

---

**Manual de Evaluación Externa  
de la Calidad en Centros  
Residenciales y de Día**

---



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

---

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

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

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

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

Este proyecto presenta pues diferencias esenciales con la *Acreditación de Centros de Atención Especializada para Personas Mayores y Personas con Discapacidad*<sup>53</sup>. La *Acreditación de Centros* supone evidenciar una serie de requisitos materiales y funcionales mínimos necesarios para poder concertar centros y servicios con la CIBS.

## **ANTECEDENTES**

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

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

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

---

<sup>53</sup> Decreto 87/1996, de 20 de Febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. BOJA nº 39. Marzo de 1996.

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

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

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

## **OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### DESCRIPCIÓN

- El proceso de evaluación externa de centros de atención a personas con discapacidad es el conjunto de actividades por el cual un centro de atención a personas con discapacidad es valorado en calidad por una entidad acreditadora autorizada el CECADIS<sup>54</sup>- según el Modelo de Calidad de la DGPD.
- El proceso comienza con la solicitud por parte del centro a la Entidad Evaluadora. La solicitud irá acompañada de la documentación necesaria, que se explicita en el apartado Cómo solicitarla. La Entidad Evaluadora valorará

---

<sup>54</sup> Centro de Acreditación en Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad

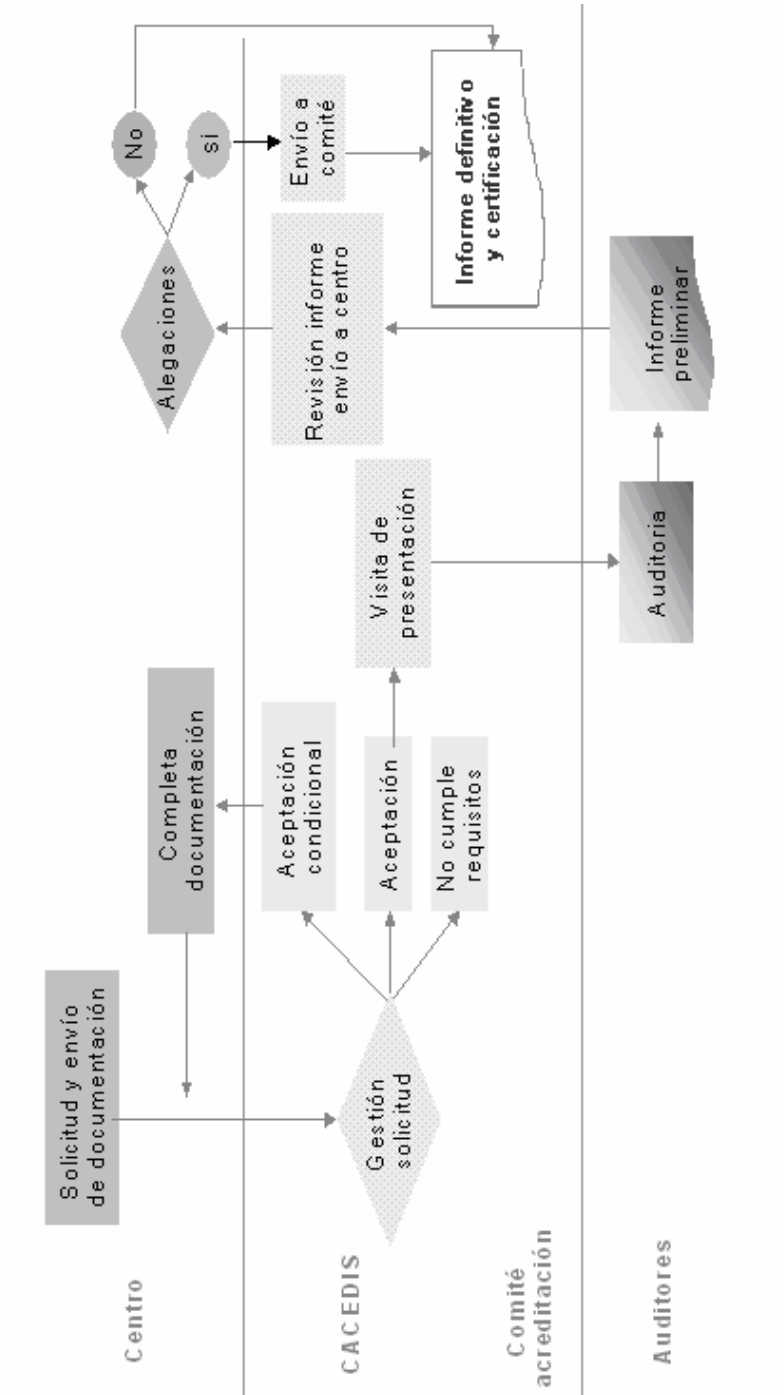
tanto la solicitud como la documentación y resolverá si acepta o no el requerimiento del centro.

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

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

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

La figura de la página siguiente representa este proceso.



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

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

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

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

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

## Logística de apoyo y servicio al proceso

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

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

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

## Comité de Evaluación Externa de Calidad

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

Está integrado por:

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

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

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

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

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

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

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

## Decisiones de Acreditación en Calidad

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

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

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

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

nueva visita de auditoría. Si tras la recepción y valoración del informe, el Comité de Evaluación Externa de Calidad decide que el centro está en situación de cumplimiento en calidad, se expedirá el certificado por un tiempo de tres años contando desde la primera visita.

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

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

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

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

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

## **AGENTES DE EVALUACIÓN O AUDITORÍA**

### **Composición del Equipo Auditor**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Registro de hallazgos y sugerencias**

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

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

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

## **Calificaciones y puntuaciones**

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

1. Esta puntuación indica un nivel mínimo de cumplimiento o incluso su ausencia completa, es la calificación mínima, supone la existencia de uno o varios hallazgos claros en la auditoría.
2. Esta puntuación indica una cumplimentación insuficiente del propósito del estándar y también puede indicar un inicio de cumplimiento muy reciente, y por tanto escasamente consistente. También supone la anotación de hallazgos.

3. Indica una cumplimentación parcial del estándar, se puede determinar que existe una política o mecanismo en el centro, pero la práctica es desigual o no se realiza. También puede indicar que se han cumplido un 50% de los propósitos del estándar. En este caso también hay que registrar los hallazgos de no cumplimentación en el estándar.
4. La mayor parte de los propósitos del estándar están cubiertos, más del 75% se considera conseguido, supone una cumplimentación notable del estándar que no requiere la anotación de hallazgos.
5. Se cumple el estándar de forma sustancial, en más del 90% y supone que no hay ningún hallazgo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Cómo solicitarla**

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

#### *A. Datos Básicos del Centro*

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

- Nombre de la organización o centro
- Propiedad y año de apertura
- Dirección/domicilio social
- Organigrama del centro
- Nombres de los cargos directivos en el centro
- Diferentes unidades de atención y prestación de servicios

Capacidad de cada una de las unidades  
Personal del centro contratado por categorías  
Personal de apoyo externo  
Autorización y acreditación administrativas de la CIBS

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

### *B. La Petición*

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

*Centro de Evaluación de la Calidad de Centros de Atención a Personas con Discapacidad (CECADIS)*

*Escuela Andaluza de Salud Pública*

*Cuesta del Observatorio nº 4 Apdo. 2070*

*18080 Granada*

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

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

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

### *D. Visita de presentación*

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

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

## Agenda de visita de evaluación o auditoría

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

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

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

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

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

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

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

### *Presentación del centro:*

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

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

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

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

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

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

### *Visita a unidades de atención*

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

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

### *Visita al edificio e instalaciones*

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

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

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

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

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

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

#### *Entrevista al liderazgo del centro*

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

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

### *Reunión del equipo auditor*

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

### *Reunión con la dirección del centro*

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

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

Para facilitar la realización de la auditoría, el centro presentará la documentación ordenada según los capítulos del Manual de Estándares. Sería deseable un índice de documentos con los títulos o epígrafes correspondientes a los diferentes planes, programas, procedimientos, normas y protocolos de actuación en el centro. También sería deseable la correspondencia entre los diferentes documentos y los estándares. Los documentos deberían recoger en lugar visible la fecha, autoría, periodo de validez, alcance y rango de importancia en el centro.

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

La documentación facilitada y en general la información obtenida en el proceso, debe ser veraz. Se considera que el centro se presenta al proceso de evaluación

externa en una actitud positiva y colaboradora, en definitiva de buena fe. Será considerada como grave cualquier situación que refleje una adulteración o falsificación de la documentación. La dirección del centro asume la responsabilidad de garantizar que toda la información entregada es precisa y veraz.

La información documental que obtenga el equipo auditor en las visitas en el centro será devuelta igualmente a éste. Por esta razón no es necesario que se fotocopien documentos. En el caso de documentos voluminosos puede seleccionarse lo más representativo o los ejemplos más importantes. La presentación además de ordenada debe facilitar el fácil manejo (carpetas separadas, uso de colores, etc.). En el caso de documentación electrónica en ordenadores personales o servidores, se recomienda encarecidamente disponer de dos ordenadores con impresora y en el caso de documentos largos, tener una copia en papel.

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

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

- Planes de calidad
- Organigrama del centro
- Planes estratégicos
- Autorizaciones legales administrativas de funcionamiento y apertura
- Planes presupuestarios y de inversiones
- Memorias de actividad y económicas
- Actas de reuniones de consejos directivos y de administración
- Planes y procedimientos de atención
- Planes de seguridad y prevención
- Suministros y equipos

- Procedimientos de admisión al centro
- Procedimientos relativos a derechos como privacidad, confidencialidad, etc.
- Seguridad de los sistemas de información
- Procedimientos generales para evaluación
- Normas para recoger registros de personas usuarias
- Mapa de procesos y principales procesos del centro
- Normas de utilización de la medicación
- Planes de formación
- Resultados de monitorización
- Código ético

## Proceso de auditoría en el centro

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

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

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

En ningún caso se retrasarán las visitas a las unidades, siendo fundamental el cumplimiento del horario preestablecido. En el proceso de visita al centro, todo el centro estará "abierto", pudiendo el equipo auditor entrar y pedir acceso a cualquier sala o área. Los/as auditores/as llevarán, en lugar bien visible, su identificación como tales. Al comienzo del proceso una vez en el centro, el equipo auditor comunicará al mismo el objetivo del proceso, y se comprometerá al sigilo y

confidencialidad de todo cuanto ocurra en el centro, de lo que lea y observe, así como de los informes que redacte. Los hallazgos encontrados serán recogidos y comunicados al centro en el informe final de auditoría.

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

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

### **Resumen final para la Dirección del Centro**

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

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

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

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

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

Esta decisión final será inapelable.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

**Acreditación en Calidad:** Evaluación externa del nivel de calidad de una organización o un servicio, usando normas preestablecidas y otorgamiento de un certificado al centro.

**Auditar:** Examinar, revisar, inspeccionar, la gestión y servicios de una entidad a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por la ley o las normas de referencia.

**Centros residenciales:** Son los destinados a servir de hogar sustitutivo, de forma temporal o permanente, a personas que por su discapacidad unida a su problemática socio familiar y económica, no puedan ser asistidas en su medio familiar, o no puedan vivir de forma independiente. Existen distintos tipos de centros residenciales, clasificados en función del grado de autonomía de las personas que pueden atender: residencias para personas gravemente afectadas, residencias para personas con graves y continuados trastornos de conducta, residencias de adultos/as, viviendas tuteladas.

**Centros de día:** Son los destinados a la atención de personas que por su discapacidad no puedan integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, o que por su gravedad, requiriendo de atención continuada, no puedan ser atendidos por su unidad de convivencia durante el día. Los centros de día, según el régimen de atención dispensado a las personas usuarias, se clasifican en: unidades de estancia diurna y centros ocupacionales.

**Calidad de la atención:** Medida en que los servicios de atención a personas con discapacidad se orientan a las necesidades y expectativas de sus clientes y otros grupos de interés.

**Certificación:** Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

**Dato:** Observación no interpretada o hecho.

**Director/a:** Persona responsable que dirige, controla, supervisa y gestiona una organización o un componente de la misma

**Eficiencia:** Relación entre los resultados de la atención a los/as usuarios/as y los recursos utilizados en la misma.

**Equipo de evaluación o de auditoría:** Grupo de profesionales designados por la entidad de evaluación externa que trabajan conjuntamente, de acuerdo con las normas del manual de evaluación externa, para llevar a cabo una evaluación de un centro.

**Evaluación:** Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de normas o estándares.

**Evaluador/a:** Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para asumir esa responsabilidad. Sinónimo de Auditor/a.

**Evaluar:** Convertir los datos en información a través de su análisis.

**Indicador:** Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento.

**Información:** Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones.

**Listado de comprobación:** Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes cuyas respuestas permiten deducir con claridad, que los requisitos especificados en la norma se cumplen o no por el centro solicitante de la evaluación externa.

**Liderazgo:** Forma de influir la acción de un grupo profesional determinado, tanto en la elección de sus objetivos como en su obtención.

**Líderes:** Aquellos miembros de la organización, con ciertos atributos inherentes a su cargo, capaces de motivar y llevar a cabo una misión.//Responsables de motivar y estimular a los/as profesionales que de ellos/as dependen, de crear equipo o prepararlo con el fin de conseguir los objetivos fijados.

**Manual de Evaluación Externa de la Calidad:** Documento que describe las normativas, el organismo de evaluación externa, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de evaluación.

**Medición:** Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

**Mejora de la Calidad:** Modo de trabajo de las organizaciones que incluye el análisis y mejora continuada de los procesos de gestión y prestación de servicios de atención para satisfacer las necesidades de los/as usuarios/as y de otros grupos de interés.

**Norma:** Enunciado que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la atención.

**Organización:** Conjunto de personas relacionadas entre sí, con un fin común, aceptable y explícito, para lo que utilizan ciertos recursos. Una asociación, un centro, un servicio, un ente administrativo pueden ser denominadas "*organizaci3n*", dependiendo del contexto de referencia.

**Plan:** Programa o proyecto b3sico de actividades para llevar a cabo acciones destinadas a un determinado fin. Un plan especifica las etapas, de decisi3n u operativas, para conseguir cada uno de los objetivos planteados.

**Procedimiento:** Secuencia definida de actividades para unos fines determinados. Sinónimo de método, sistema o técnica.

**Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

**Proceso de evaluación externa:** Conjunto de actividades secuenciales y definidas en el *Manual de Evaluación Externa* por las que una organización es acreditada. El proceso tiene su entrada en la solicitud de evaluación y su salida en la emisión del certificado por la Entidad de Evaluación Externa de la Calidad.

**Programa:** Conjunto de la estructura, recursos y procesos que se destinan por un centro específicamente para el cumplimiento de un objetivo.

**Protocolo:** Actos y reglas que rodean un acto determinado. Son herramientas que se elaboran a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia, la opinión de expertos y el consenso de los profesionales.

**Sistema de Calidad:** Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad en una organización.

**Validez de los datos:** Verificación de la exactitud; refleja la verdadera situación.