elevar la **calidad de vida** de usuarios y usuarias de los centros de Servicios Sociales, comenzando por los centros residenciales para personas mayores.

Cada Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, anual o bianualmente elabora su Programa Provincial de Inspecciones que señala los centros a inspeccionar y la metodología, que incluye cuestiones relativas a los **requisitos de verificación de los centros** y un modelo de **encuesta de satisfacción de usuarios/as**. La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social realizó en 2005 un total de 1.932 inspecciones, 217 en centros para personas con discapacidad.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> [http://juntadeandalucia.es/SP/JDA/CDA/Secciones/Consejo\\_de\\_Gobierno/JDA-Consejo/0,20322,24%257C01%257C2006,00.html](http://juntadeandalucia.es/SP/JDA/CDA/Secciones/Consejo_de_Gobierno/JDA-Consejo/0,20322,24%257C01%257C2006,00.html)



## **Capítulo 3**

---

# **Aportaciones para la Mejora de la Calidad en los Servicios Sociales de Atención a Personas con Discapacidad**

---



En el apartado anterior hemos hablado de cómo han sido recogidos en la normativa los elementos referidos a la mejora de la atención a las personas con discapacidad dentro de los Servicios Sociales Especializados. Hemos mencionado cómo se relacionan con modelos de gestión de la calidad o de mejora de la calidad. Ahora pretendemos analizar las principales aportaciones y experiencias de aplicación de programas o sistemas de calidad a los Servicios Sociales de atención especializada de este colectivo.

Son muchas las experiencias e iniciativas en torno a la calidad surgidas en el seno de organizaciones públicas y de iniciativa social que prestan servicio a personas con discapacidad en nuestro país. A partir del año 2000 han surgido congresos, foros y publicaciones en torno al tema de la calidad aplicada a los Servicios Sociales, muchas de ellas en el seno de la atención a las personas con discapacidad o perfectamente aplicables a este ámbito.<sup>41</sup> De todas ellas destacaremos:

1. **La dispersión de modelos:** Si bien la Administración Pública tanto central como autonómica opta por el modelo EFQM, surgen iniciativas en torno a las Normas ISO, entidades acreditadoras específicas de autismo o retraso mental (*National Autistic Society* –NAS–, American Association for Mental Retardation –AAMR–) o modelos mixtos.
2. **La variedad de metodologías:** Desde la opción de las cartas de servicios o premios de calidad a la acreditación administrativa mediante la evaluación de indicadores, pasando por los programas de mejora etc.

---

<sup>41</sup> Entre otras destacar:

VVAA. La calidad como imperativo en la Acción Social. Documentación Social. Julio-septiembre 2002 nº 128.

Setién, ML; Sacanell, E (Coord). La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias. Tirant lo blanch: Políticas de Bienestar Social. Valencia. 2003.

Medina Tornero, ME. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. En: Medina Tornero, ME. Implantación de la calidad en las ONG. FAMDIF/COCEMFE. 2004.

Cánovas Sánchez, F; Pardavila Martínez, B. La gestión de la calidad en servicios sociales. IMSERSO. 2004.

3. **La concordancia en principios y valores:** Desde esa dispersión de modelos y metodologías los principios subyacentes son coincidentes, siendo sus fuentes principales los principios del Sistema Público de Servicios Sociales –igualdad, normalización–, los principios de calidad –mejora continua, orientación al cliente–, y los de las últimas corrientes filosóficas sobre atención a las personas con discapacidad –vida independiente y autonomía, calidad de vida etc.–.

## **PRINCIPALES APORTACIONES**

---

Hemos intentado presentar ejemplos clave de iniciativas de calidad en el campo de los Servicios Sociales Especializados de atención a las personas con discapacidad en la tabla siguiente, con al menos dos informaciones básicas: el modelo de gestión de calidad de base y las principales metodologías o herramientas de mejora de la calidad.



*Cuadro 3. Principales Iniciativas de Calidad en Servicios Sociales de Atención a Personas con Discapacidad*

EXPERIENCIA	MODELO DE CALIDAD	HERRAMIENTAS
Asociación Española de Acreditación y Normalización AENOR: Normas para ONG: Responsabilidad social corporativa Gestión ética de organizaciones sin ánimo de lucro	Modelo ISO: Gestión de la calidad	Certificación por Norma ISO específica. Procedimientos de documentación Auditorías
<i>European Foundation for Quality Management (EFQM) Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado</i>	Modelo EFQM: Mejora continua. Excelencia	Autoevaluación Evaluación externa
IMSERSO-Cartas de Servicios	EFQM: CAF (Modelo EFQM adaptado a la Administración)	Cartas de servicio Programas de mejora Premios a la calidad
Instituto Catalán de Servicios Sociales –ICASS–: Indicadores	Modelo mixto	Indicadores Evaluación externa Acreditación Administrativa Plan de Calidad
FEAPS: Plan de Calidad y Línea de Calidad del II Plan Estratégico	Modelo propio basado en modelos de Calidad Total	Manuales de Buena Práctica Asesoramiento a entidades Formación de profesionales y equipos directivos
Institut de Treball Social: INTRESS: ONG con Calidad Colaboración con distintas ONG financiada por el MTAS	Propone la norma ISO 9001 y algunos elementos innovadores del modelo europeo de gestión de calidad EFQM	Acreditación: Norma ONG con Calidad Difusión web de la información/formación
Consejo Estatal de ONG de Acción Social: Plan Estratégico de Calidad para ONG		Plan Estratégico de Calidad

En el cuadro 3 no se recogen más que los aspectos básicos de esas experiencias, hay muchas más iniciativas y con desarrollos teóricos y metodológicos realmente importantes. La bibliografía citada al comienzo de este apartado sobre antecedentes y numerosas páginas web<sup>42</sup> recogen, en detalle, esas interesantes aplicaciones de la gestión de la calidad en Servicios Sociales de atención a las personas con discapacidad. Nosotros vamos a hacer referencia a aquellas que nos han parecido que han tenido una influencia más decisiva sobre sectores importantes de los servicios públicos o de la iniciativa social en este sector.

De importancia es la iniciativa de AENOR, que no desarrollaremos debido a que se encuentra **aún en fase de elaboración**. La **Asociación Española** de Normalización y Certificación está trabajando en el desarrollo de las dos normas que mencionamos en la tabla: **una de responsabilidad social corporativa y otra de gestión ética de organizaciones sin ánimo de lucro**. En la elaboración de estas normas, FEAPS se ha comprometido, en su segundo Plan Estratégico, a asesorar sobre los aspectos de la atención a personas con discapacidad.

Igualmente, AENOR ha desarrollado normas que son de bastante aplicabilidad en este sector por los elementos comunes que comparten como es el caso de la **Norma de Gestión de Servicios en las Residencias de Mayores**:

- Gestión Integral UNE 158001
- Espacios e instalaciones de una residencia. UNE158002
- Dotaciones y equipamientos. UNE 158003
- Cualificación del personal y formación. UNE 158004
- El personal de la residencia y categorías laborales. UNE 158005.

---

<sup>42</sup> Destacamos entre otras:

<http://www.ongconcalidad.org/descubrir.htm>

<http://www.feaps.org/manuales/manuales.htm>

[http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq\\_03.htm](http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq_03.htm)

[http://www.seg-social.es/imserso/imserso/i0\\_cartas.html](http://www.seg-social.es/imserso/imserso/i0_cartas.html)

## EFQM: Versión del Modelo para el Sector Público y las Organizaciones de Voluntariado

El modelo EFQM<sup>43</sup> es un modelo de calidad total basado en la persecución de la **excelencia y la mejora continua de la calidad** que permite tanto la autoevaluación como la evaluación externa. Por excelencia se entiende la satisfacción plena de todos los grupos de interés de la organización (personas usuarias, profesionales, proveedores de subserVICIOS...).

Su orientación básica es la **mejora continua**, de modo que se trata de que este análisis, realizado por la misma organización –autoevaluación–, conlleve la planificación de estrategias de mejora, el seguimiento del desarrollo de estas estrategias y la evaluación de los resultados obtenidos para, de nuevo, comenzar la secuencia (esquema REDER: Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación, Revisión). El modelo cuenta con una matriz de puntuación de los distintos criterios que facilita una puntuación resumen. Este diagnóstico permite la **evaluación externa**. El modelo ha sido adaptado por la Administración del Estado y la propia Junta de Andalucía para la autoevaluación de los servicios públicos (iniciativa del Ministerio de Administraciones Públicas y de la Consejería de Justicia y Administraciones Públicas respectivamente).

La EFQM ha desarrollado la **versión** para el sector público y **organizaciones de voluntariado** que *«contempla un conjunto reducido de cambios con respecto al Modelo fundamental y que refleja las peculiaridades que singularizan las organizaciones de estos sectores. Estos cambios indican diferencias clave, como su naturaleza de organizaciones sin ánimo de lucro o su carácter de monopolio»*.

El contexto general, según evalúa EFQM se caracteriza por la limitación de los recursos económicos frente al aumento de la demanda, y por la necesidad de **reducir costes** mediante economía interna y de **dar respuesta a los cambios políticos y sociales**.

---

<sup>43</sup> <http://www.clubcalidad.es/> ; [http://www.solucionesong.org/informate1.asp?id\\_area=2](http://www.solucionesong.org/informate1.asp?id_area=2)

Otras diferencias o peculiaridades a las que EFQM adapta el modelo son, entre otras:

- La autoevaluación y mejora continua deberá abordar el papel de la dirección y sus interacción con el **nivel político**.
- **Los/as clientes** de las organizaciones del sector público y de las organizaciones de voluntariado son *las personas beneficiarias* de las actividades, las administraciones públicas y las federaciones de organizaciones de iniciativa social. A estas organizaciones se les pide rendir cuentas frente a los objetivos y políticas de los *gobiernos estatales, autonómicos o provinciales*.
- Estas organizaciones pueden ser monopolios, obligatorios o de acceso restringido, pero existen para dar servicio a clientes. Serán evaluadas de acuerdo al **grado de satisfacción** que sean capaces de dar a las necesidades de estos/as **clientes** (en el amplio concepto referido en el párrafo anterior).
- Las organizaciones públicas tienen **limitadas sus posibilidades de gestión de profesionales** y deberán trabajar dentro de estas limitaciones para obtener el máximo potencial de sus trabajadores/as.
- Igualmente, la capacidad de generar **recursos económicos y financieros** adicionales puede estar **limitada**, al igual que su libertad para destinar o modificar el destino de fondos a los servicios que desea ofrecer.

Un valor añadido de este modelo de trabajo no-prescriptivo es que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida desde **diferentes enfoques** (cartas de servicios, certificación ISO, sistemas de acreditación por administraciones...).

## CARTAS DE SERVICIOS: IMSERSO

Las actuaciones del IMSERSO forman parte de la iniciativa del Ministerio de Administraciones Públicas (MAP). El MAP sigue el ejemplo de modernización y reforma a través de modelos de gestión de la calidad que la Unión Europea marca para las Administraciones Públicas, que se basan en un modelo común de la EFQM adaptado a las administraciones, se trata del CAF (*Common Assessment Framework* o Marco Común de Evaluación). Se entiende que *«la gestión de la calidad está orientada al usuario, a la obtención de resultados acordes con lo que ellos esperan y a la mejora continua de la prestación del servicio a partir de la evaluación de resultados obtenidos en función de los objetivos establecidos y de la satisfacción de los propios usuarios»*.<sup>44</sup>

Las herramientas de gestión de la calidad elegidas son los **premios a la calidad** y las **cartas de servicios**. Las cartas de servicios son por el Real Decreto 1259/1999 obligatorias para los servicios de la Administración General del Estado. La experiencia aplica esta metodología en los servicios dependientes del IMSERSO (el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, los Centros de Atención a Minusválidos Físicos, los Centros de Rehabilitación de Minusválidos Físicos...) en el periodo del 2000 al 2003.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio por el que se regulan las cartas de servicios y los premios de calidad en la Administración General del Estado (BOE 10-08-99).

<sup>45</sup> Para más información:

Duque Gómez, JM. La Calidad en las Administraciones Públicas. IV Plan de Formación Superior en Servicios Sociales: Dirección. IMSERSO-COP 2004.

Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio por el que se regulan las cartas de servicios y los premios de calidad en la Administración General del Estado (BOE 10-08-99).

Medina Tornero, ME. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. En Medina Tornero, ME. Implantación de la calidad en las ONG. FAMDIF/COCEMFE. 2004.

## **PLAN DE CALIDAD DEL ICASS**

El Plan de Calidad del Instituto Catalán de Servicios Sociales (ICASS) 2001-2003 supone una continuidad en las acciones del Plan 1999-2000. Las primeras actuaciones en materia de calidad comenzaron a finales del año 1998 y fueron unas de las actuaciones pioneras dentro de la Administración en la implantación de procesos de calidad dentro del ámbito de los Servicios Sociales.

Los objetivos de la iniciativa son:

- La mejora permanente de los servicios.
- La evaluación externa de los servicios y la detección de los problemas sistemáticamente para garantizar su resolución y prevención.
- La sistematización de las actuaciones.
- La reducción de la variabilidad de las diferentes prácticas profesionales.
- Promover la máxima participación de usuarios/as y profesionales en la mejora de la calidad.

Para la consecución de estas metas el ICASS ha puesto en marcha dos Planes de Mejora de la Calidad (1999-2000 y 2001-2003). Estos planes han desarrollado las siguientes estrategias:

- Definición de indicadores y estándares para cada tipo de centro (residencias, centros de día de mayores, residencias para personas con discapacidad física o psíquica, servicios de atención precoz, casas de acogida para mujeres maltratadas, centros residenciales para drogodependientes...).
- Evaluación externa de centros basada en los indicadores definidos.

- Elaboración de documentación de apoyo (manuales de equipos de mejora, recomendaciones para la elaboración de planes de mejora continua...) y difusión de experiencias.
- Formación de cuadros de mandos, en calidad, en evaluación, sensibilización, habilidades técnicas...
- Diseño y aplicación de encuestas de opinión de usuarios/as y familiares.

El II Plan de Calidad 2001-2003 supone una continuidad de cuidados en las acciones desarrolladas en el anterior Plan y una nueva organización del ICASS. Este plan se estructura en cinco ejes de actuación que han venido desarrollando hasta el año 2003:

1. La opinión sistematizada de las personas usuarias debe servir para el debate y la mejora de los servicios y la adecuación de los servicios actuales y futuros a las necesidades y preferencias de éstos (compromiso de modificar la tipología de servicios ofertados).
2. Garantía de la calidad de los servicios: El hecho de que los servicios sean evaluados de forma objetiva y obtengan acreditación de niveles óptimos de calidad, garantiza que los derechos de usuarios y usuarias son respetados.
3. Apoyo a planes de calidad internos: Incluye medidas desde la promoción de una nueva conceptualización de la calidad y su evaluación a la creación de instrumentos de apoyo técnico y metodológico a los servicios.
4. Formación e investigación: Oferta formativa amplia y coordinación de las iniciativas en materia de calidad en Servicios Sociales.
5. Promoción de la difusión del tema de calidad en Servicios Sociales: Jornadas, publicaciones...

## **FEAPS: PLAN DE CALIDAD**

El Plan de Calidad de FEAPS (Confederación Española a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual)<sup>46</sup> se comienza a elaborar en 1997 como fruto de los compromisos del Congreso de Toledo de 1996. Esta federación, bajo el impulso de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) y con una filosofía unificadora, participa, en distintas iniciativas (bajo distintos modelos) de calidad (ONG con Calidad...). Posteriormente FEAPS instaura un modelo propio gracias a la financiación de Caja Madrid y la Fundación Once.

En 1997 se aprueba en la Asamblea de FEAPS el Plan Estratégico FEAPS XXI que nutre con dos de sus ejes (eje de las necesidades de las personas con retraso mental-proceso cultural y eje de calidad) al Plan de Calidad aprobado a finales de ese mismo año.

El Plan de Calidad entiende que la Calidad es la condición necesaria para cumplir la misión de FEAPS que es «Mejorar la calidad de vida de todas la personas con retraso mental y sus familiares». El Plan se concibe pues, como una guía de actuaciones para la puesta en marcha de un sistema de apoyos para la mejora de las organizaciones que integran el movimiento FEAPS, tiene una aspiración generalista, no elitista.

---

<sup>46</sup> Medina Tornero, ME. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. En Medina Tornero, ME. Implantación de la calidad en las ONG. FAMDIF/COCEMFE. 2004.

Lacasta, JJ. La experiencia de FEAPS en el proceso de implantación de la calidad (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas). Documentación Social. Julio-septiembre 2002nº 128. pp.291-304.  
<http://www.feaps.org>



Ese Plan describe 6 objetivos:

**Objetivos 1 y 2:** Alcanzar una definición de la calidad FEAPS y fijar los principios y valores que la orientan.

Dos criterios básicos definen la «Calidad FEAPS»: La **calidad de vida** de las personas con discapacidad intelectual y sus familias, como objetivo de las organizaciones incluidas en FEAPS y la **calidad total** como modelo de gestión, como procedimiento o método para alcanzar el objetivo.

**Objetivo 3:** Crear instrumentos prácticos de calidad, de acuerdo con la definición de la calidad FEAPS.

Para cumplir este objetivo se desarrolló todo un proceso que comenzó en 1998 y terminó en el año 2000 que pretendía ofrecer **Manuales de Buena Práctica** que ayudaran a las organizaciones de FEAPS a orientar mejor su actividad. Se elaboraron ocho:

- Atención Temprana
- Educación
- Empleo y Promoción Laboral
- Ocio en la Comunidad
- Atención de Día
- Vivienda y Residencia
- Apoyo a las familias
- Asociacionismo

Se trata de un «compendio de acciones, situaciones y actividades a las que se otorga un valor de ejemplo, organizado y estructurado» que incita al análisis, la mejora de las organizaciones asociadas y a la satisfacción de las necesidades de los/as «clientes». No se trata de un estándar o una norma rígida.

**Objetivos 4 y 5:** Crear las condiciones necesarias para implementar de forma generalizada la calidad FEAPS y garantizar las condiciones para la mejora permanente de la calidad:

Para conseguir este objetivo se recurre a tres estrategias:

- Los Manuales de Buena Práctica.
- La Formación dirigida a profesionales, equipos directivos y familiares de las personas con retraso mental.
- Consultoría: 21 profesionales que han cursado el Master de Consultoría de Desarrollo de Organizaciones de la Escuela de Empresariales de la Universidad de Valladolid pueden prestar apoyo individualizado a las entidades en sus procesos de desarrollo organizativo y en la creación de condiciones necesarias para la calidad.

**Objetivo 6:** Facilitar y potenciar la acreditación de la calidad FEAPS de forma progresiva en sus organizaciones.

FEAPS contempla la posibilidad de que algunas organizaciones que sean capaces, tanto en sus procesos como en sus resultados, de obtener determinados niveles de calidad se planteen la posibilidad de acreditarse por alguno de los modelos de calidad (ISO, EFQM). Consideran que los manuales les pueden servir de orientación en ese proceso hacia la acreditación.

FEAPS ha introducido en su Plan Estratégico 2001 un eje relacionado con la calidad dentro del ámbito Ética y Calidad. Renueva su implicación con la calidad con nuevos compromisos (escuela de dirigentes, nuevo código ético, documentos de buenas prácticas sobre aspectos concretos –duelo, autodeterminación...–, genera un premio de calidad, coordinar el Plan de Calidad de ONG del Consejo Estatal de ONG de Acción Social..., apoyar a AENOR en la generación de una norma para ONG...)

## ONG CON CALIDAD

Diversas ONG, que habían comenzado a trabajar iniciativas de gestión de la calidad en el seno de sus propias organizaciones, observaron cómo los modelos y sistemas existentes no eran del todo apropiados a las características de las ONG y por ello percibieron la necesidad de un marco propio. Fue así cómo surgió la iniciativa ONG con calidad<sup>47</sup> impulsada por el INTRESS (Instituto De Trabajo Social y Servicios Sociales – entidad sin ánimo de lucro que se dedica a labores de gestión y formación de servicios de bienestar social–) y con la colaboración de Cruz Roja, Fundación Secretariado General Gitano (FSGG), Fundación Vínculos, Confederación Española a favor de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), a las que en 2003 se agregan la Federación de Mujeres Progresistas. Esta iniciativa confluye con la liderada por FEAPS en el seno del Consejo Estatal de ONG de Acción Social para el desarrollo de un Plan Estratégico de Calidad para las ONG.

A su vez, la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) con la participación tanto de ONG como de la Administración Pública pretende elaborar la norma «Sistemas de gestión de ONG y ONL (EN AEN/CTN 165)» orientada a la gestión ética de este tipo de organizaciones.

Se pretendió redactar una norma de calidad para ONG que consiguiese un apoyo mayoritario entre el sector y que fuese reconocida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

---

<sup>47</sup> Medina Tornero, ME. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. En Medina Tornero, ME. Implantación de la calidad en las ONG. FAMDIF/COCEMFE. 2004.

Garau, J (INTRESS). Metodología para la implantación de un sistema de gestión de la calidad para las ONG (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas). Documentación Social. Julio-septiembre 2002nº 128. pp.197-217.

<http://www.ongconcalidad.org>

Se trataba de lograr un sistema de calidad específico para las ONG, de manera que éstas puedan implantar y certificarse por una norma aceptada por el sector y la Administración Pública, que oriente y asegure los procesos básicos de las ONG hacia:

- La satisfacción permanente de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios/as-clientes.
- El compromiso con la mejora continua en los sistemas de prestación de servicios.
- La máxima eficacia en la gestión.
- El establecimiento de indicadores de resultados de los procesos básicos.
- Sistemas de información y comunicación públicos y transparentes.

Se elaboró una norma de mínimos con indicadores de resultados de procesos básicos, que se pretende que conozcan y adopten entidades del tercer sector, administraciones y expertos o empresas consultoras-certificadoras. Esta norma vio la luz en el año 2001 tras un intenso debate, sobre estructura y estrategias de acción, apoyado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, algunas entidades y asociaciones y profesionales interesados/as. Sus fuentes de inspiración fueron entre otras las normas ISO, el Modelo EFQM, el modelo de ciudadanía de gestión de la calidad para los servicios públicos, estándares de calidad de la Joint Commission para los servicios de salud, normas de calidad del Instituto para la Calidad de la Hostelería Española, la normativa legal básica que afecta a los Servicios Sociales, la Norma Ética de las Organizaciones: Forética.

Durante el año 2002 se elaboró una Guía/Manual para apoyar la implantación de la Norma, se publicó un ejemplo del proceso y de la implantación experimental de la Norma en diversas ONG. La difusión y comunicación de esta iniciativa es una preocupación permanente a lo largo del proyecto (página web, CD interactivo, formación...).

En el año 2003 se elaboró una revisión de la Norma ONG con Calidad a partir de las experiencias de las implantaciones realizadas y las aportaciones de diversas personas expertas. Ya ha sido publicada la segunda edición de la norma ONG con calidad gracias a la colaboración de un centenar de técnicos de ONG.

Durante el año 2004 está previsto realizar una aplicación informática de apoyo a las herramientas de gestión de la norma de calidad ONG con Calidad, una Guía de procesos del sistema, constitución de la Red ONG con Calidad y avanzar en la certificación.

Este método sigue siete pasos en los que se va analizando la situación de una entidad y se van realizando propuestas de mejora. Los tres primeros pasos van dirigidos a la preparación para la implantación:

1. **Comprometerse:** Informarse, evaluar el impacto y tomar la decisión.
2. **Organizarse:** Nombrar director/a y comité de calidad, realizar autoevaluación: comunicar resultados; realizar un plan de mejoras, implicar a todas y todas.
3. **Formarse:** Detectar necesidades, realizar un plan de formación, introducir formación continua.
4. **Adaptarse:** Definir la política de calidad y alianzas, planificar servicios. gestionar clientes, gestionar personas, ocuparse de la administración, economía y comunicación.
5. **Mejorar:** Crear grupo de mejora, asignar recursos, realizar el trabajo, comunicar resultados, generar nuevos grupos, crear sistema de mejora continua. Los pasos 4 y 5 se refieren a la adaptación para cumplir los requisitos de la Norma y la implantación de un sistema de gestión de calidad.
6. **Auditarse internamente:** Definir plan de auditorías, formar auditores, realizar auditorías internas, elaborar un plan de acciones correctoras, revisar el sistema.

## CONSEJO ESTATAL DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL

Paralelamente a la iniciativa ONG con Calidad, en el marco del Consejo Estatal de ONG de Acción Social<sup>48</sup> (creado en 2001 en el seno de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad) surge un grupo de trabajo sobre sistemas de calidad formado por: Cruz Roja, Cáritas, Federación de Mujeres Progresistas, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Fundación Secretariado General Gitano (FSGG), Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Confederación Española a favor de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales (MTAS) y el Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS) como entidad invitada. El Consejo Estatal encarga a este grupo la elaboración de un Plan de Calidad para el fomento de la calidad en las ONG. Este proyecto culmina con el proyecto de Plan Estratégico para el Fomento de la Calidad en las Organizaciones no Gubernamentales 2003-2005 Ambas iniciativas son financiadas por el MTAS.

El 11 de febrero de 2002 el Consejo acordó la constitución de cinco grupos de trabajo con el cometido de estudiar y formular propuestas sobre líneas consideradas de carácter prioritario para el Tercer Sector, uno de esos grupos era el **Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Calidad**. Posteriormente, el 11 de marzo de 2003, el Consejo ha acordado la creación de dos nuevos grupos de trabajo (Grupo de Trabajo sobre Acceso a las Nuevas Tecnologías, Grupo de Trabajo para la elaboración del Plan Estratégico de las ONG).

---

<sup>48</sup> Medina Torero, ME. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. En Medina Torero, ME. Implantación de la calidad en las ONG. FAMDIF/COCEMFE. 2004.

Garau, J (INTRESS). Metodología para la implantación de un sistema de gestión de la calidad para las ONG (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas). Documentación Social. Julio-septiembre 2002 nº 128. pp.197-217.

<http://www.ongconcalidad.org>

El *Plan Estratégico para el Fomento de la Calidad en las ONG* defiende y se compromete a desarrollar una cultura de calidad fundamentada en determinados valores que las ONG deben incorporar a su sistema de gestión (principios con bastantes puntos en común con los nuevos valores para los Servicios Sociales de atención a las personas con discapacidad recogidos en el II Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad y los de la Norma ONG con Calidad).

El Plan no preconiza un modelo, una organización puede suscribirse a uno de los establecidos: EFQM, Norma ISO, Norma ONG con Calidad..., o generar un modelo propio. Lo que exige es un compromiso con los valores y un desarrollo sistemático de la gestión de la calidad. Siendo fiel a la cultura de calidad ampliamente desarrollada en otros ámbitos, pone a el/la **cliente**, o sea a la persona destinataria final en nuestro caso, como el eje central de toda la organización. También aplica los criterios de calidad a otro tipo de clientes, o partes interesadas: Administración, entidades externas, personal voluntario y laboral de la entidad.

Para su objetivo, el plan propone una serie de estrategias entre las que destacan: la formación como herramienta estratégica de primera magnitud para cualificar a todos/as los/as agentes intervinientes en el saber, el saber hacer y el saber estar; las medidas de apoyo técnico, el reconocimiento como medida de incentivación del inicio de los procesos, su mantenimiento y mejora en el tiempo. Recoge el papel del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales como respaldo de las iniciativas de calidad mediante apoyo económico e institucional.

Finalmente, en 2005, los posicionamientos del Plan Estratégico se materializaron en el ***Programa para el Fomento de la Calidad en ONG de Acción Social***.<sup>49</sup> Esta iniciativa de las entidades integrantes del grupo de calidad del Consejo Estatal de ONG, apoyadas por el Ministerio de Trabajo, ha desarrollado fundamentalmente labores formativas y de sensibilización sobre gestión de la calidad en ONG. En el año 2006 ha puesto en marcha programa piloto en el que ha ofertado consultorías de apoyo a 10 ONG.

---

<sup>49</sup> En red: <http://www.q-ong.org/noticias.php?idnoticia=55>

## ALGUNAS EXPERIENCIAS

---

Las referencias anteriores detallan iniciativas generadoras de sistemas de calidad, pero paralelamente son muchas las experiencias de aplicación de acciones de mejora de la calidad de la atención que surgen **dentro de las entidades prestadoras** de servicios tanto en nuestra Comunidad Autónoma como fuera de ella. Se trata de experiencias relacionadas con la acreditación o certificación de unidades o de centros, la elaboración de protocolos de actuación, diseño e implantación de procesos, redacción de códigos éticos etc. En nuestra revisión documental, y en el trabajo de campo, hemos podido acercarnos a algunas de ellas, entre las que podemos mencionar:

- Centros de GAUTENA: Asociación guipuzcoana de autismo: Acreditación por la Asociación Nacional de Autismo Británica (NAS), procesos tendentes a la certificación con ISO y autoevaluación según el modelo EFQM.
- Asociación Autismo Sevilla: Proceso de mejora de sus servicios según el modelo EFQM asesorados por Soluciones ONG -Fundación Luís Vives.
- Residencia de Gravemente Afectados/as de Autismo Cádiz: Desarrollo de diversas estrategias para la mejora de la calidad entre las que destaca la elaboración de un código ético.
- Residencia Master et Magistra (Sevilla): Certificada por ISO.
- ASPACE (Asociación de Parálisis Cerebral): Plan Estratégico asesorado por FEAPS.
- Centros PRODE: Promoción de Personas con Discapacidad del Norte de Córdoba: Plan Estratégico, elaboración de procesos asesorados por FEAPS.
- Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos –CAMP– de Linares: Carta de servicios del centro. Manuales de incorporación de nuevos profesionales.
- FEIDS: Federación Española de Síndrome de Down: Estudio, actualmente en fase de ejecución, de evaluación de la calidad en los centros federados.



---

## CONSIDERACIONES FINALES

---

La forma en que entendemos a las personas con discapacidad y cómo han de ser atendidos o qué políticas se han de realizar en su favor, conforma lo que es una atención de calidad en cada momento.

El PAIPDA orienta sobre cómo para la mejora de la atención a las personas con discapacidad en los Servicios Sociales Especializados<sup>50</sup> se hace necesario diseñar un **sistema de calidad** propio de la Dirección General de Discapacidad de la CIBS, de quien dependen los centros públicos de atención social especializada y con quien conciertan sus servicios los centros de iniciativa social.

Son muchas las iniciativas de mejora de la calidad en el campo de los Servicios Sociales de atención a las personas con discapacidad en nuestro país, tanto en el sector público como en el de la iniciativa social. Todas aportan elementos importantes de reflexión para la creación de un sistema de calidad propio de la DGPD. Para ello ha sido necesario **vertebrar el análisis de las experiencias** en este ámbito, y las **orientaciones teóricas** de nuestro contexto (ya en parte analizadas en este capítulo) con el conocimiento del **estado de la cuestión** en los centros de atención a personas con discapacidad de nuestra Comunidad Autónoma.

---

<sup>50</sup> Necesidad que surge al hilo de una reflexión más amplia sobre la necesidad de mejorar la calidad de los servicios públicos. Reflexión que no vamos a desarrollar en este informe por considerarse que excede de nuestros objetivos.



SEGUNDA PARTE. LA ATENCIÓN A LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
EN ANDALUCÍA

---



Esta parte del libro ofrece un diagnóstico de la situación actual de la atención a las personas con discapacidad en la Comunidad Andaluza, así como un análisis estratégico que nos acerca a las oportunidades de mejora de la calidad en este ámbito.

El **Análisis de Situación** ofrece una panorámica de la situación actual de la atención a las personas con discapacidad en Andalucía mediante la descripción de sus diferentes elementos, e intentando aportar información sobre el conjunto del proceso de atención.

El **Análisis Estratégico** recoge las principales fortalezas en el conjunto de los centros y servicios de atención a personas con discapacidad e identifica hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos de la DGPD, proponiendo una serie de áreas de mejora que deberán abordarse en el marco de un plan específico.

Una parte importante de la información utilizada en la elaboración de este capítulo, procede del trabajo de campo realizado en centros de servicios sociales especializados de la Comunidad, así como de las entrevistas efectuadas a profesionales y personas expertas de la atención a personas con discapacidad. Para enriquecer el análisis de la atención residencial y de día, profesionales expertos/as realizaron una evaluación en cuatro centros, según el modelo de la EFQM.

Además, se ha incorporado información procedente de una extensa revisión de la normativa y de las experiencias de calidad puestas en marcha en la Comunidad. Estos aspectos se expusieron con mayor detalle en el apartado de Metodología.



## **Capítulo 4**

---

# **Análisis de la Situación de la Atención a Personas con Discapacidad en Andalucía**

---





Al plantearnos realizar un **Análisis de Situación** surge una primera reflexión: qué deberíamos conocer para profundizar sobre esta realidad, qué piezas nos ofrecerían una panorámica completa.

- En primer lugar deberíamos conocer lo que la propia Administración plantea como requisitos de calidad a quienes prestan los servicios, expresión de lo que considera básico para una atención de calidad. Este aspecto se ha desarrollado en el apartado «**El camino hacia la calidad en los servicios de atención a personas con discapacidad en Andalucía**», en el que se examina la progresiva incorporación de exigencias desde el Plan de Ordenación, verdadero hito en la situación de la calidad de los servicios andaluces.
- En segundo lugar, necesitábamos conocer quiénes son los grupos o personas que intervienen en el escenario de la atención a las personas con discapacidad en nuestra Comunidad: las personas con discapacidad, sus familiares, las entidades prestadoras de servicios, la Administración Pública. El apartado denominado «**Los grupos de interés**» contiene una descripción de cada uno de estos colectivos.
- La organización de la atención a las personas con discapacidad, los centros y servicios que se prestan, los procesos clave en la atención, se exponen sintéticamente en el epígrafe «**La organización de la atención. Los servicios especializados**». Se planteó la necesidad de acercarse, más directamente, a la realidad de la atención en los centros residenciales y de día: cómo se organizan y funcionan los centros, cuáles son los modelos de atención dominantes, cuáles son los principales problemas, qué elementos de calidad se pueden identificar, qué estrategias de mejora se plantean y todos aquellos aspectos que contribuyeran a completar la imagen de la atención a las personas con discapacidad. El resultado de toda esa información se recoge en los párrafos dedicados a «Centros residenciales y de día».

## **EL CAMINO HACIA LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA**

---

El desarrollo normativo y legislativo a nivel nacional y concretamente en Andalucía, ha ido incorporando en las últimas décadas requisitos de obligado cumplimiento en la prestación de servicios en la Comunidad Andaluza.

Este marco normativo ha pretendido garantizar unas condiciones básicas de atención y regular algunos aspectos clave de los servicios. El esfuerzo legislativo realizado ha supuesto cambios de envergadura que han situado a los servicios sociales especializados de atención a personas con discapacidad de Andalucía en unos niveles más o menos homogéneos de calidad *«de partida»*.

### **CAMBIOS PRODUCIDOS A PARTIR DEL PLAN DE ORDENACIÓN DE CENTROS**

Los primeros años de la década de los 90 marcan un hito en la atención a las personas con discapacidad. La alianza que se produjo entre la Federación Andaluza de Asociaciones Pro Deficientes Mentales (FADME) y la Consejería de Asuntos Sociales, para la elaboración del *Plan de Ordenación de la Red de Centros de atención a personas con discapacidad psíquica*, así lo manifiesta.

El Plan de Ordenación representó una herramienta de planificación y ordenación de la red de servicios incorporando criterios de accesibilidad, equidad y redistribución de recursos a la planificación. Las actuaciones del plan y el desarrollo reglamentario que se ha derivado de su aplicación han permitido:

- Que exista una tipificación y definición de clientes de los centros.
- Que se mejore la accesibilidad y equidad territorial de los recursos existentes.

- Incorporar un sistema de concertación que permite mayor estabilidad económica.
- Mejorar las infraestructuras y equipamientos.
- Aumentar el número de recursos.
- Garantizar la oferta de servicios en cuanto a condiciones materiales y funcionales: ratios de personal, valoraciones y programaciones individuales.

Estos cambios influidos y desarrollados por el Plan de Ordenación han mejorado de manera evidente la situación de partida que analizó el estudio de campo realizado al comienzo del mismo y han posibilitado, como hemos dicho, establecer unos mínimos básicos en la mejora de la calidad de la atención.

## **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN**

Otro hito importante en la mejora de la calidad de los servicios fue el proceso normativo iniciado con la Orden de 17 de junio de 1993 por la que se regula el concierto de plazas con Atención Especializada para los sectores de personas mayores y personas con minusvalía, la Resolución de 20 de julio de 1993 del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS) por la que se determinan las condiciones técnicas que deben reunir los centros de atención especializada para personas con minusvalías para poder suscribir conciertos de plazas, así como el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios Sociales de Andalucía y sus órdenes de desarrollo.

Actualmente aún algunos centros se encuentran en un período transitorio para adecuar sus condiciones mínimas materiales y funcionales para cumplir lo explicitado por la Orden de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios Sociales y Centros de Andalucía para la autorización, registro y acreditación de Servicios Sociales en Andalucía.

Los requisitos exigidos son básicos para una prestación de servicios de calidad y ponen el énfasis en:

- Condiciones estructurales y materiales.
- Características funcionales: registros, normas de régimen interno, comunicación y consentimiento, aseguramiento de servicios y programación individualizada.
- Características del número y perfil de los recursos humanos necesarios para cada tipo de centro.
- Criterios de gestión.
- Requisitos relativos a la existencia de sistemas de participación.

La reglamentación del proceso de acreditación da un paso importante en la inclusión de condiciones para la obtención de servicios de calidad. La acreditación se concibe como *«acto por el que la Administración Autónoma garantiza que los centros a los que se otorga reúnen las condiciones de calidad fijadas en esta Orden, para poder concertar con la Administración de la Junta de Andalucía, o bien obtener el reconocimiento de la calidad de los servicios»*.<sup>51</sup>

Las condiciones de calidad, materiales y funcionales requeridas para la acreditación se refieren básicamente a:

- Condiciones generales:
  - Sistemas de participación.
  - Sistemas de contabilidad.
  - Sistema de información a la Administración.
  - Encuadramiento en el Plan de Servicios Sociales de Andalucía.

---

<sup>51</sup> Orden 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad, BOJA 81 de 15 de julio de 1997.

- Condiciones específicas (para los diferentes tipos de centros):
  - Condiciones físicas y arquitectónicas.
  - Recursos humanos y organización del personal.
  - Atención ofrecida e índole de las prestaciones.

## **SEGUIMIENTO Y CONTROL**

A la acreditación se ha venido a unir otro sistema de garantía de la calidad de la prestación de los servicios al incorporarse mecanismos de seguimiento y control del cumplimiento de estos requisitos, llevados a cabo a través de los Servicios de Inspección<sup>52</sup> cuyo objeto es *«regular las actuaciones inspectoras y de control de las entidades, servicios y centros de servicios sociales (SS.SS.EE. para personas mayores y personas con discapacidad), con el fin de velar por el cumplimiento de la normativa vigente y garantizar los derechos de los/as usuarios/as de los Servicios Sociales de Andalucía».*

El Plan General de Inspección para el año 2006<sup>53</sup> plantea dos áreas de actuación específicas para estos servicios: el control y seguimiento y la garantía de los derechos de los usuarios y usuarias de los centros residenciales. En estas dos áreas se persiguen unos objetivos específicos que ponen el énfasis en:

- Garantizar los derechos de las personas usuarias.
- Conseguir la adecuación progresiva de centros y servicios a los requisitos de la normativa vigente.
- Conocer el grado de satisfacción y las necesidades de los/as usuarios/as.
- Elevar la calidad de vida de las personas atendidas.

---

<sup>52</sup> Servicios administrativos regulados por el Decreto 141/1999 de 8 de junio.

<sup>53</sup> Consejo de Gobierno. Plan General de Inspección de las Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2005-2006. BOJA nº 30 del 14 de febrero de 2006. En red en: <http://andaluciajunta.es/portal/boletines/2006/02/aj-boja>  
Ver Página-2006-02/0,23158,bi%253D693067150889,00.html

Las actuaciones de los servicios de inspección son de dos tipos: ordinarias contempladas dentro del Plan de Inspección Anual y extraordinarias, a iniciativa propia o de otras instancias administrativas. El Plan de Inspección Anual para 2006, teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de las personas mayores y de las personas con discapacidad, refuerza los controles para la **garantía los derechos** de los/as usuarios/as de los centros que atienden a estos dos colectivos. Otros objetivos que plantea este plan, son el seguimiento del cumplimiento de la normativa de autorización, registro y acreditación de servicios sociales, así como el conocimiento e incentivación del grado de satisfacción y calidad de vida de las personas usuarias. Los/as inspectores/as de los servicios sociales tienen carácter de agentes de la autoridad en el ejercicio de sus funciones. Los servicios de inspección actúan en el asesoramiento previo al registro, en la ejecución de los Planes y ante cualquier denuncia o conocimiento de una situación que perjudique a quienes reciben atención.

El Plan General de Inspección de las entidades, servicios y centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2006 plantea como actuaciones concretas la visita e inspección del 50% de la totalidad de los Centros de Servicios Sociales y de la totalidad de las residencias de personas mayores. Se pide la comprobación de 18 aspectos básicos del funcionamiento del centro, y de otros 7 aspectos sobre protección jurídica de las personas mayores, mediante entrevista personal. En acreditación se verificarán los requisitos en materia de recursos humanos, organización de personal y la atención ofrecida. Además, en sus visitas deberán inspeccionar si los derechos de los/as usuarios/as de los centros están siendo respetados y, por último, en aquellos centros en los que se detecte un considerable nivel de incumplimientos y un funcionamiento anómalo de los mismos se realizará un seguimiento de cada uno **de ellos**, mediante las visitas de inspección que se consideren oportunas y los requerimientos de subsanación que se vean necesarios.

El gráfico siguiente esquematiza los diferentes procesos de exigencia de requisitos básicos de calidad de la Administración Pública Andaluza para los centros residenciales y de día.

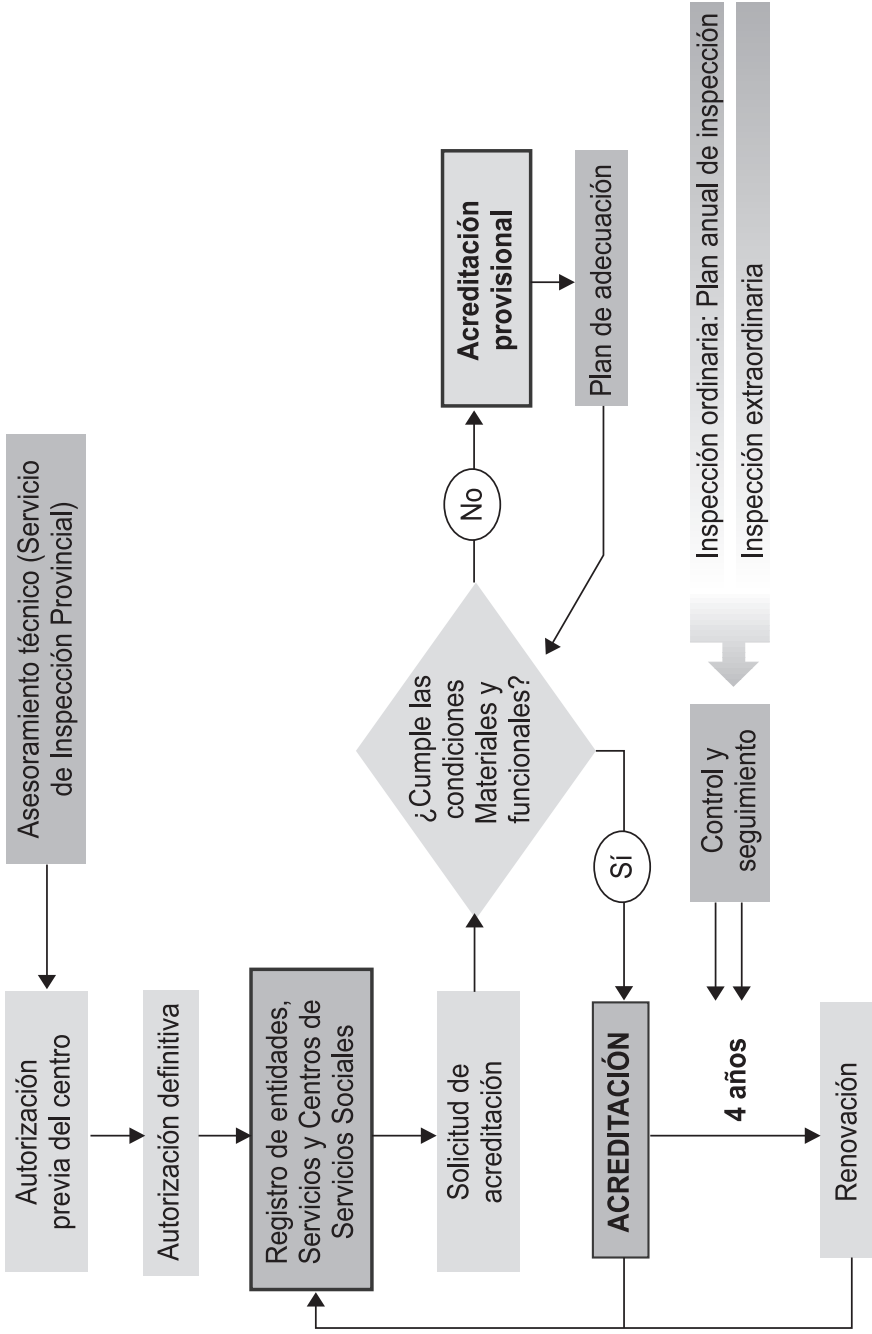


Gráfico 1. Procesos de exigencia de criterios básicos de calidad para los centros residenciales de día

## LOS GRUPOS DE INTERÉS

---

### **LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS**

Las personas con discapacidad son un amplio colectivo con características diferentes dependiendo del tipo de discapacidad que presenten, la edad, el grado de afectación y la confluencia o no de deficiencias diferentes. Este amplio espectro plantea diferentes necesidades de servicios que, en general, evolucionan con un aumento o una variación de las mismas. El cambio en las necesidades, demandadas o no, está asimismo influido por los cambios sociales, por el desarrollo tecnológico, que ofrece nuevas posibilidades, y por las probabilidades de prevención que plantean nuevas ofertas de servicios.

Los centros especializados atienden a un gran número de personas adultas con discapacidad. La gran mayoría de los/as niños/as siguen programas de atención temprana y/o están integrados en el sistema educativo «normal». A partir del término de la edad escolar el uso de residencias y centros de día es más necesario.

El perfil de los/as clientes de los centros residenciales y de día es pues el de personas adultas, que en su gran mayoría, por sus necesidades o por las de su entorno familiar, necesitan vivir o participar de la vida de estas instituciones. El desarrollo de la medicina y el aumento de la esperanza de vida han incorporado nuevos perfiles y nuevas necesidades de este colectivo:

- Cada vez está más presente el desafío que supone el envejecimiento de esta población de personas atendidas ,el número de personas pluridiscapacitadas y de mayores con discapacidad ha aumentado.
- Se han incrementado las enfermedades neurológicas y específicamente las demencias.
- Un grupo especial lo constituyen las personas con discapacidad que presentan problemas de salud mental. Este conjunto de clientes fue incorporado a los centros, de la entonces Consejería de Asuntos Sociales, procedentes de la desistitu-



cionalización que planteó la Reforma Psiquiátrica. Estas personas presentan necesidades específicas, su atención supone un problema común a la mayor parte de las instituciones que ofrecen servicios.

**La familia** es el grupo sobre el que recae la responsabilidad del cuidado de las personas con discapacidad. Su presencia y participación es desigual en los diferentes escenarios de los Servicios Sociales. En los centros residenciales y de día, la participación de la familia es diversa, desde una participación activa en las decisiones de las entidades prestadoras de servicios y en la vida cotidiana de los centros, hasta una ausencia casi absoluta con delegación de sus responsabilidades en las diversas entidades o en los propios Servicios Sociales.

El valor de la participación de la familia y su colaboración con los Servicios Sociales es un principio común, aceptado por todos los agentes, sin embargo, la aceptación de esta colaboración no es siempre homogénea y las estrategias para conseguirlas son , en muchos casos, inexistentes.

## **PROVEEDORES DE SERVICIOS (ASOCIACIONES Y GRUPOS)**

La provisión de servicios residenciales y de día para personas con discapacidad se realiza a través de diferentes organizaciones. Este conjunto de entidades abarca grupos de diferente tamaño y características, en ocasiones muy pequeños, que se organizan en función de los intereses y las necesidades de colectivos de personas con discapacidad con diagnósticos concretos.

En su mayoría se trata de asociaciones de padres y madres que surgen como respuesta a sus propias necesidades, y que en un porcentaje muy pequeño están asociadas a grupos de profesionales. Además, existen algunas organizaciones de iniciativa religiosa. La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social posee dos centros propios: el Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP) de Linares que oferta servicios de residencia y unidad de estancia diurna para personas gravemente afectadas y el Centro Ocupacional «Javier Peña» de Almería.

La fuerza y la importancia del movimiento asociativo como impulsor de los derechos de las personas con discapacidad ha sido reconocida en el PAIPDA. El Plan identifica al CERMI (Comité de Entidades Representantes de Minusválidos) como interlocutor entre las administraciones y los agentes sociales de este sector.

Como proveedores de servicios, los diferentes grupos asociativos realizan su oferta teniendo en cuenta las posibilidades de concierto y subvenciones de las distintas administraciones, este marco es restrictivo, a juicio de algunas asociaciones, que no reconocen como adecuada a sus necesidades las posibilidades de oferta pública y reclaman mayor flexibilidad para concertar y subvencionar servicios diferentes a los que se ofrecen en el marco de los centros especializados.

La mayor parte de los proveedores de servicios mantienen alianzas y estrategias que les permiten obtener ayuda mediante un aumento de recursos humanos: convenios de colaboración con instituciones formadoras que les posibilitan la ayuda de personal de prácticas e iniciativas de captación de voluntariado.

Es destacable la existencia de algunas asociaciones titulares de servicios que están poniendo en marcha diversas estrategias para la mejora de la calidad de la atención que prestan. Estos grupos en ocasiones mantienen relaciones estrechas con grupos profesionales y se constituyen en espacios generadores de conocimiento del sector de personas a las que atienden y de la discapacidad en general. Este conocimiento aplicado redundará en mejoras en la atención con la defensa de modelos de atención más modernos y en consonancia con las tendencias más innovadoras.

Sin embargo, algunos esfuerzos de mejora de la calidad que diferentes asociaciones o grupos han realizado no han conseguido aún plasmarse en la realidad cotidiana de cada centro, de cada programa de intervención, percibiéndose en algunos casos, una fragmentación entre el «pensamiento» de la asociación, plasmado en su documentación identificativa, y la práctica diaria de sus centros.

Entre los grupos prestadores se detectan varias tendencias en cuanto a los perfiles objeto de su atención. Existen entidades que defienden un ámbito de atención generalista,

incorporando a las mismas instituciones personas con diferentes diagnósticos de discapacidad y siguiendo un criterio más de grado de discapacidad que de tipología diagnóstica, en esta línea se enmarcan los servicios dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y gran parte de las asociaciones integradas en el marco de FEAPS. Otro grupo de asociaciones defiende una atención más especializada para diagnósticos concretos, aunque presenten diferentes grados de discapacidad (autismo, parálisis cerebral, etc). En la línea media se sitúan los que defiende una atención especializada y específica para cada necesidad, en un contexto de personas con semejante grado de dependencia.

No es ocultable que la defensa de las necesidades específicas de los diferentes colectivos crea competencia en la obtención de recursos y beneficios de otro tipo, no obstante, ese hecho no parece empañar la solidez y el papel de motor de cambio del movimiento asociativo en el campo de la atención a personas con discapacidad y más bien parece probable, que los logros de unas pocas entidades acaben siendo logros y beneficios para todas.

## **PROFESIONALES**

Las condiciones de calidad, materiales y funcionales para la acreditación de los centros de atención especializada para personas mayores y personas con discapacidad<sup>54</sup>, definen los perfiles y las ratios de personal de cada uno de los tipos de centros especializados. Los perfiles que encontramos son: profesionales para la atención psicopedagógica, personal de oficio, monitores/as y cuidadores/as. Actualmente conviven en la atención directa dos generaciones de cuidadores/as, una primera formada por personas con menos formación pero con una amplia experiencia y otra integrada por profesionales más jóvenes con perfiles más específicos (diplomatura educación especial, estudios especializados de tercer ciclo, licenciaturas en psicología o pedagogía) y con menor experiencia.

---

<sup>54</sup> Recogidas en la orden de 1 de julio de 1997 por la que se regula la acreditación de estos centros.

Muchos centros recaudan su personal del voluntariado con expectativas de trabajo y de aquellas personas que han realizado sus prácticas profesionales en los mismos. Las asociaciones organizan cursos de formación interna para el reciclaje del personal; sin embargo, en general, se percibe un déficit en formación sobre la ética de los cuidados y sobre la conceptualización de la discapacidad.

Las personas entrevistadas durante el trabajo de campo, coinciden en afirmar que la precariedad laboral del personal de atención directa es uno de los factores que están influyendo negativamente en la profesionalización del sector. Como contraparte, la fuerte motivación por trabajar en equipo supone un valor profesional creciente.

## **LOS PODERES PÚBLICOS.**

### **LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**

La atención a las personas con discapacidad es competencia de diferentes poderes públicos. El PAIPDA recoge claramente esta filosofía creando un marco que *«asegure una respuesta uniforme y coordinada de todos los sistemas públicos de protección social»*. A pesar de estos esfuerzos, aún no hay percepción de continuidad de la atención, sino más bien de fragmentación de respuestas. Esta debilidad en la atención a las personas con discapacidad se hace más patente cuando los servicios que necesitan requieren la necesaria coordinación de administraciones diferentes; como sucede, por ejemplo, en prestaciones como la atención temprana, la atención de salud, la elaboración de dictámenes e informes, o los ingresos en centros residenciales que necesitan intervención de la justicia.

Las personas entrevistadas durante el trabajo de campo han referido problemas de coordinación con los servicios de salud y con los servicios judiciales. Los problemas con los servicios de salud ya eran reconocidos en el texto del PAIPDA que exponía como necesidades:

- Contar con el necesario apoyo sanitario para este colectivo con especiales necesidades de atención sanitaria debido a su estado vulnerable.

- Agilizar la realización de pruebas y la emisión de informes de especialistas necesarios para la resolución de prestaciones sociales
- Coordinar cuidados sanitarios y sociales a domicilio
- Coordinar apoyo a cuidadoras/es informales
- Coordinar los recursos para ofrecer atención integral

En el año 2000 se reguló mediante decreto en Andalucía la existencia del Consejo Andaluz y de los Consejos Provinciales de atención a personas con discapacidad adscritos a la Consejería de Asuntos Sociales. Estos órganos con representación del CERMI y de diferentes poderes y organismos públicos y agentes económicos y sociales, pretenden dar impulso al desarrollo de la Ley 1/99 para ofrecer, desde la Administración, una atención continua e integral a las personas con discapacidad.

Entre todos los poderes públicos, es la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social la que asume la definición de las políticas y la gestión de prestaciones, recursos y servicios sociales para las personas con discapacidad. En relación con los centros residenciales y de día son las respectivas Delegaciones Provinciales, de esta Consejería, las que gestionan los servicios de inspección y control, las autorizaciones y los conciertos. Las acreditaciones se realizan en los Servicios Centrales de la CIBS. Los centros de valoración y orientación tienen como función el reconocimiento de grado de minusvalía, la valoración de las solicitudes de ingreso en centros residenciales, la orientación al tipo de centro, así como la participación en la valoración de las solicitudes de acceso a centros de día, y el seguimiento de los/as usuarios/as de todos estos centros, así como de estos mismos.

## **ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN. LOS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS**

---

Los Servicios Sociales están organizados en dos niveles de atención, el primer nivel constituido por los Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC.) y un segundo nivel formado por los Servicios Sociales Especializados (SS.SS.EE.):<sup>55</sup> Centros de Valoración y Orientación, Centros Residenciales y Centros de Día.

Los procesos que tienen como finalidad la atención a las personas con discapacidad desde los SS.SS.EE. serían:

- Detección de necesidades
- Valoración
- Información
- Emisión de dictámenes
- Orientación
- Ingresos en centros
- Seguimiento de usuarios/as y centros.
- Inspección y control de centros.
- Atención residencial
- Atención en centros de día

Parte de estos procesos se llevan a cabo en los centros de valoración y orientación, otros se realizan en las residencias y centros de día siendo la inspección y control un proceso desarrollado por las Delegaciones Provinciales.

---

<sup>55</sup> La Ley 1/1999 de atención a Personas con Discapacidad en Andalucía.

## CENTROS DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN

Los **centros de valoración**<sup>56</sup> son estructuras administrativas que existen en número de uno por provincia, excepto en Cádiz que hay dos centros, previéndose la creación de uno más adicional en Málaga y otro en Sevilla. Estos organismos dependen de las respectivas Delegaciones Provinciales y participan fundamentalmente en los procesos de información, orientación, valoración, emisión de dictámenes y coparticipan con los centros residenciales y de día en los procesos de ingreso y seguimiento.

La atención a las personas con discapacidad a través de los procesos referidos se realiza con mayor o menor calidad y con diferentes grados de eficiencia. Describiremos algunos aspectos de los servicios residenciales y de los centros de día en apartados específicos tratando de aportar algunas consideraciones sobre los procesos que se desarrollan en torno a los Centros de Valoración y en los que participan otros organismos de carácter público y privado.

Destacamos como punto crítico el **proceso de información** que incluiría la respuesta a las demandas de la ciudadanía y la difusión de los servicios a la población a través de diferentes medios. En este último aspecto se detecta cierta sensación de «pérdida/desconcierto» de los/as ciudadanos/as en el momento de enfrentarse con el problema de la discapacidad, dónde ir, a quién preguntar. Esta falta de información dificulta, cómo no, la accesibilidad al Sistema. En el ámbito de los Servicios Sociales aún queda camino para lograr una conciencia de «servicios públicos», lo que se explica entre otras cuestiones porque a diferencia de la educación o la salud, los Servicios Sociales no son un derecho de carácter subjetivo universal. El PAIPDA ya se hacía eco de este problema y planteaba la información y asesoramiento sobre prestaciones como una actividad dentro de la línea de actuación de los Servicios Sociales Especializados.

---

<sup>56</sup> Decreto 258/2005, De 29 de diciembre de 2005, por el que se Regulan la Organización y Funciones del los Centros de Valoración y Orientación de Personas con Discapacidad de Andalucía. Boja 250 de 27 de diciembre de 2005.

En red: [http://www.cibs.junta-andalucia.es/Upload/Legislacion/1040\\_D20050258.pdf](http://www.cibs.junta-andalucia.es/Upload/Legislacion/1040_D20050258.pdf)

Por otra parte, como ya se refirió en el PAIPDA existe una saturación en la demanda de los servicios que ofrecen los centros de valoración y orientación que, en el actual sistema de organización y funcionamiento de los mismos, ocasiona un retraso en la atención de solicitudes y en la realización de valoraciones con la consecuencia del aumento de los tiempos de espera de los/as clientes, las personas con discapacidad y sus familias. La actividad de los centros se orienta necesariamente, por estas razones, más a la demanda de valoración que a labores de captación, información y orientación.

## **CENTROS RESIDENCIALES Y DE DÍA**

Las residencias y centros de día son centros de atención integral destinados a personas que por sus características o las de su medio familiar, deben ser atendidas en estos lugares.

Los **centros residenciales** se clasifican en función de las necesidades de los/as usuarios/as en:

- Residencias para personas gravemente afectadas.
- Residencias para personas con graves y continuados problemas de conducta.
- Residencias de adultos/as.
- Viviendas tuteladas.

Las personas atendidas realizan una aportación económica a los centros residenciales que representa el 75% sobre la totalidad de sus ingresos líquidos anuales (exceptuándose las pagas extraordinarias en los casos de pensiones).

Los **centros de día** ofrecen servicios para personas que, de forma definitiva o transitoria, no pueden incorporarse al mercado laboral normal o especial por las características de su discapacidad y para personas que por la necesidad de apoyo permanente no pueden ser atendidos en su hogar en horario de día.



Según las necesidades de los/as usuarios/as se distinguen:

Unidades de Estancias Diurnas (UED), dirigidas a personas con dependencia de terceros/as para las actividades de la vida diaria.

Centros Ocupacionales (CO), dirigidos a personas con capacidad para desarrollar tareas prelaborales u ocupacionales.

Las personas usuarias contribuyen económicamente con el 40% de sus ingresos líquidos anuales en las UED<sup>57</sup> y con el 25% en los CO (exceptuando las pagas extraordinarias en el caso de las pensiones).

La casi totalidad de los recursos residenciales y de día están gestionados por grupos religiosos o asociaciones de padres y madres o representantes de las personas con discapacidad, financiadas a través de las subvenciones que reciben de diferentes administraciones y, fundamentalmente, mediante concierto de las plazas con la CIBS.

El Plan de Ordenación de Centros, los requisitos definidos para acreditación y la incorporación de profesionales más y mejor cualificados a los centros de atención, son factores que, sin duda, han elevado la calidad de la atención que se ofrece en las residencias y centros de día para personas con discapacidad.

Sin embargo, a pesar del progreso experimentado, existen aún aspectos deficitarios clave. Los dos aspectos básicos que hemos encontrado menos incorporados a los diferentes modelos organizativos de las entidades prestadoras, han sido:

1. La garantía de los derechos de las personas usuarias de los centros, condición indispensable para una atención de calidad.
2. La orientación de las actividades para conseguir la satisfacción de las personas atendidas.

---

<sup>57</sup> A partir del día 1 de marzo de 2006 está previsto que en ambos dispositivos -UED y CO- las personas usuarias participan con el 25% de sus ingresos.

Esta situación está relacionada con la escasa presencia en la cultura organizativa de la identidad de servicio público. Esa carencia justifica otra de nuestras observaciones: la escasa conciencia de los/as profesionales y especialmente de los/as trabajadores/as de atención directa de ser garantes de los derechos de los/as clientes para quienes se trabaja. Sobre estas claves pivotan muchas de las «formas de hacer, de atender», que hemos podido observar a lo largo del trabajo.

Los centros que ofrecen atención, funcionan en base a un modelo que refleja los valores y creencias sobre el servicio que ofrecen. Ese conjunto de ideas orientan el modelo de prestación del servicio. Las ideas sobre la misión de un centro y la forma en que debe funcionar responden a la interacción dinámica de múltiples factores. Señalaremos algunas de las variables que configuran el modelo de atención a las personas con discapacidad en Andalucía:

1. La filosofía transmitida por el marco normativo y administrativo y que está implícita en lo que la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social muestra como prioridad: qué actividades financia, con qué requisitos y cómo controla el cumplimiento de los mismos.
2. El conocimiento que se va generando sobre las personas con discapacidad en ámbitos especializados: la propia concepción de las personas con discapacidad y de sus necesidades, la incorporación de nuevos tratamientos y posibilidades.
3. La actividad del movimiento asociativo y su trabajo en torno a la mejora de la atención de las personas: iniciativas de acreditación de la calidad de los centros, planes estratégicos, manuales de buena práctica, etc.
4. La cultura profesional y laboral del personal.
5. La idiosincrasia de cada organización prestadora de servicios: su origen religioso o laico, de asociaciones de padres; su cultura organizativa.

Estas variables influyen lo de común y de diferente que, como observadores/as, hemos reconocido durante el trabajo de campo. Podríamos identificar diferentes maneras «tipo» de llevar a cabo la atención de las personas con discapacidad en las residencias y centros de día. Estos modelos difícilmente se dan en estado «puro» y muchos centros comparten como es lógico características de varios.:

- Atención centrada en las limitaciones de las personas atendidas más que en sus posibilidades. En general estos centros tienen una orientación más de carácter sanitario que social, son más cercanos a la concepción hospitalaria que a la residencial. Los/as usuarios/as suelen tener perfiles muy dependientes.
- Atención centrada en posibilidades más que en limitaciones, vinculada a personas usuarias muy autónomas con muchas posibilidades de integración social y laboral, en general usuarias de centros de día. Fomento de las habilidades adaptativas.
- Atención benéfico-paternalista, cercana al origen caritativo de los Servicios Sociales. La denominación de clientes para los/as usuarios/as es opuesta a su concepto.
- Atención centrada no sólo en las necesidades de los/as clientes, sino en sus deseos y expectativas, es una atención en general más profesionalizada que aplica el conocimiento a la atención cotidiana, que diseña estrategias para tener presentes los deseos y expectativas de los/as clientes.

Los/as clientes, servicios y proveedores, en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad en Andalucía, son variados y diferentes entre sí. Cada cual presenta sus fortalezas y debilidades. No obstante, existen elementos comunes (conceptuales, profesionales, organizativos, administrativos, de financiación, etc) que los vinculan, estos vínculos hacen posible realizar valoraciones globales como las que aquí se presentan. La generalización presenta el riesgo de ser injusta pero, en esta fase del proyecto, aporta claves comunes que ayudarán a conseguir los cambios deseados.

El análisis se ha realizado sobre las oportunidades de mejora y las fortalezas en las que, los servicios y centros, deberán apoyarse para lograr el objetivo de mejorar la calidad de la atención a las personas con discapacidad en Andalucía.

## **Capítulo 5**

---

# **Análisis Estratégico**

---



## PUNTOS FUERTES

---

- **Desarrollo legislativo** y normativo autonómico
- Fuerte **alianza entre la Administración y las iniciativas sociales**: Plan de Ordenación, elaboración del PAIPDA, participación en la Comisión Especial de Centros, Consejos Provinciales y Autonómico de Personas con Discapacidad.
- **Compromiso de la Consejería** para la Igualdad y Bienestar Social con la mejora: Plan de Ordenación de centros, Proyecto de Mejora de la Calidad.
- Existencia de **experiencias innovadoras**, que señalan líneas de reflexión y mejora. En la Comunidad existen iniciativas de diferentes provisoros de servicios que se constituyen en generadores de conocimiento en torno a las personas con discapacidad y sus formas y que han sido en la primera parte del libro.
- **Trabajo en equipo**, que es un valor reconocido y practicado por la mayor parte de los/as profesionales y de los equipos de dirección de los centros prestadores de servicios.
- Atención a aspectos básicos del entorno que tienen relación con la preservación de los **derechos de usuarios/as**: esfuerzo por mantener dormitorios inferiores a tres personas, personalización de espacios privados, etc.

## ÁREAS DE MEJORA

---

### MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Aunque existen características comunes entre los prestadores de servicios, identificamos la necesidad de contar con unos criterios de evaluación de los servicios que se prestan y un marco de principios que creen o refuercen:

- El sentido de pertenencia a una red de servicios con una misión común.
- El sentido de servicio público.
- El sentido de las instituciones de ser garantes de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas con discapacidad.

### SISTEMAS QUE PERMITAN LA EVALUACIÓN DE LAS ACTUACIONES

Los centros residenciales y de día actúan con la mejor de las intenciones, movidos por ideales religiosos o sociales y, en todo caso, generosos; pero actualmente:

- Existen algunos instrumentos de evaluación y mejora de la calidad, sin embargo, carecen de suficiente implantación en los centros.
- No existen suficientes mecanismos para determinar qué servicios o centros funcionan bien y cuáles mal.
- No es posible comparar resultados entre centros.



## MODELOS DE ATENCIÓN

Los servicios sociales destinados a las personas con discapacidad deberían ser un derecho de la ciudadanía y desarrollarse a través de los programas sociales. En la actualidad tenemos que entender los servicios sociales a las personas con discapacidad como un servicio público pero aún permanecen modelos de atención de carácter paternalista.

Desde una perspectiva de calidad, la organización de la atención debe estar inspirada en valores democráticos y en las orientaciones científicas y técnicas más actuales, teniendo en cuenta, en todo momento, cómo las personas con discapacidad desean ser atendidas. Una de las referencias clave en este sentido es la mencionada *«Declaración de Madrid»*, donde estas personas expresan exactamente que desean que se les trate: *«como ciudadanos/as titulares de derechos y no como personas demandantes de beneficencia o caridad»*.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES

En cuanto a competencia profesional,<sup>58</sup> hemos observado numerosas situaciones de falta de cualificación y escasa experiencia en puestos muy relevantes de los centros residenciales y de día. Además:

- Las actividades de formación continuada están orientadas, en general, a aspectos técnicos de la atención y habitualmente no incorporan los actuales valores de atención a las personas con discapacidad.
- Hemos encontrado algunas experiencias muy interesantes e innovadoras, pero no hay una buena comunicación entre los diferentes centros y no aprenden unos de otros. La situación se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los centros, aunque con problemas comunes.

---

<sup>58</sup> Conjunto de comportamientos observables que están causalmente relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo concreto y en una organización concreta. Pereda Martín, S. y Berrocal Berrocal, F. (1999). *Gestión de Recursos Humanos por competencias*. Madrid: Ramón Areces.

- Falta de preparación específica de los/as profesionales en la atención a las patologías psiquiátricas. Faltan herramientas para hacer frente a estas situaciones.

## **DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS**

- Los derechos de los/as usuarios/as no son siempre conocidos por el personal, ni difundidos suficientemente por la dirección. No existen mecanismos explícitos de preservación de los derechos en la mayoría de los centros. Los «estilos de atención» se transmiten por «contagio».
- En algunos centros hemos encontrado un código ético en desarrollo, en la mayoría no hallamos orientaciones de actuación ética.
- Muchos centros funcionan con normas para la generalidad de las personas que atienden, olvidando la diversidad de necesidades y la personalización en la atención.
- Existen pocos mecanismos de participación de las personas usuarias. La calidad de vida, como concepto subjetivo, es inseparable de la persona. No podemos mejorar la calidad de vida de estas personas tratando a todas por igual y no considerando sus opiniones y sus preferencias.

## **INFORMACIÓN Y COORDINACIÓN**

- No existe una respuesta pública clara y homogénea a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias. Existen muchos servicios, que en ocasiones se solapan, y que no tienen la adecuada comunicación ni garantizan la correcta continuidad de la atención, en particular con los servicios de salud.
- No se dispone de un servicio de información con orientación clara y adecuada a los/as ciudadanos/as, la información no está centralizada ni es suficientemente accesible para quienes no conocen con claridad dónde acudir, escribir o telefonar.

## **ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS**

Estas situaciones se dan particularmente en los centros administrativos:

- Los/as usuarios/as y sus familias, especialmente quienes pertenecen a los sectores más desfavorecidos, carecen de buena información sobre los servicios públicos disponibles. Esto es especialmente importante en las primeras fases en que aparecen las necesidades de atención.
- Hay problemas de acceso por listas de espera en algunos tipos de servicios de atención a las personas con discapacidad y persisten barreras sociales (trato y accesibilidad) y barreras institucionales (complejidad de las normas)
- Sólo en escasas ocasiones hemos constatado que se realicen encuestas de opinión a clientes.
- Las quejas constituyen una fuente de información de gran valor para la organización del centro, sin embargo son escasas las reclamaciones formales.
- No hay formación específica del personal de atención al público.

## **RECURSOS**

Existe aún una demanda insatisfecha e importantes programas de atención por desarrollar. Hemos tenido la percepción de desigual distribución territorial de recursos y de escasez en los centros.

No obstante, no podemos constatar esta sensación con la realidad. Esta situación da lugar a:

- Condiciones de trabajo claramente mejorables en muchos centros.
- Instalaciones deterioradas e inadecuadas para garantizar los principios de calidad de vida y calidad en el trabajo.

## **ORIENTACIÓN DE ESFUERZOS**

El objetivo no es la institucionalización de las personas con discapacidad, sino la integración familiar y la inclusión social y laboral . Cuando no hay otra alternativa, el hogar sustitutivo debe proporcionar una atención de calidad que garantice sus derechos.

- En numerosos centros, las familias se ven como un problema y no como una parte imprescindible en la integración y atención de estas personas.
- Existen centros donde las actividades se enfocan hacia las limitaciones y no a las posibilidades de las personas con discapacidad
- No hay suficientes esfuerzos, iniciativas ni recursos para reorientar la atención a las personas con discapacidad y buscar alternativas a la institucionalización.

TERCERA PARTE. ESTRATEGIAS PARA LA  
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN  
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
EN ANDALUCÍA

---



## **Capítulo 6**

---

# **Sistema de Calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad**

---





Este apartado presenta el sistema adoptado, para la mejora de la calidad de la atención, por la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la CIBS. Un sistema de calidad se puede definir como el *«conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad»*.<sup>59</sup>

Los compromisos, las estrategias y la política en materia de calidad, serán anualmente establecidos por la Dirección General. Para conseguir que esa filosofía de calidad sea una realidad en la organización y llegue a sus destinatarios/as finales, la ciudadanía y las personas usuarias, se precisa de un sistema de calidad. Dicho sistema responde a las exigencias de los modelos de gestión de la calidad de referencia (ISO, EFQM, etc.), pretende sistematizar y dar coherencia a todas las actividades de mejora que se desarrollan en la DGPD y va dirigido al conjunto de servicios especializados y a todos/as sus profesionales y trabajadores/as.

La potestad para elaborar y decidir tanto su política como su sistema de calidad es de la DGPD; no obstante, se ha procurado que en el diseño no existan antagonismos con los distintos modelos de gestión de la calidad, ni con las normas legales del sector (nacionales o de la Comunidad Autónoma de Andalucía). El proyecto se ha abierto a la colaboración de responsables y profesionales de organizaciones prestadoras de servicios en el sector de la atención a personas con discapacidad, siendo la participación un valor refrendado en la propia estructura del Sistema.

---

<sup>59</sup> Norma ISO 8402.

Para conseguir el objetivo de la mejora de la calidad en la atención a personas con discapacidad se detallan una serie de elementos estructurales que constituirán el Sistema de Calidad de la DGPD:

- Funciones específicas de la propia **Dirección General de Personas con Discapacidad**.
- Funciones específicas de **los/as directores/as y/o responsables de los centros** y unidades de la DGPD.
- Un **Plan de Mejora de Calidad** en cada uno de los centros de atención especializada, propios o concertados y en los Centros de Valoración y Orientación.
- Una **Unidad de Calidad** de la DGPD, responsable del mantenimiento del Sistema de Calidad.
- Una **Comisión Central de Calidad**, como estructura asesora a la DGPD, con la finalidad de integrar las distintas actividades de mejora de la calidad y como órgano de participación en las decisiones estratégicas.
- Una **Comisión Especial de Calidad** dentro del Consejo Andaluz de Atención a Personas con Discapacidad como órgano de participación.
- **Comisiones o Comités de Calidad y Grupos de Mejora**, dentro de los centros.
- Un **Sistema de Evaluación Externa de la Calidad** que permita el reconocimiento de los esfuerzos que los centros y servicios realizan para mejorar la calidad.

---

## PRINCIPIOS

---

Los principios de atención a las personas con discapacidad se han configurado mediante la integración de la información procedente del Marco de Calidad, del Análisis de Situación de la Atención, de las opiniones recogidas de informantes clave en el entorno de la atención a personas con discapacidad y de los resultados del trabajo llevado a cabo en talleres específicos con profesionales y personas expertas, en el seno de la DGPD a principios del año 2005.

El propósito seguido ha sido definir los valores que deben de orientar una atención de calidad a las personas con discapacidad. Estos principios servirán de referencia para los servicios especializados y contribuirán al desarrollo de los planes de mejora.

Los servicios de atención a personas con discapacidad tienen el compromiso de ser defensores y garantes de los **derechos** de estos/as ciudadanos/as. Los derechos inspiradores de los principios de calidad de atención a personas con discapacidad en Andalucía surgen de:

- Los **Derechos Básicos** recogidos en:
  - La Constitución Española.
  - Las Declaraciones de la ONU: Derechos Humanos Universales Derechos Compensatorios.
- Los **Derechos como usuarios/as** de los Servicios Públicos recogidos en la Ley 1/1999, de 31 de marzo. de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Las **expectativas y necesidades** formuladas por las personas con discapacidad en la Declaración de Madrid y recogidas en el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007.

Además, como criterios inspiradores subyacen las condiciones materiales y funcionales exigidas por la administración andaluza a los centros de servicios sociales<sup>60</sup> y los criterios sobre gestión de la calidad recogidos en el modelo EFQM, modelo de referencia del Plan Director de Organización de la Calidad de los Servicios Públicos.<sup>61</sup>

- Estos principios deben garantizar la calidad de la atención en los servicios especializados y deben hacerse manifiestos. Entendiendo que:
- Los principios son los valores que han de orientar la práctica de la atención a personas con discapacidad para que ésta sea de calidad.
- Deben servir de modelo común a las entidades prestadoras de servicios y a los organismos administrativos públicos.
- Para que realmente estos valores se hagan efectivos y generen una atención de calidad, existirán estrategias e instrumentos que garanticen el respeto de los mismos.

Los principios de calidad en la atención a personas con discapacidad se han agrupado en tres ámbitos:

- En la atención a las personas con discapacidad.
- En la atención a las familias.
- En la organización del trabajo.

---

<sup>60</sup> Orden de 28 de julio de 2000.

<sup>61</sup> Decreto 317/2003 de 18 de noviembre.

## **EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

### **1. TRATO DIGNO**

Los/as usuarios/as de los centros recibirán un trato digno. La atención prestada debe proteger a las personas con discapacidad contra cualquier trato vejatorio o violento e igualmente, debe facilitarles mecanismos de denuncia y autodefensa.

### **2. IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

En la atención a las personas con discapacidad se garantizará la igualdad y la no discriminación por razón de sexo, edad, creencias u opiniones individuales, mediante el respeto de los derechos civiles, políticos, laborales, culturales y sociales que poseen como ciudadanos/as.

### **3. ORIENTACIÓN A NECESIDADES Y EXPECTATIVAS**

Las actuaciones llevadas a cabo en los centros de atención a personas con discapacidad respetarán la libre elección de las personas usuarias, reforzando los apoyos necesarios para que puedan elegir por sí mismas, los servicios comprenderán y conocerán a sus clientes, respondiendo de manera ágil y flexible a las necesidades y expectativas que presentan procurando en todo momento el acceso al recurso más «normalizado» y la revisión periódica de su adecuación.

### **4. INTIMIDAD, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

La organización y funcionamiento de los centros y la atención ofrecida a las personas con discapacidad respetarán el derecho a la intimidad y privacidad de cada una de las personas atendidas y a la confidencialidad de su información personal. El secreto profesional deber ser garantía de ese derecho.

### **5. RESPETO A LAS RELACIONES INTERPERSONALES**

Los centros de atención deberán de respetar el derecho de las personas usuarias a mantener relaciones interpersonales, respetando las relaciones emocionales y afectivas que libremente elijan.

## 6. INDIVIDUALIDAD

Las actuaciones llevadas a cabo en el seno de los servicios propios o concertados con la CIBS, deben basarse en una atención individualizada, adaptada a las diferentes necesidades de las personas. Los centros deberán potenciar el desarrollo personal de los/as usuarios/as.

## 7. AUTONOMÍA Y NORMALIZACIÓN

Siguiendo los principios de autonomía y vida independiente, la atención en los centros se orientará hacia las posibilidades de las personas y no hacia sus limitaciones, fortaleciendo sus capacidades para desarrollar una vida «normalizada» y autónoma, en la medida de lo posible.

## 8. OPINIÓN Y PARTICIPACIÓN

La participación activa de los/as usuarios/as es clave en la vida de los centros que deben contar con su opinión a la hora de orientar actuaciones que les afecten.

## 9. ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO

La perspectiva de género debe estar presente en el diseño de la atención como garantía de la igualdad en la atención para los hombres y las mujeres usuarios/as de los centros.

## 10. INCLUSIÓN SOCIAL Y LABORAL

Las actuaciones de los poderes públicos en la atención a las personas con discapacidad deben perseguir su inclusión social mediante el desarrollo de medidas que favorezcan una vida activa y permitan la adaptación del entorno (eliminación de barreras físicas, cognitivas, sociales), en los centros y en su comunidad de referencia.

## **EN LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS**

### 1. RESPETO A LA DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL

Las familias de las personas con discapacidad, usuarias de los servicios especializados, deberán ser atendidas de manera individualizada, respetando sus características sociales y culturales.

### 2. LA FAMILIA COMO LUGAR AFECTIVO DE REFERENCIA

La familia es una pieza clave en el proceso vital de las personas con discapacidad, debiendo ser considerada su lugar afectivo de referencia.

### 3. ORIENTACIÓN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS FAMILIAS

Los servicios de atención a personas con discapacidad comprenderán y conocerán a las familias de las personas a las que atienden, respondiendo de manera ágil y flexible a las necesidades y expectativas que presenten, sin perjuicio de los derechos, necesidades y deseos de las personas con discapacidad

### 4. RESPETO A LA TUTELA LEGAL

Los centros respetarán la tutela legal que ejercen las familias y las decisiones que de ello se deriven.

### 5. OPINIÓN Y PARTICIPACIÓN

Las familias conocerán la atención que se presta a sus familiares en los centros; se estimulará y garantizará la participación y colaboración de éstas, especialmente el derecho a ser oídas. Asimismo, las familias deberán tener una actitud colaboradora reforzando en su hogar las intervenciones que se realizan en el centro.

## 6. INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO

Las familias deben recibir información de los recursos a que pueden acceder y de los trámites administrativos necesarios para ello. Igualmente deberán ser asesoradas en temas relacionados con la atención a las personas con discapacidad

## 7. APOYO

Los familiares de las personas con discapacidad serán apoyados desde los servicios especializados en su función de cuidadores informales, enfocando su organización a esta realidad. Se prestará especial atención a la situación de las mujeres cuidadoras.



## EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

### 1. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN

La organización tendrá recogidos por escrito los principios éticos de la atención a las personas con discapacidad. Estos principios deberán ser conocidos y respetados por todos los agentes intervinientes.

### 2. TRABAJO EN EQUIPO

La organización del trabajo basada en equipos interdisciplinarios es un elemento para garantizar la atención de calidad de las personas atendidas en los servicios.

### 3. FLEXIBILIDAD Y APERTURA DE LOS CENTROS

Los centros de servicios sociales especializados deben estar orientados a conseguir la máxima autonomía de los/as clientes, ser flexibles y abiertos a la comunidad:

- Los centros residenciales son lugares para vivir de la manera más «normalizada» posible. Por ello deberán constituirse con el mínimo número de usuarios/as que permita una gestión eficiente, situarse en entornos inclusivos (integrados en la comunidad barrio, ciudad...) y orientar la organización de su actividad de modo que genere un clima lo más parecido a un hogar.
- Los centros de día deben promover la salida hacia recursos más «normalizados» siempre que éste sea posible.

#### 4. CALIDAD TOTAL

El enfoque de calidad total en la gestión:

- Mejora los procesos internos de los servicios de la Dirección General de Personas con Discapacidad así como de las entidades sociales prestadoras de servicios.
- Los procesos, tanto directos como indirectos, relacionados con la atención en estos centros, deben estar protocolizados, de forma que los procedimientos a realizar en cada caso sean conocidos por todo el personal.
- Permite la evaluación y mejora continua en la globalidad de la organización.

#### 5. COMPETENCIA Y DESARROLLO PROFESIONAL

La «competencia profesional» de los/as trabajadores/as de los centros y servicios de atención a personas con discapacidad es una de las clave de la calidad de dicha atención. La profesionalidad se basa en la motivación y el compromiso por hacer bien el oficio de los/as diferentes profesionales del sector y se asocia a una adecuada formación profesional. La formación continua es un elemento fundamental de adaptación a un entorno cambiante.

#### 6. SATISFACCIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES

La satisfacción de los/as profesionales es una pieza clave del buen funcionamiento de los centros y servicios. Son elementos asociados a la satisfacción:

- La participación del personal que permite conseguir una mayor implicación en la realización de sus tareas.
- Condiciones dignas de trabajo.
- El reconocimiento del trabajo bien hecho.

7. PARTICIPACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

La calidad se construye entre todos/as y no puede haber compromiso con la calidad si no está basada en la participación, la descentralización en la toma de decisiones y la corresponsabilidad.

8. SOLIDARIDAD Y DIÁLOGO DEMOCRÁTICO

Entendida como un sistema de alianzas entre los miembros de la organización y con otras organizaciones. Debe promoverse el diálogo democrático entre todas las personas que integran los servicios -incluidas las personas con discapacidad- y con otras instituciones. Este espacio compartido beneficia la calidad de la atención.

9. TRANSPARENCIA Y EFICIENCIA

La utilización de recursos públicos y privados, así como la responsabilidad de mantener la credibilidad ante todas las partes interesadas obliga a ofrecer una total transparencia en la gestión. La transparencia en el manejo de los recursos y la demostración de su eficiencia, tienen que presidir la gestión de todas las organizaciones que gestionan recursos públicos.

10. DOTACIÓN ADECUADA DE RECURSOS

La dotación adecuada de recursos se considera un elemento imprescindible para ofrecer una atención continuada y de calidad y para facilitar el desarrollo estable de los programas.

11. RESPONSABILIDAD SOCIAL

Los centros de servicios sociales especializados estarán comprometidos con la mejora de la sociedad, especialmente trabajando por la inclusión social de personas con discapacidad. Deben ser organizaciones que participen activamente en la sociedad y en su crecimiento.

## 12. EVALUACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

Los servicios sociales especializados de atención a personas con discapacidad garantizarán la integridad y la seguridad física tanto de su personal, como de las personas a quiénes atienden, mediante una correcta gestión de riesgos físicos o psicológicos.

## **POLÍTICA DE CALIDAD**

---

La Dirección General de Personas con Discapacidad promoverá la gestión de calidad en todos sus centros y fomentará la evaluación como clave de la mejora continua. La política de calidad promovida por la DGPD debe de:

- Ser conocida por todos los centros y grupos de trabajadores/as.
- Adaptarse a centros y organizaciones destinatarias.
- Revisarse y evaluarse anualmente.
- Ser difundida entre todos los órganos y estructuras vinculadas a la DGPD.
- Basarse en la filosofía de que el reconocimiento o acreditación de la calidad es una consecuencia del trabajo de mejora y no un fin en sí mismo.

Todos los centros desarrollarán un Plan de Mejora de la Calidad coherente con estas prioridades y compromisos:

- Los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía con discapacidad y sus familias son los/as clientes de los servicios; la satisfacción de sus necesidades y expectativas son los objetivos finales.
- Los centros de atención especializada a personas con discapacidad deben garantizar el cumplimiento de los derechos de usuarios y usuarias como parte fundamental de sus servicios.
- El principal cometido de los y las profesionales de los centros es atender a las personas que necesitan apoyo para llevar una vida independiente y participar plenamente en la sociedad, de acuerdo con sus capacidades, preferencias y necesidades.

- Las actividades de los centros y servicios se orientarán al desarrollo de las posibilidades de las personas atendidas, de manera que favorezcan la integración social, laboral y familiar de las personas con discapacidad.
- La red de centros y servicios debe garantizar, en la medida de lo posible, la atención individualizada a las personas usuarias-clientes.
- Se fomentará el trabajo comunitario de los centros y servicios, así como la coordinación con departamentos de distintas administraciones (Corporaciones Locales, Justicia, Salud,...).
- La satisfacción laboral y profesional del personal es un componente importante de la calidad. Se pretende la mayor cualificación y satisfacción en un ambiente que fomente el desarrollo profesional.
- La calidad hay que objetivarla con los resultados alcanzados, con actividades que puedan identificarse, describirse y evaluarse internamente y permitiendo su evaluación externa.
- Las estrategias para la mejora de la atención a personas con discapacidad partirán del diálogo social establecido entre la Administración Pública, las asociaciones de familiares y representantes de las personas con discapacidad y los agentes sociales, garantizándose la participación activa de los usuarios y usuarias.
- Todas las iniciativas deben tener en cuenta y respetar la diversidad del colectivo de personas con discapacidad. En particular, se ha de tener muy presente la situación de las mujeres con discapacidad que se enfrentan a múltiples discriminaciones por razón de su discapacidad y de género.
- Se impulsará la investigación y la formación como clave de las actividades de mejora centrandó las estrategias en conocer más y mejor las necesidades de la población a la que se atiende y en la formación del colectivo profesional.

- La DGPD colaborará y fomentará políticas y estrategias que, aún siendo competencia de otras administraciones, favorezcan:
  - La permanencia de las personas con discapacidad en su núcleo familiar.
  - La accesibilidad de los servicios públicos.
  - La accesibilidad del entorno físico.
  - Mejorar los niveles de protección económica.

## **ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SISTEMA DE CALIDAD**

---

### **DIRECCIÓN GENERAL**

Ejerce la máxima autoridad sobre el sistema y se ocupa directamente de:

- La formulación de la política de calidad.
- Establecimiento de los objetivos generales.
- Diseño de las orientaciones estratégicas en consonancia con la política general de la CIBS.
- Revisión sistemática del Sistema de Calidad y de los informes y dictámenes emitidos por los distintos órganos del sistema.
- Presidir el Comité de Acreditación.
- Presidir la Comisión Central de Calidad.

### **DIRECCIÓN DE LOS CENTROS**

La Dirección de los Centros residenciales, centros de día, centros de valoración y orientación y de otras unidades administrativas de la DGPD, son responsables de:

- Garantizar la aplicación de la política de calidad y de ejecutar las orientaciones estratégicas.
- Fijar los objetivos de calidad para su centro o unidad, en coherencia con las orientaciones estratégicas y con los establecidos por la Dirección General.
- Establecer, conjuntamente con los/as responsables de sus respectivas unidades, los objetivos específicos de calidad en su área de responsabilidad.



- Dirigir personalmente, o delegando esta función en otro/a miembro del equipo, la ejecución del plan de mejora de calidad de su centro o unidad.
- Asegurar el proceso de autoevaluación o evaluación interna.
- Presidir los órganos de participación del Sistema de Calidad: grupos de mejora, juntas técnicas, comisiones y otros que pudieran constituirse.

## **PLANES DE MEJORA DE LA CALIDAD**

Los planes de mejora de la calidad son los elementos estructurales más importantes del Sistema de Calidad, tanto en lo referente a su amplitud, como en su importancia. Sólo si se consigue que una mayoría de unidades disponga de un plan, se habrá alcanzado el objetivo y existirá en realidad el sistema.

Cada centro y unidad dispondrá de un plan de mejora de la calidad específico:

- Los centros residenciales o de día, propios o concertados, deben contar con un programa de calidad adaptado al modelo de la EFQM y podrán ser evaluados externamente.
- Como parte del proyecto de calidad de la DGPD, los centros de valoración han desarrollado un plan de mejora de la calidad propio, adaptado a su organización.

## **UNIDAD DE CALIDAD**

Esta sección es la responsable directa del mantenimiento del Sistema de Calidad, o sea, en posición *staff* a la Dirección General, ejerce la dirección de calidad y presta apoyo metodológico a los equipos directivos y profesionales en la definición, establecimiento y consecución de los objetivos de calidad.

Son sus funciones:

- Desarrollo, implantación y mantenimiento del Sistema de Calidad.
- En colaboración con las direcciones de los centros/unidades: formulación de indicadores y objetivos generales de calidad.
- En colaboración con los grupos de mejora y comisiones que pudieran constituirse: formulación de indicadores y objetivos generales de calidad, prestando asesoramiento y apoyo metodológico.
- Monitorización y evaluación sistemática de indicadores y objetivos de calidad.
- Mantenimiento actualizado de la documentación y registros del sistema de calidad.
- Actualización permanente de la metodología para la mejora de la calidad.
- Actividades docentes y de investigación en mejora de la calidad de los servicios.
- Participación directa en comisiones y grupos de mejora continuada de la calidad y colaboración con profesionales en los procesos de autoevaluación (auditorías internas).
- Soporte técnico y metodológico para el diseño, desarrollo e implantación del Sistema de Calidad

- Responsable de la secretaría técnica de la Comisión Central de Calidad
- Prestará el asesoramiento y soporte metodológico necesario al Comité de Acreditación.

## **COMISIÓN CENTRAL DE CALIDAD**

Son sus funciones:

- Diseño, implantación y mantenimiento del Sistema de Calidad de toda la Dirección General.
- Evaluación del Plan Anual de Mejora Continuada de la Calidad derivado de las orientaciones de la CIBS.
- Asesoramiento en temas de calidad a la Dirección General y CIBS.
- Asesoramiento a la DGPD en la propuesta de priorización de los objetivos generales de calidad.
- Monitorización y evaluación de resultados a través del Cuadro de Mando de Calidad.
- Apoyo a la Dirección en la gestión de incidentes.
- Abordaje de estrategias de calidad, muy especialmente las relacionadas con la continuidad de los servicios entre los Centros Residenciales y de Día y los CVO.
- Seguimiento de los resultados obtenidos y del grado de implantación de los planes de calidad en cada centro o unidad, por medio de auditorías internas.
- Elaboración de informes referidos al punto anterior.

Estará presidida por la Dirección General o persona en quien delegue. Estará constituida por:

- Director/a General.
- Un/a delegado/a provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Un/a director/a de un CVO.
- Un/a director/a de un centro de atención (centro residencial o de día).
- Profesionales de los centros: médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, cuidadores/as o personal administrativo.
- Unidad de Calidad.
- Un/a secretario/a.

A juicio de la Dirección General podría ampliarse el número de componentes fijos o bien, como invitados, en función del tema a tratar.

## **COMISIÓN ESPECIAL DE CALIDAD**

Esta Comisión se constituirá dentro del Consejo Andaluz de Atención a Personas con Discapacidad. Tendrá funciones consultivas y de participación de los distintos agentes involucrados en la atención a personas con discapacidad en nuestra Comunidad Autónoma.

## **GRUPOS DE MEJORA Y COMISIONES DE CALIDAD**

Se recomienda, en cada centro residencial o de día, centro de valoración o en unidades administrativo-funcionales, la **constitución de comisiones o comités de calidad** que colaboren con los/as coordinadores de calidad en el diseño y mantenimiento del plan de mejora de la calidad. Estos órganos garantizan la participación del personal en la identificación, análisis y solución de problemas.

Sus funciones serán:

- Propuesta de objetivos de calidad a las direcciones de los centros y unidades administrativas.
- Identificación de problemas, análisis, evaluación, introducción de medidas correctoras y reevaluación.
- Diseño y actualización permanente de normas, procedimientos generales, protocolos y formatos de registro.
- Diseño, desarrollo, implantación y validación de indicadores.
- Desarrollo de la evaluación interna (auditorías internas).
- Asesoramiento a sus respectivas direcciones en la formulación y priorización de objetivos generales y específicos.
- Monitorización, evaluación y control de los objetivos establecidos.

Por otra parte, se podrán crear **grupos de mejora** para abordar problemas concretos. Estos grupos se constituyen, con la autorización del o de la responsable de la unidad o centro de que se trate y se disuelven una vez concluida su misión, elaborando un informe en el que se describen los problemas encontrados, así como las soluciones aplicadas y/o propuestas.

Ambas opciones, comisiones y grupos, no son excluyentes.

## **SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD**

Los centros se someterán a una evaluación externa de la calidad con la finalidad de elaborar un diagnóstico de situación que permita abordar áreas de mejora.

La evaluación se realizará bajo el modelo de la DGPD descrito en el capítulo 7 de este libro. El marco del sistema de evaluación es el modelo de la EFQM, recomendado por el Decreto 317/03 de la Consejería de Justicia y Administración Pública, la DGPD cuenta con un Manual de Estándares adaptado a la realidad de la atención a personas con discapacidad.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN AD HOC**

Se construirá el soporte necesario para disponer de información, como una parte integrada, pero diferenciada del sistema de información general de la Dirección General. Se debe generar así, un Cuadro de Mando de Calidad para la monitorización sistemática de un conjunto de indicadores que aporten información sobre los resultados obtenidos. Este conjunto de indicadores será un agregado de los generales de los servicios.

## **Capítulo 7**

---

# **Sistema de Evaluación Externa de la Calidad en Centros Residenciales y de Día**

---





## **SOBRE EL SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD**

---

En esta introducción se perfilan los conceptos relativos a la Evaluación Externa de la Calidad de centros de personas con discapacidad en Andalucía, se realiza una síntesis sobre los antecedentes normativos de esta iniciativa y se exponen los principios y estructura básicos del Sistema de Evaluación Externa de la Calidad.

La evaluación externa de la calidad es un mecanismo que permite que las organizaciones puedan comparar su situación con la de un parámetro o modelo ideal. Esta comparación se realiza cuando el centro ya se ha autoevaluado, ha acometido iniciativas de mejora y, en una autovaloración posterior, considera que ha alcanzado los niveles exigidos.

El reconocimiento de calidad permite que los centros, que han hecho un esfuerzo por mejorar la calidad de su organización y de su atención, puedan tener un certificado que «acredite» formalmente los logros obtenidos. Sin embargo, como la mejora de la calidad no es un proceso limitado en el tiempo, sino que es un proceso continuo, el reconocimiento certifica los logros durante un determinado tiempo. Pasado ese periodo, los estándares o requisitos deben actualizarse de acuerdo a las exigencias de la nueva realidad y deben marcar nuevas metas.

La Evaluación Externa de la Calidad de la DGPD va dirigida a centros de atención a personas con discapacidad. A estos centros se les ofrece la posibilidad de someterse **voluntariamente** a una valoración de requisitos de calidad deseables. El fin de esta evaluación no es determinar el acceso a la concertación, sino la obtención del reconocimiento formal por la CIBS como «entidad prestadora de una atención de calidad». El modelo de referencia es el elegido para el sector público y de servicios, el de la EFQM, adaptado por la Dirección General de Personas con Discapacidad (DGPD), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y personas expertas en atención a personas con discapacidad.

Este proyecto presenta pues diferencias esenciales con la *Acreditación de Centros de Atención Especializada para Personas Mayores y Personas con Discapacidad*.<sup>62</sup> La *Acreditación de Centros* supone evidenciar una serie de requisitos materiales y funcionales mínimos necesarios para poder concertar centros y servicios con la CIBS.

## **ANTECEDENTES**

La Evaluación Externa de la Calidad de los centros se enmarca en los proyectos para la mejora de la calidad de la DGPD, como respuesta a los objetivos sobre mejora de la calidad en servicios sociales de atención a personas con discapacidad, planteados en el PAIPDA.

El PAIPDA exige un modelo de calidad que implique la mejora de la gestión de los centros y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas, mediante la autoevaluación y la evaluación externa. El Plan demanda una iniciativa que promueva la mejora continua y que genere una serie de indicadores participados y consensuados.

Por su parte, la **Consejería de Justicia y Administración Pública**, a través del Decreto 317/2003 de 18 de noviembre: Plan Director de Organización para la Calidad de los Servicios, insta a que las iniciativas de calidad en la Administración Andaluza se desarrollen en el marco de Gestión de la Calidad Total de la EFQM. Es el modelo de referencia en el ámbito europeo y ha sido escogido por numerosas Administraciones Autonómicas, así como por la Administración Central del Estado.

---

<sup>62</sup> Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. BOJA nº 39. marzo de 1996.

Orden 1 de julio de 1997 por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas mayores y con discapacidad. BOJA nº 81. Julio 1997.

En este contexto, la DGPD plantea un modelo de calidad total, basado en los principios de la EFQM e integrado por:

- Un *Marco de Calidad* , desarrollado en la primera parte.
- Un *Sistema de Calidad* para todo el ámbito de la DGPD, tratado en el capítulo 6 de este libro.
- Un *Sistema de Evaluación Externa de la Calidad* para los centros residenciales de y de día:
  - *Manual de Estándares* de calidad, que recoge los criterios de excelencia para estos centros. Explicita el contenido de la evaluación (qué se evalúa).
  - *Manual de Evaluación Externa de la Calidad* que desarrolla el proceso de evaluación de los estándares (quién y cómo se evalúa).

## OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

La **finalidad de la Evaluación Externa de la Calidad o Acreditación en Calidad**, bajo el modelo de la DGPD, es valorar al centro solicitante a través de un conjunto de estándares que estiman el nivel de calidad de la organización desde una adaptación del modelo de excelencia de la EFQM. Este modelo adaptado, se desarrolla en un conjunto de cánones o pautas preestablecidas (estándares) incluidas en el *Manual de Estándares de Calidad para los Centros de Atención a Personas con Discapacidad de Andalucía*.

La organización que solicita **voluntariamente** esta evaluación, se somete a las reglas y procedimientos del proceso de evaluación, contenidos en este manual y a sus normas internas de trabajo.

La Evaluación Externa o Acreditación en Calidad va dirigida a **centros residenciales y centros de día** (unidades de estancias diurnas y centros ocupacionales). El sistema de evaluación está basado en el nivel de adecuación de los centros a una serie de reglas de buenas prácticas, estándares, consideradas deseables en organizaciones comprometidas con la mejora continua.

Los **principios** o fundamentos en los que se sustentará el sistema serán:

1. Voluntariedad por parte del centro residencial o de día para acceder a la evaluación.
2. Credibilidad y objetividad del proceso.
3. Adecuación de los requisitos del sistema (estándares, procedimientos de evaluación, resultados...) a la situación actual de atención a personas con discapacidad en nuestra comunidad.
4. Capacidad de generar consenso del órgano evaluador o acreditador.

La implantación efectiva del sistema requiere, por un lado, del apoyo de los/as responsables y profesionales de los centros, al ser éstos los que realizan la prestación de los servicios y por otro, de la DGPD que es la responsable de garantizar a los/as ciudadanos/as la calidad de la atención en este sector.

El Sistema de Evaluación Externa y sus normas ha tenido en cuenta los requisitos de otras entidades con experiencia en el sector de atención a las personas con discapacidad que han hecho aportaciones en este tema. De igual modo, las normas son respetuosas y se subordinan a las regulaciones administrativas de las distintas Administraciones Públicas del Estado Español y de sus Comunidades Autónomas, así como de los países miembros de la Unión Europea.

## MANUAL DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD. EL PROCESO DE EVALUACIÓN

---

Este apartado describe el **proceso de evaluación externa** mediante el desarrollo de sus principales elementos:

- La **entidad de evaluación o acreditación externa en calidad**: describe el órgano que expedirá las certificaciones y será la entidad encargada de velar por la independencia y objetividad de los juicios y los dictámenes.
- Los **agentes evaluadores o auditores**: perfiles y funciones de los/as profesionales que evaluarán los centros.
- El **procedimiento de evaluación** de los centros y acreditación del nivel de calidad de los mismos.

El **propósito de este manual** es servir de orientación y guía tanto a los centros que soliciten la evaluación externa, como a la organización y profesionales que lleven a cabo el proceso de auditoría.

### DESCRIPCIÓN

- El proceso de evaluación externa de centros de atención a personas con discapacidad es el conjunto de actividades por el cual un centro de atención a personas con discapacidad es valorado en calidad por una entidad acreditadora autorizada el CACEDIS<sup>63</sup> según el Modelo de Calidad de la DGPD.
- El proceso comienza con la solicitud por parte del centro a la Entidad Evaluadora. La solicitud irá acompañada de la documentación necesaria, que se explicita en el

---

<sup>63</sup> Centros de Acreditación en Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad.

apartado Cómo solicitarla. La Entidad Evaluadora valorará tanto la solicitud como la documentación y resolverá si acepta o no el requerimiento del centro.

La evaluación comienza con una visita de presentación de la Entidad Evaluadora al centro. En este encuentro se acordará tanto la agenda como algunos otros aspectos de la auditoría.

La auditoría será realizada por un equipo experto que recogerá evidencias documentales, realizará entrevistas y observará la actividad y organización del centro. Con esta información y el análisis documental emitirá un informe preliminar que enviará al centro para que éste, si lo considera oportuno, realice las pertinentes alegaciones.

La Entidad de Evaluación Externa derivará al Comité de Acreditación en Calidad, tanto el informe preliminar como las alegaciones presentadas. La decisión final del Comité será inapelable.

La figura de la página siguiente representa este proceso.

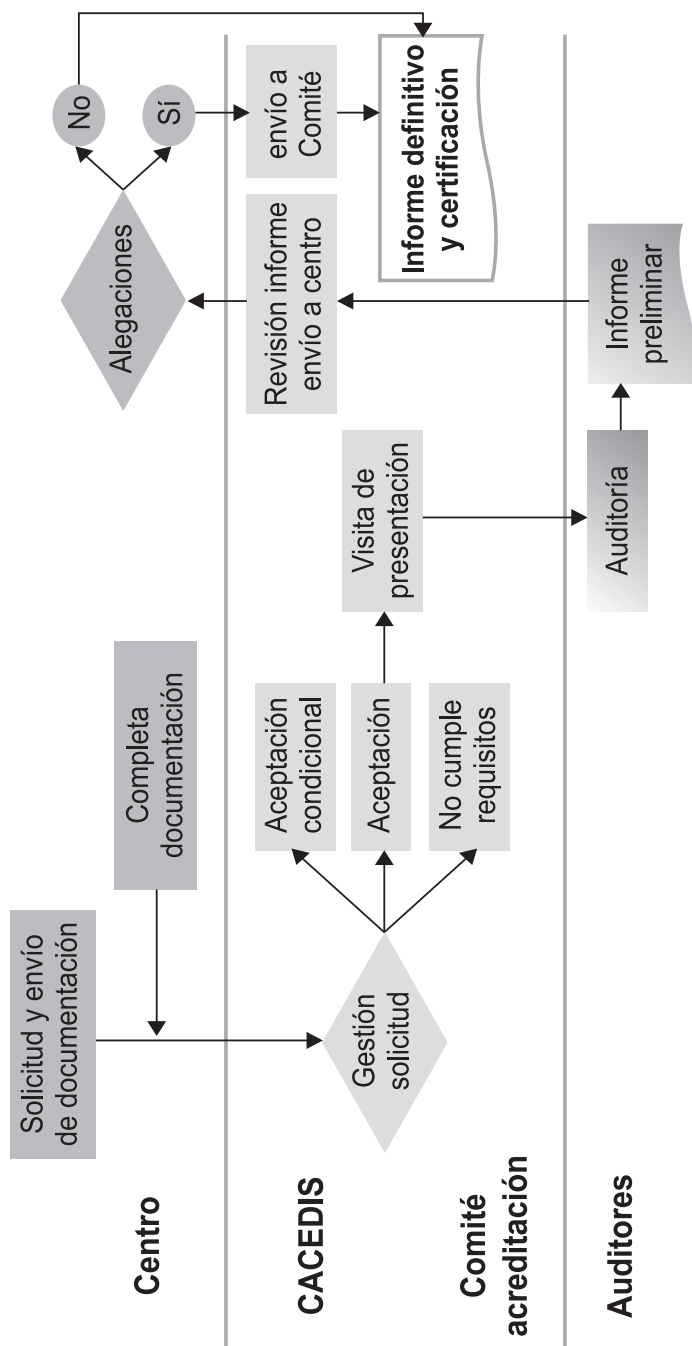


Gráfico 2. Proceso de evaluación externa de la calidad

## **ENTIDAD DE EVALUACIÓN EXTERNA O ACREDITACIÓN EN CALIDAD**

### **Constitución de la Entidad Evaluadora**

Para el mantenimiento de un ente evaluador o acreditador estable, objetivo e imparcial, que garantice las decisiones de acreditación, se crea el Centro de Acreditación de Centros de Atención a Personas con Discapacidad (CACEDIS) con las siguientes funciones:

- Servir de referencia a las decisiones que sobre política de calidad para centros de atención a personas con discapacidad establezca la DGPD y directrices generales sobre calidad que determine la Junta de Andalucía.
- Establecer un fondo de documentación, políticas y prácticas con las mejores referencias y evidencias disponibles en Andalucía.
- Impulsar la mejora continua, la disminución de riesgos y la seguridad en los Centros de Atención a Personas con Discapacidad
- Aprobar y revisar cada dos años el manual de estándares, basado en las políticas de calidad de la DGPD y en la mejor evidencia nacional e internacional disponible.
- Disponer de un sistema para la adscripción, mantenimiento, formación y reevaluación de auditores/as de centros.
- Mantener el sistema de evaluación externa de la calidad de centros y su revisión periódica.

El CACEDIS estará adscrito a la DGPD y estará dotado de personal para el mantenimiento del sistema de evaluación externa de la calidad, así como de personal adscrito externo con compromiso de dedicación parcial a las funciones de auditoría externa de centros.



## **Logística de apoyo y servicio al proceso**

El CACEDIS será responsable de mantener el sistema de evaluación externa en calidad y por tanto de prestar el apoyo logístico al proceso: la relación con los centros, el envío de documentación y correspondencia, la asignación de equipos evaluadores, el envío de soportes informáticos, la gestión de desplazamiento y honorarios de auditores, cobro y facturación de servicios y en general, todo el soporte administrativo y técnico.

Mantendrá igualmente una base de datos de todo el proceso de evaluación externa y archivo documental del sistema. Se vigilará especialmente el control de certificados y fechas de revisiones periódicas, para velar por el correcto funcionamiento del sistema.

Dará soporte especialmente a las sesiones y funciones del Comité de Acreditación de Calidad.

## **Comité de Acreditación de Calidad**

El Comité de Acreditación de Calidad es un órgano colegiado representativo de la Administración y de diversos sectores implicados en la atención a las personas con discapacidad y/o en la mejora continua.

Está integrado por:

- Director /a de la DGPD o persona en quien delegue.
- Dos representantes de reconocido prestigio de los centros de atención a personas con discapacidad, uno de ellos hará las funciones de Presidente/a del Comité.
- Responsable designado por la Consejería de Justicia y Administración Pública, como encargada de las políticas de calidad en la Administración Andaluza.

- Representante de organizaciones y colectivos implicados en la atención a personas con discapacidad.
- Representante de la Unidad de Calidad, que actuará como secretario/a del Comité
- Experto/a en Calidad.

Este Comité se reunirá en sesiones plenarios, de forma periódica a convocatoria del/de la Presidente/a para la valoración de las diferentes propuestas de reconocimiento de la calidad remitidas desde el CACEDIS, para su calificación definitiva y toma en consideración de las diferentes decisiones de acreditación. También tomará las decisiones oportunas sobre las alegaciones presentadas por los centros.

En el informe recibido constará la puntuación de cada estándar, la media por cada criterio y el resumen de los diferentes hallazgos. Sobre este informe y las alegaciones efectuadas por el centro, en caso de existir, tomará la decisión final. Para ello tendrá unas normas y reglas de decisión que deberá aprobar y ser conocidas por el CACEDIS.

Entre los principales criterios para abordar las reglas de decisión, se tendrán en cuenta fundamentalmente:

- El número máximo de puntuaciones 1 y 2 obtenidas, en general y por criterio, del modelo de evaluación externa (ver apartado Calificaciones y puntuaciones)
- Nivel de mejora porcentual con respecto a la anterior evaluación externa que refleje el esfuerzo realizado por el centro.

Las deliberaciones en el Comité son confidenciales y se recogerán en un acta final de decisión por mayoría de los miembros. El/la secretario/a informará de la conclusión y decisión tomada al CACEDIS para que proceda a la emisión de los certificados firmados por la Presidencia del Comité de Acreditación.

## Decisiones de Acreditación en Calidad

Las decisiones del Comité de Acreditación de Calidad se pueden clasificar en cuatro categorías:

1. **Cumplimiento en Calidad:** Con reconocimiento formal de calidad al centro.
2. **Cumplimiento en Calidad Condicionado:** Con reconocimiento formal de calidad al centro pero condicionado a un informe escrito de avance realizado por el centro en un periodo de tres o seis meses.
3. **Cumplimiento en Calidad Provisional:** Con reconocimiento formal de calidad al centro pero pendiente de una nueva auditoría específica en los siguientes seis meses.
4. **No cumplimiento en Calidad:** Sin reconocimiento formal de calidad al centro.

El centro que obtenga la evaluación de *cumplimiento en calidad* recibirá un certificado expedido por la Entidad de Evaluación Externa en Calidad (el CACEDIS) por una duración de 3 años, en el que se reconocerá el cumplimiento de las exigencias definidas en el Manual de Estándares. Esta definición supone un cumplimiento general de los estándares, aunque puede tener que mejorar en algún estándar concreto.

El centro que reciba la calificación de *cumplimiento en calidad condicionado* a un informe escrito sobre evolución en la organización, supondrá el reconocimiento formal de calidad pero ante la existencia de problemas menores en determinados estándares, se requiere al centro un informe sobre las medidas tomadas para la corrección de estos problemas. En esta calificación, el centro presenta deficiencias en varias áreas y por ello tiene que tomar medidas correctoras y elaborar el plan de actuación. Tras la valoración, el informe y resultados, pasará a recibir la calificación de *cumplimiento en calidad* o bien pasará a *cumplimiento en calidad provisional* con nueva visita de auditoría. Si tras la recepción y valoración del informe, el Comité de Acreditación de Calidad decide que el

centro está en situación de cumplimiento en calidad, se expedirá el certificado por un tiempo de tres años contando desde la primera visita.

El centro u organización que reciba una calificación de *No cumplimiento de calidad provisional*, pendiente de una nueva visita de auditoría específica en seis meses, se encontrará con un reconocimiento provisional pendiente de la visita señalada. Esta calificación indica la existencia de algún problema mayor en algunos de los estándares o múltiples problemas menores y aparecerá en el informe con los hallazgos encontrados para establecer su incumplimiento total o parcial. La nueva visita será específica para valorar el avance en seis meses sobre los estándares que concretamente han mostrado problemas mayores y los múltiples menores y no sobre el resto. Requerirá la visita de solamente un/a auditor/a al centro y limitado a valorar los estándares específicos. Una vez valorada la nueva situación, en caso de corregirse los hallazgos, se procederá al envío de nueva calificación y valoración del Comité de Acreditación con propuesta de reconocimiento de calidad y envío de certificado expedido por una duración de tres años, desde el inicio de la primera visita y en el caso de no haber progresado caerá en la calificación de *no cumplimiento en calidad*.

La recepción de una calificación de *no cumplimiento en calidad*, refleja la existencia de importantes problemas mayores que imposibilitan el reconocimiento formal de calidad. No podrá realizar nueva petición hasta transcurrido un año de la anterior visita. La calificación incluirá informe de hallazgos que orienten sobre los principales elementos a mejorar.

## **Comunicación, informes y entrega de certificados**

Desde que se finaliza la entrevista y hasta 60 días después, la Entidad de Evaluación Externa de la Calidad debe informar al centro del resultado, a través de un informe completo que incluye los hallazgos, la puntuación por estándares y la puntuación final. A la luz del informe se acompañará el dictamen del Comité de Acreditación de Calidad con la decisión tomada y la fecha de la misma.

El certificado, que se entregará posteriormente, tendrá una validez de tres años, al cabo de los cuales la organización, si continúa interesada, deberá volver a iniciar el proceso de revisión. El certificado faculta a la dirección del centro a su uso tanto interno como externo, así como a comunicarlo a quien estime oportuno, siempre dentro del periodo de validez del mismo.

## **AGENTES DE EVALUACIÓN O AUDITORÍA**

### **Composición del Equipo Auditor**

El equipo auditor estará formado por dos o tres miembros, de los cuáles una será la persona responsable de la auditoría.

Los/as auditores serán personal experto, con dedicación parcial, adscritos a la Entidad de Evaluación Externa. Estos/as profesionales desarrollarán su labor de acuerdo a las especificaciones elaboradas por la Entidad Evaluadora.

### **Obtención de información en la Auditoría**

Para la evaluación o auditoría externa se trabaja con tres elementos fundamentales:

- Información disponible por la DGPD.
- Documentos que deben aportar los centros a los/as auditores en el proceso de evaluación externa.

- Observaciones, realizadas por los miembros del equipo auditor en el centro, para valoración de la práctica.

Toda la información obtenida en el proceso estará sometida a la confidencialidad y privacidad por parte de todos los agentes intervinientes en el mismo, desde el equipo auditor hasta el Comité de Acreditación de Calidad. Los aspectos relativos al comportamiento profesional, tanto del equipo de auditoría como de la Entidad de Evaluación Externa, estarán recogidos en el correspondiente Manual de Estilo.

Los/as auditores/as se nutren de información a través de la documentación entregada por el centro, de las visitas a las diferentes unidades y de las entrevistas de la auditoría.

Los documentos, en forma de planes o protocolos, suponen un mecanismo escrito para demostrar la evidencia de determinados estándares; no obstante, el objetivo principal de la auditoría consiste en obtener la evidencia de que la práctica en la organización es homogénea, se realiza siempre y es consistente.

Los documentos y entrevistas serán la base de la información que sostenga los hallazgos y evidencias del equipo auditor. Las unidades visitadas dispondrán de la documentación y registros internos necesarios para su trabajo diario e intercambiarán con los miembros del equipo auditor su forma de hacer y criterios de actuación.

Los/as auditores/as se presentarán en las unidades y en las entrevistas como tales para el que el personal pueda reconocer en ellos/as su actuación auditora. El personal será interrogado sobre las cuestiones principales de su quehacer y actividad, para obtener información precisa en relación con el cumplimiento de los estándares a través de la obtención de evidencias. El personal de las visitas a unidades y de las entrevistas de grupo se compromete a dar información veraz y objetiva.

En las visitas, el equipo auditor estará capacitado para leer documentos, observar registros documentales, probar dispositivos de seguridad, verificar el funcionamiento de equipos, así como de las condiciones de almacenes, habitaciones, estanterías, lencería, caducidades de diverso material, etc.

## **Registro de hallazgos y sugerencias**

El equipo auditor recogerá exhaustivamente los hallazgos encontrados respecto a incumplimientos parciales o totales de los estándares.

Cada hallazgo se anotará, registrará y se utilizará como prueba en el no cumplimiento del estándar; será objetivo, y se referenciará la unidad donde se causó y en qué momento de la agenda se produjo. Según la importancia y severidad permitirá obtener la calificación del estándar.

El equipo de auditoría no reflejará hallazgos de las evidencias encontradas que permitan la consecución de los estándares; así pues sólo se recogerán los hallazgos que prueben un incumplimiento parcial o total del estándar.

## **Calificaciones y puntuaciones**

Los estándares estarán agrupados en los diferentes criterios de EFQM. Cada estándar se calificará con cinco posibles resultados:

1. Esta puntuación indica un nivel mínimo de cumplimiento o incluso su ausencia completa, es la calificación mínima, supone la existencia de uno o varios hallazgos claros en la auditoría.
2. Esta puntuación indica una cumplimentación insuficiente del propósito del estándar y también puede indicar un inicio de cumplimiento muy reciente, y por tanto escasamente consistente. También supone la anotación de hallazgos.
3. Indica una cumplimentación parcial del estándar, se puede determinar que existe una política o mecanismo en el centro, pero la práctica es desigual o no se realiza. También puede indicar que se han cumplido un 50% de los propósitos del estándar. En este caso también hay que registrar los hallazgos de no cumplimentación en el estándar.

4. La mayor parte de los propósitos del estándar están cubiertos, más del 75% se considera conseguido, supone una cumplimentación notable del estándar que no requiere la anotación de hallazgos.
5. Se cumple el estándar de forma sustancial, en más del 90% y supone que no hay ningún hallazgo.

Los estándares de cada criterio de EFQM se sumarán y servirán de base para obtener la media del criterio. De esta manera se tendrá una suma total de puntos para cada criterio y una media de puntuación del mismo, que servirán de base para las reglas de decisión que debe tomar el Comité de Acreditación a efectos de la calificación final y decisión de acreditación. Este tema se trata más adelante

El equipo auditor basará sus calificaciones en criterios objetivos, basándose en evidencias y hallazgos, integrando los resultados, hallazgos y calificaciones. La puntuación se entiende dada por el equipo de auditores.

### **Redacción del informe de auditoría y envío a la Entidad Evaluadora**

En el plazo de 15 días desde la visita de auditoría, el responsable del equipo de auditoría enviará los resultados completos, calificaciones de cada estándar y hallazgos encontrados.

Se incluirá un informe final con lo más destacado de los hallazgos y la valoración esquemática de los mismos, destacando los estándares que se incumplen de una forma sustancial.

En este momento se dará por finalizada la actuación del equipo auditor, quedando la responsabilidad de la decisión y calificación final en la Entidad Evaluadora, encargada de mantener la relación oficial con el centro, que dispondrá para ello de 45 días.



## **PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD**

### **Quién puede solicitar la Evaluación Externa de la Calidad**

La organización (centro residencial, centros unidad de estancias diurnas, centro ocupacional) que lo considere necesario para el buen cumplimiento de sus fines o para valorar externamente el nivel de calidad de sus servicios, podrá solicitar la acreditación según este modelo de evaluación externa.

### **Cómo solicitarla**

Para solicitar la evaluación externa el centro debe remitir a la Entidad Evaluadora un modelo de solicitud disponible en papel o descargable desde la página Web sobre Mejora de la Calidad, enlazable desde el sitio Web de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la CIBS.

#### ***A. Datos Básicos del Centro***

Cuando el centro solicite la evaluación externa, deberá aportar la siguiente información acreditando determinados requisitos. Esta documentación será la base de inicio del proceso:

- Nombre de la organización o centro
- Propiedad y año de apertura
- Dirección/domicilio social
- Organigrama del centro
- Nombres de los cargos directivos en el centro
- Diferentes unidades de atención y prestación de servicios
- Capacidad de cada una de las unidades
- Personal del centro contratado por categorías
- Personal de apoyo externo
- Autorización y acreditación administrativas de la CIBS

En caso de que la documentación sea incompleta, la Entidad Evaluadora aceptará condicionalmente la solicitud y otorgará un plazo al centro para completar los documentos faltantes. En caso de no poder acreditar alguno de los requisitos documentales, la solicitud será denegada.

### **B. La Petición**

La solicitud, debidamente firmada, se dirigirá a la Entidad Evaluadora en:

*Escuela Andaluza de Salud Pública*

*Centro de Acreditación en Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad*

*Consejería para la Igualdad y Bienestar Social*

*Cuesta del Observatorio nº 4 Apdo. 2070*

*18080 Granada*

Los centros ya acreditados en calidad recibirán, con seis meses de antelación, una notificación de la Entidad Evaluadora de aviso de la próxima revisión que requerirá una nueva autorización del centro.

### **C. Autorización a la Entidad para enviar al equipo auditor**

Según el tamaño, dispersión y volumen del centro a auditar, la Entidad Evaluadora determinará el número de miembros del equipo auditor y días de auditoría.

### **D. Visita de presentación**

La Entidad Evaluadora realizará una visita de presentación al centro cuya solicitud haya sido aceptada. En dicha visita se informará sobre el proceso de evaluación externa y se establecerá la Agenda y contenido de la Auditoría.

La fecha de realización de la auditoría se acordará con un mes de antelación; salvo circunstancias excepcionales, la fecha no se modificará.

## Agenda de visita de evaluación o auditoría

En general, para los centros de tamaño medio y con poca dispersión, se realizará una auditoría en **un día** de duración, realizada por dos auditores certificados por la Entidad de Evaluación. En el caso de multicentros o de centros de gran tamaño podrá aumentarse el número de auditores y el número de días de duración.

La agenda tiene un componente genérico que puede sufrir adaptaciones según la organización a auditar, está concebida para dar consistencia a las auditorías realizadas entre organizaciones o centros que necesitan una auditoría similar o equivalente. La agenda determina la duración de las actividades a realizar, quiénes integran las diferentes actividades, así como la documentación que debe de estar disponible en cada momento. La estructura básica de la agenda es la que se desarrolla a continuación.

*Cuadro 3. Agenda de la auditoría*

Auditoría del Centro: .....	
Fecha: .....	
09.00-09.15	Presentación de auditoría a la dirección del centro
09.15-09.45	Presentación del centro, sobre principales objetivos, resultados en calidad de servicios, memoria del año anterior
09.45-11.00	El equipo auditor revisará la documentación presentada por el centro (debería estar ordenada según los capítulos del manual de evaluación externa de la calidad y de fácil utilización) En el caso de documentos electrónicos se dispondrá de acceso a ordenador
Auditor/a 1	
Auditor/a 2	
11.00-13.00	Visita a unidades de atención, con entrevista a profesionales y valoración de la práctica
13.00-15.00	Entrevista al grupo coordinador de los servicios de atención
16.00-16.45	Reunión del equipo auditor para integrar la información
17.00-18.00	Reunión con la dirección del centro para informe preliminar resumido

## **Presentación de la Auditoría a la Dirección del Centro**

El objetivo de esta primera entrevista es la presentación muy esquemática de los objetivos de la agenda de auditoría. Por parte del centro acudirá como mínimo el equipo de dirección del mismo. Se revisará la agenda, con los participantes que deben estar en cada momento durante el proceso de auditoría, se resolverán dudas y se clarificará el proceso. Igualmente, se establecerá la sala de trabajo para el equipo auditor, los lugares de celebración de las entrevistas y ubicación de la documentación.

La organización deberá definir la persona principal que acompañará a cada auditor/a durante las visitas al centro.

Para la correcta realización de esta fase se requiere que el liderazgo del centro disponga de la agenda con anterioridad, que la haya difundido entre el personal, y organizado las diferentes entrevistas y visitas en el centro:

### ***Presentación del Centro***

Deberían estar presentes la dirección del centro y liderazgo en calidad y/o mejora del centro.

Cualquier persona del centro presentará y explicará a los miembros del equipo auditor la política de calidad aplicada y los resultados obtenidos en la mejora continua, disponiendo de información analizada y comparada.

También se hará una referencia breve e introductoria sobre el centro que incluirá su objetivo y razón de ser principal, la fecha de inicio de actividad, una explicación del edificio o de los edificios, así como de los principales volúmenes de actividad y tipología de los servicios.

### ***Revisión de la documentación del centro por parte del equipo auditor***

En esta fase, los/as auditores/as revisarán la documentación aportada por el centro. Se realizará en la sala de auditoría sin ningún representante del centro. Esto orientará al equipo auditor sobre la situación de partida respecto a los principales planes y procedimientos en el centro. En general éstos son de tres tipos:

1. Planes de la organización
2. Procedimientos, normas y políticas sobre la actuación en el centro
3. Documentos sobre monitorización (evaluación continua) de calidad y resultados

### ***Visita a unidades de atención***

El objetivo de la visita es evaluar la atención en las unidades que prestan servicio a las personas usuarias del centro.

Se mantendrá una conversación con los/as profesionales que trabajan en estas áreas, se valorarán las herramientas de trabajo, de evaluación de usuarios/as, de atención, registros de seguimiento, así como la puesta en práctica de los planes, políticas, procedimientos y normativas del centro. Incluirá una valoración del área respecto a sus objetivos.

### ***Visita al edificio e instalaciones***

El objetivo de la visita es observar la instalación física, la seguridad del colectivo usuario y visitante y la adecuación de equipos e instalaciones.

En ella se incluyen la recepción y admisión, cocina y restauración, almacén de medicamentos, talleres y maquinaria, central de almacenamiento, lavandería y lencería, adecuación eléctrica, equipos de uso para personas usuarias y profesionales, uso de materiales peligrosos y residuos. Especial atención merecerá la evaluación a los dispositivos integrantes del plan de seguridad del centro.

El enfoque es averiguar cómo la organización adopta y gestiona el edificio e instalaciones en orden a obtener tres grandes áreas de resultado:

- Prevenir accidentes y lesiones en personas usuarias, familias y personal.
- Mantener el centro en condiciones de seguridad.
- Reducir el riesgo y control de materiales peligrosos.

### ***Entrevista al grupo coordinador de los servicios de atención***

Entrevista que se realiza a los/as profesionales que prestan atención directa a las personas con discapacidad, en ella se definen aspectos sobre los procedimientos y la práctica en el centro, se valoran estándares específicos y se aclaran dudas surgidas en el proceso de auditoría.

### ***Entrevista al liderazgo del centro***

El objetivo de la entrevista es evaluar la coordinación entre el equipo de liderazgo del centro, la comunicación con el personal y cómo impulsan la excelencia y la mejora.

En esta entrevista deben estar las personas que lideran el centro. Pueden acudir también líderes profesionales así como representantes específicos (familiares, comunidad donde está radicada, etc). El equipo auditor preguntará sobre la toma de decisiones y evaluación de estándares referidos a presupuestos, inversiones, asignación de recursos, misión y valores, organigrama, documentos estratégicos, procedimientos específicos y planes de calidad.

### ***Reunión del equipo auditor***

En esta reunión, exclusiva para los miembros del equipo auditor, se intercambia información esencial y se puntúan los diferentes estándares de acuerdo con los hallazgos encontrados. Se realiza un primer informe resumido sobre los hallazgos y situación general.

### ***Reunión con la dirección del centro***

Esta reunión, con alcance y asistencia a valorar por parte de la dirección del centro, se establece para informar de forma resumida a la dirección, sobre los principales hallazgos y situación de la organización respecto a los estándares. El objetivo no es informar sobre el resultado final, pues éste compete a la Entidad de Evaluación Externa en Calidad.

### **Documentación Disponible para el Equipo Auditor**

Para facilitar la realización de la auditoría, el centro presentará la documentación ordenada según los capítulos del Manual de Estándares. Sería deseable un índice de documentos con los títulos o epígrafes correspondientes a los diferentes planes, programas, procedimientos, normas y protocolos de actuación en el centro. También sería deseable la correspondencia entre los diferentes documentos y los estándares.

Los documentos deberían recoger en lugar visible la fecha, autoría, periodo de validez, alcance y rango de importancia en el centro.

El proceso de revisión de la documentación será realizado en un espacio habilitado para el equipo auditor (sala de auditoría), ya que sólo éste realizará esta actividad. Los documentos en ningún momento podrán ser retirados del centro por los /as evaluadores sin el consentimiento de la organización, y por tanto, quedarán en el centro al finalizar el proceso de auditoría.

La documentación facilitada y en general la información obtenida en el proceso, debe ser veraz. Se considera que el centro se presenta al proceso de evaluación externa en una actitud positiva y colaboradora, en definitiva de buena fe. Será considerada como grave cualquier situación que refleje una adulteración o falsificación de la documentación. La dirección del centro asume la responsabilidad de garantizar que toda la información entregada es precisa y veraz.

La información documental que obtenga el equipo auditor en las visitas en el centro será devuelta igualmente a éste. Por esta razón no es necesario que se fotocopien documentos. En el caso de documentos voluminosos puede seleccionarse lo más representativo

o los ejemplos más importantes. La presentación además de ordenada debe facilitar el fácil manejo (carpetas separadas, uso de colores, etc.). En el caso de documentación electrónica en ordenadores personales o servidores, se recomienda encarecidamente disponer de dos ordenadores con impresora y en el caso de documentos largos, tener una copia en papel.

En el enfoque del modelo de evaluación externa es fundamental el establecer que no basta con disponer de la documentación escrita como criterio de cumplimiento de los diferentes estándares, siendo una condición necesaria pero no suficiente, estando sujeta a la observación de la práctica en el centro, así como otras evidencias.

Entre los diferentes documentos que deberían disponerse se citan, a modo orientativo, algunos de ellos:

- Planes de calidad
- Organigrama del centro
- Planes estratégicos
- Autorizaciones legales administrativas de funcionamiento y apertura
- Planes presupuestarios y de inversiones
- Memorias de actividad y económicas
- Actas de reuniones de consejos directivos y de administración
- Planes y procedimientos de atención
- Planes de seguridad y prevención
- Suministros y equipos
- Procedimientos de admisión al centro
- Procedimientos relativos a derechos como privacidad, confidencialidad, etc.
- Seguridad de los sistemas de información
- Procedimientos generales para evaluación
- Normas para recoger registros de personas usuarias
- Mapa de procesos y principales procesos del centro
- Normas de utilización de la medicación
- Planes de formación
- Resultados de monitorización
- Código ético



## Proceso de auditoría en el centro

El proceso de auditoría en el centro tiene el objetivo de evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad del modelo de la DGPD. Así, existe un procedimiento formal para establecer que el centro cumple con las evidencias e intenciones de los diferentes estándares. El enfoque, a lo largo de todo el procedimiento, consiste en observar las políticas, los procedimientos, la práctica de los mismos, así como su conocimiento y uso en la organización.

Las herramientas incluyen la observación de la documentación, su cumplimiento y práctica a través de entrevistas a grupos y la observación directa en las diferentes visitas en el centro.

Las diferentes actuaciones aparecen recogidas en la agenda, en cada actuación el centro debe definir quién estará presente.

En ningún caso se retrasarán las visitas a las unidades, siendo fundamental el cumplimiento del horario preestablecido. En el proceso de visita al centro, todo el centro estará «abierto», pudiendo el equipo auditor entrar y pedir acceso a cualquier sala o área. Los/as auditores/as llevarán, en lugar bien visible, su identificación como tales. Al comienzo del proceso una vez en el centro, el equipo auditor comunicará al mismo el objetivo del proceso, y se comprometerá al sigilo y confidencialidad de todo cuanto ocurra en el centro, de lo que lea y observe, así como de los informes que redacte. Los hallazgos encontrados serán recogidos y comunicados al centro en el informe final de auditoría.

El enfoque también incluye el abordaje de la evaluación de todo el centro y no de parte o partes de la misma, es un enfoque global. El centro está comprometido en su conjunto con el modelo y requiere el esfuerzo coordinado de cada miembro desde su posición y conocimiento.

De otro lado, el proceso es abierto y conocido, toda la organización conoce el manual de estándares y el manual de evaluación externa de la calidad. El liderazgo y el personal deberían estar familiarizados con el modelo.

## Resumen final para la Dirección del Centro

En un periodo de tiempo de hasta dos meses el centro recibirá un informe preliminar ordenado, enviado por la Entidad Evaluadora, donde se describirán los principales hallazgos encontrados en los estándares, la calificación obtenida en cada caso y la puntuación del proceso.

El centro dispondrá de 2 meses para presentar alegaciones a dicho informe. Pasado este periodo la Entidad Evaluadora enviará al Comité de Acreditación el Informe Preliminar y las alegaciones efectuadas en su caso. El Comité podrá tomar varias resoluciones al respecto, denegando la alegación, revisando los informes del equipo auditor o decidiendo una nueva visita específica o general.

El resultado final, será producto de la integración de la información en el Comité de Acreditación, donde se tomará la decisión final sobre el mismo. La evaluación irá acompañada de un análisis de puntos fuertes y áreas de mejora.

Esta decisión podrá ser de alguna de las siguientes y sólo de una de ellas:

1. *Cumplimiento en Calidad*: **Reconocimiento de Calidad**.
2. *Cumplimiento en Calidad Condicionado* a un informe escrito de avance realizado por el centro en un periodo de tres o seis meses: **Reconocimiento de Calidad Condicionado**.
3. *Cumplimiento en Calidad Provisional*, pendiente de una nueva auditoría específica en los siguientes seis meses: **Reconocimiento de Calidad Provisional**.
4. *No Cumplimiento en Calidad*: **Sin Reconocimiento de Calidad**.

Esta decisión final será inapelable.

## **MANUAL DE ESTÁNDARES**

---

A continuación se recoge el listado de estándares de calidad para centros residenciales y de día de atención a personas con discapacidad.

Este conjunto de estándares se agrupa en funciones clave para las organizaciones. En el presente manual, siguiendo el modelo de la EFQM, se han identificado como tales: Liderazgo, Estrategia y Planificación, Personas, Alianzas y recursos, Gestión de los Procesos, Resultados en los Clientes, en las Personas, en la Sociedad y Resultados Clave.

Para cada una de estas funciones y estándares se referencia una definición que no pretende ser exhaustiva ni prescriptiva. Intenta definir el «qué hacer» sin concretar el «cómo hacerlo».

## **I. LIDERAZGO (LD)**

### **Definición**

Cómo los/as líderes y directivos/as desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión del centro, cómo desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la calidad se desarrolla e implanta.

### **Implicaciones Clave**

El propósito de este criterio consiste en aportar evidencias sobre el modo en que se formulan y documentan las políticas, las orientaciones y los objetivos del centro, y procedimientos, en términos de análisis, exploración de perspectivas y planificación estratégica.

Un elemento clave en la evaluación del liderazgo del centro es que tiene que demostrar una clara comprensión de quiénes son sus distintos clientes, conocer sus expectativas y demandas y cómo conjugar dichas demandas con los imperativos sociales, políticos, normativos, etc., manifestando un claro compromiso con clientes y ciudadanos/as, así como con otros grupos interesados.

De cara a su evaluación, entre las principales características de un centro que hay que tener en cuenta, resaltaríamos:

- Modernización y gestión del cambio.
- Actuación dentro de los marcos legislativo, legal y reglamentario.
- Receptividad democrática, rendición de cuentas y transparencia de sus actuaciones.
- Implicación de los/as interesados/as y equilibrio de sus necesidades.

- Habilidades en la comunicación con el nivel político.
- Consecución de los objetivos.

## **Evaluación**

Tomar en consideración las pruebas de lo que está haciendo el liderazgo para:

---

*LD.a.- Dar una orientación al centro: desarrollar y comunicar con claridad la visión, misión y valores*

---

### **Estándares**

LD.a.1.- El liderazgo ha definido y difunde la misión, visión y valores del centro.

LD.a.2.- El liderazgo desarrolla e implanta normas y procedimientos que faciliten e impulsen el proceder profesional en aspectos éticos.

LD.a.3.- Se garantiza la individualidad, la privacidad, el bienestar, la tranquilidad y los derechos y libertades de las personas usuarias-clientes así como se procuran las condiciones para una atención adecuada a sus necesidades y discapacidad.

LD.a.4.- Las normas, políticas y procedimientos establecidos tutelan el respeto y cumplimiento de los derechos de las personas usuarias-clientes.

LD.a.5.- El centro fomenta un clima de entendimiento y colaboración activa de todo el personal, haciéndoles partícipes de los objetivos últimos de la misma.

---

*LD.b.- Desarrollar e implantar un sistema para gestionar el centro*

---

Estándares

LD.b.1.- El centro tiene definido claramente un organigrama funcional, conocido por todas las personas que trabajan y que son atendidas en el centro y por los familiares de éstas últimas.

LD.b.2.- El liderazgo identifica necesidades y establece prioridades en las acciones acordes a los objetivos del centro.

LD.b.3.- El liderazgo determina cuáles son sus procesos más significativos y asigna responsables a cada uno de ellos.

LD.b.4.- El liderazgo facilita y promueve el trabajo en equipo.

LD.b.5.- El centro involucra a sus profesionales por medio del diálogo y la asunción de responsabilidades.

---

*LD.c.- Motivar y apoyar a las personas del centro y actuar como modelo*

---

Estándares

LD.c.1.- El liderazgo promueve la elaboración y cumplimiento de su plan de formación basado en la identificación de necesidades acorde a su planificación estratégica.

LD.c.2.- El liderazgo fomenta la cultura de aprendizaje de las quejas y reclamaciones.

LD.c.3.- Se dispone de foros de comunicación y debate que facilitan la participación del personal y de los grupos de interés en la gestión y mejora de la misma.

LD.c.4.- El liderazgo fomenta una cultura de mejora continua en el centro.

---

*LD.d.- Gestionar las relaciones con el nivel político y con otros grupos interesados*

---

Estándar

LD.d.1.- El centro fomenta un clima de entendimiento y participación activa con los/as diferentes responsables ejecutivos/as y legislativos/as.

## II. ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN (EP)

### Definición

Cómo el centro implanta su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

### Implicaciones Clave

La política y la estrategia, es decir, el marco de referencia bajo el que se establece la misión y las líneas de actuación para su desarrollo, abordan la cultura interna, la estructura y las operaciones tanto a corto como a largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, la dirección y las necesidades de las distintas partes interesadas.

Deberían reflejar los principios de calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la CIBS y cómo alcanzar sus objetivos a través de dichos principios. Las organizaciones deberían hacer un seguimiento crítico y constante de su política y estrategia, así como de sus procesos y planes, para ver hasta qué punto son adecuados, en su conjunto, a las circunstancias específicas de cada centro.

La política y estrategia reflejarán los enfoques del centro a la hora de poner en práctica los procesos de modernización y gestión del cambio.

### Evaluación

Tomar en consideración las evidencias o pruebas de lo que está haciendo el centro para:

---

*EP.a.- Recoger información relativa a las necesidades presentes y futuras de los grupos interesados.*

---

### Estándar

EP.a.1.- El centro conoce y analiza periódicamente la opinión y grado de satisfacción de sus diferentes grupos de interés.



---

*EP.b.- Desarrollar, revisar y actualizar la estrategia y la planificación*

---

Estándares

EP.b.1.- El centro ha elaborado un plan estratégico, en el que se define: misión, visión, valores, objetivos, organigrama, prioridades estratégicas y plan de acción.

EP.b.2.- El plan estratégico del centro se evalúa y actualiza periódicamente.

EP.b.3.- El plan estratégico del centro se comunica entre los diferentes grupos de interés.

---

*EP.c.- Implantar la estrategia y la planificación en todo el centro*

---

Estándares

EP.c.1.- Se dispone de canales de comunicación formal e informal entre el liderazgo, trabajadores/as y personas usuarias-clientes y sus representantes legales.

EP.c.2.- El centro evalúa de forma continuada el grado de consecución de los objetivos en todos los niveles y ámbitos para reorganizar y mejorar sus procesos y su estrategia.

### **III. PERSONAS (PE)**

#### **Definición**

Cómo el centro gestiona, desarrolla y aprovecha el conocimiento y todo el potencial de las personas que lo componen, tanto en el nivel individual, como de equipos o del centro en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de las personas.

#### **Implicaciones Clave**

El personal del centro está constituido por todos/as los/as empleados/as que trabajen en él y otras personas, como los/as voluntarios/as, que presten servicios directa o indirectamente a los y las clientes. Este concepto engloba por tanto a todos los grupos de empleados/as y voluntarios/as, algunos de los cuales pueden necesitar una ayuda especial para alcanzar su pleno potencial en el trabajo.

#### **Evaluación**

Tomar en consideración las evidencias o pruebas de lo que está haciendo el centro para:

---

*PE.a.- Planificar, gestionar y mejorar la gestión de las personas en relación con la estrategia y la planificación*

---

#### **Estándares**

PE.a.1.- Existe una valoración de puestos de trabajo actualizada con indicación de la cadena de mandos y reparto de responsabilidades.

PE.a.2.- El centro dispone de un proceso de acogida del personal de nueva incorporación.

PE.a.3.- El centro dispone de un archivo con los expedientes individuales y actualizados del personal.

PE.a.4.- El centro establece medidas de apoyo en sus puestos de trabajo para profesionales en situaciones especiales.

PE.a.5.- El centro impulsa iniciativas para facilitar la conciliación de la vida familiar con el trabajo.

PE.a.6.- El centro define perfiles y competencias profesionales acorde a las necesidades recogidas en el plan estratégico.

---

*PE.b.- Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos y metas individuales, de los equipos y del centro*

---

#### Estándares

PE.b.1.- El centro evalúa el nivel de conocimiento y la experiencia del personal, acorde al perfil del puesto, identificando sus necesidades de formación.

PE.b.2.- El centro desarrolla el plan de formación basándose en las necesidades tanto del propio centro, de los/as clientes y de las personas que lo integran.

PE.b.3.- El centro desarrolla y promueve, en las personas que lo integran, habilidades para las relaciones interpersonales y para tratar con los/as usuarios/as-clientes, sus familias y sus representantes legales.

---

*PE.c.- Involucrar a las personas por medio del diálogo y la asunción de responsabilidades (empowerment)*

---

#### Estándares

PE.c.1.- Se dispone de una carta de derechos y deberes, consensuada por todos los/as agentes implicados/as, y conocida por todas las partes.

PE.c.2.- Se dispone de un procedimiento consensuado para el establecimiento de objetivos, la asignación de tareas y sus responsables y la evaluación y seguimiento del grado de cumplimiento de dichas responsabilidades.

PE.c.3.- El centro fomenta la carrera profesional y la posibilidad de promoción interna.

PE.c.4.- La selección de personal se basa en criterios consensuados y cuenta con la participación de los/as representantes del personal.

## **IV. ALIANZAS Y RECURSOS (AR)**

### **Definición**

Cómo planifica y gestiona el centro sus alianzas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

### **Implicaciones Clave**

La capacidad de las organizaciones para generar recursos financieros adicionales puede ser limitada, al igual que su libertad para asignar o reasignar sus fondos a los servicios que desee prestar.

Los centros deben gestionar complejas relaciones con otras organizaciones tanto del sector público como del privado, y con los/as clientes y ciudadanos/as considerados/as como asociados/as (parteners). El éxito en la gestión de dichas relaciones puede resultar crucial para lograr sus objetivos.

Dado que las organizaciones pueden tener un control limitado sobre sus recursos, la evaluación debería medir cómo se gestionan éstos para sostener la política y la estrategia.

### **Evaluación**

Tomar en consideración qué medidas hay en vigor para asegurar que el centro:

---

*AR.a.- Desarrolla e implanta relaciones clave de asociación*

---

#### **Estándares**

AR.a.1.- El centro identifica y desarrolla alianzas y redes con sus diferentes grupos de interés.

AR.a.2.- El centro desarrolla iniciativas para compartir y aprender de experiencias con centros de similares características

---

*AR.b.- Desarrolla y establece alianzas con los/as clientes y ciudadanos/as*

---

Estándares

AR.b.1.- El centro fomenta actividades de inclusión en la comunidad.

AR.b.2.- Se dispone de procedimientos que faciliten la información a la comunidad de aquellos eventos o resultados considerados clave por el centro.

---

*AR.c.- Gestión del conocimiento*

---

Estándares

AR.c.1.- El centro tiene establecidos canales de comunicación formales para que sus diferentes grupos de interés (familia, trabajadores, proveedores etc.) conozcan el plan estratégico y logros alcanzados.

AR.c.2.- El liderazgo desarrolla estrategias de participación en foros de interés: otras ONG, Administración, agentes sociales.

---

*AR.d.- Gestión de las finanzas*

---

Estándares

AR.d.1.- El centro, a la hora de emplear recursos financieros, consulta la opinión del personal sobre las necesidades detectadas

AR.d.2.- La asignación presupuestaria es acorde al plan estratégico del centro.

AR.d.3.- El centro impulsa y colabora en auditorías internas y externas de su actividad.

AR.d.4.- El Liderazgo gestiona de modo eficiente los recursos disponibles.

---

*AR.e.- Gestiona la tecnología*

---

Estándares

AR.e.1.- Se dispone de un sistema de información que da soporte y permite el seguimiento del plan estratégico y la evaluación de objetivos anuales.

AR.e.2.- El centro ha desarrollado normas y procedimientos para garantizar la seguridad y el tratamiento de la información confidencial.

---

*AR.f.- Gestiona edificios y otros activos*

---

Estándares

AR.f.1.- El centro dispone de un plan de mantenimiento de la edificación e instalaciones.

AR.f.2.- Se dispone de un Plan de actuación en caso de catástrofe que se evalúa con simulacros de periodicidad anual.

AR.f.3.- Se dispone de un Proceso para asegurar planes preceptivos de higiene, de la potabilidad del agua e higiene de dependencias y condiciones óptimas de alimentación.

AR.f.4.- El centro es respetuoso con el medio ambiente.

## **V. GESTIÓN DE LOS PROCESOS (GP)**

### **Definición**

Cómo el centro gestiona, mejora y desarrolla sus procesos para introducir innovaciones, apoyar su política y estrategia y satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

### **Implicaciones clave**

Los procesos críticos son los relacionados con la prestación de servicios de atención a las personas con discapacidad; y los procesos de apoyo son aquellos esenciales para el funcionamiento del centro. Un elemento crucial para la identificación, la evaluación y la mejora de los procesos debería ser su contribución y eficacia en relación con la misión del centro.

La naturaleza de los procesos en los centros puede variar mucho, desde actividades relativamente abstractas como la regulación de las actividades económicas, hasta actividades muy concretas relacionadas con la prestación de servicios. En todos los casos, el centro debería ser capaz de identificar los procesos clave que realiza para obtener los productos y resultados esperados.

En los centros residenciales es esencial la relación entre los diferentes procesos de forma que exista una continuidad que contribuya a conseguir la misión del centro.

Ejemplos de procesos son:

- Provisión de servicios básicos (vinculados al tipo y funciones del centro).
- Procesos de toma de decisiones.
- Formulación y ejecución de políticas reglamentarias.
- Asignación de recursos.



- Comunicación con el personal y con los/as ciudadanos/as.
- Atención a el/la cliente a través de la gestión de las demandas de información.

## **Evaluación**

Considerar las evidencias de cómo el centro:

---

*GP.a.- Identifica, diseña, gestiona y mejora los procesos*

---

### Estándares

GP.a.1.- El centro ha identificado sus procesos clave, estratégicos y de soporte.

GP.a.2.- Los procesos de desarrollan e implantan de forma multidisciplinar y participativa, contando para ello con todos los grupos de interés.

GP.a.3.- El centro ha definido los procesos de atención a las personas con discapacidad, más relevantes y son conocidos y aplicado por todas las personas de la organización.

GP.a.4.- El centro dispone de un proceso de acogida y evaluación inicial de nuevos usuarios/as-clientes.

GP.a.5.- Se dispone de un procedimiento de planificación personalizada para cada usuario/a-cliente, con la participación de la familia, donde se determinará el papel de «tutor/a» de cada persona con discapacidad.

GP.a.6.- El centro desarrolla normas y procedimientos para asegurar la continuidad de la atención a los/as usuarios/as-clientes.

GP.a.7.- Existe un proceso interdisciplinario para el seguimiento de las situaciones psicosociales y de salud de las personas usuarias-clientes en el centro.

GP.a.8.- Existe un proceso interdisciplinario para la detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias-clientes del centro.

GP.a.9.- El centro dispone de normas, procedimientos y soporte material preciso para garantizar la mayor calidad de vida posible (incluyendo autonomía e inclusión social) de las personas usuarias-clientes en el centro.

GP.a.10.- El centro desarrolla normas y procedimientos para garantizar la igualdad de género tanto en oportunidades como en el trato recibido en el centro.

---

*GP.b.- Desarrolla y presta servicios y productos con la participación de los/as clientes y ciudadanos/as*

---

## Estándares

GP.b.1.- El centro desarrolla e implanta procedimientos para garantizar la participación multidisciplinar en la definición de las programaciones que se deben llevar a cabo con los/as usuarios/as.

GP.b.2.- El centro impulsa iniciativas de participación de las personas usuarias-clientes y sus familias en la toma de decisiones relativas a horarios, utilización de zonas comunes, actividades de ocio, etc., del centro.

GP.b.3.- El centro ha desarrollado e implantado un protocolo de actuación en el uso de medidas restrictivas de derechos por situación de necesidad.

GP.b.4.- Se dispone de procesos implantados que garanticen el uso seguro de la medicación, alimentación/nutrición, higiene.

GP.b.5.- El centro ha implantado procedimientos para que los/as usuarios/as, sus familias y los/as trabajadores/as expresen quejas, reclamaciones o sugerencias.

---

*GP.c.- Planifica y gestiona la modernización y la innovación*

---

Estándares

GP.c.1.- El centro dispone de un proceso de gestión de la calidad, que engloba a todos los ámbitos de la misma, asignando un/a responsable y soporte técnico y material para alcanzar los objetivos.

GP.c.2.- El enfoque del proceso de gestión de la calidad permite identificar, analizar, implantar y corregir oportunidades de mejora en todo el ámbito de la misma.

GP.c.3.- El centro evalúa indicadores de procesos clave.

## **VI. RESULTADOS EN CLIENTES (RC)**

### **Definición**

Qué resultados está alcanzando el centro en relación con la satisfacción de sus clientes.

### **Implicaciones clave**

Las personas clientes/ciudadanas son las receptoras o beneficiarias de la actividad, los productos o los servicios de las organizaciones.

Los centros prestan servicios de acuerdo a las políticas del gobierno central, Consejería y Dirección General y de sus asociaciones y son responsables de su rendimiento ante dichas administraciones.

Las mediciones de satisfacción de clientes y ciudadanos/as suelen realizarse sobre áreas que han sido identificadas como importantes por los grupos de clientes y se basan en lo que el centro puede mejorar en el marco de sus competencias específicas para la prestación de servicios.

Para todas las organizaciones es muy importante medir directamente la satisfacción de sus clientes y ciudadanos/as en relación con la imagen global del centro, los productos y servicios que presta, su transparencia y la participación de los/as clientes y ciudadanos/as. Generalmente, las organizaciones utilizan encuestas para conocer su satisfacción, pero pueden utilizarse otras herramientas complementarias tales como grupos focales, paneles de usuarios/as, etc.

En la medida de la satisfacción, los centros deberán esforzarse por aplicar instrumentos adecuados a las posibilidades y características de las personas usuarias, exponiéndolas en caso necesario, a situaciones y experiencias que permitan conocer su grado de satisfacción o insatisfacción. En algunas ocasiones deberán recurrir a sus familiares y amistades como fuentes de información.

## **Evaluación**

Tomar en consideración qué resultados ha alcanzado el centro en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de los y las clientes y ciudadanos/as, a través de:

---

*RC.a.- Resultados de las mediciones de la satisfacción de los/as usuarios/as-clientes.*

---

### **Estándares**

RC.a.1.- Se analizan los resultados de opinión sobre disponibilidad, uso y nivel de satisfacción de las personas usuarias, familiares y la comunidad con los diferentes servicios prestados por el centro.

RC.a.2.- Se analiza la disponibilidad y uso de buzones de sugerencias, cuestionarios, y otros sistemas dirigidos a detectar posibles oportunidades de mejora del centro.

---

*RC.b.- Indicadores utilizados para medir los resultados en los/as clientes*

---

### **Estándares**

RC.b.1.- El centro evalúa periódicamente los resultados de las encuestas realizadas a sus clientes (o a sus representantes) sobre grado de satisfacción, comida, habitación, espacios comunes, zonas de recreo, trato recibido, horarios, actividades organizadas.

RC.b.2.- Se han definido e implantado tiempos de respuesta a las quejas, sugerencias o reclamaciones.

## **VII. RESULTADOS EN PERSONAS (RP)**

### **Definición**

Se trata de los resultados que está alcanzando el centro en relación con la satisfacción de las personas que la componen.

### **Implicaciones Clave**

Las personas del centro son el conjunto del personal que trabaja en el mismo y aquellas otras que, directa o indirectamente, están al servicio de los/as clientes y ciudadanos/as.

Este criterio debe referirse a la satisfacción de todas las personas del centro y debe enlazarse con el criterio de gestión de recursos humanos.

Las mediciones deberán centrar su atención en las áreas sobre las cuales el centro tiene libertad para actuar.

Es importante para todas las organizaciones registrar directamente los resultados en las personas en lo que se refiere a la imagen que los/as empleados/as tienen del centro y de su misión, a las condiciones ambientales de trabajo, a la dirección del centro y de los sistemas de gestión, al desarrollo de la carrera profesional, al desarrollo de las capacidades del personal y a los productos y servicios que presta el centro.

Generalmente, las organizaciones realizan encuestas para conocer el grado de satisfacción del personal, pero pueden utilizarse otras herramientas complementarias (tales como los grupos focales).

Los centros disponen de una amplia variedad de indicadores internos que les permiten medir los resultados alcanzados en relación con las personas del centro, a su satisfacción, su rendimiento o desempeño, al desarrollo de sus capacidades, a su motivación y a su grado de compromiso con el desarrollo de la misión del centro.

## Evaluación

Tomar en consideración las pruebas de los resultados logrados en relación con:

---

*RP.a.- Resultados de las mediciones de la satisfacción y motivación de las personas*

---

### Estándares

RP.a.1.- Se estudia y analiza la satisfacción de las personas, garantizándose la realización de encuestas sistemáticas y periódicas o se utilizan otros sistemas de análisis de la satisfacción, garantizándose el *feedback* o retroalimentación a los/as agentes implicados/as.

RP.a.2.- Se realizan reuniones periódicas de seguimiento de objetivos estratégicos con profesionales, usuarios/as, familias y comunidad

RP.a.3.- El centro cuenta con indicadores de seguimiento de actividades formativas y asignación presupuestaria para las mismas.

---

*RP.b.- Indicadores de los resultados en las personas*

---

### Estándares

RP.b.1.- El centro mide el absentismo laboral y realiza un análisis posterior de las causas.

RP.b.2.- Se evalúa periódicamente el número y características de las incidencias relacionadas con el personal.

RP.b.3.- Se evalúa periódicamente la tasa de participación de los/as profesionales en actividades formativas.

RP.b.4.- Se evalúa periódicamente la tasa de participación de los/as profesionales en actividades de mejora.

RP.b.5.- Se evalúa periódicamente la tasa de participación del personal en foros de discusión internos.



## **VIII. RESULTADOS EN SOCIEDAD (RS)**

### **Definición**

Resultados que el centro está alcanzando para satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad.

Aquí se incluye la percepción de cómo el centro trata las cuestiones relacionadas con la calidad de vida, el medio ambiente y la conservación de los recursos globales, así como las propias mediciones internas de eficacia que tenga el centro. Asimismo contempla sus relaciones con las autoridades y otros órganos que afecten y regulen sus actividades.

### **Implicaciones clave**

El presente criterio medirá el impacto del centro en la sociedad al margen de su actividad principal o mandato legal.

Las mediciones pueden abarcar tanto las percepciones como, en su caso, los indicadores cuantitativos.

### **Evaluación**

Tomar en consideración qué está logrando el centro en su impacto en la sociedad, con referencia a:

---

*RS.a.- Resultados del rendimiento social*

---

Dependiendo de la naturaleza del centro y de su misión, los indicadores pueden referirse a:

Estándares

RS.a.1.- El centro evalúa los resultados de actividades de formación dirigidas a la comunidad.

RS.a.2.- El centro evalúa los resultados de sus actividades dirigidas a la creación y/o estabilización de empleo en la comunidad.

RS.a.3.- El centro evalúa los resultados de sus actuaciones para luchar contra las situaciones de especial marginación de las mujeres con discapacidad.

RS.b.2.- Se mide, evalúa y mejora la utilización de materiales reciclados.

## **IX. RESULTADOS CLAVE (RX)**

### **Definición**

Qué resultados está obteniendo el centro en relación con sus fines y objetivos específicos y con la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan un interés financiero o de otro tipo en el centro.

### **Implicaciones clave**

Los resultados clave del rendimiento se refieren a todos aquellos logros que el centro haya determinado que son esenciales y necesarios de medir para el éxito del centro a corto y largo plazo. Los resultados clave del rendimiento son medidas de la eficacia y la eficiencia o de la prestación de servicios o productos, de los fines y de los objetivos, incluyendo las metas específicas políticamente determinadas. Estas medidas serán tanto de tipo financiero como no financiero, y muchas de ellas estarán estrechamente conectadas con la política y estrategia (criterio 2) y con los procesos clave (criterio 5).

Los resultados se refieren a las mediciones del rendimiento del centro con respecto a la consecución de los fines y efectos de las actividades clave (eficacia) así como en relación con el funcionamiento interno del centro. Asimismo, pueden incluir mediciones del rendimiento del centro en cuanto al uso racional y económico que hace de sus recursos financieros (economía) y al uso eficiente de los mismos.

### **Evaluación**

Tomar en consideración las pruebas de las tendencias en los resultados que esté obteniendo el centro, en relación con:

---

### *RX.a.- Consecución de los objetivos*

---

Los resultados en la consecución de los objetivos pueden incluir:

#### Estándares

RX.a.1.- El centro mide y evalúa el grado de consecución de los objetivos definidos en la planificación estratégica.

RX.a.2.- El centro evalúa los resultados de sus actividades según contrato programa acordado con la Dirección General.

RX.a.3.- El centro mide, evalúa y mejora los indicadores de resultados de sus procesos clave.

RX.a.4.- El centro mide, evalúa y mejora los casos de trato discriminatorio, abusivo o degradante hacia las personas usuarias-clientes.

RX.a.5.- Se evalúan los resultados de actuaciones encaminadas a mejorar la intimidad de las personas usuarias-clientes.

RX.a.6.- Se evalúan los resultados de actuaciones encaminadas a mejorar los planes individualizados de los/as usuarios/as-clientes.

RX.a.7.- Se evalúan los resultados obtenidos en términos de inclusión social de las personas usuarias-clientes, en los ámbitos cultural, laboral, familiar, vivienda, etc.

---

*RX.b.- Rendimiento financiero*

---

Estándares

RX.b.1.- El presupuesto anual está en consonancia con los objetivos previstos.

RX.b.2.- Se acredita el destino de las ayudas y subvenciones percibidas.

RX.b.3.- Se realiza control presupuestario al menos trimestralmente.

RX.b.4.- Se evalúan y corrigen las desviaciones detectadas en el seguimiento presupuestario.

RX.b.5.- Se evalúan y mejoran las causas origen de sanciones impuestas por la Administración.

RX.b.6.- Se realizan auditorías financieras.



# **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

---





## GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

**Acreditación en Calidad:** Evaluación externa del nivel de calidad de una organización o un servicio, usando normas preestablecidas y otorgamiento de un certificado al centro.

**Auditar:** Examinar, revisar, inspeccionar, la gestión y servicios de una entidad a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por la ley o las normas de referencia.

**Centros residenciales:** Son los destinados a servir de hogar sustitutivo, de forma temporal o permanente, a personas que por su discapacidad unida a su problemática socio familiar y económica, no puedan ser asistidas en su medio familiar, o no puedan vivir de forma independiente. Existen distintos tipos de centros residenciales, clasificados en función del grado de autonomía de las personas que pueden atender: residencias para personas gravemente afectadas, residencias para personas con graves y continuados trastornos de conducta, residencias de adultos/as, viviendas tuteladas.

**Centros de día:** Son los destinados a la atención de personas que por su discapacidad no puedan integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, o que por su gravedad, requiriendo de atención continuada, no puedan ser atendidos por su unidad de convivencia durante el día.

Los centros de día, según el régimen de atención dispensado a las personas usuarias, se clasifican en: unidades de estancia diurna y centros ocupacionales.

**Calidad de la atención:** Medida en que los servicios de atención a personas con discapacidad se orientan a las necesidades y expectativas de sus clientes y otros grupos de interés.

**Certificación:** Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

**Dato:** Observación no interpretada o hecho.

**Director/a:** Persona responsable que dirige, controla, supervisa y gestiona una organización o un componente de la misma

**Eficiencia:** Relación entre los resultados de la atención a los/as usuarios/as y los recursos utilizados en la misma.

**Equipo de evaluación o de auditoría:** Grupo de profesionales designados por la entidad de evaluación externa que trabajan conjuntamente, de acuerdo con las normas del manual de evaluación externa, para llevar a cabo una evaluación de un centro.

**Evaluación:** Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de normas o estándares.

**Evaluable/a:** Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para asumir esa responsabilidad. Sinónimo de Auditor/a.

**Evaluar:** Convertir los datos en información a través de su análisis.

**Indicador:** Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento.

**Información:** Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones.

**Listado de comprobación:** Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes cuyas respuestas permiten deducir con claridad, que los requisitos especificados en la norma se cumplen o no por el centro solicitante de la evaluación externa.

**Liderazgo:** Forma de influir la acción de un grupo profesional determinado, tanto en la elección de sus objetivos como en su obtención.

**Líderes:** Aquellos miembros de la organización, con ciertos atributos inherentes a su cargo, capaces de motivar y llevar a cabo una misión.//Responsables de motivar y estimular a los/as profesionales que de ellos/as dependen, de crear equipo o prepararlo con el fin de conseguir los objetivos fijados.

**Manual de Evaluación Externa de la Calidad:** Documento que describe las normativas, el organismo de evaluación externa, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de evaluación.

**Medición:** Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

**Mejora de la Calidad:** Modo de trabajo de las organizaciones que incluye el análisis y mejora continuada de los procesos de gestión y prestación de servicios de atención para satisfacer las necesidades de los/as usuarios/as y de otros grupos de interés.

**Norma:** Enunciado que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la atención.

**Organización:** Conjunto de personas relacionadas entre sí, con un fin común, aceptable y explícito, para lo que utilizan ciertos recursos. Una asociación, un centro, un servicio, un ente administrativo pueden ser denominadas «organización», dependiendo del contexto de referencia.

**Plan:** Programa o proyecto básico de actividades para llevar a cabo acciones destinadas a un determinado fin. Un plan especifica las etapas, de decisión u operativas, para conseguir cada uno de los objetivos planteados.

**Procedimiento:** Secuencia definida de actividades para unos fines determinados. Sinónimo de método, sistema o técnica.

**Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

**Proceso de evaluación externa:** Conjunto de actividades secuenciales y definidas en el *Manual de Evaluación Externa* por las que una organización es acreditada. El proceso tiene su entrada en la solicitud de evaluación y su salida en la emisión del certificado por la Entidad de Evaluación Externa de la Calidad.

**Programa:** Conjunto de la estructura, recursos y procesos que se destinan por un centro específicamente para el cumplimiento de un objetivo.

**Protocolo:** Actos y reglas que rodean un acto determinado. Son herramientas que se elaboran a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia, la opinión de expertos y el consenso de los profesionales.

**Sistema de Calidad:** Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad en una organización.

**Validez de los datos:** Verificación de la exactitud; refleja la verdadera situación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---



## BIBLIOGRAFÍA

---

AENOR. Normas ISO 9000: 2000.

Alemán Bracho C. El Sistema Público de Servicios Sociales en España. En: Fernández García T, Ares Parra A (coords.). Servicios Sociales: Dirección, Gestión y Planificación. Madrid: Alianza Editorial, 2002.

Cabra de Luna MA. Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no-discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. Revista del Ministerio de Trabajo Social y Asuntos Sociales 2004; 50: 13-21.

Cánovas Sánchez F, Pardavila Martínez B. La gestión de la calidad en servicios sociales. Madrid: IMSERSO, 2004.

Casado Pérez D, Egea García C. Las estrategias para el cambio pro inclusión social de las personas con discapacidad. En red: <http://usuarios.discapnet.es>. Consulta 13/10/2004.

Conceptos Fundamentales de la Excelencia. En red: <http://www.efqm.org>, Consulta 1/09/2005.

Confederación Nacional Griega de Personas con Discapacidad. Foro Europeo de la Discapacidad. Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Colección CERMI nº 7, julio. 2003. Publicado en Disability and social participation in Europe, Eurostat, 2001.

Consejería de Asuntos Sociales. Acuerdo de 2 de diciembre de 2003, por el que se aprueba el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía (PAIPDA) 2003-2006. BOJA nº 3 de 7 de enero de 2004.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Decreto 258/2005, de 29 de diciembre de 2005, por el que se regulan la organización y funciones de los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad de Andalucía. BOJA 250 de 27 de diciembre de 2005.

Consejo de Europa. Conclusiones de la Presidencia de la Cumbre de Niza. Agenda Social Europea: Un nuevo impulso para la Europa Económica y Social. Niza. Marzo 2002.

Consejo de Gobierno. Plan General de Inspección de las Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2005-2006. BOJA nº 30 del 14 de febrero de 2006.

Consejo de Ministros. II Plan de Acción para las personas con Discapacidad 2003-2007. Madrid: IMSERSO, 2003.

Declaración de los Derechos de los Impedidos Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975. Asamblea General de la ONU. En red: [http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/72\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/72_sp.htm). Consulta: 22/02/2006.

Declaración de Madrid. Congreso Europeo de la Discapacidad. Madrid. 20 a l 23 de abril de 2002 En red: <http://www.discapnet.es/documentos/tecnica/0454.html>. Consulta 22/02/2006.

Decreto 258/2005, De 29 de diciembre de 2005, por el que se Regulan la Organización y Funciones del los Centros de Valoración y Orientación de Personas con Discapacidad de Andalucía. Boja 250 de 27 de diciembre de 2005.

Duflos C. The European Opinión Research Group. Eurobarómetro 54.2. Los Europeos ante las minusvalías. Servicio de Prensa y Comunicación de la Unión Europea, 2001.

Duque Gómez JM. La Calidad en las Administraciones Públicas. IV Plan de Formación Superior en Servicios Sociales: Dirección. Madrid: IMSERSO-COPM, 2004.

Egea García C, Sarabia Sánchez A. Visión y modelos conceptuales de la Discapacidad. En red: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/index.htm>. Consulta 22/02/2006.

Eurostat 2001. Cambois E. Disability and Social Participation in Europe, basado en ECH, Wave III, 1996.

Fernández Gutiérrez CR. La igualdad de oportunidades, la no-discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Documentación Social 2003; 130: 25-40.



Fernandez Villará-Ara A. Diferentes enfoques de la gestión de la calidad. En: Setién ML, Sacanell E (Coord). La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias. Tirant lo blanch: Políticas de Bienestar Social. Valencia, 2003

Fundación Vasca de la Calidad. La calidad y su evolución. En: [www.euskalit.net](http://www.euskalit.net). Consulta 22/02/2006.

Garau J (INTRESS). Metodología para la implantación de un sistema de gestión de la calidad para las ONG (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas). Documentación Social. Julio-septiembre 2002;128:197-217.

García Fernández T, Ares Parra A (Coords.) Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación. Madrid: Alianza Editorial Ciencias Sociales, 2002.

Guillén Sabada E, Pérez Madera D. Procesos de mejora: calidad, decisiones, innovación. En: Fernández García T, Ares Parra A (Coords.) Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación. Madrid: Alianza Editorial Ciencias Sociales, 2002.

Hernán García M, Cabrera León A. Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2004.

II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. INE. Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales, 1999.

INEM. Resumen Anual de Datos. Persona con Discapacidad. Observatorio Profesional: Informe y Estudios, 2002. En red: <http://www.inem.es/>

Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. Consejo Económico y Social. Diciembre de 2003.

Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Informe de Evaluación del Plan de ordenación de la red de centros de servicios sociales especializados de atención a personas con discapacidad psíquica en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, 2000.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. La discapacidad en cifras. Madrid: IMSERSO, 2002.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid: IMSERSO, 2000.

Lacasta JJ. La experiencia de FEAPS en el proceso de implantación de la calidad (o el esfuerzo de un sector por situarse en nuevos paradigmas). Documentación Social. Julio-septiembre 2002; 128: 291-304.

Ley 1/1999 de 31 de marzo. Ley de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. Parlamento Andaluz. BOJA de 17 de abril de 1999.

Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos. BOE nº103 de 30 abril de 1982.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. BOE nº289 3 de diciembre de 2003.

Los derechos humanos de las personas con discapacidades distintas. Movimiento de los Pueblos para la Educación de los Derechos Humanos.

En red: <http://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>. Consulta 22/02/2006.

Medina Tornero ME. Implantación de la calidad en las ONG. II Parte: Tendencias en la gestión de la calidad. FAMDIF/COCEMFE, 2004.

Modelo EFQM de Excelencia. En red: <http://www.clubcalidad.es>. Consulta 22/02/2006.

Oficina del Portavoz del Gobierno. Referencias del Consejo de Gobierno. El Nuevo Plan de Inspección De Servicios Sociales velará por garantizar los derechos de los Usuarios. Consejo de Gobierno del día 24 de enero de 2006.

En red: [http://juntadeandalucia.es/SP/JDA/CDA/Secciones/Consejo\\_de\\_Gobierno/JDA-Consejo/0,20322,24%257C01%257C2006,00.html#n4](http://juntadeandalucia.es/SP/JDA/CDA/Secciones/Consejo_de_Gobierno/JDA-Consejo/0,20322,24%257C01%257C2006,00.html#n4) . Consulta 22/02/2006.

OMS. Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CDDM). Ginebra: OMS, 1980.

OMS. Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF). Ginebra: OMS, 2001.

ONU. Las Naciones Unidas y las personas con discapacidad. En red: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y20.htm>. Consulta 22/02/2006.

Orden 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad, BOJA 81 de 15 de julio de 1997.

Pereda Martín S, Berrocal Berrocal F. Gestión de Recursos Humanos por competencias. Madrid: Ramón Areces, 1999.

Pereyra Etcheverría M. Para comprender la discapacidad: Una visión general de la exclusión/inclusión social de las personas con discapacidad. Documentación Social 2003; 130: 9-25.

Pérez Lázaro JJ, García Alegría J, Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17 (5): 305–11.

Pérez Lázaro JJ. La introducción a la calidad. Experto Universitario en Gestión de los Servicios Sociales y Sanitarios. EASP. 2004

Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio por el que se regulan las cartas de servicios y los premios de calidad en la Administración General del Estado. BOE de 10 de agosto de 1999.

Sancho Frías I. Personas con discapacidad y Trabajo social. Área de Conocimiento: Trabajo Social y Servicios Sociales. Departamento: Antropología y Trabajo Social. En red: <http://www.ugr.es/~eutrasoc/> Consulta: 22/02/2006.

Setién ML, Sacanell E (Coord). La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias. Tirant lo blanch: Políticas de Bienestar Social. Valencia, 2003.

Tejedor Fernández M, Pérez Lázaro JJ, García Alegría J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(2): 125-31.

Verdugo MA, Vicent C, Campo MI, Jordán de Urríes B. Definiciones de discapacidad en España: Un análisis de la normativa y la legislación más relevante. Servicio de Información sobre Discapacidad. 2001. En red. <http://sid.usal.es/> 22/02/2006.

VVAA. La calidad como imperativo en la Acción Social. Documentación Social. Julio-septiembre 2002 n° 128.

## PRINCIPALES PÁGINAS WEB DE INTERÉS

Mejora de la calidad de la atención a personas con Discapacidad en Andalucía. Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.  
<http://mago.easp.es/DotNetNuke/Default.aspx?alias=mago.easp.es/DotNetNuke/mcapd>

Soluciones ONG. Canal Solidario.

[http://www.solucionesong.org/informate1.asp?id\\_area=2](http://www.solucionesong.org/informate1.asp?id_area=2)

Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

<http://www.feaps.org>

Institut Català de Serveis d'Assistència i Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. Indicadors d'avaluació. Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS.

[http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq\\_03.htm](http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq_03.htm)

Calidad en ONG de acción social.

<http://www.q-ong.org/noticias.php?idnoticia=55>

ONG con Calidad

<http://www.ongconcalidad.org/descubrir.htm>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

[http://www.seg-social.es/imsero/imsero/i0\\_cartas.html](http://www.seg-social.es/imsero/imsero/i0_cartas.html)

Aenor

<http://www.aenor.es>

EFQM

<http://www.efqm.org>

Movimiento de los Pueblos para la Educación de los Derechos Humanos.

<http://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>

UN Enable. Promoting the Rights of Persons with Disabilities.

<http://www.un.org/esa/socdev/enable>

Discapnet

<http://www.discapnet.es>

Instituto de Empleo. Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

<http://www.inem.es/ciudadano/empleo/minus/minus.html>

Biblioteca Dag Hammarskjöld. El Día Internacional de los Impedidos.

<http://www.un.org/depts/dhl/spanish/dispersons/>



## LISTADO DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

DGPD	Dirección General de Personas con Discapacidad
AAMR	<i>American Association on Mental Retardation</i> (Asociación Americana sobre Retraso Mental)
AENOR	Asociación Española de Acreditación y Normalización
APROSMO	Asociación Promotora de Minusválidos Psíquicos de Motril.
ASPACE	Asociación de Parálíticos Cerebrales de España
ASPACE-Andalucía	Confederación Andaluza de Asociaciones de Parálisis Cerebral
CAF	<i>Common Assessment Framework</i> (Marco Común de Evaluación)
CAMP	Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos
CANF-COCEMFE	
Andalucía	Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica
CEAR	Comisión Española de Ayuda al Refugiado
CEDD	Centro de Documentación sobre Discapacidad del Real Patronato
CEDISS	Centro sobre Documentación en Servicios Sociales
CERMI	Comité de Entidades Representantes de Minusválidos
CIBS	Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
CO	Centros Ocupacionales
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i> (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)
FADME	Federación Andaluza de Asociaciones Pro Deficientes Mentales
FEAPS	Confederación Española a favor de las Personas con
FEIDS	Federación Española de Síndrome de Down
FSGG	Fundación Secretariado General Gitano
ICASS	Instituto Catalán de Servicios Sociales
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INTRESS	Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales
MAP	Ministerio de Administraciones Públicas
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
NAS	<i>National Autistic Society</i>
ONG	Organización No Gubernamental sin ánimo de lucro
PAIDPA	Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad
SID	Servicio de Información sobre Discapacidad
SIIS	<i>Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa</i> (Centro Documentación y Estudios)
SS.SS.CC.	Servicios Sociales Comunitarios
SS.SS.EE.	Servicios Sociales Especializados
UED	Unidades de Estancias Diurnas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Cultura y la Educación





