

7.5. VARIOS

CONSEJERÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD

CVE-2026-5949 *Orden ISO/9/2026, de modificación de la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria.*

La Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria, regula los requisitos estructurales y de equipamiento mínimos para los centros de servicios sociales e incorpora asimismo los requerimientos de personal, tanto el que presta la atención directa a las personas usuarias, como indirecta, que se centra en el correcto mantenimiento y funcionamiento del recurso de atención así como el desarrollo de los servicios, programas y otros elementos que configuran el contenido de la atención en el centro.

Asimismo, la orden establece los criterios de calidad en la atención que deben seguir los centros de atención a las personas en situación de dependencia, calidad que debe ser acreditada por la Administración como garantía de efectividad de los derechos de las personas usuarias.

Por medio de la presente orden se pretende efectuar determinados ajustes en algunas de los requerimientos de la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, en algunos supuestos para mejorar la calidad de la atención, y en otros para flexibilizar algunos aspectos de la gestión de los centros, sin que por ello sufra menoscabo la atención que se presta a las personas usuarias, entre los que cabe destacar los que se exponen a continuación.

A este respecto, se modifica la exigencia de equipamiento de las residencias de personas mayores o con discapacidad, que afecta a la disposición de camas articuladas para todas las personas usuarias, que a la vez que incrementa su comodidad, facilitará la tarea a las que les prestan los apoyos necesarios.

Se modifica la dedicación de las personas que ejercen funciones de dirección en los centros de atención diurna cuando las compatibilizan con funciones de atención directa, permitiéndose que estas últimas se realicen en el mismo o en otro centro.

En los centros de día se permitirá computar para el cumplimiento de la ratio de personal de atención directa, con el límite de dos horas diarias, el acompañamiento en el transporte por parte de los profesionales, habida cuenta de que la atención que prestan en función de las necesidades de las personas usuarias con necesidades de apoyo se extiende a esta tarea.

En las viviendas tuteladas, atendiendo a la condición de las personas usuarias, que gozan de mayor autonomía para las actividades de la vida diaria, se hace depender la intensidad de la atención profesional de las necesidades de personas usuarias, si bien se requieren unos mínimos de presencia efectiva diaria y semanal, según el carácter del personal de atención directa. Igualmente, en los centros de acogida se elimina la obligatoriedad de contar en todos los casos con personal de seguridad.

En la línea antes apuntada de mejorar las condiciones de atención de las personas usuarias, se prevé que se proporcione algún alimento como recena a las personas que por sus condiciones de salud les resulta perjudicial estar en ayunas entre la hora de la cena y la del desayuno.

Un elemento clave de esta orden es la modificación del sistema de acreditación de la calidad de los centros de atención a la dependencia, procediéndose a la simplificación y concreción de algunos protocolos, reorientando sus contenidos, registros y criterios hacia una mayor personalización de los cuidados y apoyos que se prestan.

De igual forma se introducen indicadores más significativos que se centren de forma más acusada en la actividad del centro, de forma que puedan ser de mayor utilidad para impulsar cambios o para introducir mejoras en la atención.

Por otra parte, en la línea con el proceso de simplificación administrativa abordado por el Gobierno de Cantabria, se modifica la presentación de memorias anuales de la actividad del centro, a efectos del mantenimiento de la acreditación, sustituyendo la elaboración de aquellas por un sistema de autoevaluación que resulte de utilidad a los centros en su toma de decisiones y gestión del conocimiento. Así, los valores en que se centre la calidad de los centros se incorporarán a un formulario digital habilitado por la Administración, lo que facilitará el análisis comparado de los indicadores, a la vez que permitirá una definición compartida por todos los centros de cada uno de los elementos por los que se interroga. Se prevé que esta modificación produzca efectos favorables, no solo para las entidades gestoras, cuya tarea de análisis se verá simplificada, sino también para la Administración, que podrá acceder de forma más eficiente al resultado de estos procesos.

Los valores obtenidos permitirán formular unos estándares comunes de calidad, facilitando la mejora continua y la introducción de buenas prácticas de los centros.

Por otra parte, se autoriza la creación de unidades para personas dotadas de autonomía personal, para las que se flexibiliza la configuración estructural, atendiendo a la escasa exigencia de ayudas técnicas, cuidados y apoyos de las personas usuarias, con una menor previsión de personal de atención directa, en la línea prevista por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en su Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publicado mediante Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Por último, se establece la obligatoriedad de relacionarse electrónicamente con la Administración para todos los asuntos derivados de la aplicación de la orden, posibilidad que, a través de disposición reglamentaria, habilita el artículo 135.3 de la Ley de Cantabria 5/2018, de 22 de noviembre, de Régimen Jurídico del Gobierno, de la Administración y del Sector Público Institucional de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Las personas tanto físicas como jurídicas que ostentan la propiedad o bien ejercen la gestión de los centros de servicios sociales han de cumplir diversos requerimientos fiscales, de relación con la Seguridad Social y otras Administraciones Públicas, de gestión y registro de tareas diarias y otros diversos, que se realizan habitualmente de forma electrónica, por requerimiento legal o por eficiencia en la gestión, considerando la variedad de disposiciones que rigen la existencia y actividad de los centros de servicios sociales, así como la complejidad de las actuaciones de todo tipo que se llevan a cabo en los mismos. Por estas razones se concluye que tienen acceso y disponibilidad de los medios electrónicos necesarios, requisito impuesto por la Ley citada para habilitar la disposición reglamentaria que se incorpora a esta orden.

A la vista de lo expuesto, y de conformidad con las atribuciones conferidas por los artículos 35.f) de la Ley de Cantabria 5/2018, de 22 de noviembre, de Régimen Jurídico del Gobierno, de la Administración y del Sector Público Institucional de la Comunidad Autónoma de Cantabria y 78.2 de la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales,

VIERNES, 24 DE JULIO DE 2026 - BOC NÚM. 142

DISPONGO

Artículo único. Modificación de la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Se modifica la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria en los siguientes términos:

Uno. Se suprime la letra b) del artículo 30.

Dos. Se modifican la letra b) del apartado 2 y el apartado 3 del artículo 33, que tendrán la siguiente redacción:

"b) Una cama articulada y regulable en altura, con anchura mínima de 0,90 metros. Su ubicación dentro de la habitación deberá facilitar la transferencia de las personas usuarias. Si el estado físico de la persona usuaria lo requiere, por necesidad de atender a la higiene personal en la cama, existencia de alteraciones conductuales, y otras situaciones que así lo precisen, la cama deberá quedar libre por tres lados. En caso de ser necesario se dispondrá de colchón cuyas especificaciones técnicas sean adecuadas para la prevención y manejo de úlceras de presión".

"3. El centro pondrá la dotación básica prevista en el apartado 2 a disposición de las personas usuarias. En caso de que la persona usuaria no precise el mobiliario indicado en la letra d) del apartado 2, deberá quedar constancia debidamente acreditada, indicando asimismo los criterios técnicos de la falta de necesidad o la voluntad de la persona usuaria de prescindir del citado mobiliario. Salvo la cama y el armario, el mobiliario y los artículos de decoración podrán ser sustituidos por los aportados por la persona usuaria, la cual podrá personalizar la decoración y el equipamiento de acuerdo con lo previsto en el artículo 14".

Tres. Se añade una letra l) en el artículo 60.1, con la siguiente redacción:

"l) En su caso, manifestación de deseos y preferencias sobre actuaciones a realizar por el centro al final de la vida de la persona usuaria".

Cuatro. Se suprime la letra h) del artículo 63.

Cinco. Se modifica el apartado 5 del artículo 66, quedando redactado de la siguiente manera:

"5. En los centros de atención diurna la persona que ejerza las funciones de dirección podrá formar parte de la plantilla del centro de atención directa contratada a jornada completa y dedicará a las mismas al menos la mitad de la jornada cuando el centro tenga más de 40 plazas ocupadas, y al menos un cuarto de la jornada cuando el centro tenga 40 o menos plazas ocupadas.

Cuando la persona que ejerce funciones de dirección las compatibilice con funciones de atención directa, estas últimas podrán ser desempeñadas en el mismo o diferente centro".

Seis. Se modifica el artículo 69.1 en los siguientes términos:

En el cuadro de Profesionales de atención directa a centros residenciales, la referencia a "horas / día" se sustituye por "horas / horario diurno".

CVE-2026-5949

Siete. Se añade un apartado 5 al artículo 70, con la siguiente redacción:

"5 En los centros de día en que el servicio de transporte que presta el centro exija acompañamiento de las personas usuarias, el tiempo dedicado a esta tarea por el personal Ad1N se computará para la exigencia de horas a que se refiere el artículo 70.1, con el límite máximo de una hora en horario de mañana y otra en horario de tarde".

Ocho. Se modifica el apartado 2 del artículo 71, que quedará redactado de la siguiente manera:

"2. Las necesidades de las personas usuarias determinarán la intensidad de los apoyos profesionales. En todo caso, se exigirá:

PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA EN VIVIENDAS TUTELADAS Número de horas de prestación de servicios por cada 12 personas usuarias			
Vivienda tutelada	Ad1N (horario diurno)		Ad2N (horas/semana)
	L-V	S D F	
	12	16	24

En horario nocturno se exigirá un profesional de atención directa, con independencia del número de personas usuarias del centro".

Nueve. Se modifica el artículo 74, que queda redactado como sigue:

"Artículo 74. Personal en centros de acogida.

1. Los centros de acogida tendrán el siguiente personal:

a) Un director/a, que podrá formar parte del equipo de atención directa, siempre que el tiempo dedicado al ejercicio de las funciones directivas no se detraiga de las horas de atención directa.

b) Personal de atención directa en número suficiente para prestar por cada 100 plazas apoyo de 110 horas semanales de trabajador social y 110 horas semanales de psicólogo, educador, u otro personal adecuado a los programas que se desarrollen en el centro.

2. El centro podrá contar con personal de seguridad, en función de las características del centro".

Diez. Se modifica la letra b) del artículo 77, que quedará redactada de la siguiente forma:

"b) Personal de atención directa: La prestación mínima de este personal se fijará en la proporción de 75 horas semanales para una prestación de servicio por el centro de 40 horas semanales. Los profesionales deberán estar en posesión de titulación de técnico/a o técnico/a superior en la especialidad adecuada al programa o programas ocupacionales que desarrolle el centro".

Once. Se modifica la letra c) y se elimina la letra d) del artículo 79. La letra c) queda redactada como sigue:

"c) Los registros recogidos en los artículos 91, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 101 y 103".

Doce. Se modifica la letra d) del apartado 3 del artículo 80, que quedará redactada como sigue:

"d) En todos los centros residenciales y viviendas tuteladas se garantizarán a las personas usuarias, al menos, cuatro comidas diarias: desayuno, comida, merienda y cena.

En aquellos casos que por motivos de salud así lo requieran, se ofrecerá también una recena.

Cuando las personas usuarias de centros residenciales de atención básica y de viviendas tuteladas acudan a centros de día o a centros ocupacionales con horario continuo o prolongado, la comida será proporcionada por estos últimos centros".

Trece. Se modifica el artículo 85, que queda redactado como sigue:

"Artículo 85. Concepto de acreditación.

1. La acreditación es el acto por el cual la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria certifica que un centro previamente autorizado, ofrece garantía de calidad e idoneidad para las personas usuarias conforme a los criterios que se establecen en este capítulo.

2. Se entiende por calidad a efectos de esta orden el conjunto de características que debe tener un centro para promover un adecuado funcionamiento al objeto de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias, familias y trabajadores. La garantía de calidad se fundamenta en una atención individualizada basada en principios éticos y en buenas prácticas profesionales que pongan el énfasis en el respeto de los derechos de las personas usuarias y en los aspectos más cualitativos de la atención. Esta garantía se expresa a través de un proceso de mejora continua en la que se analiza cualquier aspecto susceptible de mejora y se determinan acciones para alcanzar los objetivos planteados".

Catorce. Se modifica el artículo 87.b) que quedará redactado como sigue:

"b) Remitir la autoevaluación establecida en el artículo 89 a la dirección general competente en materia de acreditación de centros de servicios sociales".

Quince. Se modifica el artículo 88, que queda redactado de la siguiente manera:

"Artículo 88. Sistema de gestión de la calidad.

1. Todos los centros acreditados tendrán un sistema de gestión de calidad que potencie los procesos de mejora continua, tanto en los servicios que presta a las personas usuarias, como en la gestión de los mismos, el cual se documentará en un manual o plan de calidad en el que, como mínimo, deberá incluirse:

- a) El objeto y alcance del manual.
- b) La documentación en la que la entidad sustenta el sistema de calidad aplicado.
- c) Los protocolos regulados en este capítulo.
- d) Los recursos humanos y materiales.
- e) La medición y el análisis del servicio.

2. Cuando un centro cuente con un sistema de gestión de calidad certificado por una entidad acreditada, el manual de calidad podrá sustituirse por el manual vinculado al certificado correspondiente.

3. En cumplimiento del artículo 81.3 de la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, los centros residenciales que cuenten con más de cien plazas, concertadas o no, estarán obligados a contar con un sistema de gestión de la calidad certificado por un organismo acreditado a tal efecto, debiendo estar expuesta en lugar visible la certificación expedida por dicho organismo".

Dieciséis. Se modifica el artículo 89, que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 89. Autoevaluación.

1. La memoria anual a que se refiere el artículo 21.a) del Decreto 40/2008, de 17 de abril, se configura como una autoevaluación de la actividad del centro basada en la recogida de indicadores de calidad y la formulación de objetivos de mejora, con el contenido establecido en el apartado 2. El resultado de esta autoevaluación se deberá remitir durante el primer trimestre del año siguiente a aquel al que se refiere la memoria a la dirección general competente en materia de acreditación de centros.

2. La autoevaluación se realizará a través de la cumplimentación del formulario WEB habilitado al efecto, que deberá tener el siguiente contenido:

- a) Los datos estadísticos relevantes recogidos el artículo 111.a).
- b) Los indicadores obtenidos en cada protocolo de actuación.
- c) El establecimiento de los objetivos de mejora anuales del centro, definidos cuantitativamente, y con referencia explícita a uno o varios de los siguientes:
 - 1º. Análisis de la evolución de los indicadores en el tiempo.
 - 2º. Análisis comparativo de los indicadores obtenidos con los estándares regionales de referencia.
 - 3º. Los resultados de la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias, familias y personas significativas, así como trabajadores.
 - 4º. El análisis de las quejas y reclamaciones.
 - 5º. Los resultados de evaluaciones externas (inspecciones, auditorías...).
 - 6º. El grado de cumplimiento de los objetivos del año anterior.
- d) Listado de personas empleadas durante el año de la autoevaluación con fechas de alta y, en su caso, baja, así como su categoría profesional.
- e) Resultados del plan de formación anual e inclusión del nuevo plan de formación".

Diecisiete. Se modifica el artículo 90, que quedará redactado del siguiente tenor:

"Artículo 90. Protocolos de actuación.

1. A efectos de esta orden, se entiende que un protocolo es la planificación por escrito y detallada de una práctica asistencial, de una actuación profesional o de una forma específica de llevar a cabo una actividad, que ha de estar basada en la evidencia científica que le resulte aplicable.

2. Todos los protocolos dispondrán del siguiente contenido común:

- a) Fecha de elaboración.
- b) Fecha de última revisión.

- c) Autor o autores.
- d) Definición de los conceptos fundamentales sobre los que trata el protocolo.
- e) Objetivos a alcanzar con este protocolo, así como indicadores y registros asociados, incluyendo necesariamente aquellos reflejados en esta orden.
- f) Ámbito de aplicación: departamentos o profesionales implicados.
- g) Población diana: a quién o quiénes va dirigido. Criterios de inclusión/exclusión de las personas usuarias en el mismo.
- h) Fases del protocolo y personal responsable de cada una de ellas.
- i) Cuestiones de este protocolo que deben trasladarse al PAI de cada usuario
- j) Formas de participación de la persona usuaria o su familiar en este protocolo.
- k) Los protocolos tendrán asociados a su vez un contenido mínimo propio, así como los criterios, registros, indicadores y estándares que se establecen en esta Orden.

3. A efectos de la presente Orden, un criterio es aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad. Los indicadores serán entendidos como instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la atención, con el fin de identificar fortalezas y debilidades, así como definir objetivos de mejora y modificaciones en los protocolos. Los indicadores contemplados en esta orden se entienden referidos al período anual evaluado, salvo que en el enunciado del propio indicador se establezca un período diferente. Los estándares servirán como elemento de comparación para la evaluación de la calidad de cada centro, mientras que los registros proporcionarán la evidencia objetiva de la actividad efectuada, permitiendo a su vez la obtención de los indicadores.

4. Los centros acreditados deberán contar con los protocolos que se numeran a continuación conforme al siguiente detalle:

1. Protocolo de acogida
2. Protocolo de baja
3. Protocolo de elaboración y revisión del PAI
4. Protocolo de participación y comunicación
5. Protocolo de higiene y cuidado personal
6. Protocolo de alimentación
7. Protocolo de cuidados de la salud
8. Protocolo de prevención e intervención ante la incontinencia
9. Protocolo de prevención e intervención ante las caídas
10. Protocolo de prevención e intervención ante las úlceras por presión
11. Protocolo de prevención e intervención en alteraciones conductuales
12. Protocolo de prevención, detección y denuncia de situaciones de malos tratos
13. Protocolo de atención libre de sujeciones
14. Protocolo de suicidio y conductas autolíticas

15. Protocolo de satisfacción

16. Protocolo de seguimiento de actividades y programas

	CENTROS RESIDEN- CIALES	VIVIENDA TUTELADA	CENTRO DÍA	CENTRO NOCHE	CENTRO OCUPAC.	CENTRO REHAB. PSICOSOC
1. ACOGIDA	x	x	x	x	x	x
2. BAJA	x	x	x	x	x	x
3. PROGRAMA INDIV.DE ATENCIÓN	x	x	x	x	x	x
4. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN	x	x	x	x	x	x
5. HIGIENE	x	x				
6. ALIMENTACIÓN	x	x	x	x		
7. CUIDADOS SALUD	x	x	x	x		
8. INCONTINENCIA	x	x	x	x		
9. CAIDAS	x	x	x	x		
10. UPP	x	x	x	x		
11. ALT. CONDUCT.	x	x	x	x	x	x
12. MALOS TRATOS	x	x	x	x	x	x
13. SUJECIONES	x	x	x	x		
14. SUICIDIO Y C. A.	x	x	x	x	x	x
15. SATISFACCIÓN	x	x	x	x	x	x
16. ACTIVIDADES Y PROGRAMAS	x	x	x	x	x	x

5. Los protocolos contenidos en el apartado anterior y desarrollados en los artículos siguientes, estarán a disposición de las personas usuarias, así como sus familiares, y personas trabajadoras".

Dieciocho. Se modifica el artículo 91, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 91. Protocolo de acogida.

1. El protocolo de acogida establece el procedimiento para la adaptación satisfactoria de la persona al centro. En la ejecución de este protocolo se aplican los siguientes criterios:

- Las personas usuarias y su familiares o personas significativas de su entorno se sienten acompañadas e integradas en sus primeros momentos en el centro.
- Se presta especial atención a la intimidad de la persona usuaria y sus pertenencias.

2. El contenido mínimo específico asociado a este protocolo es el siguiente:

a) En todos los centros:

- Procedimiento de designación del profesional de referencia.
- Bienvenida y presentación a profesionales y resto de usuarios.
- Plan básico de cuidados, suscripción del contrato y comunicación del reglamento de régimen interior en los términos que establece la orden.

- Proceso de adaptación.
- Procedimiento a seguir en caso de ingreso no voluntario.
- Documentación asociada: datos esenciales de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia, en su caso; acreditación de la identidad; datos de salud necesarios para la atención; acreditación de disposición de tarjeta sanitaria y del número de ésta; contrato de ingreso.

b) Adicionalmente, en los centros residenciales:

- Deseos o voluntades en caso de fallecimiento. En caso de que la persona manifieste deseos o voluntades para el final de su vida, se recogerán en este protocolo.

3. Los registros asociados a este protocolo son los siguientes:

- Registro de personas usuarias.
- Inventario de bienes en los centros residenciales.

4. Se establece, como indicador asociado, la satisfacción de la persona usuaria y de su familiar o persona significativa con los aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas de ambos cuestionarios anuales de satisfacción, recogidos en el anexo. Dichas preguntas se dirigirán únicamente a aquellas personas que lleven menos de un año en el centro".

Diecinueve. Se modifica el artículo 92, que tendrá la siguiente redacción:

"Artículo 92. Protocolo de baja.

1. El protocolo de baja detalla las actuaciones necesarias para la tramitación de una desvinculación del centro según su causa. En la ejecución de este protocolo se aplican los siguientes criterios:

- Se presta especial atención al proceso de desvinculación del centro.
- En caso de baja por fallecimiento, se facilita el acompañamiento a sus familiares, amigos y resto de usuarios.

2. El contenido mínimo específico asociado a este protocolo es el siguiente:

- Despedida y procedimiento según motivo de la baja.
- Trámites administrativos necesarios.
- Entrega de bienes y documentación que proceda.

3. El registro asociado a este protocolo es el registro de personas usuarias.

4. El indicador asociado a este protocolo es el número de bajas por insatisfacción".

Veinte. Se modifica el artículo 93, que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 93. Protocolo de elaboración y revisión del plan de atención individual (PAI).

1. El protocolo de elaboración y revisión del plan de atención individual recoge el procedimiento para la elaboración del PAI de la persona usuaria descrito en el artículo 62, siguiéndose en su ejecución los siguientes criterios:

- El PAI es el instrumento fundamental, que debe inspirar cualquier intervención con la persona usuaria.

- Los distintos perfiles profesionales del centro intervienen en su elaboración.
 - Se tienen en cuenta los deseos y preferencias de las personas usuarias, contribuyendo a definir su plan de atención.
2. El protocolo tiene el siguiente contenido específico:
- Escalas utilizadas para evaluación de aspectos biopsicosociales y, en su caso, puntos de corte de riesgo asociados a éstas.
 - Autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.
 - Objetivos y procesos de intervención.
 - Apartado de propuestas del propio usuario o de la persona que le preste apoyo en el ejercicio de sus derechos.
 - Conocimiento del PAI por los profesionales.
3. En el protocolo a que se refiere este artículo, el registro es el propio documento del PAI.
4. Al protocolo se asocian los siguientes indicadores:
- Número de personas usuarias que han intervenido, con o sin apoyos, en la realización de su propio PAI.
 - Número de personas usuarias y/o familiares que han participado introduciendo al menos una propuesta en su propio PAI, con o sin apoyos.
 - El centro administra algún instrumento estandarizado para conocer la calidad de vida de sus usuarios (Sí/No).
- En los centros residenciales:
- Número de personas usuarias que no reciben ninguna visita al año por parte de su entorno social.
 - Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción incorporado al anexo".

Veintiuno. Se modifica el artículo 94, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 94. Protocolo de participación y comunicación.

1. El protocolo de participación y comunicación define cómo las personas usuarias y sus familias manifiestan sus opiniones y elecciones en aspectos del funcionamiento del centro, aplicando el criterio de participación de las personas indicadas, así como los trabajadores y trabajadoras del centro, en la dinámica del mismo.
2. El protocolo tiene el siguiente contenido específico:
 - Mecanismos de participación de las personas usuarias.
 - Mecanismos de participación de las familias.
 - Mecanismos de participación de los profesionales.
 - Situaciones en las que el centro debe comunicarse con la persona usuaria o familiar (caídas, citas médicas, úlceras, deterioro de enseres, aplicación de medidas de sujeción, conductas suicidas o autolíticas y cualquier otra información significativa).

— Documento cumplimentado por la persona usuaria o persona que ejerce sus medidas de apoyo con la información que se desea sea transmitida y a quién.

3. El registro de este protocolo se justifica mediante cualquier medio que acredite la participación.

4. Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción incorporado al anexo".

Veintidós. Se modifica el artículo 95, que quedará redactado del siguiente tenor:

"Artículo 95. Protocolo de higiene y cuidado personal.

1. El protocolo de higiene y cuidado personal define los apoyos más adecuados relativos a la higiene de las personas usuarias, incluyendo cuidado de la piel, uñas, pelo, ropa, prótesis, y cualquier otro aspecto relativo a su imagen personal, estableciendo como criterio que las personas usuarias tengan cubiertas sus necesidades de higiene personal, y estén satisfechas con los apoyos y cuidados que reciben.

2. El protocolo se desarrolla con el siguiente contenido específico:

- Valoración de las capacidades de autocuidado.
- Definición de los apoyos necesarios para complementar las capacidades.
- Especificación de las diferentes actividades de higiene y aseo según el nivel de apoyos necesario.
- Periodicidad de las higienes y el cuidado de la imagen personal.

3. Los registros asociados son el registro de aseos, lavados de cabeza, higiene bucal y corte de uñas.

4. Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción incorporado al anexo".

Veintitrés. Se modifica el artículo 96, que quedará redactado con el siguiente contenido:

"Artículo 96. Protocolo de alimentación.

1. El protocolo de alimentación contiene la valoración de las necesidades alimentarias de las personas usuarias, así como los apoyos que se requieran para desempeñar satisfactoriamente esta actividad. El protocolo se aplica en los centros residenciales, viviendas tuteladas, centros de día y centros de noche. Los criterios que se aplican son: que las personas usuarias lleven una dieta acorde a sus necesidades alimenticias y que el menú se adapte en la medida de lo posible a su gusto.

2. El contenido mínimo del protocolo contiene los siguientes elementos:

- Especificación de las diferentes dietas y vías de alimentación.
- Valoración e intervención del riesgo de desnutrición.
- Valoración e intervención de la disfagia.
- Valoración e intervención en aquellos casos con riesgo de atragantamiento y broncoaspiración.
- Definición de los criterios de inclusión en los distintos grupos de riesgo y los apoyos necesarios a prestar.

3. Los registros asociados al protocolo son los siguientes:

a) En todos los centros en los que se prevé manutención:

- Las valoraciones, intervenciones, riesgos y apoyos quedan detallados en el Plan de Atención Individual de la persona usuaria.
- Registro del tipo de dietas y vías de alimentación.
- Registro de ingesta de sólidos.
- Registro de ingesta de líquidos.

b) Adicionalmente, en centros residenciales:

- Control de peso mensual.

c) Adicionalmente a los recogidos en la letra a), en centros de atención diurna:

- Registro de higiene bucal.

4. Los indicadores asociados a este protocolo son los siguientes:

a) En los centros residenciales:

- La persona usuaria puede escoger al menos entre dos platos en el mismo día (Sí/No).
- Sus familiares y personas significativas pueden comer en el centro junto a la persona usuaria (Sí/No).
- Un familiar o persona significativa puede dar de comer a la persona usuaria dependiente en el centro (Sí/No).
- El menú varía a lo largo del año al menos en cuatro ocasiones (Sí/No).

— Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción incorporado al anexo.

b) En los centros de atención diurna:

- El menú varía a lo largo del año al menos en cuatro ocasiones (Sí/No).
- Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción contenido en el anexo".

Veinticuatro. Se modifica el artículo 97, que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 97. Protocolo de cuidados de la salud.

1. El protocolo de cuidados de la salud recoge las actuaciones que deben llevarse a cabo para asegurar el cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones sanitarias, así como la coordinación entre el centro y el Sistema de Salud para un óptimo cuidado de las personas usuarias. En la ejecución de este protocolo se aplican los siguientes criterios:

- Las personas usuarias toman correctamente la medicación prescrita por su médico.
- Las personas usuarias reciben la asistencia sanitaria que precisan.
- Las personas con alguna condición de salud que lo requiera tendrán un seguimiento y control adecuado.
- Se contribuye a la mayor eficacia posible de los tratamientos prescritos.



2. El contenido específico del protocolo abarca los siguientes aspectos:

- Metodología para la administración de los tratamientos pautados según el tipo y vía de administración requerida.
- Procedimiento para el control de medicamentos.
- Pautas para la administración de la medicación según grado de autonomía de la persona usuaria.

3. Los registros asociados son los siguientes:

- Registro de tratamiento farmacológico prescrito.
- Registro de autorización de la persona usuaria o persona responsable para la administración de tratamiento farmacológico en el centro.
- Registro de administración de tratamientos farmacológicos prescritos.

La autonomía en la toma de medicación, en su caso, quedará detallada en el PAI de la persona usuaria.

4. Se establecen los siguientes indicadores asociados:

- Número de incidencias con la medicación reportadas por el personal de atención directa previas a su administración.
- Se administran tomas de medicación fuera de los horarios de comida cuando entre los mismos no transcurren las horas que indica la prescripción (Sí/No).

5. Los centros residenciales, adicionalmente, incluyen lo siguiente:

a) Contenido específico del protocolo:

- Coordinación y derivaciones al Sistema de Salud.
- Acompañamientos en urgencias y en consultas externas.
- Seguimiento de las citas de carácter sanitario.
- Seguimiento y control de las condiciones de salud que lo requieran, como el índice de glucosa, crisis epilépticas, control del sueño y cualquier otra situación indicada por personal sanitario.
- Horarios de toma para cumplir con la prescripción en relación a los horarios del centro (comidas, sueño, etc.).

b) Registro:

- Registro de ingresos hospitalarios, indicando duración y seguimiento.
- Registro de control y seguimiento de las condiciones de salud que lo requieran, como el índice de glucosa, crisis epilépticas, control del sueño y cualquier otra situación indicada por personal sanitario.

c) Indicadores:

- Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción contenido en el anexo.
- Días de hospitalización al año, dividido entre el número de comunicaciones efectuadas con las personas usuarias hospitalizadas o su familiar de referencia.

— Días de hospitalización al año de personas en situación de soledad, dividido entre el número de comunicaciones efectuadas en relación a estas personas".

Veinticinco. Se modifica el artículo 98, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 98. Protocolo de prevención e intervención ante la incontinencia.

1. El protocolo de prevención e intervención ante la incontinencia recoge actuaciones tendentes a prevenir, mejorar y compensar los problemas de incontinencia, tanto urinaria como fecal, de las personas usuarias, con el objeto de mejorar su calidad de vida, autoestima y relaciones sociales. Se implanta en todos los centros, salvo centros de rehabilitación psicosocial y centros ocupacionales, con la aplicación de los siguientes criterios:

- Las personas usuarias mantienen su autonomía en este aspecto el mayor tiempo posible.
- Las personas con incontinencia reciben los apoyos que requieren.
- Los centros destinados a personas mayores ponen todos los medios en la prevención y detección de las infecciones de orina.

2. El contenido mínimo del protocolo es el siguiente:

- Procedimiento para la valoración de la situación de incontinencia de las personas usuarias.
- Definición de las diferentes intervenciones a realizar según las valoraciones efectuadas.
- Medidas preventivas y detección de las infecciones del tracto urinario.

3. Los registros asociados a este protocolo son:

- Las valoraciones, actuaciones, riesgos y apoyos quedan detallados en el PAI de la persona usuaria.
- Registro de personas usuarias con incontinencia e indicación de las actuaciones realizadas (cambio de absorbentes, micción programada, compresas, sondas, colectores, etc.).

4. El indicador del protocolo es el número de personas con más de dos episodios de incontinencia a la semana y que reúnen al menos una de las siguientes características:

- a) Es autónoma en el uso de un dispositivo de micción como compresa o colector.
- b) Está incluida dentro de un programa de micción en el que se utiliza el inodoro en lugar del absorbente.
- c) Requiere absorbente únicamente por la noche.
- d) Es capaz de solicitar hacer uso del inodoro, pero no desplazarse hasta el mismo. Con este apoyo se ha evitado el uso diario de absorbente".

Veintiséis. Se modifica el artículo 99, que quedará redactado con el siguiente contenido:

"Artículo 99. Protocolo de prevención e intervención ante las caídas.

1. El protocolo de prevención e intervención ante las caídas describe las actuaciones de valoración y prevención ante las posibles caídas de las personas usuarias. Se implanta en todos los centros, salvo en los centros de rehabilitación psicosocial y centros ocupacionales, con los siguientes criterios:

- El centro pone las medidas individualizadas más efectivas para prevenir caídas entre las personas usuarias y revisa estas periódicamente en función de los resultados obtenidos.
 - El centro considera un factor de riesgo la existencia de antecedentes de caída y presta especial atención a este perfil (caídas de repetición).
2. El contenido mínimo del protocolo es el siguiente:
- Metodología de valoración del riesgo de caídas.
 - Definición de prácticas para prevenir caídas.
3. En la ejecución del protocolo se establecen los siguientes registros:
- Las valoraciones, riesgos y medidas preventivas quedarán detallados en el PAI de la persona usuaria.
 - Registro de caídas.
4. En la ejecución del protocolo se prevén los siguientes indicadores asociados:
- Número de personas que han sufrido caídas.
 - Número de caídas totales.
 - Índice de caídas de repetición, calculado mediante la división del número de caídas totales entre el número de personas que han sufrido caídas en el último año".

Veintisiete. Se modifica el artículo 100, que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 100. Protocolo de prevención e intervención ante las úlceras por presión.

1. Todos los centros, salvo los centros de rehabilitación psicosocial y centros ocupacionales, disponen de un protocolo de prevención e intervención ante las úlceras por presión que recoja las medidas dirigidas a la valoración y prevención de las úlceras por presión, entendidas estas como lesiones de la piel provocadas por la restricción de flujo sanguíneo. Se ejecuta con arreglo a los siguientes criterios de aplicación:

- El centro tiene en cuenta esta problemática y la incorpora a su funcionamiento cotidiano, poniendo en marcha medidas para prevenir su aparición.
 - Se presta la atención precisa a aquellas personas con úlceras por presión o riesgo alto de padecerlas.
 - Se realizan cambios posturales siguiendo una rotación programada e individualizada.
2. El protocolo tiene el siguiente contenido mínimo:
- Metodología para valorar el riesgo de úlceras por presión.
 - Descripción de las medidas de prevención de úlceras por presión.
3. En la ejecución del protocolo se establecen los siguientes registros:
- Registro de cambios posturales.
 - Registro mensual de personas usuarias con úlceras por presión y su tratamiento.
- La valoración del riesgo de úlceras y las acciones de prevención se documenta en el PAI.
4. Los indicadores asociados son:

- Número de personas con úlceras por presión atendidas.
- Número de personas evaluadas con riesgo alto o muy alto de úlceras por presión.
- Número de personas con úlceras por presión originadas fuera del centro.
- Número de personas incluidas en un programa de cambios posturales.

5. En los centros de día se aplican los dos primeros indicadores previstos en el apartado 4."

Veintiocho. Se modifica el artículo 101, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 101. Protocolo de prevención e intervención en alteraciones conductuales.

1. El protocolo de prevención e intervención en alteraciones conductuales establece una serie de pautas para atender a personas usuarias que presentan conductas que ponen en riesgo a otras o a sí mismas, y que, en muchos casos, dificultan su participación satisfactoria en la dinámica cotidiana del centro. Se implementa con el criterio de procurar la participación en el funcionamiento ordinario del centro de las personas con episodios de alteraciones conductuales.

2. El contenido mínimo del protocolo es:

- Valoración respecto a posibles alteraciones de conducta.
- Descripción del abordaje de las alteraciones conductuales.
- Medidas de prevención e intervención ante posibles salidas no controladas del centro de personas para las que exista alguna restricción judicial al respecto.

3. A los efectos de registro, se detallan en el PAI de la persona usuaria las valoraciones, intervenciones, riesgos y apoyos necesarios.

4. El indicador asociado al protocolo es el porcentaje de profesionales con formación acreditada en manejo de alteraciones conductuales (modificación de conducta, demencias, apoyo conductual positivo, etc.)".

Veintinueve. Se modifica el artículo 102, que quedará redactado con el siguiente contenido:

"Artículo 102. Protocolo de prevención, detección y denuncia de situaciones de malos tratos.

1. El protocolo de prevención, detección y denuncia de situaciones de malos tratos contiene medidas para evitar que estas situaciones se produzcan y, en caso de que sucedan, actuar con celeridad y firmeza a fin de minimizar los daños, con el objeto de garantizar los derechos de las personas.

2. El contenido mínimo del protocolo es el siguiente:

- Definición de cada una de las conductas que deben incluirse en este protocolo: abuso sexual, violencia verbal o física, abuso económico, amenazas, etc., cualquiera que sea la relación que los autores o receptores de los malos tratos tengan con el centro.
- Procedimiento de actuación ante sospecha o presencia de malos tratos.
- Mecanismo de introducción de una ética de los cuidados y de la Atención Integral Centrada en la Persona en la prestación de apoyos por parte del personal.
- Detección y prevención del síndrome de desgaste profesional entre el personal cuidador.

— Documentación asociada: informe descriptivo de los hechos y actuaciones, incluidas las efectuadas ante las autoridades policiales o judiciales.

3. Los registros asociados al protocolo son los siguientes:

— Registro de situaciones relacionadas con este protocolo, así como de las actuaciones realizadas por el centro.

— Registro en el PAI de la persona usuaria de cualquier situación relacionada con este protocolo.

4. El indicador asociado al protocolo es el porcentaje de profesionales con formación acreditada en relación al protocolo (AICP, buenos tratos, ética de los cuidados, prevención del síndrome de desgaste profesional, resolución de conflictos, etc.)."

Treinta. Se modifica el artículo 103, que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 103. Protocolo de atención libre de sujeciones.

1. El protocolo de atención libre de sujeciones contempla la supresión segura de las sujeciones físicas y/o farmacológicas, siendo únicamente posible su utilización, de manera excepcional, en la forma que contempla la normativa de aplicación en materia de servicios sociales. Se implementa en todos los centros, salvo en centros de rehabilitación psicosocial y en centros ocupacionales, siendo los criterios de aplicación los siguientes:

— Se estudian y promueven medidas alternativas a las sujeciones, tratando de implementarlas en la medida de lo posible a fin de hacer innecesaria su prescripción.

— Se conoce, maneja y registra con todas las garantías el uso de sujeciones físicas y/o farmacológicas prescritas por personal facultativo, que suponen una sujeción o restricción de la movilidad para las personas usuarias.

2. El contenido mínimo del protocolo es:

— Definición de los criterios para la aplicación de sujeciones físicas.

— Procedimiento de aplicación de los diferentes tipos de sujeción.

— Medidas alternativas a la aplicación de sujeciones.

3. En el desarrollo del protocolo se prevén los siguientes registros:

— Registro de usuarios con medidas de sujeción: tipo, tiempos de aplicación y frecuencia de supervisión de la medida aplicada por parte del personal de atención directa.

— Prescripción facultativa de la medida de sujeción.

4. Los indicadores asociados al protocolo son:

— Número de personas con prescripción facultativa que incluya al menos una de las siguientes sujeciones o restricciones mecánicas: doble barandilla de cama, cinturón abdominal en silla (perineal o no), cinturón de cama, peto o chaleco, muñequera, sábana fantasma o manopla.

— El centro dispone de un plan o estrategia para la reducción o eliminación del número de sujeciones (Sí/No)".

Treinta y uno. Se modifica el artículo 104, que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 104. Protocolo de suicidio y conductas autolíticas.

1. El protocolo de prevención del suicidio y conductas autolíticas establece las medidas para reconocer, prevenir y actuar ante situaciones y/o perfiles de riesgo. Los criterios de aplicación son los siguientes:

- Se implementan medidas preventivas para impedir que estas situaciones se produzcan.
- En el caso de que sucedan, se actúa con celeridad y firmeza a fin de minimizar los daños.

2. El contenido mínimo del protocolo abarca:

- Valoración del riesgo de suicidio y de conductas autolíticas.
- Prevención y vigilancia de las personas usuarias con riesgo de suicidio o autolisis y circunstancias biopsicosociales que así lo aconsejen.
- Procedimiento de actuación ante un intento de suicidio, con o sin resultado de muerte.

3. Se registran las situaciones relacionadas con este protocolo, así como las actuaciones realizadas por el centro al respecto.

La valoración del riesgo de suicidio y conductas autolíticas se documenta en el PAI.

4. El centro dispone de al menos un trabajador o trabajadora con formación acreditada en prevención, detección y/o intervención en conductas autolíticas y/o suicidas (Si/No)".

Treinta y dos. Se modifica el artículo 105, que tendrá la siguiente redacción:

"Artículo 105. Protocolo de satisfacción.

1. Este protocolo se aplica para medir el grado de satisfacción de las personas usuarias, familiares y trabajadoras del centro, ajustándose a los siguientes criterios:

- La calidad de los procesos, la atención centrada en las personas o la aplicación de unos cuidados éticos y de calidad tienen un impacto positivo en los diferentes agentes implicados, el cual se refleja en los cuestionarios de satisfacción.
- Cuando hay una queja, reclamación o sugerencia, se tiene en cuenta y se da respuesta a la misma con celeridad.

2. El contenido mínimo del protocolo es la metodología de medición de la satisfacción con el centro de personas usuarias, familias y trabajadores, incluyendo a su vez la tramitación de las quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones que puedan producirse.

3. Los registros del protocolo de satisfacción son los siguientes:

- Cuestionarios recepcionados del anexo, indicando fecha o período.
- Reclamaciones recibidas por cualquier medio.

4. El protocolo tiene los siguientes indicadores asociados:

- Número de escritos de usuarios o familiares a los que se da respuesta en menos de un mes sobre el total anual de las recibidas.
- Número de cuestionarios recabados durante el año entre las personas usuarias y/o sus familiares o personas de referencia atendidas.

— Satisfacción global de las personas usuarias con su vida en el centro, como de su familiar o persona significativa, calculada a partir de la media obtenida del total de respuestas al cuestionario anual de satisfacción. Esta media se obtiene sumando todas las puntuaciones y dividiendo el resultado entre el número de preguntas contestadas".

Treinta y tres. Se modifica el artículo 106, que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 106. Protocolo de seguimiento de actividades y programas.

1. El protocolo de seguimiento de actividades y programas tiene por objeto la planificación, diseño y evaluación de las actividades realizadas con las personas usuarias, relacionadas con los programas recogidos en el artículo 81, ajustándose a los siguientes criterios:

- Las personas usuarias atendidas lo hacen bajo unos criterios de calidad y práctica basada en la evidencia, participando activamente de sus procesos.
- Los programas y actividades de los centros de servicios sociales tienen un impacto positivo en la calidad de vida de las personas que hacen uso de ellos.

En los centros residenciales:

- Los centros detectan situaciones de falta de apoyo familiar, social, abandono o soledad entre las personas usuarias y lo tienen en cuenta en sus programas, planes y actividades.

Los criterios en los centros de rehabilitación psicosocial y residencias que atienden a personas con discapacidad por enfermedad mental son:

- El programa de intervención psicológica asegura una atención individualizada y especializada de los usuarios en intervención.
- La intervención tiene un impacto positivo en la salud mental y en los procesos vitales de las personas usuarias.

Adicionalmente, en los centros de rehabilitación psicosocial:

- La intervención favorece la integración comunitaria de las personas usuarias en entornos normalizados.

En los centros de día, el programa de actividad comunitaria favorece la integración y la participación de las personas en su entorno habitual.

En los centros ocupacionales, el programa de formación, orientación e inserción laboral tiene un impacto en las oportunidades de empleo para personas con discapacidad.

2. El contenido mínimo específico asociado a este protocolo es el siguiente:

- a) Manual en el que se desarrollan todos los programas del artículo 81 de esta orden a los que esté obligado el centro según tipología.
- b) Actividades o acciones a desarrollar en cada programa, incluyéndolas en el cronograma o en el PAI de la persona usuaria, en función del carácter grupal o individual de las actuaciones.
- c) Evaluación de actividades y programas.

3. El registro asociado a este protocolo es el derivado del listado de personas incluidas en cada programa.

4. Los indicadores asociados a este protocolo son:

— El centro ha revisado y modificado alguno de sus protocolos o programas en el último año, a partir de la experiencia adquirida y los aspectos de mejora detectados en su autoevaluación o memoria anual (Sí/No).

— Satisfacción de las personas usuarias con aspectos relativos a este protocolo. Para ello, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en las preguntas indicadas del cuestionario anual de satisfacción incorporado al anexo.

5. Además de los indicadores establecidos en el apartado 4, se aplican los siguientes:

a) En los centros de rehabilitación psicosocial:

- Personas usuarias que han recibido al menos seis sesiones o intervenciones individuales con el psicólogo del centro.
- Número de recaídas que han requerido ingreso psiquiátrico.
- Número de personas integradas en recursos sociocomunitarios normalizados.
- Promedio de personas que acuden al centro dos o menos días a la semana, tomando como referencia el último día de cada mes.

b) En las residencias que atienden a personas con discapacidad por enfermedad mental:

- Personas usuarias que han recibido al menos seis sesiones o intervenciones individuales con el psiquiatra o psicólogo clínico del centro.

c) En los centros de atención diurna, salvo centros ocupacionales:

- Número de actividades grupales realizadas en la comunidad.

d) En los centros ocupacionales:

- Número de usuarios que han participado en procesos de selección de empleo o han tenido al menos una experiencia de empleo este año, incluyendo centro especial de empleo y empleo ordinario con o sin apoyo.
- Número de usuarios que han realizado formación fuera del centro este año, tales como becas formativas en empresas, cursos o prácticas en entorno laboral".

Treinta y cuatro. Se derogan los artículos 107, 108 y 109.

Treinta y cinco. Se modifica el artículo 110, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 110. Calidad en el empleo y en el servicio.

1. La calidad en la prestación de los servicios está íntimamente ligada con la calidad en el empleo de los profesionales que los llevan a cabo. Con el objeto de lograr una mayor calidad en el empleo y en el servicio prestado, se considera esencial:

- a) La estabilidad de plantillas.
- b) La formación continua del personal.

2. Los indicadores mínimos asociados son:

a) Índice de rotación de personal de atención directa calculado de la siguiente manera: $\text{salidas de personal} / \text{promedio de personal} * 100$.

*El promedio de personal se calcula restando al total de empleados a 1 de enero, el total de empleados a 31 de diciembre y dividiendo este resultado entre 2.

b) Número de horas de formación externa recibida por el personal de atención directa que ha trabajado en el centro durante más de 6 meses en el año al que corresponde la autoevaluación.

c) Satisfacción global de las personas trabajadoras obtenida a partir del correspondiente cuestionario de satisfacción del anexo".

Treinta y seis. Se modifica el artículo 111, que tendrá la siguiente redacción:

"Artículo 111. Indicadores de atención y de gestión.

Anualmente los centros deben recabar e incluir en su autoevaluación, definida en el artículo 89, los siguientes aspectos:

a) Datos estadísticos relativos a:

- Número de personas atendidas.
- Número de bajas y motivo de las mismas.
- Edad, sexo y grado de dependencia de las personas usuarias.

b) Resultado de los indicadores contemplados en los diferentes protocolos de atención directa".

Treinta y siete. Se modifica el artículo 112, que quedará redactado como sigue:

"Artículo 112. Medición y análisis de la calidad.

Con carácter anual, a la vista de las evaluaciones que de su actividad presenten los centros, la dirección general competente en materia de acreditación de centros de servicios sociales publicará, sin identificación de las entidades, un análisis global de los indicadores asociados a cada protocolo, facilitando porcentajes y forma de cálculo correspondientes a cada uno de ellos. El análisis se acompañará de la fijación de estándares de calidad que sirvan como referencia a los centros para sus posteriores autoevaluaciones".

Treinta y ocho. Se modifica el artículo 113, que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 113. Concesión de la acreditación.

1. La acreditación se concederá a solicitud de la persona titular o gestora del centro que habrá de adjuntar la documentación siguiente:

a) Documentación referida a los profesionales.

1º Documentación laboral de los trabajadores.

- Declaración responsable que contenga la relación de las personas trabajadoras, en la que conste claramente la categoría profesional, duración de la jornada laboral y horario.

- En el caso de que los servicios de cocina, limpieza o mantenimiento sean prestados por empresas externas, contrato de prestación de servicios con la empresa que los realice, en el que consten las condiciones y el horario de la prestación de los mismos.

2º Organización laboral.

- Organigrama actualizado, con relación nominal de todo el personal del centro, en el que figuren las competencias profesionales, la atribución de funciones con indicación de las personas responsables por áreas de competencia, así como el régimen de turnos.

- Cartelera de personal.

b) Documentación referida al centro:

- Plan o manual de gestión de calidad o, en su caso, sistema de gestión de calidad certificado y los informes de la última auditoría externa realizada.

- Programas del centro, con especificación de objetivos y actividades.

- Protocolos y registros.

2. El procedimiento para conceder la acreditación se tramitará conforme a lo establecido en el Decreto 40/08, de 17 de abril.

3. La resolución de acreditación del centro deberá exponerse en un lugar visible del área administrativa.

4. Las acreditaciones concedidas se comunicarán al Instituto Cántabro de Servicios Sociales".

Treinta y nueve. Se modifica el artículo 114 que tendrá la siguiente redacción:

"Artículo 114. Mantenimiento de la acreditación.

1. La acreditación se entenderá condicionada al mantenimiento de las condiciones y requisitos necesarios para su otorgamiento y a la realización de la autoevaluación anual, conforme al artículo 89.

2. A efectos de evaluar el alcance de la mejora, la Administración examinará las autoevaluaciones realizadas por las entidades. Aquellos centros que no alcancen los estándares de calidad regionales que la Administración determine para cada ejercicio en los términos del artículo 112, tendrán que introducir medidas y acciones correctoras en aquellos aspectos que no se hayan alcanzado los mínimos.

3. La Administración podrá proceder en todo momento a comprobar el mantenimiento de las condiciones y requisitos de acreditación".

Cuarenta. Se modifica la letra d) del apartado 2 del artículo 115, que tendrá la siguiente redacción:

"d) La constatación por la dirección general competente en materia de acreditación, del incumplimiento de los criterios exigidos en esta orden para el otorgamiento y mantenimiento de la acreditación, no subsanado en forma y plazo oportunos."

Cuarenta y uno. Se modifica el apartado 4 de la disposición transitoria primera, que quedará redactado de la siguiente forma:

"4. Los centros dispondrán de un plazo de siete años para adaptarse a las obligaciones establecidas en los apartados 2 y 3".

Cuarenta y dos. Supresión y modificación de Anexos.

1. Se suprime el Anexo I.

2. Se modifica el Anexo II, que pasa a denominarse "Anexo", y cuyo contenido es el que se expone a continuación.

ANEXO

Cuestionarios anuales de satisfacción para personas usuarias, familiares o personas significativas y personas trabajadoras del centro.

1. Los cuestionarios deberán ser entregados a todas las personas usuarias con capacidad para responderlos, así como a sus familiares o personas significativas y personas trabajadoras del centro. La cumplimentación de estos será voluntaria.
2. En los casos en los que la persona usuaria necesite ayuda, esta se prestará por parte de un familiar o persona de confianza. En el caso de que esto no sea posible, le prestará apoyo su profesional de referencia. Dicha circunstancia deberá quedar reflejada en la propia encuesta.
3. Se deberá garantizar un procedimiento que permita a los trabajadores y trabajadoras del centro cumplimentar y entregar sus encuestas de forma anonimizada si así lo desean.
4. Los cuestionarios respondidos, independientemente de su soporte, deberán conservarse hasta la evaluación siguiente a aquella a la que se incorporen los cuestionarios.
5. En el caso del cuestionario dirigido a la persona usuaria, las dos primeras preguntas se dirigen exclusivamente a aquellas que lleven menos de un año en el centro. Esto último será extensible al área "Acogida" del cuestionario dirigido al familiar o persona significativa.
6. Los centros evaluarán todas las áreas en las que prestan servicio, y planteará a los referidos sujetos, como mínimo, las siguientes cuestiones.

Cuestionario dirigido a la persona usuaria							
NS/NC	1	2	3	4	5	A tener en cuenta por el centro	
	 Muy Insatisfecho/a	 Insatisfecho/a	 Ni Satisfecho/a Ni Insatisfecho/a	 Satisfecho/a	 Muy Satisfecho/a	Tipo de centro	Referencia en la Orden
1. Me han presentado a algunos compañeros/as						Antigüedad <1 año	Art.91
2. Conozco el nombre de al menos un profesional						Antigüedad <1 año	Art.91
3. Tengo acceso a mi información personal						Todos	Art.93
4. Puedo decidir sobre cómo quiero que me cuiden o apoyen						Todos	Art.93
5. Me siento informado/a						Todos	Art.94
6. Mi opinión es tenida en cuenta						Todos	Art.94
7. Me siento cómodo/a con la forma en que me ayudan con mi aseo						Residenciales	Art.95
8. Mi ropa está limpia y ordenada						Residenciales	Art.95
9. Siento que mis necesidades de higiene están cubiertas						Residenciales	Art.95
10. Me gusta la comida que me sirven en el centro						Con servicio de manutención	Art.96
11. Siento que mis necesidades de salud están atendidas						Todos	Art.97
12. Siento que recibo un buen trato						Todos	Art.102
13. Se respeta mi intimidad						Todos	-
14. Me siento a gusto en mi habitación						Residenciales	-
15. El centro está limpio						Todos	-
16. Puedo decidir sobre las actividades en las que participo						Todos	Art.106
17. Me gustan las actividades que propone el centro						Todos	Art.106

Cuestionario dirigido al familiar o persona significativa		
Área	Cuestiones mínimas encuesta anual	Tipo de Centro
Acogida	1. Al ingreso en el centro me explicaron las actividades, los horarios y el funcionamiento general.	1,2,3,4,5,6
	2. Al ingresar, me explicaron los derechos y deberes	1,2,3,4,5,6
	3. Al ingreso me dijeron con quién podía hablar si tenía alguna duda o petición.	1,2,3,4,5,6
Quejas, reclamaciones y sugerencias	4. Cuando tengo alguna cuestión que plantear se me atiende rápidamente.	1,2,3,4,5,6
	5. Se me da respuesta/solución a la cuestión planteada en un tiempo no superior a una semana	1,2,3,4,5,6
Atención, apoyos y cuidados	6. Conozco y he podido participar en su Plan de Atención (en caso de que la persona usuaria no pueda hacerlo por sí misma)	1,2,3,4,5,6
	7. Puedo contactar con él o ella siempre que quiero.	1,2,3,4,5,6
	8. Mi opinión es tenida en cuenta	1,2,3,4,5,6
	9. La ropa está limpia y ordenada	1,3,4
	10. No se extravían prendas de vestir	1,3,4
Atención sanitaria	11. Cuando mi familiar está enfermo/a, me lo hacen saber	1,3,4
Espacios y equipamiento	12. El centro está limpio	1,2,3,4,5,6
	13. Cuando algo se estropea, lo arreglan	1,2,3,4,5,6
Funcionamiento	14. Me gusta la variación que existe en los menús en las distintas temporadas del año	1,2,3,5
	15. Estoy satisfecho/a con los horarios	1,2,3,4,5
	16. Considero que en el horario de mañana hay suficientes actividades	1,2,5
	17. Considero que en el horario de tarde hay suficientes actividades	1,2,5
	18. Me gustan las actividades que organiza el centro	1,2,5
Personal	19. Se atienden mis peticiones/solicitudes de información y/o documentación.	1,2,5,6
	20. El personal del centro me trata con respeto y profesionalidad	1,2,3,4,5,6

Tipos de centro: (1) Centro residencial, (2) Centro de día, (3) Vivienda tutelada, (4) Centro de noche, (5) Centro ocupacional, (6) Centro de rehabilitación psicosocial.

Cuestionario dirigido a la persona trabajadora		
Área	Cuestiones mínimas encuesta anual	
Funcionamiento y organización	1. Recibo información precisa para hacer mis tareas	
	2. Mi puesto de trabajo está bien equipado y cuento con los medios necesarios	
	3. El centro dispone de las ayudas técnicas necesarias	
	4. Conozco los objetivos establecidos en el Plan de Atención Individual de las personas usuarias a las que atiendo	
	5. Conozco las intervenciones a realizar para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan de Atención Individual de las personas usuarias a las que atiendo	
	6. Conozco los protocolos de atención establecidos en el Sistema de Calidad del centro.	
	7. El tiempo dedicado a los apoyos/ayudas en las actividades básicas de la vida diaria (higiene, alimentación...) es adecuado	
	8. El tiempo dedicado a las actividades psicosociales, de ocio y entretenimiento es adecuado	
	9. En el centro se hacen reuniones periódicas de coordinación entre los diferentes profesionales de atención directa.	
	10. Habitualmente se atienden las sugerencias y propuestas de mejora que plantea el personal de atención directa	
	11. Recibo cursos de formación por parte del centro	
	12. Participo en la elaboración del plan de formación anual	
Clima laboral	13. Estoy satisfecho/a con la relación laboral con mis superiores y/o subordinados	
	14. El centro es receptivo ante los problemas, quejas y reclamaciones planteadas	
	15. Estoy satisfecho/a con la relación con mis compañeros/as	
	16. La relación con las personas usuarias y sus familiares es satisfactoria	
	17. Me siento integrado/a en el trabajo del centro con las personas usuarias	
	18. En general, estoy satisfecho con mi trabajo.	

7. Cada una de las cuestiones se valorará en una escala de uno a cinco, según la siguiente gradación:

EN BLANCO	1	2	3	4	5
No sabe/No contesta	Muy insatisfecha /Ninguna	Insatisfecha/ Poca	Ni satisfecha ni insatisfecha /Normal	Satisfecha/ Bastante	Muy satisfecha/ Mucho

Disposición adicional primera. Creación de unidades para personas autónomas.

1. En las residencias de personas mayores se podrán establecer un máximo de dos unidades residenciales para personas que tengan suficiente autonomía personal para las actividades básicas de la vida diaria, sin tener reconocida la situación de dependencia o teniéndola reconocida en grado I.

2. Estas unidades deberán cumplir los siguientes requisitos estructurales y de equipamiento:

a) Las dependencias de la unidad serán contiguas y no servirán de zona de paso a otras unidades.

b) Tendrán un máximo de veinte plazas, distribuidas en habitaciones individuales o dobles. Las dimensiones mínimas de las habitaciones serán de diez metros para las individuales y dieciocho para las dobles.

c) Las habitaciones dispondrán de camas de anchura mínima de 0,90 centímetros, mesita de noche, mesa de uso individual o compartido y armario, así como de tomas de enchufes eléctricos, de televisión e iluminación artificial que permita la lectura y el trabajo.

c) Deberán tener un cuarto de baño por cada cuatro personas usuarias, con acceso desde las habitaciones. Estarán dotados al menos de inodoro, ducha, lavabo, estante o armario para utensilios personales y agua caliente en lavabos y duchas.

d) Se requerirá una sala de estar que cuente con al menos dos metros cuadrados por plaza, que, a su vez, podrá servir de comedor.

3. La unidad de personas autónomas tendrá las siguientes especialidades en referencia a los requisitos funcionales:

a) Atención de personal Ad1N durante 40 horas en horario diurno y 10 horas en horario nocturno, y de personal Ad2N durante 77 horas a la semana. En todos los casos la exigencia está referida a 100 personas usuarias.

b) En las unidades, se desarrollarán al menos los siguientes programas: Habilidades personales y sociales; vida comunitaria, social y cívica; alteraciones del sueño; estimulación cognitiva; mantenimiento de la actividad física; actividad ocupacional y relación con la familia.

4. Cuando, con arreglo al Decreto 40/2008, de 17 de abril, se autorice una residencia de personas mayores que cuente con alguna unidad de las descritas en esta disposición, se consignará su existencia con indicación del número de plazas que se asignan a la misma.

5. Los centros residenciales autorizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta orden, cuando deseen implantar una unidad para personas autónomas, podrán solicitar a la dirección general competente en materia de autorización de servicios sociales que acredite la existencia y adecuación de tal unidad a los requisitos previstos en esta disposición, a los efectos que pudieran derivarse del reconocimiento como unidades de atención específica, con la salvedad de lo dispuesto en el apartado 6.



6. En aquellos casos en que, para la creación de las unidades de personas autónomas se requiera autorización previa y de funcionamiento de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 40/2008, de 17 de abril, en la concesión de estas autorizaciones se hará constar la creación de las unidades que correspondan.

Disposición adicional segunda. Comunicaciones con la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Las comunicaciones que las personas físicas titulares o gestoras de los centros incluidos en el ámbito de aplicación de la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, dirijan a cualquier órgano de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en relación con el contenido de la citada orden, se realizarán por medios electrónicos, al amparo de lo dispuesto en el artículo 135.3 de la Ley de Cantabria 5/2018, de 22 de noviembre, de Régimen Jurídico del Gobierno, de la Administración y del Sector Público Institucional de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Disposición transitoria primera. Adaptación a los requisitos establecidos en esta Orden.

Los centros residenciales que a la fecha de entrada en vigor de esta orden cuenten con autorización de funcionamiento, deberán adaptarse al requisito establecido en el artículo 33.2.b) en los plazos que se establecen a continuación:

a) En el plazo de dos años desde la entrada en vigor de esta orden deberán contar con el 50% de camas articuladas respecto a las plazas autorizadas.

b) En el plazo de cuatro años, el 100% de las camas del centro tendrán que ser articuladas y reunir el resto de las condiciones establecidas en esta orden.

Disposición transitoria segunda. Exigencia de protocolos.

1. Los protocolos regulados en la sección segunda del capítulo VII, serán exigibles para los centros que estén acreditados a la fecha de entrada en vigor de esta orden, a partir del 1 de enero de 2027.

2. La autoevaluación a que se refiere el artículo 89 en relación con la actividad realizada por los centros en el año 2026, se referirá a la aplicación de los protocolos existentes con anterioridad a la entrada en vigor de esta orden.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Cantabria.

Santander, 17 de julio de 2026.

La consejera de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad,
Begoña Gómez del Río.

2026/5949

CVE-2026-5949