


<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
 1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.			Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).					
<b>Nombre de entidad, responsable y firma:</b>					
<b>Nombre de servicio, provincia y fecha:</b>					
<b>NIVEL BÁSICO CRITERIOS OBLIGATORIOS CENTRO DÍA</b>					
1.1.1. Política de calidad	OBLIGATORIO Quien presta el servicio tiene definida una política de calidad que se encuentra escrita y es conocida. Incluye, al menos los principios y sus bases.	1	1		
1.1.2. Política de calidad	OBLIGATORIO: Quien presta el servicio cuenta con un sistema de gestión en calidad, que incluye: revisiones, controles periódicos o auditorías internas. Este sistema es conocido por los trabajadores y es aplicado.	1	1		
1.3.5. Ética asistencial	OBLIGATORIO Todas las Personas Mayores tienen derecho a estar informadas de manera completa y a decidir su incorporación o no, a estudios o investigaciones clínicas, sabiendo que pueden negarse a ello sin que esto represente ninguna clase de discriminación por parte del personal del servicio o la entidad.	1	1		
1.3.7. Ética asistencial	OBLIGATORIO: La decisión de la Persona Mayor prevalece sobre la opinión de la familia y los profesionales, siempre que no contravenga los principios jurídicos y éticos y de práctica profesional	1	1		
1.4.1. Derechos y Normas funcionamiento.	OBLIGATORIO: En el servicio se encuentran definidos y expuestos el organigrama, horarios, reglamentos de régimen interior (para centros), tarifas y tipos de servicios.	1	1		
1.4.2. Derechos y Normas funcionamiento.	OBLIGATORIO: Se tiene explicitado en el servicio, el nombre y datos de contacto de los profesionales médicos y de enfermería del Centro de Salud, responsables de la atención sanitaria de la Persona Mayor.	1	1		

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>		<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología				<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>				<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación parcial</b>	<b>Implantación generalizada</b>
1.4.6. Derechos y Normas funcionamiento.	OBLIGATORIO: Existen planes de atención individualizada para todas las Personas Mayores (PAI).	1	1			
1.4.7. Derechos y Normas funcionamiento.	OBLIGATORIO: Si existen unidades especializadas de atención por perfil de las Personas Mayores, deben estar claramente definidos los criterios de funcionamiento, tipo de atención y seguimiento específicos.	1	1			
1.5.2. Aspectos generales e infraestructura	OBLIGATORIO: La estructura física de cada centro se ajusta a la normativa que le sea de aplicación.	1	1			
2.1.6. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Ante los casos de presunta incapacidad se informa a los familiares del proceso a seguir para la incapacitación y se notifica al Ministerio Fiscal.	1	1			
2.1.7. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Se firma un contrato, siempre por la Persona Mayor o su representante legal, conteniendo todos los servicios a prestar y sus tarifas, entregando una copia sellada al mismo.	1	1			
2.1.8. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Se informa del reglamento de régimen interior y una vez leído se facilita una copia a la Persona Mayor.	1	1			
2.1.9. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Se abre el expediente individual de la Persona Mayor y se realiza su inscripción en el libro de altas conforme a la legislación vigente.	1	1			
2.1.12. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Se personalizan los útiles de cada Persona Mayor, prestando especial atención a los de uso personal (ropa, útiles de aseo, etc.)	1	1			
2.1.13. Inicio del servicio	OBLIGATORIO: Se hace una primera valoración geriátrica integral en los primeros quince días de prestación del servicio. En dicha valoración se incluyen síndromes geriátricos, situación funcional, estado cognitivo, afectivo, situación social, prestando especial atención a los órganos de los sentidos.	1	1			
2.2.1. Atención	OBLIGATORIO: Se garantiza por parte de la dirección del centro la protección legal de las Personas Mayores presuntos incapaces.	1	1			
2.2.2. Atención	OBLIGATORIO: Existe un protocolo de adaptación e integración en el Centro.	1	1			

EJE/ Subeje.

**CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS**

**Versión 1.0 de 2010**

**(Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):**

**1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.**

**Obligatorio**

**ACREDITASEGG/5  
AUTO  
EVALUACIÓN  
(MARCAR LA  
OPCIÓN CON EL  
NÚMERO 1)**




**NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:**

**Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),  
Implantación generalizada (Implantado y se cumple).**

**Sin evidencia  
Implantación  
parcial  
Implantación  
generalizada**

2.2.3. Atención	OBLIGATORIO: El personal va provisto siempre de identificación fácilmente reconocible por la Persona Mayor.	1	1			
2.2.4. Atención	OBLIGATORIO: Se elabora el plan de atención individualizada, (PAI), por parte del equipo del centro.	1	1			
2.2.5. Atención	OBLIGATORIO: El plan de atención individualizada está consensuado con la Persona Mayor y, en su caso , su familia.	1	1			
2.2.7. Atención	OBLIGATORIO: Las medidas de sujeción físicas son prescritas por el médico correspondiente y consentidas o denegadas, por escrito, por la Persona Mayor o su responsable legal.	1	1			
2.2.8. Atención	OBLIGATORIO: El servicio cuenta con un sistema seguro de administración de medicación. La prescripción de fármacos debe constar por escrito y estar actualizada.	1	1			
2.2.9. Atención	OBLIGATORIO: Todo el personal que participa en la atención directa de la Persona Mayor, conoce sus necesidades, situación y cuidados, en su área de intervención.	1	1			
2.2.13. Atención	OBLIGATORIO: Se cuenta con un sistema libre de participación de las Personas Mayores y se potencia la comunicación de sus propuestas a la dirección del centro.	1	1			
2.2.17. Atención	OBLIGATORIO: El servicio cuenta con un sistema de detección, informe, coordinación y respuesta ante emergencias sanitarias.	1	1			
2.3.1. Seguimiento	OBLIGATORIO: Se revisan los planes de atención individualizada de forma interdisciplinar y con una periodicidad mínima semestral, o cuando haya una modificación significativa de la situación de la Persona Mayor.	1	1			
2.3.4. Seguimiento	OBLIGATORIO: Existe un sistema de registro de las principales incidencias en las personas quedando recogidas en el expediente personal .	1	1			

EJE/ Subeje. <b>CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010): de 2010		Obligatorio	ACREDITASEGG/5 AUTO EVALUACIÓN (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.			Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).					
2.3.5. Seguimiento	OBLIGATORIO: Se informa previamente a la Persona Mayor, familiar o representante, de cualquier cambio en el servicio que modifique las condiciones contractuales o tarifas.	1	1		
2.3.6. Seguimiento	OBLIGATORIO: Los familiares o responsables designados por la Persona Mayor son informados puntualmente de las incidencias más importantes que se produzcan en él siempre que éste quiera que sean conocidas.	1	1		
2.3.8. Seguimiento	OBLIGATORIO: Las prescripciones de sujeción física se evalúan periódicamente en intervalos no superiores a quince días.	1	1		
2.4.1. Finalización del servicio.	OBLIGATORIO: Existe un protocolo de acompañamiento en la muerte y un protocolo de decesos.	1	1		
2.4.3. Finalización del servicio.	OBLIGATORIO: Existe un protocolo de finalización del servicio por baja voluntaria o derivación. Se facilita un informe incluyendo los servicios prestados y las recomendaciones o cuidados especiales que debe seguir la Persona Mayor.	1	1		
3.1.7. Selección y formación	OBLIGATORIO: Los trabajadores siguen un programa de formación obligatoria en materia de seguridad, salud, prevención y evacuación.	1	1		
3.1.8. Selección y formación	OBLIGATORIO: Existe un plan anual de formación con participación de los trabajadores. En dicho Plan se encuentran documentadas las necesidades, acciones formativas y colectivos a los que se dirige.	1	1		
3.1.9. Selección y formación	OBLIGATORIO: Las acciones formativas incluyen aspectos de atención integral a las Personas Mayores en las áreas clínica, funcional, mental y social, trabajo en equipo, calidad de vida, atención centrada en la persona, ética asistencial y aspectos de la actividad diaria.	1	1		
3.1.15. Selección y formación	OBLIGATORIO: El 50 % del personal auxiliar de atención directa recibe formación anual, con una media de, al menos, 10 horas por trabajador.	1	1		

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>		<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología				<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>		
				Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
3.1.11. Selección y formación	OBLIGATORIO: La dirección o coordinación del centro o servicio recibe anualmente cursos de formación especializados, como mínimo, con una media anual de 30 horas.	1	1			
3.3.1. Ratios de personal.	OBLIGATORIO: La plantilla está conformada sobre la ratio mínima especificada normativamente. En el caso de los servicios del Sistema de la dependencia(SAAD) se ajustarán a las previsiones de ratios recogidas en el Acuerdo y en las normas que se dicten para la acreditación.	1	1			
3.3.2. Ratios de personal.	OBLIGATORIO: Se mantiene la misma ratio de personal en todo momento. Las bajas son cubiertas, independientemente de su duración.	1	1			
3.4.1. Equipos	OBLIGATORIO: Existen equipos interdisciplinares con la participación de los profesionales de atención directa según la cartera de servicios ofertadas.	1	1			
3.5.2. Sistema de reconocimiento.	OBLIGATORIO: Los responsables del servicio mantienen, al menos una vez al año, reuniones con los profesionales del servicio para conocer sus inquietudes, propuestas, aspectos mejorables, etc.	1	1			
4.1.1. Horarios	OBLIGATORIO: Existe un horario general del centro expuesto al público.	1	1			
4.2.1. Servicios y programas asistenciales	OBLIGATORIO: Se encuentran implantados los siguientes programas asistenciales: caídas, úlceras por presión, depresión, dolor, factores de riesgo cardiovascular, cuadro confusional, incontinencias, nutrición, hidratación, polifarmacia, inmovilidad, deterioro cognitivo y demencias, restricciones físicas, químicas y alteraciones sensoriales.	1	1			
4.2.2. Servicios y programas asistenciales	OBLIGATORIO: Se encuentran implantados los siguientes programas asistenciales: adaptación y acogida, ocio y tiempo libre, maltrato, asistencia espiritual, fallecimiento y duelo.	1	1			
4.2.21. Servicios y programas asistenciales	OBLIGATORIO: Existe un sistema de control y seguridad para evitar salidas no controladas de personas incapaces o con orden judicial de internamiento involuntario.	1	1			

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>		<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
 Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología				<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.</b>		<b>Sin evidencia</b>
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>						
4.3.1. Servicios generales	OBLIGATORIO: El centro proporciona la dieta necesaria a cada Persona Mayor en función de sus necesidades y patologías.	1	1			
4.3.2. Servicios generales	OBLIGATORIO: Existen normas para la administración de alimentación a personas con alteraciones de masticación o deglución.	1	1			
4.3.5. Servicios generales	OBLIGATORIO: Se limpian diariamente las habitaciones y las zonas comunes.	1	1			
4.3.6. Servicios generales	OBLIGATORIO: El plan de emergencias y evacuación está debidamente implantado y actualizado.	1	1			
4.4.1. Coordinación	OBLIGATORIO: Se realizan reuniones con familiares. Al menos una vez al año.	1	1			
4.5.1. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Se cuenta con registro de cuidados básicos de atención personal realizados por los auxiliares.	1	1			
4.5.3. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Se cuenta con un modelo de valoración integral (clínica, mental, funcional y social).	1	1			
4.5.4. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un reglamento de régimen interior al que tienen acceso todos los interesados.	1	1			
4.5.5. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existen registros de las actividades de enfermería.	1	1			
4.5.9. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un registro de voluntades anticipadas y de órdenes de no resucitar. Debe figurar en el expediente individual de cada Persona Mayor.	1	1			
4.5.10. Documentación y registros	OBLIGATORIO: El tratamiento médico está firmado y actualizado.	1	1			
4.5.11. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un registro de caídas y de restricciones físicas.	1	1			
4.5.12. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un consentimiento informado firmado por los familiares o tutores, de autorización o denegación de restricción física para la Persona Mayor que lo precise.	1	1			
4.5.13. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un expediente individual completo y actualizado de cada Persona Mayor.	1	1			
4.5.14. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un registro de incidencias por turno.	1	1			

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la</b> <b>persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de</b> <b>personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y</b> <b>seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora</b> <b>continua.</b>		<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>					<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación</b> <b>parcial</b>	<b>Implantación</b> <b>generalizada</b>
4.5.15. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existen hojas de quejas, reclamaciones y sugerencias.	1	1				
4.5.18. Documentación y registros	OBLIGATORIO: Existe un protocolo de consentimiento informado para participación en investigaciones.	1	1				
5.1.1. Riesgos generales	OBLIGATORIO: Se cuenta con un sistema de detección y gestión en riesgos y seguridad, que incluye los siguientes aspectos: Seguridad del entorno. Protección y control de accesos. Materiales y residuos peligrosos. Accidentes y emergencias. Errores y negligencias. Complicaciones de salud e infecciones. Emergencia y evacuación (plan elaborado, visado y actualizado). Riesgos de equipos y material. Riesgos ante suministros e instalaciones críticas del servicio (climatización, agua, .....)	1	1				
5.1.5. Riesgos generales	OBLIGATORIO: Se disponen de números de teléfonos de emergencias, accesibles en todo momento.	1	1				
5.1.6. Riesgos generales	OBLIGATORIO. Existe una adecuada higiene, desinfección y estado de limpieza general del centro.	1	1				
5.1.7. Riesgos generales	OBLIGATORIO. Existe un plan de mantenimiento preventivo-correctivo de las instalaciones y los equipamientos.	1	1				
5.1.9. Riesgos generales	OBLIGATORIO: Ausencia de barreras arquitectónicas.	1	1				
5.1.10 Riesgos generales	OBLIGATORIO: Los suelos no son deslizantes ni deslumbrantes.	1	1				
5.1.11. Riesgos generales	OBLIGATORIO: El mobiliario y sanitarios están adaptados a las necesidades de la Persona Mayor.	1	1				
5.1.12. Riesgos generales	OBLIGATORIO: Los paramentos y desniveles están correctamente señalizados.	1	1				
5.1.13. Riesgos generales	OBLIGATORIO: Se cuenta con pasamanos a ambos lados de pasillos y escaleras.	1	1				
5.2.8 Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un sistema de control de la administración de medicación.	1	1				
5.2.9. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: . Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante situaciones de caídas.	1	1				

**EJE/ Subeje.**  
**Versión 1.0**  
**de 2010**



**CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS**  
**(Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):**  
1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.

**Obligatorio**

**ACREDITASEGG/5**  
**AUTO**  
**EVALUACIÓN**  
(MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)


**NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:**

**Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),  
Implantación generalizada (Implantado y se cumple).**

**Sin evidencia**  
**Implantación parcial**  
**Implantación generalizada**

5.2.10. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante situaciones de polifarmacia, reacciones adversas y errores de medicación.	1	1			
5.2.11. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante aparición de úlceras por presión.	1	1			
5.2.12. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante situaciones de deshidratación/desnutrición.	1	1			
5.2.13. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante salidas no controladas.	1	1			
5.2.14. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante infecciones y contagios.	1	1			
5.2.15. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Se cuenta con un programa de detección, prevención y actuación ante riesgo o intento de autolisis o suicidio.	1	1			
5.2.1. Riesgo para las personas usuarias:	OBLIGATORIO: Existe un plan de emergencias y evacuación según la normativa y se encuentra actualizado.	1	1			
5.2.2. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Esta implantado el sistema de APPCC (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control) escrito y con todos los datos.	1	1			
5.2.4. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Hay implantado un programa de prevención de negligencia, abuso y maltrato a la Persona Mayor.	1	1			
5.2.5. Riesgo para las personas usuarias	OBLIGATORIO: Existe un sistema de control de depósito y conservación de fármacos, medicación de urgencias, control de caducidad y control de fármacos de uso especial (psicotropos, opiáceos, etc.)	1	1			
5.3.1. Riesgo para los trabajadores	OBLIGATORIO: Se cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales.	1	1			
5.3.2. Riesgo para los trabajadores	OBLIGATORIO: Se llevan a cabo los protocolos de recogida, análisis y reporte de información en el caso de accidentes laborales.	1	1			



<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>		<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología				<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>				<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación parcial</b>	<b>Implantación generalizada</b>
5.3.3. Riesgo para los trabajadores	OBLIGATORIO: Existen contenedores normalizados de recogida de residuos sanitarios.	1	1			
5.3.4. Riesgo para los trabajadores	OBLIGATORIO: Existe un sistema implantado de prevención para infecciones y contagios.	1	1			
5.3.6. Riesgo para los trabajadores	OBLIGATORIO: Hay implantado un protocolo de lavado de manos.	1	1			
6.1.1. En atención a las personas usuarias.	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, el cumplimiento en plazo de la realización de la valoración integral, PAI y seguimiento del PAI.	1	1			
6.1.2. En atención a las personas usuarias.	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, la frecuencia de aparición de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, úlceras, incontinencia, deterioro cognitivo, demencias, nutrición, hidratación, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, alteraciones del estado de ánimo, síndrome confusional agudo, deterioro sensorial, polifarmacia, uso de psicofármacos. Se analizan datos y promueven acciones de mejora.	1	1			
6.1.4. En atención a las personas usuarias.	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, la frecuencia de aparición de los siguientes eventos: salidas no controladas, errores de medicación, agresiones, sujeciones-restricciones físicas y/o químicas. Se analizan los datos y se promueven acciones de mejora.	1	1			
6.1.7. En atención a las personas usuarias.	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, la frecuencia de quejas, reclamaciones, felicitaciones y sugerencias.	1	1			
6.1 En atención a las personas usuarias.	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, el número de actividades lúdicas y/o sociales y la frecuencia de participación de los Mayores.	1	1			
6.2.1. Resultados en los trabajadores	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, la frecuencia de absentismo laboral.	1	1			
6.2.2. Resultados en los trabajadores	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, la frecuencia de la rotación de personal (porcentaje de bajas definitivas de personal/total de plantilla).	1	1			
6.2.4. Resultados en los trabajadores	OBLIGATORIO: Se comprueba, al menos anualmente, el número de trabajadores que han realizado formación.	1	1			

**EJE/ Subeje.**  
**Versión 1.0**  
**de 2010**



**CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS**  
**(Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):**  
1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.

**Obligatorio**

**ACREDITASEGG/5**  
**AUTO**  
**EVALUACIÓN**  
(MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)

**NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:**

**Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),  
Implantación generalizada (Implantado y se cumple).**

Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
---------------	----------------------	---------------------------

6.4.1. Resultados económicos	OBLIGATORIO: Existe un seguimiento económico periódico del servicio.	1	1			
7.1.1. Aspectos generales:	OBLIGATORIO: Según los resultados de las encuestas de satisfacción de la Persona Mayor, se establecen las medidas y acciones de mejora.	1	1			
7.1.4. Aspectos generales:	OBLIGATORIO: Hay una memoria anual de prevención de riesgos laborales con medición del sistema y propuesta de acciones de mejora.	1	1			
7.2.1. Objetivos	OBLIGATORIO: Están definidos los objetivos de atención a la Persona Mayor en el servicio al inicio de la prestación del mismo.	1	1			
7.2.2. Objetivos	OBLIGATORIO: Los objetivos de atención han sido discutidos y trazados por el equipo interdisciplinar del centro, con la participación de la Persona Mayor, y en su caso, de la familia.	1	1			
7.2.4. Objetivos	OBLIGATORIO: La organización fija objetivos anuales de gestión que se revisan.	1	1			
7.2.5. Objetivos	OBLIGATORIO: Se incluyen objetivos de mejora del dolor.	1	1			
7.3.1. Evaluación	OBLIGATORIO: La evaluación de los objetivos de atención a la Persona Mayor debe realizarse de forma periódica al menos cada 6 meses por los profesionales del equipo técnico y siempre que haya una modificación significativa de su situación.	1	1			
7.3.3. Evaluación	OBLIGATORIO: La evaluación debe incluir como mínimo: problemas médicos, valoración funcional, autonomía en la vida cotidiana, funcionamiento mental y estado de ánimo, dolor, estado nutricional y social, con acciones de mejora.	1	1			
7.3.4. Evaluación	OBLIGATORIO: Se registran las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones, con acciones de mejora.	1	1			
7.3.5. Evaluación	OBLIGATORIO: Se evalúan anualmente los objetivos de gestión, con acciones de mejora.	1	1			
7.4.2. Sistema de mejora continua	OBLIGATORIO: Existe un plan de formación para los profesionales que se revisa anualmente.	1	1			

**SUBTOTAL BÁSICOS OBLIGATORIOS**

108 108


**NIVEL BÁSICO CRITERIOS NO OBLIGATORIOS CENTRO DE DÍA**

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la</b> <b>persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de</b> <b>personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y</b> <b>seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora</b> <b>continua.</b>		<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>					<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación</b> <b>parcial</b>	<b>Implantación</b> <b>generalizada</b>
1.1.5. Política de calidad	Quien presta el servicio tiene definida y escrita su misión, sus principios y sus valores; todos ellos fundamentados en aspectos de atención a las personas y conocidos en todos los servicios.	1	0				
1.2.1. Misión, Principios y Valores	Los sistemas de gestión, el funcionamiento y la atención en el servicio son coherentes con la misión, principios y valores, situando a la persona y sus derechos en el eje de las decisiones y actuaciones.	1	0				
1.3.1. Ética asistencial	Se cuenta con un código ético que guía la actuación de los profesionales.	1	0				
1.4.4. Derechos y Normas funcionamiento.	El servicio garantiza la confidencialidad de todos los datos concernientes a las Personas Mayores y trabajadores en conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos.	1	0				
1.4.5. Derechos y Normas funcionamiento.	Existen medidas de seguridad de control de acceso a personas autorizadas a la información de alto nivel de protección.	1	0				
1.4.8. Derechos y Normas funcionamiento.	Se evita la separación indiscriminada de las Personas Mayores en función de criterios cognitivos.	1	0				
1.4.9. Derechos y Normas funcionamiento.	Se entrega un documento o guía de información escrita a las Personas Mayores, con una descripción de los aspectos más importantes del servicio, incluyendo entre otros la cartera de servicios, prestaciones, reglamentos de funcionamiento, derechos y deberes, horarios, sistemas de sugerencias, quejas, reclamaciones y tarifas. Se encuentra adaptado a los distintos déficits sensoriales y niveles culturales.	1	0				
1.5.5.Aspectos generales e infraestructura	Se dispone de un entorno adecuado en cuanto a accesibilidad y a las necesidades de las personas, con señalización suficientemente clara de las diversas áreas.	1	0				
2.1.1. Inicio del servicio	Existe un protocolo para facilitar la información del servicio a prestar, realizándose por diferentes canales de comunicación.	1	0				

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>				<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>					<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación parcial</b>	<b>Implantación generalizada</b>
2.1.2. Inicio del servicio	Ante solicitud de información de un posible ingreso o alta, se aporta información documentada sobre las particularidades del centro y del servicio.	1	0				
2.1.3. Inicio del servicio	La publicidad del servicio es veraz con respecto a las prestaciones, coberturas geográficas, titularidad, condiciones, plazos y precios, entre otros.	1	0				
2.2.6. Atención	Se tienen en cuenta las preferencias individuales de la Persona Mayor en su proceso de atención.	1	0				
2.2.11. Atención	El personal está informado y formado sobre la confidencialidad de su labor.	1	0				
2.3.3. Seguimiento	Se garantiza la comunicación de incidencias entre el personal del servicio en los diferentes turnos y categorías profesionales.	1	0				
2.3.7. Seguimiento	Se informa a la Persona Mayor de las recomendaciones a seguir en el domicilio para asegurar la continuidad en la atención.	1	0				
2.4.4. Finalización del servicio.	Se analizan y registran las causas de las bajas voluntarias.	1	0				
3.1.1. Selección y formación	Existe un sistema de gestión de solicitudes de trabajo por grupos profesionales (recepción, almacenamiento, revisión y destrucción).	1	0				
3.1.3. Selección y formación	El personal cumple con los criterios definidos en normativa a nivel de cualificación profesional, tanto en la atención en centros y en el domicilio, como del personal de gestión de llamadas de Teleasistencia. En el caso de los servicios del Sistema de la dependencia(SAAD) se ajustarán a los requisitos recogidos en el Acuerdo y en las normas que se dicten para la acreditación.	1	0				
3.1.5. Selección y formación	Cuando se incorpora un nuevo trabajador al servicio se le entrega a la firma del contrato, la recopilación de principios sobre los que éste se sustenta, los contenidos específicos de su puesto de trabajo y áreas de responsabilidad.	1	0				

EJE/ Subeje. <b>CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010): de 2010		1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.		Obligatorio	ACREDITASEGG/5 AUTO EVALUACIÓN (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).					Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
3.1.12. Selección y formación	El 50% del personal del equipo técnico realiza anualmente cursos de formación especializados, como mínimo, con una media anual de 10 horas por trabajador.	1	0				
3.5.1. Sistema de reconoci-miento.	Se promueven acciones que favorecen la comunicación y buen ambiente entre los trabajadores.	1	0				
3.6.1. Profesionaliza-ción	Se utilizan diversos canales de información con el personal para recogida de propuestas y sugerencias con el fin mejorar el servicio.	1	0				
3.6.2. Profesionaliza-ción	Los trabajadores realizan las funciones que corresponden a su categoría profesional y puesto correspondiente.	1	0				
4.1.3. Horarios	El horario general del centro tiene en cuenta los diferentes niveles de dependencia e incorpora planteamientos de flexibilidad.	1	0				
4.1.5. Horarios	Existe un sistema de planificación, organización y control para la realización de los cuidados básicos de atención a la Persona Mayor y está a su disposición.	1	0				
4.2.8 Servicios y programas asistenciales	Existe un programa de actividades que incluye: rehabilitación y mantenimiento en la esfera funcional y cognitiva, ocio y tiempo libre .	1	0				
4.2.9. Servicios y programas asistenciales	Se promueve la participación sociocomunitaria en la vida diaria del centro.	1	0				
4.2.18. Servicios y programas asistenciales	Se facilita servicio de podología y peluquería.	1	0				
4.2.13. Servicios y programas asistenciales	Existe servicio de fisioterapia, terapia ocupacional y de trabajo social.	1	0				
4.3.4. Servicios generales	El personal que realiza tareas de limpieza está formado en todos sus cometidos con especial atención en la utilización de <u>productos químicos</u> .	1	0				
4.5.2. Documentación y registros	Debe haber definido un organigrama que contenga las responsabilidades de cada una de las categorías profesionales.	1	0				
4.6.5. Comités y equipos de trabajo	Los equipos de trabajo tienen reuniones periódicas cuyas conclusiones quedan recogidas por escrito.	1	0				

EJE/ Subeje. <b>CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010): de 2010		Obligatorio		ACREDITASEGG/5 AUTO EVALUACIÓN (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.				Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).						
5.1.4. Riesgos generales	Existe una planificación de los servicios generales de limpieza, mantenimiento y restauración que evita riesgos en la Persona Mayor.	1	0			
5.2.3. Riesgo para las personas usuarias	Existe un programa de detección, prevención e intervención para personas con inmovilidad, inactividad y aislamiento.	1	0			
5.2.6. Riesgo para las personas usuarias	Se tienen programas y protocolos para el correcto uso y mantenimiento de prótesis y ortesis.	1	0			
6.1.8. En atención a las personas usuarias.	Se realizan y analizan los resultados de las encuestas de satisfacción.	1	0			
6.3.1. Incidencias, Inspecciones y auditorías	Existe un control y seguimiento ante resultados negativos y áreas de mejora detectadas por revisiones externas o internas del servicio: resultados de las inspecciones.	1	0			
7.2.3. Objetivos	Los objetivos de atención se dirigen a cubrir las necesidades detectadas en la esfera clínica, funcional, mental y social. Se centran en la promoción de la independencia, bienestar y la autonomía personal, respetando las preferencias de las personas.	1	0			
7.2.6. Objetivos	Los objetivos de atención han sido realizados de forma conjunta con la Persona Mayor o su representante legal.	1	0			
7.4.1. Sistema de mejora continua	La entidad dispone de un plan interno de medición de calidad con auditorías internas periódicas.	1	0			
7.4.4. Sistema de mejora continua	Se revisa el cumplimiento de los objetivos de atención y los resultados asistenciales.	1	0			
7.4.5. Sistema de mejora continua	Se revisa el cumplimiento de los objetivos de gestión (cuadro de mando de gestión) con metodología propia.	1	0			
7.4.6. Sistema de mejora continua	Se realizan reuniones entre los profesionales del centro para la mejora continua.	1	0			
<b>SUBTOTAL BÁSICOS NO OBLIGATORIOS</b>		<b>43</b>	<b>0</b>			
<b>NIVEL MEDIO CENTRO DE DÍA</b>						
1.1.3. Política de calidad	En la descripción de la política de calidad se incluye adicionalmente a lo descrito en el nivel básico, una descripción del sistema de gestión en calidad y de los sistemas de mejora continua. Están definidos unos indicadores de calidad.	1	0			

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>Obligatorio</b>		<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
 Sociedad Española de Geriátria y Gerontología				<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.</b>		<b>Sin evidencia</b>
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>						
1.1.4. Política de calidad	Quien presta el servicio basa su sistema de calidad en cualquier modelo de calidad nacional o internacional y realiza asimismo auditorias internas.	1	0			
1.3.2. Ética asistencial	Se cuenta con una comisión de ética propia o existe una colaboración con una comisión de referencia externa.	1	0			
1.5.3. Aspectos generales e infraestructura	La estructura física presenta mejoras en el tamaño de las superficies tanto en las zonas de atención común como en las zonas de atención personalizada con respecto a la normativa.	1	0			
2.1.4. Inicio del servicio	Se ofrece y promueve desde el centro, al menos una visita y entrevista previa a la incorporación de la Persona Mayor al mismo para facilitar información, realizar una valoración preingreso, ver idoneidad y facilitar la adaptación inicial.	1	0			
2.2.10. Atención	Dentro del funcionamiento del servicio, existe y es conocido por la Persona Mayor, su profesional o equipo de referencia.	1	0			
2.2.16. Atención	El centro cuenta con un servicio de transporte adaptado propio o concertado.	1	0			
2.3.2. Seguimiento	Se revisan los planes de atención individualizada de forma interdisciplinar y con una periodicidad mínima cuatrimestral o cuando haya una modificación significativa de la situación personal de la Persona Mayor.	1	0			
2.3.20. Seguimiento	Existe un sistema de gestión de averías de instalaciones o equipamientos para los aspectos críticos del servicio. Se garantiza su resolución en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas en centros y de cuatro horas en teleasistencia.	1	0			
3.1.4. Selección y formación	La selección de personal se lleva a cabo sobre perfiles profesionales definidos previamente en el servicio.	1	0			
3.1.6. Selección y formación	Se cuenta con un protocolo de incorporación y acogida de nuevos trabajadores.	1	0			
3.1.13. Selección y formación	El 75% del personal del equipo técnico realiza anualmente cursos de formación especializados.	1	0			
3.1.16. Selección y formación	El 75 % del personal auxiliar de atención directa recibe formación anual, con una media de, al menos, 10 horas por trabajador.	1	0			

**EJE/ Subeje.****Versión 1.0 de 2010**
**CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):**

1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.

**Obligatorio**
**ACREDITASEGG/5  
AUTO  
EVALUACIÓN  
(MARCAR LA  
OPCIÓN CON EL  
NÚMERO 1)**
**NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:**
**Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),  
Implantación generalizada (Implantado y se cumple).**

Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
---------------	----------------------	---------------------------

3.2.1. Relaciones laborales.	Existe un sistema o procedimiento para prevención y actuación ante casos del "síndrome de burn-out".	1	0			
3.2.2. Relaciones laborales.	Existe un sistema para promoción del desarrollo profesional los trabajadores.	1	0			
3.2.3. Relaciones laborales.	Existe un plan que promueve la fidelización del trabajador en el servicio.	1	0			
3.3.3. Ratios de personal.	Se cuenta con una mejora de un 15% del ratio de atención directa con respecto a la normativa. En el caso de los servicios del Sistema de la dependencia(SAAD) se ajustarán a las previsiones de ratios recogidas en el Acuerdo y en las normas que se dicten para la acreditación.	1	0			
3.4.2. Equipos	Los auxiliares/cuidadores participan en las reuniones de equipo interdisciplinar.	1	0			
3.5.3. Sistema de reconocimiento.	Existe un sistema de reconocimiento documentado ante buenas prácticas y felicitaciones a los trabajadores.	1	0			
3.6.3. Profesionalización	Existen convenios con entidades educativas para la realización de prácticas de sus alumnos.	1	0			
4.1.4. Horarios	El horario se adaptará a las preferencias de la Persona Mayor, teniendo en cuenta sus necesidades y los recursos disponibles en el servicio.	1	0			
4.2.15. Servicios y programas asistenciales	Existe servicio de fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social y psicología.	1	0			
4.3.7. Servicios generales	Existe un protocolo de funcionamiento de recepción del centro.	1	0			
4.4.3. Coordinación	Se realizan reuniones programadas con servicios sanitarios de atención primaria y sociales de base.	1	0			
4.5.7. Documentación y registros	Se cuenta con una descripción documentada de los modelos de valoración, programas, protocolos, actividades y talleres que son de aplicación para cada uno de los servicios.	1	0			
4.5.8. Documentación y registros	Se cuentan con manuales de promoción de buenas prácticas y prevención de malas prácticas, accesibles a todos los trabajadores.	1	0			
4.5.16. Documentación y registros	Existe un sistema conocido de participación de los trabajadores.	1	0			



<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la</b> <b>persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de</b> <b>personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y</b> <b>seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora</b> <b>continua.</b>		<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>					<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación</b> <b>parcial</b>	<b>Implantación</b> <b>generalizada</b>
4.5.17. Documentación y registros	Las conclusiones de las reuniones del equipo interdisciplinar deben quedar recogidas en el expediente asistencial.	1	0				
4.6.1. Comités y equipos de trabajo	Existen equipos de trabajo para revisar, mejorar e implantar actividades, programas y protocolos.	1	0				
4.6.3. Comités y equipos de trabajo	Las auxiliares participan en el PAI.	1	0				
5.1.8. Riesgos generales	Se señalizan los espacios mediante elementos que incluyen pictogramas.	1	0				
5.1.14. Riesgos generales	Hay implantado un sistema tecnológico que permite el control de errantes y la prevención de salidas no controladas.	1	0				
5.1.15. Riesgos generales	Hay implantado un sistema tecnológico que permite la detección y actuación ante accidentes y caídas.	1	0				
6.1.3. En atención a las personas usuarias.	Se comprueba, al menos semestralmente, la frecuencia de aparición de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, úlceras, incontinencia, deterioro cognitivo, demencias, nutrición, hidratación, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, alteraciones del estado de ánimo, síndrome confusional agudo, deterioro sensorial, polifarmacia, uso de psicofármacos. Se analizan los datos y promueven acciones de mejora.	1	0				
6.1.5. En atención a las personas usuarias.	Se comprueba, al menos semestralmente, la frecuencia de aparición de los siguientes eventos: salidas no controladas, errores de medicación, agresiones, sujeciones- restricciones físicas y/o químicas. Se analizan los datos y se promueven acciones de mejora.	1	0				
6.1.6. En atención a las personas usuarias.	Existe un sistema periódico de medición de resultados en atención a la Persona Mayor en el área de restauración.	1	0				
6.1.9. En atención a las personas usuarias.	Se realizan anualmente encuestas de satisfacción a la Persona Mayor.	1	0				
6.2.3. Resultados en los trabajadores	Se realizan y analizan los resultados de las encuestas de satisfacción a los trabajadores.	1	0				
6.3.2. Incidencias, Inspecciones y auditorías	Existe un control y seguimiento ante resultados negativos y áreas de mejora detectadas por revisiones externas o internas del servicio: Resultados de auditorías internas y externas.	1	0				
6.5.1. En el medio ambiente	El centro dispone de un sistema que mide la cantidad de residuos contaminantes y clínicos.	1	0				

EJE/ Subeje. <b>CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010): de 2010		1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.		Obligatorio	ACREDITASEGG/5 AUTO EVALUACIÓN (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).					Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
6.5.3. En el medio ambiente	Existe un plan de ahorro en el que se miden los resultados de consumo de agua y electricidad.	1	0				
7.1.3. Aspectos generales:	Son analizadas las bajas voluntarias y corregidas, si procede, sus causas.	1	0				
7.1.5. Aspectos generales:	Los profesionales del servicio realizan reuniones de coordinación para la mejora en el funcionamiento en la atención.	1	0				
7.1.6. Aspectos generales:	Se encuentran tipificadas las incidencias y se analizan semestralmente realizando acciones específicas de mejora.	1	0				
7.2.8. Objetivos	Se incluyen objetivos de mejora de la calidad de vida de la Persona Mayor.	1	0				
7.3.6. Evaluación	Hay un sistema de recogida de datos continuos con propuestas de mejora y de riesgos definidos para la Persona Mayor (al menos caídas, desnutrición, úlceras por presión y cuadro confusional).	1	0				
7.3.7. Evaluación	Hay un seguimiento continuo, con propuesta de mejora y de indicadores de recursos humanos, incluyendo absentismo, formación, rotación y ratio de personal.	1	0				
7.4.7. Sistema de mejora continua	Se realizan reuniones periódicas de coordinación con los servicios sanitarios de atención primaria.	1	0				
7.4.8. Sistema de mejora continua	Existe comunicación periódica de coordinación con el hospital de referencia (al menos con el servicio de urgencias).	1	0				
7.4.9. Sistema de mejora continua	Se dispone de equipos de mejora.	1	0				
<b>SUBTOTAL CRITERIOS NIVEL MEDIO</b>		<b>50</b>	<b>0</b>				
<b>NIVEL AVANZADO CENTRO DE DÍA</b>							
2.2.15. Atención	El centro cuenta con un servicio de acompañamiento propio en las salidas que la Persona Mayor realiza al exterior.	1	0				
3.1.14. Selección y formación	El 100% del personal del equipo técnico realiza anualmente cursos de formación especializados.	1	0				
3.1.17. Selección y formación	El 100 % del personal auxiliar de atención directa recibe formación anual, con una media de, al menos, 10 horas por trabajador.	1	0				

<b>EJE/ Subeje. CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> <b>Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010):</b> <b>de 2010</b>		<b>1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.</b>		<b>Obligatorio</b>	<b>ACREDITASEGG/5</b> <b>AUTO</b> <b>EVALUACIÓN</b> <b>(MARCAR LA</b> <b>OPCIÓN CON EL</b> <b>NÚMERO 1)</b>		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> <b>Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente),</b> <b>Implantación generalizada (Implantado y se cumple).</b>					<b>Sin evidencia</b>	<b>Implantación parcial</b>	<b>Implantación generalizada</b>
3.2.4. Relaciones laborales.	Existe un sistema para evaluación del desempeño y potencial de los trabajadores ligado a aspectos asistenciales.	1	0				
3.3.4. Ratios de personal.	Se cuenta con una mejora de un 25% del ratio de atención directa con respecto a la normativa. En el caso de los servicios del Sistema de la dependencia(SAAD) se ajustarán a las previsiones de ratios recogidas en el Acuerdo y en las normas que se dicten para la acreditación.	1	0				
3.5.4. Sistema de reconocimiento.	Existen manuales que incluyan aspectos de buenas prácticas en dirección de personas.	1	0				
3.6.4. Profesionalización	Se participa en estudios de investigación promovidos por instituciones públicas o privadas.	1	0				
4.2.16. Servicios y programas asistenciales	Existe servicio de fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, psicología y geriatra consultor.	1	0				
4.4.4. Coordinación	Se coordinan con el hospital de referencia los criterios y procedimientos para la derivación de las Personas Mayores.	1	0				
4.5.6. Documentación y registros	Se registran periódicamente los resultados asistenciales (síndromes geriátricos, quejas, encuestas, incidencias, etc.).	1	0				
4.6.2. Comités y equipos de trabajo	Existe un comité de calidad.	1	0				
4.6.4. Comités y equipos de trabajo	La Persona Mayor o su representante legal participan en el PAI.	1	0				
6.1.19. En atención a las personas usuarias.	Se cuenta con datos de resultados anuales de la atención a la Persona Mayor (síndromes geriátricos, satisfacción, participación, adaptación, etc), de al menos 3 años, con un análisis de las tendencias y procesos implantados de mejora.	1	0				
6.2.5. Resultados en trabajadores	Se cuentan con datos de resultados anuales de los trabajadores (absentismo, rotación, formación, satisfacción, etc) de al menos 3 años, con un análisis de las tendencias y procesos implantados de mejora.	1	0				
7.1.2. Aspectos generales:	Cuando se produce la baja de la Persona Mayor, se realiza una encuesta de satisfacción.	1	0				

EJE/ Subeje. <b>CENTRO DE DÍA TODOS LOS CRITERIOS</b> Versión 1.0 (Registrado y propiedad intelectual SEGG, 2010): de 2010		1.Modelo de servicio. 2.Procesos de atención a la persona usuaria. 3.Recursos humanos y dirección de personas. 4.Organización y funcionamiento. 5.Riesgos y seguridad para las personas. 6.Resultados. 7.Mejora continua.		Obligatorio	ACREDITASEGG/5 AUTO EVALUACIÓN (MARCAR LA OPCIÓN CON EL NÚMERO 1)		
<b>NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL CRITERIO:</b> Sin evidencia (no lo cumpla), Implantación parcial (lo cumpla parcialmente), Implantación generalizada (Implantado y se cumple).					Sin evidencia	Implantación parcial	Implantación generalizada
7.1.7. Aspectos generales:	Existe un sistema de medición, al menos, trimestral de los resultados de incidencias y se realizan acciones específicas de mejora.	1	0				
7.1.8. Aspectos generales:	Existen grupos de mejora compuesto por profesionales de atención directa y se establecen planes de calidad o mejora según las aportaciones de los profesionales.	1	0				
7.2.7. Objetivos	Los objetivos generales del servicio son comunicados a todos los trabajadores.	1	0				
7.3.2. Evaluación	La evaluación de los objetivos de atención a la Persona Mayor debe realizarse de forma periódica cada 3 meses, salvo que haya una modificación significativa de la situación de la Persona Mayor.	1	0				
7.3.8. Evaluación	Se recogen de forma continua las incidencias detectables en seguridad de la Persona Mayor y se establece un plan de prevención. (caídas, accidentes, salidas no controladas, infecciones, suicidios, etc).	1	0				
7.3.9. Evaluación	Se han definido, registran y gestionan los eventos centinela (cualquier evento que pone en riesgo la vida de una persona y requiere acciones individuales inmediatas).	1	0				
7.4.10. Sistema de mejora continua	Existen un plan anual de recursos humanos y comunicación. Hay al menos cada cinco años un plan financiero y de inversiones.	1	0				
7.4.11. Sistema de mejora continua	La entidad dispone de un plan externo de medición de la calidad con auditorías externas periódicas.	1	0				
<b>SUBTOTAL CRITERIOS NIVEL AVANZADO</b>		<b>23</b>	<b>0</b>				
<b>TOTAL</b>		<b>224</b>	<b>108</b>				
<b>Porcentaje</b>			<b>48,4%</b>				