

Criterios y estándares de  
CUIDADOS  
EN RESIDENCIAS  
DE MAYORES

*Autonomía y dignidad en la vejez*



**AMEG**

DOCUMENTO DE CONSENSO

Coordinador:  
Antonio Eduardo Peñafiel Olivar

Criterios y estándares de  
CUIDADOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

---

*Autonomía y dignidad en la vejez*

Criterios y estándares de  
**CUIDADOS**  
**EN RESIDENCIAS**  
**DE MAYORES**

*Autonomía y dignidad en la vejez*

AMEG-DOCUMENTO DE CONSENSO

COORDINADOR:

Antonio Eduardo Peñafiel Olivar



**EDITA:**

Asociación de Enfermería Gerontológica de Madrid (AMEG)

**AUTOR Y COORDINADOR:**

ANTONIO EDUARDO PEÑAFIEL OLIVAR  
•Vicepresidente de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica.

**COAUTORES:**

EDUARDO SEYLER GARCÍA  
•Presidente de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica.

ALBERTO LÓPEZ ROCHA  
•Presidente de la Sociedad de Médicos de Residencias

FERNANDO MARTINEZ CUERVO  
•Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

JUAN JOSÉ TARÍN  
•Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Sociosanitaria.

ELÍAS MARTÍN MORENO  
•Diplomado en Enfermería.  
•Jefe de Área Técnico Asistencial - Residencia Carabanchel  
•Vocal de Relaciones Institucionales de Ameg.

**ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ**

•Antropólogo. Enfermero.  
Jefe de estudios de la Eve Salus Infirorum.  
•Director de la Residencia de Carabanchel.

**OLGA CURES RIVAS**

•Fisioterapeuta. R.Pp.Mm Alcorcón. Servicio Regional de Bienestar Social

**JUAN RICO BERMEJO.**

•Diplomado en trabajo social del Servicio de Promoción de la Salud – Sub. de Promoción de la Salud y Prevención de la D.G. de Atención Primaria- Conserjería de Sanidad

LUIS MIGUEL NOVILLO BRICEÑO  
•Jefe de Área Técnico Asistencial Residencia de Manteras (Servicio Regional de Bienestar Social)

**MARILIA NICOLÁS DUEÑAS**

•Profesora de Eg Escuela Puerta de Hierro. CAM-UAM

CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO  
•Enfermero, Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.

**JUAN MANUEL CUÑARRO ALONSO**

•DUE Residencia de Ppmm Manteras Madrid.  
•Miembro de la Junta Directiva de Ameg Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica

**CARMEN BERENGUER BORT**

•Enfermera. Secretaria Tesorera de Ameg. Directora de la revista

**CONSUELO GALLARDO BAYÓN.**

•Enfermera especialista en incontinencia.

**MARÍA TERESA RODRIGUEZ**

•Enfermera.  
•Vocal de Formación de Ameg

**CRISTINA FERNÁNDEZ GUARDIA**

•Vocal de Formación de Ameg.

**JOSÉ ANTONIO PINTO FONTANILLA**

•Servicio de Promoción de la Salud – Sub. de Promoción de la Salud y Prevención de la D.G. de Atención Primaria- Comunidad de Madrid.

**DR. DOMINGO PALACIOS CEÑA**

•Departamento de Enfermería. Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

**DR. PRIMITIVO RAMOS CORDERO**

•Presidente de SMGG

**DR. JERÓNIMO NIETO LÓPEZ-GUERRERO**

•Secretario de SMGG

## Prólogo

Vivir con autonomía y dignidad es un objetivo vital básico de cualquier ser humano, autonomía para poder tomar decisiones relacionadas con la vida, y dignidad para ser reconocido como persona y como ciudadano de pleno derecho que vive en un territorio determinado.

Cuando por razones de salud o de otra índole el ser humano se vuelve dependiente, o dicho de otra manera cuando necesita ser cuidado en mayor o en menor medida para realizar su vida diaria, el hombre sigue siendo el mismo, y la autonomía para decidir sobre su vida y la dignidad que le habilita como ser humano se hace si cabe más importante que cuando no tenía ningún tipo de dependencia.

El ingreso en un centro para poder ser cuidado en los usuarios dependientes, supone trasladar la casa de uno/a a ese nuevo espacio, que nunca será como el hogar donde uno ha vivido, pero que al menos requiere unos ingredientes mínimos, para que estos ciudadanos puedan vivir con bienestar, libertad y dignidad el tiempo que les quede de vida, o hasta que recuperen el nivel de autonomía necesario para volver a su domicilio.

Estos ingredientes o amenidades, se deben centrar en mejorar la calidad de vida de estos usuarios de la manera más individualizada posible, de tal forma que por cada residente exista un proyecto vital, inserto en la generalidad y peculiaridad de organizaciones flexibles que deben adaptarse a las

CON LA COLABORACIÓN Y EL RECONOCIMIENTO CIENTÍFICO DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:



PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Ediciones **Marañón**. Calle Gobernador, 49. 28300 Aranjuez. Madrid.

ISBN: 978-84-936555-7-0

DEPÓSITO LEGAL: M-0000/2010

necesidades de sus usuarios, y de forma específica a intentar responder con eficiencia y eficacia a un ciudadano dependiente cada vez más informado, y por qué no decirlo, cada vez más exigente, como verdadero cliente consumidor de servicios que atienden a la dependencia.

El documento que ofrece la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), conjuntamente con otras Sociedades Científicas y sociales relacionadas con el mundo de la atención a la dependencia, supone el establecimiento de unos mínimos técnicos y de valores que configuran un modelo humanista de gestión de las residencias de mayores, con una base estructural basada en una serie de valores prioritarios, y esenciales sobre los que se derivan todos los servicios de este tipo de organizaciones.

Estos valores determinan para nosotros, los fundamentos mínimos que deben tener las residencias de mayores para responder de forma digna a las necesidades de sus usuarios:

«Necesitamos espacios en los que se potencie la autonomía y la libertad a la hora de planificar la vida individual en el centro, dando prioridad a la intimidad, dignidad, y confort del ciudadano que vive y recibe servicios en estas organizaciones».

Con esta filosofía de partida este texto pretende aportar unos estándares mínimos, diseñados por profesionales expertos del sector, con un lenguaje profesional claro y sin ambigüedades, que sea útil para gestionar la calidad de los servicios ofertados en una residencia de mayores.

Este proyecto persigue la adhesión de las organizaciones, instituciones, políticos, gestores, profesionales y usuarios, a una forma de entender la atención al dependiente, donde prevalece una visión integral del ciudadano donde la equidad, la solidaridad y la libertad de decisión, se integren en una sociedad para todas las edades y todas las posibles realidades físicas, psicológicas, sociales y funcionales.

Desde la AMEG, y nuestras organizaciones hermanas que se han unido a este documento, queremos contribuir al desarrollo de una conciencia social que exija a nuestros gobernantes, que los más vulnerables sean atendidos de la forma que se merecen, que los cuidados de los dependientes se profesionalicen, desarrollando la tecnología del cuidado como instrumento de la calidad de vida, que el respeto a la autonomía en la toma de decisiones de este ciudadano sea salvaguardada en cualquier espacio donde pueda vivir, y que toda la población Española sea el centinela de visión permanente, que sin mirar para otro lado vigile los servicios que reciben especialmente los que no tienen voz para quejarse ante un servicio inadecuado.

Por todo esto les quiero presentar el documento marco, en el que plasmamos los estándares mínimos, a juicio de nuestro grupo de expertos, que deberían cumplir las residencias de mayores que provean servicios a dependientes.

Como coordinador del grupo quiero agradecer a las organizaciones que han participado en este proyecto, a las organizaciones de usuarios, al Colegio de Enfermería de Madrid, y a todos los residentes que de alguna manera nos han enseñado cómo quieren ser cuidados y cómo quieren recibir los servicios.

ANTONIO PEÑAFIEL OLIVAR  
*Autor y coordinador del texto*

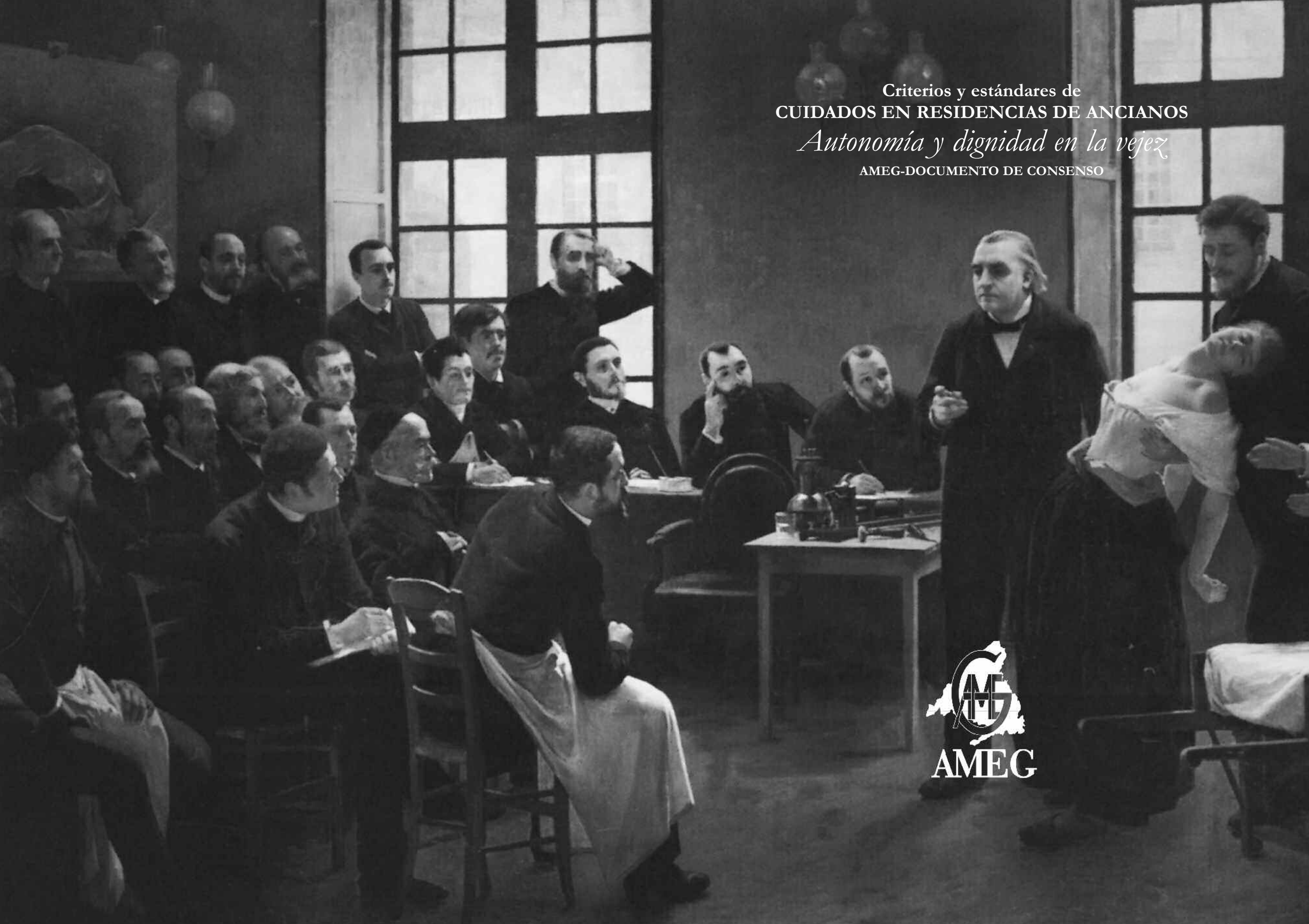
## Índice

1. Introducción .....	15
2. Modelo asistencial de referencia. ....	19
3. Metodología del trabajo. ....	23
4. Criterios y estándares clave en los cuidados. ....	25
4.1 Ingreso, acogida, y coordinación de la asistencia (I.A.C.) .....	25
4.2 Valoración de necesidades y problemas (V.N.P.) .....	31
4.3 Asistencia y cuidados (A.C.) .....	36
4.4 Prevención y educación (P.E.) .....	47
4.5 Agonía, éxitus y duelo (A.E.D.) .....	50
4.6 Finalización de la estancia (F.D.E.) .....	53
5. Derechos y deberes de los residentes. ....	57
6. Criterios y estándares de apoyo en los cuidados. ....	65
6.1 Gestión de la calidad (G.C.A.) .....	65
6.2 Gestión de personal (G.P.) .....	70
6.3 Gestión del conocimiento y la información (G.C.I.) .....	75
6.4 Gestión de la organización (G.O.) .....	79
7. Bibliografía consultada. ....	85
8. Glosario de términos. ....	89

Criterios y estándares de  
CUIDADOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

*Autonomía y dignidad en la vejez*

AMEG-DOCUMENTO DE CONSENSO



## 1. Introducción

Hemos ganado años a la vida. Somos más longevos, vivimos más y esto hace que el incremento de la población mayor en las sociedades desarrolladas y concretamente en nuestro País se halla incrementado notablemente: Un 16,6% de la población Española son mayores de 65 años (7.332.267). Las comunidades más longevas son Cataluña, Andalucía y Madrid según los datos del padrón de enero de 2005.

En la Comunidad de Madrid contamos con 847.250 personas mayores de 65 años, representando un 14,2% de la población, de los que en torno a un 5,07% viven en Residencias. Hay que añadir el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir el aumento del colectivo de mayores con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en tan solo 20 años; representando un 20% de la población mayor de 65 años de la Comunidad de Madrid.

Es una obligación moral de las sociedades modernas como la nuestra, atender las necesidades de aquellas personas mayores que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria y alcanzar una mayor autonomía personal; y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Según la *Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* en su título 2, promueve



«La calidad y eficacia del sistema para la autonomía y atención a la dependencia», en el capítulo I, artículo 34, *Calidad en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia*, afirma: «El sistema para la autonomía y atención a la dependencia fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios».

La Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica nace y mantiene la siguiente misión: *Hacia una ciencia, y arte del cuidar, digna, humana y de calidad para nuestros mayores*. En el marco de esta misión ponemos en marcha una campaña cuyo lema es: *Autonomía y dignidad en Residencias de mayores*, dentro de esta campaña queremos aportar un documento de posicionamiento, en el que se detallan los criterios y estándares básicos para proporcionar una asistencia digna en Residencias de Mayores. El presente documento se denomina: *Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores*.

Este documento se ha elaborado por profesionales expertos en la asistencia, gestión, investigación y formación del sector. Además hemos contado con la participación y el aval de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, la Sociedad Española de Enfermería Sociosanitaria, la Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología, el Colegio de Enfermería de Madrid, la Sociedad Española de Médicos de Residencias y con la visión del usuario por parte de la Confederación Española de Personas Mayores.

Una visión completa para un trabajo complejo como son los cuidados de media y larga duración, donde convergen múltiples servicios que persiguen satisfacer las necesidades de un usuario con una casuística diversa a la que hay que responder de forma eficiente, ofertando servicios de calidad y centrados en servir a este ciudadano.

Nuestra propuesta puede ser utilizada por cualquier organización y servicio que se identifique con nuestro modelo y nuestra filosofía de trabajo, con el propósito de mejorar su organización, o conseguir si procede la certifica-

ción por parte de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), y/o las organizaciones firmantes del documento.

El objetivo final de este proyecto es contribuir a crear un modelo residencial del siglo XXI:

*Organizaciones democráticas, dinámicas e independientes, que tienen como misión principal conseguir el bienestar social de las personas mayores, donde prime la personalización de la atención, orientando la actividad asistencial hacia la excelencia.*

## 2. *Modelo asistencial de referencia*

El perfil de usuario al que nos dirigimos es claramente sociosanitario:

*Una persona que no puede cuidarse por sí misma (dependiente), y que necesita intervenciones de tipo social, vinculadas con la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, y sanitarias relacionadas con la aparición de enfermedades, y donde convergen estas dos necesidades de forma simultánea.*

Usuario heterogéneo y con diferentes grados de complejidad; desde los que tienen distintos niveles de dependencia con pocas necesidades sanitarias, hasta los que cuentan con importantes necesidades sanitarias:

*Usuarios con deterioro cognitivo y alteraciones psiquiátricas y conductuales, convalecientes con necesidades de rehabilitación, con necesidad de Cuidados Paliativos, Trastornos Mentales, etc.*

El modelo asistencial debe ser dinámico y flexible de atención integral y global, para poder atender de forma adecuada todas las necesidades bio-psico-sociales, en continuo cambio de esta población.

El enfoque filosófico de este documento se sustenta sobre el lema de esta campaña: *Autonomía y dignidad en la vejez*:

- Asegurar que todos los mayores, y sobre todo los más vulnerables reciban una atención de calidad.
- Potenciar la autonomía y libertad individual.
- Respeto y calidad de trato a los mayores.
- Calidad de vida por encima de cantidad de vida.
- Salvaguardar la voluntad y decisión individual.
- Humanización por encima de tecnología.
- Evitar el dolor y el sufrimiento innecesario.
- Nunca ageísmo e infantilización del mayor.
- Respeto a la intimidad.
- Muerte digna sin sufrimiento.

La misión en este modelo es:

*Proporcionar una atención global, que de forma integral, responda a las necesidades de cuidados —sociales, sanitarios, culturales, funcionales, psicológicos, y espirituales—, mediante la oferta de un abanico de servicios, que a la vez que persiguen el mayor nivel de calidad, se realicen respetando la autonomía, y dignidad de la persona.*

Los valores que enmarcan la aplicación del modelo son:

- Prevalencia de la **autonomía**.
- Salvaguarda de la **dignidad**.
- Respeto a la **intimidad**.
- Trabajo en **equipo**.
- Individualidad** en la atención.
- Flexibilidad** en la atención.
- Concepción **integral** del usuario.
- Búsqueda del **desarrollo personal**.
- Perseguir el **confort**.

El modelo que proponemos está basado en el respeto del proyecto individual del usuario como elemento de búsqueda de calidad de vida. En este contexto la voluntad del usuario y familiares serán un referente fundamental en las intervenciones del servicio.

Sólo mediante el respeto a la dignidad, intimidad, e intervención integral de la persona podremos obtener un servicio ajustado a las demandas de estos usuarios. El trabajo en equipo de los profesionales nos asegura una intervención coordinada que bajo un mismo prisma consiga el confort y la satisfacción en el servicio percibido por el residente.

### 3. Metodología del trabajo

Los procesos son las secuencias de valor añadido que se realizan en las organizaciones para implementar un servicio. En esta forma de entender las organizaciones como entidades que se gestionan por procesos, cobra importancia la relación entre el cliente/usuario-proveedor. Esta relación puede ser a nivel interno entre la plantilla y los directivos, entre los propios trabajadores, o entre el profesional y el cliente externo.

Los procesos están compuestos por secuencias de actividades, y éstas por tareas que son el formato más práctico en el cumplimiento de un servicio. Este documento se centrará en los procesos y actividades que las organizaciones firmantes y el grupo de expertos que lo avala, entienden que son mínimos para proporcionar una asistencia de calidad y digna en residencias de ancianos dependientes.

Dividiremos el trabajo en dos partes, basándonos en la clasificación de procesos de Hammer y Champy, 1993:

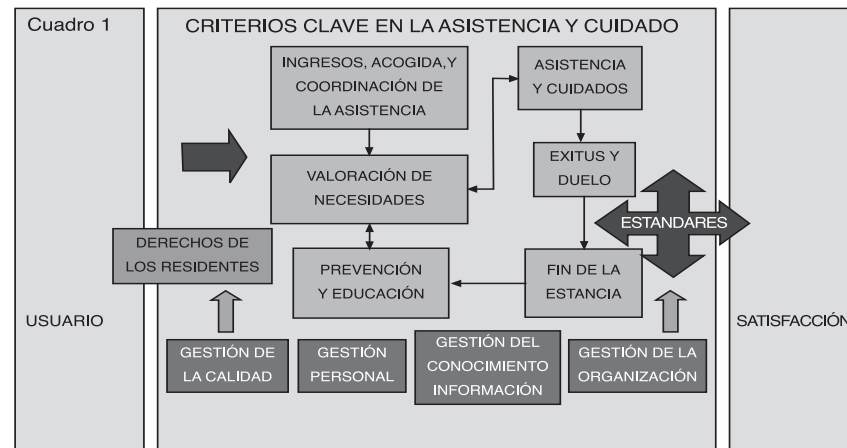
1. *Procesos clave u operativos*: Aquellos que tienen un impacto directo en la satisfacción del usuario. Ejemplo, *Atención y cuidados*.
2. *Procesos de apoyo*: Esenciales para la gestión de los anteriores. No se ejecutan directamente sobre el usuario, pero sin ellos no se pueden asegurar los procesos clave. Ejemplo, *Gestión de Personal*.

Con este enfoque y modelo conceptual, nos centraremos en los procesos y en los criterios y estándares mínimos de cada uno de los dos tipos de procesos anteriormente descritos, con un enfoque selectivo hacia los que tienen un mayor impacto en la satisfacción de las necesidades de cuidados sociosanitarios de los usuarios.

Clasificaremos el documento en dos grandes apartados:

1. *Criterios y estándares en procesos clave en los cuidados.*
2. *Criterios y estándares en procesos de apoyo en los cuidados.*

Dentro de cada apartado tendremos varios criterios referidos a aspectos determinantes en el servicio de estos centros, y en cada criterio están definidos varios estándares con sus elementos de medida que evidencian el cumplimiento del estándar (*Cuadro 1*).



Como referencia básica, consideramos prioritario que los criterios y los estándares giren sobre los nueve valores de este modelo: Autonomía, dignidad, intimidad, individualidad, flexibilidad, integridad, desarrollo personal, confort, y trabajo en equipo. En cada apartado de este documento de forma directa o indirecta, estarán presentes estos valores, como forma de entender el cuidado y la atención en residencias de mayores.

## 4. Criterios y estándares en procesos clave en los cuidados

### 4.1. Ingreso, acogida y coordinación de la asistencia (I.A.C.)

*Definición: Criterio centrado en la recepción del usuario su familia y/o tutor, la detección de sus necesidades, la adaptación al centro, la puesta en marcha de un plan inicial de intervención, y la coordinación de todos los servicios que demanda.*

**I.A.C. 1:** La organización cuenta con un procedimiento de ingreso y acogida del usuario documentado, y acorde con la misión, objetivos, y valores de la organización.

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento documentado que define el proceso de ingreso y acogida.
2. El personal implicado conoce el proceso y lo aplica.
3. Si los recursos y servicios de la organización no permiten atender al usuario se le comunica al interesado o a la entidad que le envía.
4. Existe cita previa, días antes del ingreso para que el usuario conozca el centro, y se vaya familiarizando con el.

**I.A.C. 2:** El usuario es recibido en el ingreso por el personal encargado, que decida la organización y es informado de sus derechos, deberes, servicios del

centro, y la información clave que debe conocer de la organización.

*Evidencias:*

1. Existen manuales de acogida donde se informa al usuario familia o tutores legales de sus derechos y deberes.
2. Se informa al usuario y familia si procede, asegurándose de que lo entiendan, de los servicios propios del centro, la organización del centro, y el personal de referencia.
3. Se informa al usuario claramente de los servicios propios del centro y los que tiene que cubrir por su cuenta.
4. Se le informa del procedimiento para salvaguardar sus pertenencias.

**I.A.C. 3:** La organización cuenta con un procedimiento de valoración en el momento del ingreso, centrada en los problemas y demandas del usuario que requieren una intervención inmediata, respetando sus deseos, voluntad, y creencias.

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento documentado de valoración al ingreso.
2. Existe una evaluación médica, de enfermería y social centrada en las necesidades que requieren intervención inmediata.
3. Se recogen los datos básicos que la organización y el equipo tiene que conocer: problemas que supongan un riesgo para cualquier miembro de la organización y usuarios, y el mismo residente y otros datos fundamentales para el cuidado del usuario.
4. Se documenta un plan provisional de intervención, que contenga al menos: diagnóstico y tratamiento médico, cuidados de enfermería, consideraciones psicosociales, y tratamiento rehabilitador.
5. Se recogen las creencias y costumbres culturales para que no interfieran en los cuidados y en la satisfacción del usuario.
6. Se informa al usuario y familia si procede, del plan inicial de intervención, y se acuerdan los objetivos e intervenciones terapéuticas iniciales.

7. Se informa al personal implicado en el cuidado de los datos que deben conocer y las medidas especiales a considerar en su atención si fuera necesario.
8. Se informa al usuario y a la familia de las consideraciones que los profesionales identifican que deben conocer en cuanto a la complejidad del cuidado, pronóstico, riesgos, dificultades, etc.
9. Se plasma la voluntad del usuario, familia o tutor por escrito y se comunica al personal implicado, por vías claras de comunicación, y asegurándose que la reciben.

**I.A.C. 4:** La organización considera la opinión del usuario y respeta sus decisiones:

*Evidencias:*

1. Se recogen en la valoración inicial los aspectos que al usuario le parecen fundamentales en su cuidado y atención.
2. Se informa de la posibilidad de acceso al certificado de voluntades anticipadas, testamento vital, que podrá cumplimentar y modificar si procede cuando lo desee.
3. Se le pregunta sobre el tratamiento espiritual y religioso que quiere recibir.
4. La organización respeta las creencias y facilita el ejercicio de la fe del usuario, siempre que no altere el funcionamiento de la organización, y de los demás usuarios.
5. Se le comunica al usuario, familia o tutor, que debe ser informado sobre cualquier tratamiento, cuidado, o servicio que tenga que recibir, y que puede negarse a recibirlo, según las condiciones que marca la ley y la normativa del centro.
6. En el caso de ingresar con medidas de restricción física, se deben valorar los motivos; y en el caso de necesitarlas se activa el protocolo de sujeciones, con consentimiento informado, y seguimiento de las mismas.

**I.A.C. 5:** Existe un equipo interdisciplinar identificado que coordina la asistencia.

*Evidencias:*

1. Existe un coordinador asistencial cualificado, definido, e identificado.
2. Existe un médico asignado al usuario.
3. Existe una enfermera asignada al usuario.
4. Existe un/a auxiliar o cuidadora/or de referencia para el usuario.
5. Cada profesional conoce los datos principales del usuario necesarios para su trabajo, o sabe donde acudir para recibir esta información.

**I.A.C. 6:** La organización, sus profesionales y sus planes de intervención, están coordinados con objetivos comunes.

*Evidencias:*

1. Existe un documento donde se plasman los objetivos con cada usuario.
2. Todos los profesionales que atienden al usuario los conocen.
3. Los cuidados y tratamientos del usuario están en consonancia con esos objetivos.
4. Los profesionales asumen y respetan las decisiones del equipo.
5. Si se cambia algún objetivo o alguna intervención: se documenta, se justifica ante el equipo, y se evalúan los objetivos más adelante con el equipo.
6. Existe un proceso de evaluación continua, periódica y documentada de las intervenciones, cuidados y tratamientos del usuario.

**I.A.C. 7:** La organización comunica a los interesados (usuario, familia, o tutor legal) los hechos relevantes relacionados con el usuario.

*Evidencias:*

1. Existen accesibles en la historia del usuario los nombres y teléfonos de familiares, direcciones de correo electrónico, según prefe-

rencia del interesado y voluntad del mismo.

2. Existe un registro que alerta sobre cuando avisar a la familia, amigos, tutores, etc.
3. Se facilita que el usuario se comunique con la familia cuando tenga necesidad de hacerlo.
4. La persona que designe la organización dentro de las competencias normativas y legales, informa a la familia y/o usuario, considerando las circunstancias y la información que se va a proporcionar.

**I.A.C. 8:** La organización cuenta con un procedimiento de valoración e información de la familia, el grado de implicación que puede tener en el cuidado de su familiar, obligaciones, derechos, etc.

*Evidencias:*

1. Existe un documento por escrito que recoge la situación y voluntad de la familia en cuanto a su implicación en el cuidado.
2. Se recogen las situaciones en las que quieren ser informados durante la estancia, respetando la voluntad del usuario
3. Se informa a la familia de sus derechos y deberes en su condición de usuario.
4. Se recogen las limitaciones que por su vida personal pueden tener a la hora de necesitar colaboración por parte del centro.
5. Se registra el grado de conocimiento y necesidades educativas que tiene la familia con respecto a las circunstancias y cuidados de su familiar.

**I.A.C. 9:** La organización contempla, y tiene documentado el proceso de integración del usuario en el centro.

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento para favorecer la integración del usuario en el centro.
2. Existe un comité de acogida.
3. Se le asigna y se le comunica al usuario y familia, el profesional/

profesionales de referencia, así como el horario en el que pueden ser atendidos.

4. Existen actividades de grupo, programadas para favorecer la integración y adaptación al centro.
5. Existe una evaluación y seguimiento de la adaptación del usuario, quedando documentado.
6. Existen canales claros de comunicación para el usuario.
7. Los problemas de convivencia se evalúan en equipo, y existe un procedimiento para tomar medidas que aseguren el confort de los usuarios.

**I.A.C. 10:** La organización cuenta con un procedimiento documentado en el caso de derivación del usuario a otro servicio fuera del centro.

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo de actuación ante las derivaciones a otro servicio.
2. Existe un informe de derivación o de alta con los diagnósticos y problemas más relevantes, tratamientos, y cuidados.
3. Existe un profesional de referencia que gestiona las derivaciones, bien sean urgentes o programadas.
4. En este proceso se incluye la información a la familia.
5. Existe una comunicación con la familia y se solicita ayuda a la misma cuando es necesario.
6. Existe un procedimiento de acompañamiento y atención fuera del centro cuando es necesario.
7. Existe un seguimiento y comunicación para conocer el paradero y estado del usuario.

**I.A.C. 11:** La organización tiene definido un procedimiento para realizar un control y seguimiento de los usuarios que temporalmente se encuentran en otros servicios fuera del centro residencial.

*Evidencias:*

1. Existe un profesional encargado de comunicarse con los usuarios que están en el hospital y en otras instituciones o servicios.
2. Con una periodicidad al menos semanal se hace un informe de seguimiento de los usuarios que están fuera.
3. Se comunica a los profesionales responsables y/o al equipo la información recogida en el seguimiento.
4. Se comunica con la familia y se intercambia información.
5. En caso de alta, se informa al hospital y/o al servicio de la atención que se puede proporcionar en el centro, incluyendo las limitaciones del mismo.
6. Al regreso se realiza una revaloración de los problemas nuevos, antiguos, tratamientos y cuidados que precisa.
7. Se informa al usuario y familia de la nueva situación, cuidados nuevos, nuevas necesidades, necesidad de apoyo de la familia.
8. En los próximos 10-15 días del regreso, se realiza una valoración más completa para evaluar la evolución y la nueva situación que el equipo tiene que conocer para planificar la asistencia.

#### 4.2. Valoración de necesidades y problemas (V.N.P.).

*Definición: Criterio por el cual detectamos las necesidades de nuestros usuarios, problemas sanitarios, sociales, psicoafectivos, funcionales, los monitorizamos y los seguimos, y nos sirve de base para gestionar el caso en el equipo, y realizar un plan integral e individual de intervención coordinado con los diferentes profesionales.*

**V.N.P. 1:** La organización cuenta con un sistema de valoración interdisciplinar para la detección de problemas y necesidades alteradas.

*Evidencias:*

1. Existe un instrumento de valoración interdisciplinar que detecta al menos el nivel de dependencia del usuario, y los problemas



- más comunes interdisciplinarios en estos servicios.
2. La valoración se realiza en un equipo interdisciplinario.
  3. El sistema de valoración sirve para clasificar al usuario y gestionar el caso.
  4. El sistema de valoración detecta alertas sobre los problemas presentes en este usuario.
  5. Se realiza una valoración interdisciplinaria cada seis meses, cuando existen cambios significativos evidentes, o cuando se programa el alta.
  6. Participan en la valoración Médicos, enfermeros, Auxiliares o gerocultores/as, Trabajadores Sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, y otros profesionales que puedan añadir valor a la valoración.

**V.N.P. 2:** La organización cuenta con un proceso sistemático de valoración y seguimiento médico en consonancia con los programas de atención primaria.

*Evidencias:*

1. Existe una historia médica actualizada y clara acorde con la misión y valores de la organización.
2. En la historia existen los antecedentes y diagnósticos inactivos, diagnósticos médicos actuales, tratamientos, y existen documentados los diagnósticos según CIE, CIAP u otro sistema normalizado de codificación.
3. Existe una valoración analítica al ingreso, de forma sistemática anual, y cuando proceda.
4. Existe un Electrocardiograma al ingreso como referencia, y cuando lo precise el residente.
5. Existe un seguimiento de la presión arterial al menos mensual, o según lo que indiquen los programas de la organización.
6. Existe un seguimiento de glucemia capilar o hemoglobina glicada, según los programas de la organización.
7. Existe una valoración nutricional sistemática recogiendo parámetros antropométricos, IMC, y analíticos al menos una vez al año o, cada 3-6 meses, en grupos de riesgo o con malnutrición.

8. Los usuarios con patología aguda tienen una valoración médica y de enfermería diaria registrada.
9. Existe una valoración periódica cognitiva y afectiva de todos los usuarios y cuando existan indicios de cambios, cuando salten las alertas, o cuando existan cambios significativos.
10. Existe una valoración de la necesidad de rehabilitación. Existe un registro de derivación.
11. Los usuarios con deterioro cognitivo cuentan con una valoración médica especializada que conduce a un diagnóstico minucioso del tipo de demencia.
12. Los usuarios con trastornos psiquiátricos y/o conductuales de difícil manejo cuentan con seguimiento psiquiátrico periódico.
13. Existe una valoración y seguimiento periódico del dolor en los ancianos con dolor crónico o agudo.
14. Existe una valoración, al menos una vez al mes del tratamiento farmacológico, especialmente del de psicofármacos.
15. Existe una valoración visual y auditiva general al ingreso y una vez al año.
16. Existe un control al ingreso y una vez al año del estado de piezas dentales y de las prótesis.

**V.N.P. 3:** La organización cuenta con un proceso sistemático de valoración y seguimiento de enfermería y de cuidados básicos.

*Evidencias:*

1. Existe una historia de enfermería acorde con un modelo de enfermería que responda a la misión y valores de la organización.
2. La valoración contiene el nivel de dependencia y la necesidad de cuidados de los usuarios.
3. Existe un seguimiento de las necesidades alteradas, cuando existan cambios significativos o cada seis meses.
4. Existe una valoración de los cuidados especiales que necesitan los usuarios.

5. Existe una valoración de las necesidades educativas de usuario y familia, con respecto a los cuidados.
6. Existe una recogida periódica de datos básicos relativos a su estado de salud: Presión Arterial, Glucemia, peso.
7. Existe una valoración sistemática del riesgo de sufrir Úlceras por presión.
8. Existe un registro de valoración y seguimiento de Heridas que presenta el usuario.
9. Existe documentación gráfica, al menos en las heridas que no se han producido en el centro.
10. Existe un registro de cuidados básicos pautados por la enfermera para la ejecución de cuidados básicos.
11. La valoración recoge la voluntad del usuario y familia.
12. La valoración permite elaborar un listado de diagnósticos enfermeros reales y potenciales.
13. Existen datos de riesgos potenciales para planificar cuidados preventivos.
14. Existe un seguimiento continuo de las necesidades alteradas.
15. Existe un registro de la ingesta alimentaria e hídrica.

**V.N.P. 4:** La organización cuenta con un proceso sistemático de evaluación de Fisioterapia.

*Evidencias:*

1. Existe una valoración inicial de fisioterapia.
2. Existe una historia de Fisioterapia de los usuarios con necesidades de prevención y tratamiento de la función física y funcional, que responda a la misión y valores de la organización.
3. La valoración contempla el estado funcional del aparato locomotor, el estado musculoesquelético, y respiratorio.
4. Se evalúa el equilibrio y la marcha.
5. Se evalúa el potencial rehabilitador.

**V.N.P. 5:** La organización cuenta con un proceso sistemático de Valoración de las necesidades alteradas en las Actividades Básicas, Instrumentales y Avanzadas de la vida diaria desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional.

*Evidencias:*

1. Existe una historia de Terapia Ocupacional de los usuarios acorde con la misión y valores de la organización.
2. Existe una evaluación funcional de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, cada seis meses, o cuando existen cambios significativos.
3. Se registra una valoración cognitiva al menos cada seis meses, cuando existen cambios significativos.

**V.N.P. 6:** La organización cuenta con un proceso sistemático de valoración y evaluación social.

*Evidencias:*

1. Existe una historia social de los usuarios acorde con la misión y valores de la organización.
2. Existen otros sistemas de registro para evaluar las intervenciones sociales: informe social o informe de derivación, ficha social, hojas de registro de entrevistas, de intervenciones telefónicas, de intervenciones grupales, etc.
3. Se valora, resgistra y se hace seguimiento de la adaptación al centro de los usuarios.
4. Existe una valoración y seguimiento de la situación y necesidades de los familiares o tutores del mayor.
5. Existe un registro de los recursos sociales gestionados: seguimientos, derivaciones (servicios sociales, seguridad social, servicios jurídico-legales).
6. Existe una valoración y seguimiento de los problemas de convivencia.

**V.N.P. 7:** La organización contempla la Valoración de las necesidades de ocio de los usuarios y de animación sociocultural

*Evidencias:*

1. Algún profesional recoge las aficiones y las costumbres con respecto al ocio y tiempo libre de los usuarios.

**V.N.P. 8:** La organización contempla la Valoración de los aspectos éticos que puedan surgir en la prestación asistencial

*Evidencias:*

1. La organización cuenta con un Grupo de trabajo de ética con formación al respecto, para asesorar al equipo en la toma de decisiones ante conflictos éticos.
2. El equipo interdisciplinar evalúa aspectos vinculados con la capacidad para tomar decisiones del usuario.
3. Se recogen aspectos en la valoración sobre si existe incapacidad legal del usuario.

#### 4.3. Asistencia y cuidados (A.C.).

*Definición: Criterio por el cual se planifica y se ponen en marcha todos los recursos de la organización para prestar los cuidados y servicios que el usuario necesita para satisfacer todas sus necesidades, resolver o minimizar sus problemas, y proporcionar el mayor bienestar posible, respetando mientras se pueda; su autonomía, valores, creencias, y decisiones.*

**A.C. 1:** La organización cuenta con un equipo interdisciplinar para planificar la atención y cuidados.

*Evidencias:*

1. Existen reuniones periódicas donde se planifican los cuidados.
2. Existe un plan de cuidados interdisciplinar con objetivos comunes y respetado por los miembros del equipo.

3. El plan es conocido por todos los miembros de la organización implicados en el cuidado del usuario.
4. Los cuidados son conocidos por el usuario y/o familia y aceptados por ellos.
5. Existe una evaluación periódica, al menos cada seis meses o ante cambios significativos del plan.
6. Existe coordinación y participación de los profesionales de los diferentes turnos en la planificación, ejecución, y evaluación del plan.

**A.C. 2:** La organización cuenta con un programa sistemático de intervención interdisciplinar centrado en las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD).

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo que los profesionales implicados conocen y aplican de atención en la higiene del usuario.
2. Existe un protocolo que los profesionales implicados conocen y aplican de atención en la alimentación.
3. Existe un protocolo que los profesionales implicados conocen y aplican de atención en el vestido.
4. Existe un protocolo que los profesionales implicados conocen y aplican de atención en la evacuación.
5. Existe un protocolo de aseo y acicalamiento.
6. Existe un protocolo de cuidados en el sueño y reposo.
7. Existe un protocolo de atención interdisciplinar en la deambulación y transferencias.
8. Existe un registro donde se pautan los cuidados en las ABVD, y se firman por el personal auxiliar que ejecuta el cuidado.
9. Todos los protocolos potencian la autonomía y rehabilitación funcional en las ABVD.

**A.C. 3:** La organización cuenta con un programa eficaz de Prevención y tratamiento de heridas crónicas (úlceras por presión, úlceras vasculares, pie

diabético, y otras heridas).

*Evidencias:*

1. Se planifican cuidados preventivos más o menos intensivos en función del mayor o menor riesgo de sufrir heridas crónicas.
2. Se cuenta con un parque de colchones de altas prestaciones para prevenir úlceras por presión.
3. Existe un registro donde se pautan los cuidados y tratamientos tópicos firmado por el profesional que realiza el procedimiento.
4. Existe un registro evolutivo donde, al menos se recoge el tamaño, exudado, tipo de tejido, y presencia o no de infección.
5. Existe una valoración del tipo de úlcera y en el tratamiento se contempla la causa que la produjo.
6. Existe una valoración vascular básica y/o avanzada del compromiso vascular en úlceras de pierna con sospecha de trastorno arterial.
7. En úlceras venosas se realiza compresión eficaz en pierna.
8. Se recomiendan medias de compresión cuando es necesario
9. Se deriva a usuarios con compromiso vascular y/o pie diabético complicado a una valoración especializada.
10. Si la organización ha adoptado una guía de práctica clínica, se conoce por los implicados en este problema y se aplica.
11. Se realizan periódicamente cálculos de prevalencia e incidencia de heridas crónicas en el centro.

**A.C. 4:** La organización cuenta con un programa eficaz de intervención en la incontinencia urinaria.

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo de prevención e intervención ante la aparición de incontinencia urinaria.
2. Existe un diagnóstico del tipo de incontinencia que presenta el usuario.
3. La organización cuenta con terapias conductuales y de reeducación vesical en determinados tipos de incontinencia.

4. En el registro del plan de cuidados figura una prescripción clara del tipo de absorbente y talla en el caso de precisarlo.
5. Las prescripciones de los cuidados en el caso de incontinencia son conocidas por los que tienen que ejecutar el cuidado, son comprendidas, y se llevan a cabo.
6. Existe un catálogo básico de absorbentes según las necesidades más frecuentes de los usuarios.

**A.C. 5:** La organización cuenta con un programa eficaz de prevención e intervención ante las caídas.

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo de intervención ante el riesgo y/o la aparición de una caída.
2. Todo el personal implicado conoce el programa y lo aplica.
3. Existe una valoración del riesgo e intervención preventiva ante la alerta de riesgo de caída, recogida en la valoración.
4. Existe un registro de caídas que se cumplimenta en todas las caídas.
5. Ante una caída existe un plan de intervención interdisciplinar en los siguientes 7-10 días.
6. Existe una evaluación del impacto psicológico de la caída, para evitar y/o tratar de forma precoz el síndrome post-caída.

**A.C. 6:** Existe un programa de intervención eficaz ante la inmovilidad y mejora del estado físico, que contiene actividades específicas de promoción de la deambulacion, prevención de la inmovilidad, y eliminacion de barreras arquitectonicas.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de prevención de la inmovilidad y dependencia.
2. La organización favorece la autonomía en el movimiento.
3. La organización cuenta con actividades grupales que potencian la movilidad.

4. La organización cuenta con intervenciones individuales cuando se requiera, para mantener, recuperar evitar los efectos colaterales de la movilidad.
5. En el caso de inmovilidad prescrita o irrecuperable, el equipo planifica y aplica cuidados preventivos de complicaciones en aparatos y sistemas.
6. Existe una prescripción de ayudas técnicas si lo precisan.
7. Existen intervenciones documentadas educativas centradas en las habilidades para el uso de ayudas técnicas en la marcha.
8. Existen intervenciones de fisioterapia y/o terapia ocupacional para recuperar y mejorar la marcha.
9. Existe un programa de análisis y eliminación de barreras arquitectónicas.

**A.C. 7:** Existe un programa eficaz de prevención de uso de sujeciones.

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo de prevención y uso de sujeciones.
2. La organización recurre al uso de sujeciones como último procedimiento.
3. En el caso de usar contenciones están prescritas por un equipo interdisciplinar, o según determine la legislación vigente.
4. La sujeción cuenta con la firma de un documento de consentimiento informado acorde con la ley.
5. Existe un catálogo de tipos y usos de las diferentes sujeciones mecánicas.
6. Existe una política en la organización que fomenta la prevención del uso de sujeciones.
7. Se respeta la decisión del residente capaz en cuanto al uso de sujeciones.
8. Se revisa de forma continuada la posibilidad de eliminar la contención.
9. El uso de una sujeción ha de considerarse siempre un cambio sig-

nificativo en el estado del usuario, lo que implica una revaloración urgente del plan de cuidados.

10. Las sujeciones se prescriben siempre para evitar males mayores al usuario y para beneficio del mismo.

11. Se revisa de forma continuada la eliminación de la contención.

**A.C. 8:** Existe un programa de intervención de mejora de las funciones mentales.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de intervención en funciones cognitivas conservadas en usuarios sin demencia o con deterioro cognitivo leve o ligado a la edad.
2. Se puede acceder fácilmente a estos programas.
3. Están ajustados a las capacidades y necesidades del usuario.
4. Existe un plan de intervención y evaluación de la intervención por escrito.
5. El programa está dirigido por personal cualificado.

**A.C. 9:** Existe un programa de intervención eficaz ante el deterioro cognitivo y la demencia.

*Evidencias:*

1. Existe un diagnóstico diferencial de las demencias documentado.
2. Existe una valoración del caso por el especialista.
3. Existen programas de intervención no farmacológicos.
4. El entorno de estos usuarios es protésico, terapéutico y seguro.
5. Existe un plan individual integral de intervención con objetivos comunes que todo el equipo aplica y respeta.
6. Existe un procedimiento de evaluación de la calidad de vida del usuario, y se potencia su mejora.
7. Se Salvaguarda la dignidad y privacidad.
8. Se potencia su autonomía.

9. Se recogen en el plan la voluntad del usuario, o en todo caso la del tutor/a o familia si fuera necesario y existiera.

**A.C. 10:** Existe un programa de rehabilitación eficaz del usuario convaleciente o subagudo.

*Evidencias:*

1. Existe un plan de rehabilitación integrado en un plan de cuidados interdisciplinar, centrado en recuperar al máximo la autonomía del usuario.
2. Se potencia al máximo la autonomía del usuario.
3. Se considera el dolor y se controla en la medida de lo posible.

**A.C. 11:** Existe un programa eficaz de intervención ante el dolor.

*Evidencias:*

1. Existe tratamiento en todo usuario con dolor.
2. Se monitoriza y documenta la eficacia del tratamiento.
3. Se contemplan, si procede, medidas no farmacológicas ante la presencia de dolor.

**A.C. 12:** Existe un programa de intervención actualizado ante la Hipertensión arterial, en consonancia con los programas de atención primaria.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de control de la hipertensión arterial.
2. Existe un control y seguimiento documentado según el programa existente.
3. El personal implicado conoce el programa y lo sigue.
4. El programa contempla una parte de educación sanitaria.

**A.C. 13:** Existe un programa de intervención actualizado eficaz ante la diabetes, en consonancia con los programas de atención primaria.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de seguimiento documentado en el usuario diabético.
2. El personal implicado conoce el programa y lo sigue.
3. El programa contempla una parte de educación sanitaria.

**A.C. 14:** Existe un programa de intervención actualizado eficaz ante la obesidad, desnutrición y dislipemias.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de intervención en la obesidad y desnutrición.
2. Existe un programa de intervención ante el aumento de grasas en sangre.
3. Las medidas nutricionales se siguen en los diferentes departamentos.
4. Existe un control y seguimiento documentado según el protocolo existente.
5. El programa contempla una parte de educación sanitaria.

**A.C. 15:** La organización contempla el diseño, análisis, y prescripción de dietas.

*Evidencias:*

1. Existe una programación dietética firmada por el profesional responsable de la nutrición en el centro, la dirección, y el responsable de cocina.
2. En los menús figuran las calorías.
4. Los menús corresponden a las dietas pautadas y programadas, según el código de dietas.
5. Existen dietas especiales para el control de diabetes.
6. Existen dietas hiposódicas.

7. Existe la posibilidad de solicitar otras dietas terapéuticas.
8. Las dietas trituradas son nutricionalmente equilibradas y se someten a controles bromatológicos, y desde un punto de vista culinario, son adecuadas.

**A.C. 16:** Existe un programa de intervención actualizado eficaz ante problemas crónicos respiratorios.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de intervención ante los problemas crónicos respiratorios.
2. Existe un control y seguimiento documentado de estos usuarios.
3. El programa contempla una parte de educación sanitaria.

**A.C. 17:** Existe un programa de intervención eficaz actualizado ante pacientes cardíacos crónicos

*Evidencias:*

1. Existe un programa de rehabilitación cardiorespiratoria en los usuarios en los que esté indicado.
2. Existe un control y seguimiento documentado de estos usuarios.
3. El programa contempla una parte de educación sanitaria.

**A.C. 18:** Existe un programa de intervención ante usuarios con trastornos afectivos.

*Evidencias:*

1. Existe al menos una valoración inicial por parte de los servicios de salud mental en los usuarios con trastornos afectivos.
2. Existe un seguimiento periódico por salud mental del usuario con trastornos afectivos.
3. Existe un seguimiento e intervenciones documentadas ante los pacientes con depresión y trastornos afectivos.

4. Se valora el riesgo de suicidio en los usuarios con depresión y trastornos afectivos.

**A.C. 19:** Existe un programa de intervención de ocio y animación sociocultural.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de animación sociocultural continuado.
2. El programa se elabora considerando las necesidades sentidas por los usuarios.
3. Las actividades se evalúan.
4. El personal de atención directa conoce el programa y lo difunde.
5. Existe una difusión eficaz de las actividades.
6. Los usuarios conocen el programa.
7. El programa determina el número mínimo de participantes.

**A.C. 20:** Existe un procedimiento de prescripción, seguimiento, y gestión de medicamentos y productos terapéuticos.

*Evidencias:*

1. Existe un registro individual de tratamientos médicos firmados y actualizados.
2. Existe una supervisión y administración por una enfermera titulada cuando proceda, de los tratamientos individualizados pautados.
3. La organización asegura el aprovisionamiento de los medicamentos pautados.
4. Existe un sistema individual de dispensación del tratamiento.
5. Existe un protocolo de uso racional del medicamento ajustado a las líneas de trabajo del Sistema de Salud.
6. En los usuarios asistidos, los profesionales responsables administran la medicación a los usuarios y se aseguran de que se la toman.

7. Se registra si el usuario rechaza la medicación.
8. Se registran las incidencias relevantes en la administración de medicamentos.
9. Existe un seguimiento del consumo de medicación y de los tratamientos pautados en los usuarios que se autogestionan la medicación.

**A.C. 21:** Existe un programa de colaboración en cuidados paliativos con el Sistema de Salud.

*Evidencias:*

1. Existe un diagnóstico médico de los pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos.
2. Existe una valoración continuada de la evolución y de la sintomatología de estos usuarios.
3. Existe un seguimiento continuado del dolor.
4. Existe información y apoyo al usuario y familia.
5. Existe un registro evolutivo del control de síntomas.

**A.C. 22:** Existe un programa eficaz de seguimiento de la evacuación y presencia de estreñimiento.

*Evidencias:*

1. Se registra y se evalúa a diario las deposiciones de los usuarios que lo precisan.
2. Se informa a la enfermera de los usuarios que llevan más de tres días sin defecar.
3. Existe un protocolo de prevención y actuación ante el estreñimiento e impactación fecal.

**A.C. 23:** Existe un programa eficaz de intervención grupal para trabajar con las familias y/o residentes para su integración institucional y participación en el centro.

*Evidencias:*

01. Existe un registro de las actividades realizadas.

**A.C. 24:** Existe un programa de intervención actualizado de urgencias sanitarias.

*Evidencias:*

1. Existen protocolos de actuación ante las urgencias más frecuentes.
2. Existe un protocolo de actuación, ante una parada cardíaca, conocido por el personal implicado.

**A.C. 25:** Existe un programa de intervención sobre voluntariado social en el caso de contar con la presencia de voluntariado.

*Evidencias:*

1. Existe un documento que justifica dicho programa y los profesionales responsables.
2. Existe un registro de las actividades programadas y realizadas.

#### 4.4 Prevención y educación (P.E.)

*Definición: Criterio vinculado con las actividades preventivas encaminadas a mantener la salud del usuario, evitar enfermedades, y evitar complicaciones. Además en este criterio se contemplan todos los aspectos educativos dirigidos al usuario y/o familia centrados en aumentar conocimientos, actitudes y habilidades en el autocuidado, mejora de la salud, control de enfermedades, y prevención de la dependencia.*

**P.E. 1:** La organización cuenta con un programa de vacunación en colaboración con el Sistema de Salud.

*Evidencias:*

1. Existe una campaña anual de vacunación gripal.



2. Existe la posibilidad de vacuna antineumococo según el calendario de vacunación vigente.
3. Existe la posibilidad de vacunar al ingreso en no vacunados de Tétanos+Difteria, recuerdo a los 10 años.

**P.E. 2:** La organización cuenta con un programa de ejercicio físico para prevenir la dependencia y mejorar la salud en el ámbito del modelo de envejecimiento activo.

*Evidencias:*

1. Existe un programa de actividad física con actividades periódicas semanales.
2. El programa está adaptado a las necesidades y demandas de los usuarios.
3. Los usuarios cuentan con una valoración médica previa.
4. El Programa es evaluado periódicamente.
5. Existen evaluaciones de los usuarios del programa.
6. Las evaluaciones sirven para mejorar el programa.

**P.E. 3:** La organización cuenta con un programa de actividades preventivas.

*Evidencias:*

1. Existe un seguimiento periódico de la Presión arterial, y niveles de glucosa.
2. Existe un cribado periódico de Depresión, demencia, osteoporosis.
3. Existe un seguimiento semestral del estado nutricional y la presencia de obesidad.
4. Existe un seguimiento periódico de la visión.
5. Existe un cribado de cáncer acorde con la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
6. Se incluye consejo en valoración anual en hábitos tóxicos.
7. Existe un procedimiento periódico de valoración de la visión y audición.

**P.E. 4:** La organización incluye en su valoración las necesidades educativas del residente y familia.

*Evidencias:*

1. En las diferentes historias encontramos referencias a las necesidades educativas de usuarios y familiares.

**P.E. 5:** La organización incluye en sus servicios la educación a usuario y familia como una actividad más.

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento de educación a familia y usuario.
2. En las historias profesionales encontramos actividades educativas realizadas con los usuarios.

**P.E. 6:** La organización cuenta con un programa de reducción de riesgos de infección en usuarios y profesionales

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento documentado para la reducción de infecciones en usuarios y profesionales.
2. El programa se ajusta a los riesgos detectados en este tipo de centros.
3. Existe un seguimiento epidemiológico general de las infecciones.

**P.E. 7:** La organización cuenta con medidas de protección acordes con los riesgos reales y potenciales del centro.

*Evidencias:*

1. Existen guantes desechables.
2. Existen guantes estériles.
3. Existen jabones adecuados para lavarse las manos.
4. Existe un sistema desechable de secado de manos.
5. Existe un manual de buenas prácticas para prevenir infecciones cruzadas.

6. Existen mascarillas de protección respiratoria.
7. Existen batas desechables.
8. Existe un protocolo de aislamiento ante el riesgo de diseminación de alguna enfermedad infecciosa.

**P.E. 8:** La organización cuenta con un sistema de gestión de residuos clínicos y no clínicos.

*Evidencias:*

1. Existe un plan de gestión de residuos, de acuerdo con la normativa legal.
2. Existe un servicio propio o subcontratado que se encarga de la gestión de residuos, de acuerdo con la legislación y reglamentación vigente.

#### 4.5 Agonía, éxitus y duelo (A.E.D.)

*Definición : Este criterio se centra en minimizar, controlar, manejar todas las molestias, alteraciones, y circunstancias que se producen como consecuencia de la cercanía de la muerte, así como el impacto emocional que provoca en el usuario, la familia y allegados.*

**A.E.D. 1.** El equipo planifica las actuaciones de forma sinérgica en la situación de agonía.

*Evidencias:*

1. La organización cuenta con un protocolo de agonía y ayuda en la fase final de la vida.
2. El médico constata y registra la situación de agonía.
3. El equipo planifica los cuidados con el fin de minimizar la sintomatología del usuario.

4. El profesional que designe la organización evalúa el estado afectivo de la familia y el residente.
5. El equipo directivo y de enfermería crean un ambiente de confort, respeto, y dignidad para el usuario y familiares.
6. Cualquier miembro del equipo sociosanitario proporciona apoyo emocional al usuario y familia.

**A.E.D. 2.** La organización documenta la voluntad del usuario y/o familia y lo respeta.

*Evidencias:*

1. La organización usa como referente el testamento vital o certificado de últimas voluntades del usuario en esta fase.
2. Estos documentos están actualizados y el usuario los puede cambiar en cualquier momento.
3. Si el usuario no ha cumplimentado este documento se recoge la voluntad de la familia o tutor.

**A.E.D. 3.** Existe un proceso continuado de información a la familia por parte del equipo sociosanitario, sobre la evolución del proceso de agonía.

*Evidencias:*

1. Cada miembro del equipo informa a la familia o representante legal, cuando sea requerido en la parte que le corresponde en el proceso asistencial.
2. Se documenta y recogen las necesidades de la familia.

**A.E.D. 4.** Existe un plan de cuidados individual para cada usuario contemplando la intervención de la familia.

*Evidencias:*

1. Existe un registro con los problemas a tratar y los cuidados prestados.

2. Existe una parte del registro dedicado a la preparación y al duelo de la familia.
3. El plan se evalúa continuamente.

**A.E.D. 5.** La organización garantiza la dignidad, autonomía y privacidad en la fase final de la vida.

*Evidencias:*

1. Se evitan las intervenciones innecesarias, sobre todo las que producen malestar.
2. Se proporciona un alto nivel de intimidad para el usuario y familia.
3. La familia cuenta con algún espacio adecuado donde poder estar.
4. El equipo sociosanitario apoya emocionalmente a la familia.
5. Se respeta la autonomía y las decisiones del usuario.
6. La familia puede acompañar en todo momento al residente agónico o en el final de la vida.

**A.E.D. 6.** La organización reduce al mínimo el sufrimiento ante la agonía.

*Evidencias:*

1. Se utiliza la sedación con consentimiento informado del paciente o familia, para reducir el sufrimiento.
2. Se interviene sobre cualquier síntoma que produzca sufrimiento y dolor.
3. La higiene general va encaminada al confort del residente.
4. La alimentación se limita a cubrir las necesidades y demandas del usuario.
5. Los cambios posturales se limitan a la comodidad del usuario.
6. Existe protocolizada la intervención ante síntomas como el dolor, estertores, hipo, disnea, convulsiones, agitación, náuseas y vómitos, sensación de sed, y necesidades nutricionales especiales contemplando sus necesidades y demandas

**A.E.D. 7.** La organización contempla los aspectos psicológicos de esta etapa y se interviene sobre ellos.

*Evidencias:*

1. En el procedimiento se incluyen los aspectos psicológicos
2. Se favorece la comunicación con el usuario-familia con el fin de liberar el sufrimiento.
3. Se asegura un tratamiento respetuoso con la familia y usuario.
4. Se adopta una actitud empática y de comprensión.
5. Se facilitan los cuidados espirituales del usuario, y se le facilita el ejercicio de sus creencias.

**A.E.D. 8.** La organización tiene definido un procedimiento de actuación ante el fallecimiento de un usuario.

*Evidencias:*

1. Se confirma el diagnóstico médico por un facultativo.
2. Se comunica con los familiares y se informa adecuadamente.
3. Existe un procedimiento a aplicar en el tratamiento y traslado del cadáver.
4. La organización cuenta con un espacio habilitado para trasladar al cadáver.
5. Se atiende de forma adecuada las necesidades de los familiares.

#### 4.6 Finalización de la estancia (F.D.E.).

*Definición: Criterio en el que se definen los aspectos que completan y finalizan la estancia, y se prepara la plaza vacante para ser ocupada.*

**F.D.E. 1:** La organización cuenta con un procedimiento documentado de finalización de la estancia.

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento que organiza la despedida del usuario.
2. Existe una comunicación con el lugar y persona/as donde se trasladará al usuario para comunicar su evolución, cuidados, tratamientos, y aspectos que deban conocer.
3. Existe un reparto de las actividades y tareas de las que cada profesional se encargará al finalizar la estancia.

**F.D.E. 2:** La organización elabora un informe de alta completo que entrega al usuario.

*Evidencias:*

1. Existe un alta médica con antecedentes médicos y tratamientos.
2. Existe un alta de enfermería con Diagnósticos de Enfermería o Problemas de Enfermería, y cuidados que ha recibido y necesita el usuario.
3. Existe un alta psicosocial con los problemas y aspectos sociales sobre los que se han intervenido y los que están presentes.
4. Existe un alta de fisioterapia si ha recibido servicios.
5. Existe un alta de Terapia Ocupacional si el residente ha recibido este servicio.
6. Existe un alta de psicología si se ha recibido este servicio.

**F.D.E. 3:** La organización evalúa el servicio en la finalización de la estancia.

*Evidencias:*

1. Existe una valoración de la percepción del usuario y familia al finalizar la estancia.
2. Existe un análisis del equipo de los cuidados prestados.

**F.D.E. 4:** La organización cuenta con un procedimiento eficiente de preparación de la plaza para ser ocupada.

*Evidencias:*

1. Existe un protocolo de limpieza especial al finalizar la estancia.
2. Existe una supervisión por la persona responsable, de la limpieza y el estado de la habitación.
3. Existe una desinfección de baños.
4. Existe una revisión por mantenimiento del estado de la habitación.
5. Existe una reparación, si es necesario, de anomalías detectadas.
6. Existen registros firmados de todo el procedimiento.

**F.D.E. 5:** Existe una comunicación rápida de plaza vacante.

*Evidencias:*

1. Existe un plazo mínimo de comunicación de la plaza vacante, definido por la organización.

**F.D.E. 6:** Existe una revisión previa a la ocupación de la habitación.

*Evidencias:*

1. Existe una revisión de limpieza firmada.
2. Existe una revisión de existencia de todos los elementos comunes y no comunes que precisa el usuario.
3. La persona responsable del procedimiento, firma el visto bueno para la ocupación.

## 5. *Derechos y deberes de los residentes.*

### 5.1 Derechos (D.):

**D. 1:** Todo residente tiene derecho a su privacidad e intimidad independientemente de su nivel de autonomía física y/o cognitiva.

*Evidencias:*

1. El usuario cuenta con un espacio personal-privado, respetado por la organización y los profesionales.
2. Existe un respeto escrupuloso a situaciones íntimas como el baño, la higiene, etc.
3. Existe un tratamiento confidencial de la información ajustado a la ley de protección de datos.
4. Los profesionales respetan la obligación de guardar el secreto profesional.
5. Los profesionales garantizan la privacidad e intimidad del usuario.

**D. 2:** Todo residente tiene derecho a ser respetado y a ser tratado dignamente independientemente de su capacidad física y cognitiva.

*Evidencias:*

1. Los miembros de la organización tratan al usuario con respeto y dignidad.
2. La organización y sus profesionales respetan las creencias, ideas religiosas, políticas, etc.

3. Se pone especial énfasis por parte de la organización en conseguir que el usuario viva sin molestias y sin dolor, o al menos con el menor posible.
4. El usuario puede tener todo tipo de relaciones, consentidas, dentro del marco legal.
5. Los profesionales salvaguardan la dignidad, especialmente de los usuarios más frágiles y/o con las funciones mentales alteradas.
6. Se asegura una muerte digna.

**D. 3:** Todo residente tiene derecho a que se le respete su autonomía personal.

*Evidencias:*

1. El usuario capaz puede decidir sobre su vida, bienes, tratamientos, cuidados, etc.
2. Los profesionales persiguen que el usuario tenga el mayor nivel de autonomía.
3. El usuario puede participar en la personalización de su habitación o su parte de habitación que le corresponde, de acuerdo con la normativa vigente del centro.
4. El usuario puede elaborar un testamento vital indicando cómo quiere ser atendido en el caso de pasar a ser incapaz o presunto incapaz.

**D. 4:** El mayor tiene derecho a ser tratado como un adulto de pleno derecho.

*Evidencias:*

1. Todos los ingresos son consentido excepto las situaciones judiciales especiales.
2. Se respetan sus decisiones.
3. En los casos de incapacitados legalmente el tutor es el responsable del usuario.

**D. 5:** El residente vulnerable y dependiente tiene derecho a ser protegido y a ser cuidado para evitar riesgos, complicaciones, y accidentes vinculados con su situación física y/o psíquica, o los tratamientos e intervenciones que recibe.

*Evidencias:*

1. Existe una valoración de riesgos potenciales.
2. Existen cuidados preventivos en los usuarios de riesgo.
3. El usuario se siente cuidado y protegido.
4. Se toman medidas especiales para el control y seguimiento de pacientes con trastornos cognitivos o alteraciones mentales, entre las que se encuentran la comunicación a la fiscalía de presuntas incapacidades.

**D. 6:** El mayor tiene derecho a vivir con bienestar durante su estancia, eliminando el sufrimiento innecesario.

*Evidencias:*

1. El residente cuenta con espacios adecuados, adaptados a sus necesidades.
2. Presenta un espacio personal con muebles adecuados, ausencia de ruidos y olores desagradables, y temperatura adecuada.
3. Es atendido cuando presenta disconfort, y se le da alternativas eficientes.
4. Las prácticas clínicas controlan, minimizan o eliminan el dolor.
5. Se evitan o eliminan totalmente prácticas dolorosas, sobre todo en usuarios con enfermedades avanzadas, o con expectativas cortas de vida.

**D. 7:** El mayor tiene derecho a no ser discriminado por motivos de edad, creencias, género, razón cultural, étnica o social.

*Evidencias:*

1. El residente es atendido siempre.
2. No se limitan las actuaciones sanitarias o de otra índole por edad, género, etnia, o clase social.

3. No existe discriminación en el trato en ningún residente.
4. El acceso a los servicios se basa en la equidad e igualdad.

**D. 8:** El mayor tiene derecho a recibir una atención interdisciplinar que cubra sus necesidades bio-psico-sociales

*Evidencias:*

1. Existen planes de intervención que cubren las necesidades bio-psico-sociales de los usuarios.
2. Existe un equipo interdisciplinar que planifica la asistencia al usuario.
3. El usuario participa en su plan integral de atención.

**D. 9:** El mayor tiene derecho a poder desarrollarse como persona, teniendo un proyecto de desarrollo personal individual, aceptado y decidido por ella o él.

*Evidencias:*

1. Existe la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida personal en función de sus necesidades y deseos.
2. Se respetan las peculiaridades y costumbres de cada individuo, siempre y cuando se respeten y cumplan las normas de convivencia del centro.

**D. 10:** El mayor tiene derecho a ser informado de forma comprensible y suficiente sobre la organización del centro y sus profesionales, de cualquier intervención, tratamiento, y cuidado que va a recibir, así como de cualquier situación de salud o de otra índole que tenga y quiera conocer.

*Evidencias:*

1. Existe consentimiento informado de nuestras intervenciones.
2. El usuario entiende la información que le transmiten los profesionales.
3. Se informa al usuario de cualquier aspecto que deba conocer.

4. Está documentado en su expediente la información que se le proporcione al usuario.

**D. 11:** El mayor tiene derecho a reclamar, quejarse y sugerir cambios en el servicio, y además a ser escuchado y atendido en sus demandas, de cualquier anomalía en el trato, o cualquier aspecto con el que no esté conforme de la organización.

*Evidencias:*

1. Existe libro de reclamaciones ajustado a la normativa vigente.
2. El usuario es atendido sin dificultad por los directivos o mandos intermedios, o por el personal encargado de gestionar las quejas, reclamaciones o sugerencias.
3. Existe un buzón de sugerencias y se analizan los datos.

## 5.2 Deberes (DE.):

**DE. 1:** El usuario tiene el deber de cuidar de las instalaciones y equipamientos del centro.

*Evidencias:*

1. El usuario cuida las instalaciones y no deteriora las instalaciones y equipamiento.
2. El usuario respetará la normativa en cuanto a la organización del uso de las instalaciones y equipamientos.

**DE. 2:** El usuario tiene el deber de respetar la normativa y el reglamento interno del centro, que en el ingreso se le proporcionó y explicó.

*Evidencias:*

1. El usuario cumple el reglamento y normativa del centro.

**DE. 3:** El usuario tiene el deber de tratar con respeto al personal y al resto de usuarios.

*Evidencias:*

1. El usuario trata de forma educada a los trabajadores y personas que viven en el centro.

**DE. 4:** El usuario tiene el deber de contribuir a la convivencia con el resto de residentes.

*Evidencias:*

1. El usuario respeta a sus compañeros.
2. Si existe un conflicto se intenta solucionar de forma pacífica.
3. Si el conflicto no se resuelve, se analiza y se dan soluciones en el equipo interdisciplinar.

**DE. 5:** El usuario, familia o tutor tienen obligación de colaborar con el centro en el caso de solicitarles colaboración que el centro no puede prestar, o que sólo se presta en caso de no contar con recursos.

*Evidencias:*

1. El usuario, familia o tutor tienen obligación de colaborar con el centro dentro del marco legal vigente, y la normativa legal del centro.
2. El usuario, familia, o tutor colabora con el centro en caso de que el usuario necesite acompañamiento, productos de higiene, ropa, etc.

**DE. 6:** El usuario, familia o tutor tiene obligación de respetar las decisiones que tome la dirección tras vulnerar la legalidad, los derechos y deberes del residente, impagos de servicios, e incumplimiento del régimen interior.

*Evidencias:*

1. El usuario aceptará la tramitación de un expediente disciplinario, ante la reiterada vulneración de las normas.

**DE. 7:** El usuario, respetará a todos los residentes, muy especialmente a los residentes más vulnerables.

*Evidencias:*

1. El usuario respeta a los residentes dependientes o con las funciones mentales alteradas.
2. Existe un ambiente de solidaridad, sobre todo frente a los más débiles, evitando así su segregación.

**DE. 8:** El usuario tiene el deber de cuidar de su salud y su autonomía personal.

*Evidencias:*

1. El usuario acordará bajo la asesoría y prescripciones del equipo las intervenciones más adecuadas preventivas, curativas o paliativas para el mantenimiento de su salud y autonomía.
2. El usuario realizará su propio autocuidado según sus capacidades.



## 6. Criterios y estándares de apoyo en los cuidados.

### 6.1 Gestión de la calidad (G.C.A.):

Definición: *Criterio centrado en cómo se gestiona el seguimiento, medida y mejora continua de la calidad del servicio que se presta al usuario.*

**G.C.A. 1:** La organización cuenta con un plan documentado de mejora de la calidad conocido por todos los profesionales de la organización.

*Evidencias:*

1. Existe un plan documentado de calidad basado en la mejora continua.
2. El plan aborda todos los procesos clave y de apoyo fundamentales para el servicio.
3. El plan es conocido por todos los miembros de la organización.

**G.C.A. 2:** Los responsables y directivos están formados e impulsan políticas de calidad.

*Evidencias:*

1. Existen cursos periódicos relacionados con la calidad.
2. Los responsables impulsan y lideran la política de calidad de la empresa.

**G.C.A. 3:** La organización cuenta con formación para el personal en temas de calidad.

*Evidencias:*

1. Existen cursos de formación para todo el personal, ajustados a las necesidades de la organización.
2. Se facilita la asistencia a estos cursos.

**G.C.A. 4:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Ingreso Acogida, y coordinación de la asistencia:

*Evidencias:*

1. Existen indicadores que miden los procesos y resultados del proceso de Ingreso, Acogida y Coordinación de la Asistencia definidos por la organización.

**G.C.A. 5:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Valoración de Necesidades.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores de procesos y/o resultados que miden el proceso de valoración de necesidades definidos por la organización.

**G.C.A. 6:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Atención y Cuidados:

*Evidencias:*

1. Existen indicadores de procesos y/o resultados que miden el proceso de atención y cuidados definidos por la organización.

**G.C.A. 7:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Prevención y educación.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores definidos por la organización que miden el proceso y/o resultados del Proceso de Prevención y Educación:

**G.C.A. 8:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Éxito y Duelo.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores definidos por la organización que miden el proceso de Éxito y Duelo.

**G.C.A. 9:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Finalización de la estancia.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores definidos por la organización que miden el proceso de Finalización de la estancia.

**G.C.A. 10:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de apoyo de gestión de personal.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores definidos por la organización que miden el proceso de Gestión de Personal.
2. Dentro de este proceso se recoge la medida periódica de las cargas de trabajo.

**G.C.A. 11:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Gestión del Conocimiento y de la Información.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores que miden el Proceso de Gestión del Conocimiento y la Información.

**G.C.A. 12:** La organización monitoriza y sigue los indicadores del Proceso de Gestión de la Organización.

*Evidencias:*

1. Existen indicadores definidos por la organización que miden el Proceso de Gestión General de la Organización.

**G.C.A. 13:** La organización tiene documentada la Carta de Servicios de la Organización, acorde con su misión y sus objetivos.

*Evidencias:*

1. Existe una Carta de Servicios que la Organización difunde
2. Existe un lugar visible donde se puede conseguir y visualizar la carta de servicios de la organización.
3. La carta tiene indicadores y estándares definidos.
4. La carta recoge los servicios de la organización.

**G.C.A. 14:** La organización tiene un procedimiento eficaz y legal definido, de recogida de quejas, sugerencias, y reclamaciones

*Evidencias:*

1. Se cumple con la normativa relacionada con reclamaciones.
2. Se realiza un seguimiento y estudio de las quejas, reclamaciones y sugerencias del buzón.
3. Se responde en un plazo de menos de quince días al usuario que se queja o reclama.
4. Si existe alguna anomalía urgente en el plazo de dos días como máximo se solventa el problema.

**G.C.A. 15:** La organización evalúa periódicamente de acuerdo con su carta de servicios, mediante encuestas, la percepción del servicio por parte del usuario.

*Evidencias:*

1. Se mide la satisfacción del usuario en los servicios que la organización proporciona.
2. Al menos existe una encuesta externa anual global del servicio.

**G.C.A. 16:** Existe un seguimiento de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos de Alimentación de acuerdo con la normativa.

*Evidencias:*

1. Existe un registro que se cumplimenta de control y seguimiento del transporte y recepción de alimentos.
2. Existen fichas que se cumplimentan de control de temperaturas en el almacenamiento y espera.
3. Existen registros de limpieza de instalaciones.
4. El personal que tiene contacto con los alimentos tiene certificado de formación de manipuladores de alimentos.
5. Existen auditorías periódicas externas del análisis de puntos críticos de alimentación acordes con la normativa vigente

**G.C.A. 17:** Existen grupos de mejora de la calidad.

*Evidencias:*

1. Existen grupos establecidos oficialmente de mejora de la calidad.
2. Existen actas de reunión de estos grupos.
3. Existen proyectos de mejora elaborados por estos grupos.

**G.C.A. 18:** Cualquier desviación o riesgo de desviación de los indicadores es seguida por los directivos y se establecen con los implicados, medidas de mejora.

*Evidencias:*

1. Existen documentos relacionados con áreas de mejora procedentes de desviaciones de los indicadores, quejas reclamaciones o

sugerencias de los usuarios, propuestas de los trabajadores, etc. documentados.

2. Se evalúa y se realiza un seguimiento de la mejora.
3. Se informa a los profesionales implicados en el proceso de mejora, de los objetivos, resultados y desviaciones de los indicadores.

## 6.2 Gestión de personal (G.P.):

*Definición: Criterio centrado en la gestión de recursos humanos del centro: selección de personal, contratación, seguimiento, ajuste de cargas de trabajo, clima laboral, y prevención de riesgos laborales.*

**G.P. 1:** Los directivos de la organización utilizan un sistema objetivo de selección de personal, basado en las competencias necesarias para ejecutar las funciones para las que van a ser contratados.

*Evidencias:*

1. Existe un documento con los requisitos para cada perfil profesional.
2. La selección se realiza en función de la formación específica de cada profesional en el sector y la normativa legal.

**G.P. 2:** Existe documentación de cada miembro del personal.

*Evidencias:*

1. Existen expedientes estandarizados y actualizados de cada trabajador.
2. Los expedientes contienen la vida laboral y profesional de cada miembro.

3. Los expedientes incluyen la formación realizada durante la estancia en la organización, y la que previamente tenía el profesional.
4. Existe un documento de evaluación de las competencias cumplimentado por el responsable de cada unidad.

**G.P. 3:** Existe un sistema de incentivación profesional.

*Evidencias:*

1. Existe un sistema reglado de desarrollo profesional en función de la experiencia, cualificación, tiempo en la organización.
2. Existen incentivos en función del nivel profesional que ha adquirido en la organización.
3. Existen varios niveles profesionales en cada categoría en función de la competencia, la experiencia, y los servicios prestados a la organización.

**G.P. 4:** Existe una medición periódica de las cargas de trabajo para el ajuste del personal.

*Evidencias:*

1. Existe una clasificación del usuario en función del consumo de recursos.
2. Se asignan recursos humanos en función de las tipologías y números de usuarios.

**G.P. 5:** Existe una contratación y asignación de cuidadores básicos en los diferentes turnos (Auxiliares de enfermería, Gerocultoras), objetivo en función de las cargas de trabajo.

*Evidencias:*

1. Existe como mínimo un Auxiliar de enfermería y/o Gerocultor/a por cada ocho residentes en situación de dependencia.
2. Existe como mínimo un Auxiliar de enfermería y/o gerocultor/a

por cada seis residentes con trastornos graves y continuados de conducta.

**G.P. 6:** Existe una contratación y asignación de Enfermeras Diplomadas en función del tipo de usuario, sus necesidades, en los diferentes turnos:

*Evidencias:*

1. Existe como mínimo un DUE por cada veinticinco residentes en situación de dependencia.
2. Una enfermera podrá atender entre 15-20 residentes con complejidad clínica importante (Terapias intravenosas, sondas de alimentación enteral, cuidados paliativos).

**G.P. 7:** La organización contrata y asigna Auxiliares o Enfermeras en el turno de noche en función del número de residentes:

*Evidencias:*

1. Existe como mínimo una Enfermera por cada 150-200 residentes, por la noche.
2. Existe como mínimo una Auxiliar o Gerocultora por cada 45-60 residentes por la noche con distintos niveles de dependencia.
3. Una enfermera podrá atender entre 15-20 residentes con complejidad clínica importante.

**G.P. 8:** La organización contrata y asigna médicos en función de la complejidad clínica.

*Evidencias:*

1. Existe un médico por cada 80 residentes en situación de dependencia.
2. La organización de centros de menos de 80 residentes asegurará la atención médica según necesidades.

**G.P. 9:** La organización contrata Terapeutas ocupacionales (T.O.) para cumplir su cartera de servicios y responder eficazmente con las necesidades de los usuarios.

*Evidencias:*

1. Existe un T.O. por cada 100 residentes con distintos niveles de dependencia
2. La organización de centros con menos de 100 residentes, garantizará el tratamiento de Terapia Ocupacional, según sus necesidades.

**G.P. 10:** La organización contrata fisioterapeutas para cumplir su cartera de servicios, y responder eficazmente con las necesidades de los usuarios.

*Evidencias:*

1. Existe un Fisioterapeuta por cada 100 residentes con distintos niveles de dependencia
2. En centros con menos de 100 residentes, la organización garantizará el tratamiento de Fisioterapia, según las necesidades de los usuarios.

**G.P. 11:** La organización contrata trabajadores sociales para cumplir su cartera de servicios, y cubrir las necesidades de los usuarios.

*Evidencias:*

1. Existe al menos un trabajador social por cada 200 usuarios.
2. Si existen menos de 100 usuarios el centro garantizará la atención social de los mismos, según sus necesidades.

**G.P. 12:** La organización contrata un equipo directivo para gestionar el centro:

*Evidencias:*

1. Existe un/a director que cumpla con los requisitos legales para poder ejercer.

2. Existe un/a responsable del área de gobierno.
3. Existe un responsable jefe de cocina.
4. Existe un responsable del área asistencial.
5. Existen responsables por turno del área asistencial.

**G.P. 13:** La organización forma al personal en planes de seguridad contra incendios.

*Evidencias:*

1. Existe personal previamente definido para ser el responsable de la unidad ante un incendio.
2. Existe formación y simulacros periódicos ante un incendio.
3. Las personas que manejan material peligroso conocen y aplican los procedimientos y medidas de protección adecuadas.

**G.P. 14:** La organización conoce y aplica la normativa en ley de prevención de riesgos laborales.

*Evidencias:*

1. Están identificados los riesgos.
2. Existen materiales suficientes para la prevención de riesgos laborales.

### 6.3. Gestión del conocimiento y la información (G.C.I.):

*Definición: Criterio por el que se recoge, almacena, se difunde y se gestiona la información y conocimiento necesario para que todos los procesos funcionen de forma adecuada.*

**G.C.I. 1:** Existe un plan acorde con la Ley de protección de datos por el que se definen los niveles de seguridad de cada archivo y sistema de información.

*Evidencias:*

1. Está detallado el nivel de seguridad para cada dato e información.
2. Están especificados los profesionales a los que se les permite el acceso a cada categoría de datos e información.
3. Se controla el acceso a los sistemas de información, una vez finalizado el vínculo laboral.

**G.C.I. 2:** Existen Sistemas de información para la gestión, análisis, y desarrollo de la actividad, acordes con la misión de la organización y las principales líneas de servicio.

*Evidencias:*

1. Existe un sistema de clasificación de los usuarios con utilidad clínica.
2. Existen Aplicaciones con Historias profesionales centradas en la detección de problemas y planificación de la asistencia.
3. Existe una aplicación que gestiona las plazas.
4. Existe una aplicación que gestiona la parte económica.
5. Existe una aplicación que gestiona las compras.

**G.C.I. 3:** La organización cuenta con un manual de acogida que se explica y distribuye a los trabajadores que empiezan su actividad en el centro.

*Evidencias:*

1. Existe un manual de acogida donde figuran aspectos fundamentales que debe conocer el profesional que comienza su trabajo en el centro. Además existe documentado un proceso sistemático de acogida.
2. El manual contiene la misión, visión, valores, y objetivos del centro.
3. Contiene la normativa interna del centro y otras leyes como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
4. El mando responsable de ese trabajador le recibe y le suministra el manual de acogida y la información clave de la organización.

**G.C.I. 4:** Existe documentación almacenada, con el conocimiento mínimo que necesita cada profesional para ejercer su misión en la organización.

*Evidencias:*

1. Existe un almacén de conocimiento electrónico o en papel, por puesto de trabajo, que recoge los conocimientos mínimos que los diferentes profesionales deben conocer para ejercer la función para la que han sido contratados.

**G.C.I. 5:** Existe un sistema electrónico o en papel de comunicación interna:

*Evidencias:*

1. Existe un sistema de comunicación multidireccional.
2. Los directivos, o profesionales se comunican entre si con este sistema.

**G.C.I. 6:** Existen espacios de comunicación entre profesionales, directivos, etc.

*Evidencias:*

1. Existen encuentros entre responsables y profesionales a su cargo con fines comunicativos.

2. Existen encuentros entre profesionales con el fin de intercambiar conocimiento e información.

**G.C.I. 7:** Se favorece la asistencia a cursos, congresos, jornadas dentro y fuera del centro, que mejoren el conocimiento sobre la competencia del servicio:

*Evidencias:*

1. Existe una solicitud normalizada para la asistencia a actividades formativas.
2. Siempre que lo permita la situación laboral se potencia la asistencia a actividades docentes.
3. Se exige que tras la asistencia a una actividad docente, se organice una sesión para compartir el conocimiento adquirido.

**G.C.I. 8:** Se favorece la Participación Corporativa en congresos, jornadas, cursos, y otro tipo de actividades:

*Evidencias:*

1. Existe presupuesto para ayudas en el diseño, preparación y difusión de comunicaciones, ponencias, y actividades científicas.
2. Se potencia e incentiva el compromiso con la organización a través de la participación en actividades que difundan las buenas prácticas de la organización.

**G.C.I. 9:** Existe y está documentado un formato de imagen corporativa homogéneo, siempre que difunda cualquier tema relacionado con la organización:

*Evidencias:*

1. Existen formatos corporativos para presentaciones electrónicas.
2. Existen normas con respecto a la elaboración de folletos, trípticos, revistas, etc, que hagan referencia a la organización.

3. Existe un logotipo oficial que figura en cualquier documento que elabore la organización.

**G.C.I. 10:** Existe un Plan de formación interno, centrado en la misión, servicios, y actitudes y habilidades mínimas para el trabajo en la organización:

*Evidencias:*

1. Existe un programa de formación que toca aspectos como la privacidad, dignidad, trabajo en equipo, respeto, e individualidad en la atención.
2. Existe un programa de actualización en seguridad del residente (infecciones, gestión de riesgos, y sujeciones) .
3. Existe formación relacionada con Prevención de Riesgos Laborales.
4. Existe formación relacionada con la actuación en caso de incendios.
5. Existe formación en el personal que interviene en la cadena alimentaria sobre manipulación de alimentos.
6. Existe un programa de formación especializado, por profesionales o perfiles profesionales, ajustado al modelo asistencial y los servicios que proporciona el centro.

**G.C.I. 11:** Se potencia y se incentiva la actividad investigadora como instrumento de mejora del servicio:

*Evidencias:*

1. Se potencian los estudios de investigación.
2. Existe apoyo administrativo para el desarrollo de estudios.
3. Existe una difusión interna y externa de los resultados.
4. Se premia el desarrollo de estudios.

**G.C.I. 12:** Existen convenios de formación para prácticas de pregrado y/o postgrado con diferentes entidades formadoras:

*Evidencias:*

1. Existen convenios de formación firmados con Universidades o entidades docentes de acuerdo con la ley.

#### 6.4 Gestión de la organización (G.O.):

*Definición: Criterio centrado en aspectos generales, no incluidos en el resto de apartados que utiliza la organización para gestionar el servicio.*

**G.O. 1:** La organización cuenta con un sistema de Gestión de Medicamentos:

*Evidencias:*

1. Existe un procedimiento documentado de gestión, conservación, y custodia de medicamentos.
2. Los medicamentos están custodiados en lugares cerrados.
3. Los psicofármacos y narcóticos están bajo llave, con un control documentado de su uso.
4. Los medicamentos se conservan a temperatura adecuada.
5. Existe un seguimiento de la caducidad y no hay medicamentos caducados.
6. Los medicamentos están protegidos en su envase hasta el momento de ser administrados.
7. Existe un control de la petición y recepción de medicamentos y productos terapéuticos.

**G.O. 2:** La organización cuenta con todas las licencias, permisos, y certificados de equipos que marca la legislación:



*Evidencias:*

1. Existe Licencia de apertura.
2. Existe Certificado de equipos.
3. Existen actualizaciones de planos de obras nuevas y vías de evacuación.
4. Existen impresos ajustados a normativa de reclamaciones.

**G.O. 3:** Existe un programa de evaluación del estado de instalaciones*Evidencias:*

1. Existen registros de limpieza de instalaciones.
2. Existe una evaluación por el/la responsable del estado de las instalaciones.
3. Las habitaciones y los baños están limpios, sin olores, y con buena temperatura.
4. Existen recipientes para la gestión de residuos peligrosos ajustados a normativa.

**G.O. 4:** La organización cuenta con un procedimiento definido de gestión de riesgos:*Evidencias:*

1. Existe un seguimiento y plan de eliminación de barreras arquitectónicas.
2. Están detectados los usuarios con riesgo de accidente, caídas, fugas.
3. Existe un plan de evacuación y medidas contra incendios.
4. Existe una señalización adecuada de las estancias y de zonas peligrosas.
5. Existe un seguimiento y control de accesos y salidas del centro.
6. Funciona el alumbrado de emergencias.
7. Están revisados y certificados los ascensores.
8. Funcionan de forma adecuada las alarmas y timbres de llamada.

9. Funcionan las puertas antipánico y retenedores.
10. Funcionan los detectores de incendios.
11. Las habitaciones y los baños están adaptados a las necesidades, discapacidades y riesgos de los usuarios.

**G.O. 5:** La organización contempla el estudio periódico del estado del mobiliario, paredes y equipamiento, para su reposición cuando se encuentra en mal estado.*Evidencias:*

1. Funciona de forma adecuada y llega a todos los espacios del centro la megafonía.
2. El mobiliario de zonas comunes está en buen estado.
3. El mobiliario y los complementos de las habitaciones están en buen estado.
4. Existe una iluminación adecuada en las habitaciones y en las zonas comunes, y bien mantenida.
5. Las paredes están bien pintadas sin humedades y desconchones.
6. El menaje está limpio, estéticamente agradable, y bien conservado.
7. Las sábanas, manteles, servilletas, camisones, pijamas, están limpios bien conservados, y con la imagen corporativa de la organización.

**G.O. 6:** La organización cuenta con un sistema de gestión y control de los productos alimentarios.*Evidencias:*

1. Existe un seguimiento interno y externo de análisis de puntos críticos en el proceso de alimentación.
2. Las dietas son variadas.
3. Los platos presentan una estética y decoración apreciada por los usuarios.

**G.O. 7:** Todos los miembros de la organización conocen la misión, visión y valores de la organización.

*Evidencias:*

1. Todos los trabajadores conocen la misión, la visión, los valores y los objetivos del centro.
2. Los directivos refuerzan la importancia de conocer la misión, visión, valores y objetivos.

**G.O. 8:** Los directivos ejercen el liderazgo en toda la organización.

*Evidencias:*

1. Los directivos fijan metas y objetivos.
2. Mantienen un clima laboral bueno.
3. Inspiran, animan y reconocen las contribuciones del personal.
4. Impulsan el cambio y la mejora continua.
5. Analizan, y proponen soluciones para las desviaciones de los objetivos, o el riesgo de desviación.

**G.O. 9:** La organización establece una relación de mutuo beneficio con sus proveedores.

*Evidencias:*

1. Identifica y selecciona proveedores claves en el sector.
2. La organización implica a los proveedores en sus procesos.
3. Desarrollan actividades conjuntas de mejora.
4. Pacta servicios complementarios con ellos como formación, mantenimiento, etc.

**G.O. 10:** La organización y sus directivos planifican anualmente los objetivos de cada ejercicio

*Evidencias:*

1. Existe un documento de objetivos por área de actividad.

2. Para cada objetivo existen acciones para su logro.
3. Existe un plazo de consecución.
4. Existen fórmulas para su medición.
5. Las desviaciones son analizadas y se efectúan mejoras.

**G.O. 11:** Los directivos de la organización gestionan un presupuesto acorde a la misión, visión, valores y objetivos de la organización y objetivos anuales.

*Evidencias:*

1. Existe un presupuesto por ejercicio ligado a cada objetivo.
2. Existen indicadores que miden el logro de objetivos.

## 7. Bibliografía consultada

1. CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. *Defining quality of care*. Social Science & medicine 2000; 51(11): 1611-25.
2. BOSE S; OLIVERAS E; EDSON WN. *How can selfassessment improve the quality of healthcare?* Bethesda, Maryland, Center for Human Services, Quality Assurance Project, 2001. 27 p. (Operations Research Issue Paper Vol. 2, No. 4).
3. NORTON EC. *Incentive regulation of nursing homes*. Journal Health Economics - 01-AUG-1992; 11(2): 105-28.
4. ANDERSON, W.L., E.C. NORTON, AND W.H. DOW. 2003. *Medicare Maximization by State Medicaid Programs: Effects on Medicare Home Care Utilization*. Medical Care Research and Review 60(2): 201-222.
5. CASTLE, N.G. 2005. *Nursing Home Closures and Quality of Care*. Medical Care Research and Review 62(1): 111-132.
6. GERTLER, P. J. 1989. *Subsidies, quality, and the regulation of nursing homes*. Journal of Public Economics 38:33-52.
7. HARRINGTON, C., CARRILLO, H., THOLLAUG, S. C., SUMMERS, P. R., (2000) *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1993-1999*. San Francisco: University of California. Retrieved August 2, 2002, from <http://www.cms.hhs.gov/medicaid/services/nursfac99.pdf>.
8. BARBARA MANARD, PH.D., AARP Public Policy Institute. *Nursing Home Quality Indicators: Their Uses and Limitations*, Ph.D., AARP Public Policy Institute. December 2002
9. *The Facility Guide for the Nursing Home Quality Indicators (the "Guide") was developed at the Center for Health Systems Research*.
10. ZIMMERMAN DR, KARON SL, ARLING G, CLARK BR, COLLINS T, ROSS R, SAINFORT F. *Development and testing of nursing*

- homes Quality indicators. Health Care Financial Rev. 1995 Summer: 16(4): 107-127.
11. *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. Committee on Nursing Home Regulation. ISBN: , 432 pages, 6 x 9, paperback (1986).
  12. GREG ARLING, PHD, ROBERT L. KANE, MD, TERESA LEWIS, BA AND CHRISTINE MUELLER, RN, PhD *Indicators Future Development of Nursing Home Quality Indicators*. The Gerontologist 45:147-156 (2005).
  13. *USA Center for medicare and medical services: Guide to choosing a nursing homes*.
  14. ROBERT L. KANE, MD1,, SHANNON FLOOD, BA1, BORIS BERSHADSKY, PHD1 AND GAIL KECKHAFFER, BA1. *Effect of an Innovative Medicare Managed Care Program on the Quality of Care for Nursing Home Residents*. The Gerontologist 44:95-103 (2004).
  15. MARIA GODDARD, ET AL. *Clinical performance measurement: part getting the best out of it* R Soc Med 2002; 95:508-510-
  16. VINCENT MOR, PHD, ET AL. *The Quality of Quality Measurement in U.S. Nursing Homes*. The Gerontologist 43:37-46 (2003)
  17. FRIES, B. E., SIMON, S. E., MORRIS, J. N., FLODSTROM, C., BOOKSTEIN, F. L., (2001) *Pain in U.S. nursing homes: Validating a pain scale for the minimum data set*. The Gerontologist. 41:173-179.
  18. TENO, J. M., WEITZEN, S., WETLE, T., MOR, V., (2001) *Persistent pain in nursing home residents*. Journal of the American Medical Association, 285:2081.
  19. MITCHELL ET AL. *Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home*. Arch Intern Med 2004; 164:321-326.
  20. WETLE ET AL. *Family Perspectives on End-of-Life Care Experiences in Nursing Homes*. Gerontologist 2005; 45:642-650.
  21. RITCHIE AND WIELAND. *Improving End-of-Life Care for Older Adults: An International Challenge*. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2007; 62:393-394.
  22. G ARLING, RL KANE, T LEWIS, C MUELLER. *Future development of nursing home quality indicators*. The Gerontologist, 2005 - Geron Soc America.
  23. HILARION T, ET AL. *Making performance indicators works: The experience of using consensus indicators for externals assessment of health and social services at regional level in Spain*. Health policy (2008), doi: 10.1016/healthpol 2008.09.002.
  24. *Joint Commission International Accreditation Standards for the care continuum*. 2003.
  25. Cámara de Comercio de Madrid: *Guía para la implantación de la Norma Iso 9001-2000*.
  26. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales: *Implantación del Programa de Mejora de La calidad y Eficiencia de los cuidados en las Residencias para Personas Mayores*. Madrid 1996.
  27. MACÍAS, R. *La capacidad legal de los internados en Residencias Geriátricas*, Noviembre de 2008.
  28. Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Servicio Regional de Bienestar Social: *Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores*, Abril 2007.
  29. Sociedad Británica de Geriatria. *Estándares de Cuidados en Servicios Especializados para Personas Mayores*. 2002. Patrocinados S.A.R El Príncipe de Gales. WWW.bgs.org.uk.
  30. HARRINGTON CH, CARRILLO H. *The Regulation and enforcement of Federal Nursing Home Standars, 1991-1997*. Med Care Res 1999; 56; 471.
  31. RAMOS CORDERO, PRIMITIVO, ET AL: *Alimentación y nutrición en residencia de ancianos*. SEMER. Edit. IMC. Madrid 2007.
  32. RODRÍGUEZ AIZCORBE, J RAMÓN, ET AL: *Cuidados paliativos en residencias*. SEMER. edit. Salud Digital. Madrid 2008.
  33. *Dolor y estreñimiento en el anciano institucionalizado*. Coordina LÓPEZ ROCHA ALBERTO. SEMER. Edit. IMC, Madrid 2007.
  34. LÓPEZ ROCHA A., MARCOS JUÁREZ E., *Actuaciones médico legales mas frecuentes en centros geriátricos*. Edit. Salud digital. Madrid 2008.
  35. *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de personas mayores*. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bilbao, SEMER, Gufe Ifas, Aspaldiko. Edit. ICOMBI. Bilbao 2006.
  36. GÓMEZ PAVÓN, J. (Coord): *Prevención de la dependencia en las personas mayores*, I conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España, Madrid, 2007.

## 8. Glosario de términos

### *Alteraciones de la conducta:*

Según RAI - RUG III, personas:

- Agresivas o regresivas
- Abuso verbal
- Alucinaciones
- Vagabundeo

### *Ambiente de solidaridad:*

Entorno en el que se comparten intereses y responsabilidades conjuntamente.

### *Atención integral:*

Se desarrolla mas allá de la cobertura de las necesidades básicas personales y atendiendo al concepto de integridad de la persona, en la que se contemplá una atención en la esfera física, psíquica, social, funcional y espiritual.

### *Autonomía:*

Capacidad intrínseca de toda persona para poder decidir en todo aquello que afecta a su vida.

### *Bienestar/ confort:*

Está relacionado con vivir sin malestar en condiciones físicas, psicológicas y sociales favorables.

### *Cambio significativo:*

Trasformación importante no autolimitada, que incide en más de un área de salud del residente; exige una revisión interdisciplinar y/o revisión del plan de cuidados.

### *Capacidad:*

Grado de autonomía personal en que el paciente se muestra apto para: comprender de manera aceptable la información que recibe, la situación vital real en la que se encuentra, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno, tanto las beneficiosas como las perjudiciales. Así mismo, es capaz de procesar toda esta información y tomar una decisión. Por último, puede expresar y defender adecuadamente esa decisión, mostrando que es racionalmente coherente con su propia escala de valores.

### *Competencia profesional:*

Es entendido como poder pensar bien y actuar bien junto con la experiencia para decidir. Comprende saber, saber ser y saber hacer, esto es, conocimientos, habilidades propias de

la profesión y actitudes valores y virtudes del profesional que son las que garantizan la eficiencia y calidad del servicio.

### Complejidad clínica:

Según RAI-RUG III pacientes que tienen

- Oxigenoterapia
- Trasfusiones
- Hemipléjico (Hemiparesia)
- Enfermedad Terminal
- Afasia
- Diálisis
- Úlceras / lesiones
- Parálisis cerebral
- Deshidratación
- Úlceras de éxtasis
- Broncoaspiración
- Quimioterapia
- Protecciones
- Infección Urinaria
- Sangrado interno
- Neumonía
- Visita médica más de diez veces por semana

### Criterio:

1. Principio o norma de discernimiento o decisión.
2. Condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad.

### Cuidados básicos:

1. Tareas más elementales que permiten a una persona desarrollarse: Cuidado personal, movilidad esencial, actividades domesticas básicas.

2. Según Henderson, toda actividad que incluye el Plan de Cuidados Básicos de Enfermería.

### Cuidados especiales:

Pacientes con dependencia en más de cinco AVD, y que tiene alguna de las siguientes situaciones:

- Medicación IV
- Radioterapia
- Fiebre
- Septicemia
- Traqueotomía
- Úlceras grado IV- III
- Coma
- Alimentación por SNG
- Alimentación parenteral
- Cuadruplejía
- Esclerosis múltiple
- Necesidad de aspiración de secreciones respiratorias

### Cuidados paliativos:

Oferta de soporte y cuidados profesionales a personas en la última fase de una enfermedad incurable, de tal manera que se pueda vivir lo mas confortable y plenamente posible.

### Deber:

1. Obligación moral, considerada en su forma más general.
2. Lo que una persona deber dar o permitir a otra.

### Dependencia:

Estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la

pérdida o falta de autonomía física o intelectual, tiene necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana y de modo particular, las referentes al cuidado personal.

### NIVELES DE DEPENDENCIA:

(Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

- **Grado I.** Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD), al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal
- **Grado II.** Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente del cuidador o tiene necesidades de apoyo externo para su autonomía personal.
- **Grado III.** Gran Dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar las ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

### Derecho:

1. Sistema de normas que regulan los comportamientos dotados de mayor relevancia social, siendo su cumplimiento obligatorio y exigible coactivamente.
2. Lo que una persona tiene o debe recibir de otra u otras.

### Dignidad:

*Dignitas –atis*, significa entre otras cosas, excelencia, realce de la persona humana; es decir, la excelencia que ésta posee en razón de su propia naturaleza (Diccionario Jurídico).

### Discapacidad:

Falta de capacidad de una persona para realizar los actos esenciales de la vida ordinaria. El hecho de que con frecuencia los entornos, las prácticas y las actitudes sociales no estén concebidas para que las personas con discapacidad lleven una vida independiente, produce la situación de dependencia de aquella persona respecto de otra.

### Envejecimiento activo:

Según la OMS es el proceso a lo largo del curso de la existencia y que lleva consigo la optimización del bienestar físico, social y mental, con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida de la vejez.

**Escucha activa:**

Método terapéutico que consiste en prestar atención a lo que dice otro. Es una habilidad que nos convierte en personas significativas y dignas de confianza. La persona que se siente escuchada se siente aceptada como persona y comprendida. Con ello se contribuye a la relajación del interlocutor y se provoca un sentimiento de bienestar en quien está hablando.

**Feed-back:**

Mecanismo de realimentación que se produce entre los comunicantes. Tiene una función reguladora de sus comportamientos comunicativos en curso, lo que le permite autorregularse, hacer los ajustes y reajustes precisos y aumentar el rendimiento y el potencial de su comunicación.

**Funciones reducidas:**

Grado de incapacidad en el aseo, alimentación y transferencias.

**Indicador de calidad:**

1. Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.
2. Forma en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.

**Intimidación:**

1. Sentimientos, pensamientos, hábitos muy propios de una persona, familia o colectividad.
2. Derecho que tiene las personas a preservar una zona íntima y reservada de su vida personal o familiar.

**Malos tratos:**

Según la *Declaración de Almería sobre el maltrato al anciano* (1995): Es todo acto u omisión sufrido que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluidos el principio de autonomía y demás derechos fundamentales, constatable objetivamente y/o percibido subjetivamente.

**Muerte digna:**

Para la mayoría de las personas, es una muerte sin dolor, serena, que se asume conscientemente en compañía de los seres queridos y no se prolonga de forma artificial.

**Persona autónoma:**

Es aquel individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación.

**Persona mayor vulnerada:**

Puede ser por exclusión social, (acción institucional) y/o fragilidad física o mental, bien por discapacidad física o por dependencia.

**Privacidad:**

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

**Profesionales de atención directa:**

Son los que realizan labores asistenciales y prestan cuidados directos al anciano, en este caso.

**Profesionales de atención indirecta:**

Son los que no prestan servicios directos al anciano. Lo forman el personal de administración y servicios.

**RAI - RUG III:**

Sistema de información, con utilidad clínica y de gestión, procedente de los Estados Unidos y extendido a nivel mundial, que clasifica a los usuarios de servicios sociosanitarios en varias categorías según su perfil más sanitario o más social.

**Solidario:**

1. Persona ligada a otras por una comunidad de intereses y responsabilidades.
2. Ser solidario supone reconocer los lazos que unen entre sí, de forma indeleble y perenne a todos los hombres.

**Vulnerabilidad humana:**

Incluye a quienes tiene capacidades diferentes a causa de la edad, el sexo, las minusvalías físicas, sensoriales o intelectuales.

**Vulnerabilidad:**

Fragilidad e indefensión ante cambios del entorno: desamparo institucional, debilidad interna para afrontar los cambios necesarios, inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar para lograr mejores niveles de bienestar.



EDICIONES  
MARAÑÓN



# Criterios y estándares de CUIDADOS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

## *Autonomía y dignidad en la vejez*

Vivir con autonomía y dignidad es un objetivo vital básico de cualquier ser humano, autonomía para poder tomar decisiones relacionadas con la vida, y dignidad para ser reconocido como persona y como ciudadano de pleno derecho que vive en un territorio determinado.

Cuando por razones de salud o de otra índole el ser humano se vuelve dependiente, o dicho de otra manera cuando necesita ser cuidado en mayor o en menor medida para realizar su vida diaria, el hombre sigue siendo el mismo, y la autonomía para decidir sobre su vida y la dignidad que le

habilita como ser humano se hace, si cabe, más importante que cuando no tenía ningún tipo de dependencia.

El ingreso en un centro para poder ser cuidado, en los usuarios dependientes, supone trasladar la casa de uno/a a ese nuevo espacio, que nunca será como el hogar donde uno ha vivido, pero que al menos requiere unos ingredientes mínimos, para que estos ciudadanos puedan vivir con bienestar, libertad y dignidad el tiempo que les quede de vida, o hasta que recuperen el nivel de dependencia necesario para volver a su domicilio.



## AMEG

ASOCIACIÓN MADRILEÑA  
DE ENFERMERÍA  
GERONTOLÓGICA

ISBN 84-936555-7-0



9 788493 655570