

## CONDICIONES DE CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN

**ACREDITACIÓN SEGG 2.0 DE 2016: SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES (RESIDENCIAS, CENTROS DE DÍA, AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA).**



## ¿QUÉ ES EL MODELO?

El modelo científico de acreditación de calidad desarrollado y con propiedad intelectual de la **Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) ®**, es un sistema consensuado por expertos en geriatría y gerontología con amplia experiencia en servicios sociales y sanitarios de atención a personas mayores, que establece unos requisitos o estándares de calidad y gestión adecuados para ofrecer seguridad y garantía a las personas mayores y profesionales de los servicios. El modelo incluye los servicios:

- Centros Residenciales, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (TAD).

El sistema ACREDITACIÓN SEGG 2.0 de 2016, está centrado en la Persona Mayor como elemento vertebral de todos los ejes y establece tres niveles de acreditación (**\*ACREDITADO, \*\*AVANZADO Y \*\*\*EXCELENTE**) que permiten al servicio establecer un itinerario de mejora continua.

El servicio después de haber sido analizado o revisado y en el caso de superar los estándares, obtiene un certificado y un sello de acreditación de la SEGG, como reconocimiento a una atención de calidad a las personas.

**Información completa del sistema y bibliografía de referencia en la web de la SEGG:**

<http://segg.es/acreditacion.asp>



## OBJETIVOS

Proporcionar una **Herramienta objetiva**, científica y práctica que permita a las entidades prestadoras de los distintos servicios de atención a las personas mayores, evaluar y acreditar su nivel de calidad.

Ofrecer **Seguridad** para una correcta atención de todas las personas mayores y unas adecuadas prácticas profesionales en los servicios que se encuentren acreditados por la SEGG.

Promover **Confianza** a todas las personas usuarias y profesionales de los servicios acreditados, en cuanto a la calidad en la prestación de los mismos.

# VENTAJAS

Los centros y servicios **acreditados por la SEGG** podrán obtener:

- El prestigio QUE AVALA y CONFIERE la propia SEGG.
- Pertenencia a una red de “servicios acreditados por la SEGG”, para mantener unos estándares de calidad y conocimiento científico.
- Apoyo científico y bibliográfico.
- El apoyo de la SEGG para la mejora de todas las características relacionadas con la implantación del modelo.

# ¿A QUÉ LLAMAMOS ACREDITACIÓN?

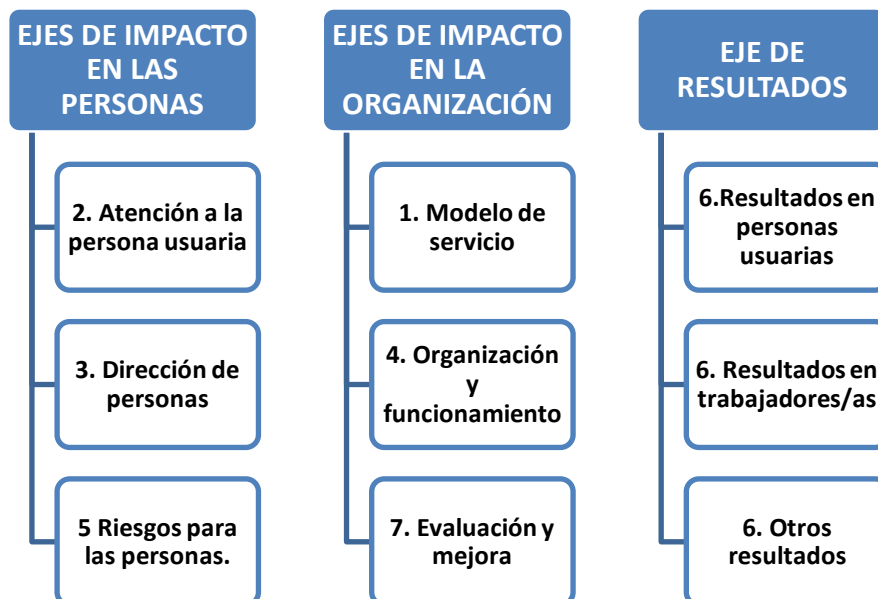
- Acto que garantiza que los servicios reúnen o superan los criterios de calidad según unos requisitos científicos y de atención definidos previamente.
- Proceso mediante el cual se evalúa la competencia y eficacia de una entidad que realiza actividades en algún tipo de servicios.

# ¿A QUÉ LLAMAMOS CERTIFICACIÓN?

- Proceso llevado a cabo por una entidad certificadora reconocida como independiente (evaluación por tercera parte) y que pone de manifiesto el cumplimiento de un servicio conforme a unos requisitos de acreditación.

# CONTENIDO DEL MODELO

El modelo de acreditación cuenta con **siete ejes o temas predominantes**:



# ASPECTOS QUE CONTIENE EL MODELO:

Los siete ejes cuentan con 33 áreas y contienen 180 criterios en residencias, 165 en Centros de día, 129 en Ayuda a domicilio y 112 criterios en Teleasistencia. Un resumen de los aspectos contemplados en el modelo, se expone en la siguiente tabla (cada criterio tiene un contenido específico por cada tipo de servicio y nivel):

<b>1. MODELO DEL SERVICIO</b>
<b><u>Política de calidad:</u></b> Principios, bases, sistema de gestión de calidad, modelo de calidad nacional o internacional, auditorías.
<b><u>Misión, principios y valores:</u></b> Coherencia, contenido, difusión.
<b><u>Ética asistencial:</u></b> Código ético, comisión ética, asistencia espiritual, derechos, información, consentimiento, testamento vital, toma de decisiones.
<b><u>Derechos y normas de funcionamiento:</u></b> Organigrama, horarios, reglamento de régimen interior, profesionales de referencia, servicios externos de referencia, confidencialidad y protección de datos, comunicación y coordinación, Plan de Atención Individualizado (PAI), unidades especializadas, carta de servicios y quejas.
<b><u>Aspectos generales e infraestructura:</u></b> Zona decesos, adecuación a normativa estatal, autonómica y local, mejoras de espacios físicos sobre normativa, habitaciones, accesibilidad.
<b>2. ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA</b>
<b><u>Inicio del servicio:</u></b> Información al inicio, veracidad en la publicidad, visita previa, presunta incapacidad, contrato, objetos personales, reglamento de régimen interior, expediente individual, valoración integral, definición de tareas y prestaciones, protocolos, averías, tecnología, promoción de autonomía, toma de decisiones.
<b><u>Atención:</u></b> Protección legal, adaptación e integración, PAI, identificación del personal, preferencias individuales, sujeciones, administración de medicación, participación, sistema de salidas, seguridad, acompañamiento, transporte adaptado, emergencias sanitarias, promoción de autonomía, cumplimiento de horarios, tareas y actividades, atención personal.
<b><u>Seguimiento:</u></b> PAI, incidencias, continuidad de atención, sistemas de seguimiento, supervisión de prestaciones, actualización de la información, seguimiento profesional, informes, asignación de auxiliares, atención y cuidados, averías e instalaciones.
<b><u>Finalización del servicio:</u></b> Acompañamiento a la muerte, proceso de bajas y finalización.

### 3. DIRECCIÓN DE PERSONAS

**Selección y formación:** Solicitudes, selección, incorporación y acogida, formación de inicio, plan anual de formación, acciones formativas, horas de formación año.

**Relaciones laborales:** Prevención de estrés profesional o sobrecarga, desarrollo profesional, rotación de personal, evaluación de desempeño.

**Ratios de personal:** Ratio de personal, presencia física, cobertura de bajas.

**Equipos:** Equipo interdisciplinar, participación, liderazgo, comunicación.

**Reconocimiento:** Ambiente, reconocimiento, felicitaciones, buenas prácticas.

**Profesionalización:** Propuestas y sugerencias, funciones, investigación y mejora.

### 4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

**Horarios:** Horario general, horario visitas, flexibilidad, preferencias.

**Servicios y programas asistenciales:** Caídas, úlceras por presión, depresión, dolor, factores de riesgo cardiovascular, delirium, incontinencias, nutrición, hidratación, polifarmacia, inmovilidad, deterioro cognitivo y demencias, restricciones físicas, químicas. Alteraciones sensoriales. Salidas no controladas. Adaptación y acogida, ocio y tiempo libre, maltrato, asistencia espiritual, fallecimiento y duelo.

Supervisión y apoyo a auxiliares, visitas de seguimiento del servicio, coordinación, quejas y reclamaciones, medición de la satisfacción y mejora, baja en el servicio.

Programa de actividades, participación sociocomunitaria. Servicios médico, enfermería, fisioterapia, trabajo social, terapia ocupacional, psicología, geriatra consultor, podología y peluquería, óptico, audiometrista y odontólogo.

**Servicios generales:** Restauración, lavandería, limpieza, emergencia/evacuación, recepción.

**Coordinación:** Reuniones familiares, reuniones con servicios sociales y sanidad.

**Comités y equipos de trabajo:** Equipos de mejora, comité de calidad, participación de auxiliares en PAI, equipos de trabajo.

### 5. RIESGOS PARA LAS PERSONAS

**5.1 Riesgos generales:** Seguridad del entorno. Protección y control de accesos. Accidentes y emergencias. Errores y negligencias. Complicaciones de salud e infecciones. Teléfonos de emergencias, prevención de caídas y accidentes.

**Riesgos para las personas usuarias:** Inmovilidad, inactividad, aislamiento, negligencia, abuso, maltrato, seguridad de fármacos, riesgos en el domicilio, polifarmacia y errores de medicación, deshidratación, desnutrición, salidas no controladas, infecciones y contagios, autolisis o suicidio.

**Riesgos para trabajadores/as:** Prevención de riesgos laborales, accidentes laborales, residuos sanitarios, control de caducidad, lavado de manos.

## 6. RESULTADOS

**En atención a las personas usuarias:** PAI, control de aparición de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, úlceras, incontinencia, deterioro cognitivo, demencias, nutrición, hidratación, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, alteraciones del estado de ánimo, delirium, deterioro sensorial, polifarmacia, uso de psicofármacos, salidas no controladas, errores de medicación, agresiones, sujeciones- restricciones físicas y/o químicas, frecuencia de quejas, reclamaciones, felicitaciones y sugerencias, resultados de encuestas de satisfacción, número de actividades lúdico y terapéuticas, llamadas de seguimiento, averías, incidencias.

**En los trabajadores:** Absentismo laboral, rotación, resultados de encuestas de trabajadores, horas de formación por trabajador.

**Incidencias, inspecciones y auditorías:** Resultados negativos de inspecciones, no conformidades, resultados de auditorías, resultados de incidencias.

**Económicos:** Seguimiento de partidas económicas.

**En el medio ambiente:** Residuos contaminantes, consumo de energía, agua, planes de ahorro, energía renovables.

## 7. MEJORA CONTINUA

**Aspectos generales:** Acciones de mejora, encuestas de satisfacción, memoria anual de PRL, reuniones y grupos de mejora, incidencias tipificadas.

**Objetivos:** Objetivos de atención y cuidados, promoción de autonomía, objetivos del servicio y de las áreas profesionales, objetivos de calidad de vida.

**Evaluación:** Evaluación semestral de problemas médicos, valoración funcional, autonomía en la vida cotidiana, funcionamiento mental y estado de ánimo, dolor, estado nutricional y social, con acciones de mejora. Sugerencias, quejas y reclamaciones, objetivos de gestión, seguimiento de indicadores de RRHH, eventos centinela.

**Sistema de mejora continua:** Auditorías internas, revisión del plan de formación, plan de mejora de la tecnología e instalaciones, revisión de cumplimiento de los objetivos de atención, PAI, reuniones de mejora y actualización de protocolos, programas y mejora del servicio, plan de recursos humanos, equipos de mejora, auditorías externas de calidad.



# NIVELES DE ACREDITACIÓN:

Debido a la diversidad de servicios, la SEGG ha diseñado su modelo contemplando 3 niveles, de tal manera que pueda ser válido para los diferentes centros y servicios en función de sus características particulares, lo que hace que el modelo tenga una aplicación **UNIVERSAL**.

1. El sistema de acreditación de servicios se propone que se presente con una entrada progresiva, existiendo tres niveles: **\*ACREDITADO**, **\*\*AVANZADO Y \*\*\*EXCELENTE**.
2. Para cada uno de los niveles se propone un modelo comprensible, sencillo y fácil de aplicar, con unos criterios concretos.
3. El nivel de calidad **\*ACREDITADO** será la primera prioridad, y se incide en la necesidad de incluir la regulación específica de cada comunidad autónoma, como requisito imprescindible. Otros aspectos destacables son la seguridad y la satisfacción. En el nivel **\*ACREDITADO** se establecen unos criterios **OBLIGATORIOS**, que se desarrollan para todos los servicios.
4. Cada criterio tiene un peso numérico según su grado de cumplimiento y los niveles se clasifican por puntuación de la siguiente forma:



# PROCESO DE ACREDITACIÓN

La acreditación de los centros y servicios se llevara a cabo según el siguiente esquema:

## FASE 1: AUTOEVALUACIÓN Y APROXIMACIÓN AL MODELO

### 1. INFORMACIÓN INICIAL:

SEGG remite información del modelo (**ACREDITASEGG 1** (“Datos de solicitud de acreditación y certificación”) y **ACREDITASEGG2** (“condiciones de certificación y acreditación”).



### 2. CUMPLIMENTACIÓN DE DATOS PARA RECIBIR OFERTA:

La entidad interesada, cumplimenta el documento de datos de solicitud (**ACREDITASEGG1**) y lo remite a la SEGG para la oferta.



### 3. LA SEGG ELABORA Y REMITE LA OFERTA:

La SEGG elabora la oferta **ACREDITASEGG3** (“Oferta para acreditación SEGG”) que remite al cliente, junto con el documento **ACREDITASEGG4** (“Aceptación de la oferta”).



### 4. LA ENTIDAD ACEPTA LA OFERTA:

La entidad cumplimenta la aceptación de la oferta en **ACREDITASEGG4** y la remita a la SEGG.



### 5. LA SEGG REMITE EL MODELO DE MEMORIA Y MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA:

La entidad una vez aceptada la oferta, recibe de la SEGG el documento **ACREDITASEGG5** (“Autoevaluación” donde se encuentra todo el contenido del modelo de acreditación) y **ACREDITASEGG6** (Modelo de memoria). La entidad tiene **entre 3 y 6 meses** para elaborar la memoria y la autoevaluación, según los modelos documentales aportados y remitirlos a la SEGG.



### 6. EVALUACIÓN EXPERTA DE LA SEGG:

Según el número de servicios evaluados, **entre 1 y 2 meses**, uno o más experto/as evaluador/as de la SEGG, revisan la memoria y la autoevaluación y emiten un informe con propuestas de mejora según el modelo **ACREDITASEGG8** (“Plan de mejora”). En dicho informe se detallan los aspectos de requisitos básicos obligatorios que deberían estar implantados, previo a que pueda ir la auditoría de certificación externa.

Para las Entidades que solo han contratado la Fase I, tras el envío del Plan de Mejora (**ACRED.SEGG8**), se le remite el Diploma de “Compromiso con el Sistema de Acreditación”, y se les remite el modelo de informe de seguimiento anual (**ACRED.SEGG12**), para que lo remitan anualmente. Cada tres años, se iniciaría todo el proceso.

## FASE 2: CERTIFICACIÓN Y CONCESIÓN DEL SELLO DE ACREDITACIÓN NIVEL ACREDITADO, AVANZADO O EXCELENTE:

### 7. IMPLANTACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA Y SOLICITUD DE AUDITORÍA EXTERNA:

La entidad una vez recibido el Plan de mejora del evaluador experto/a de la SEGG, tiene un **plazo entre 3 y 6 meses**, para implantar las áreas de mejora y solicitar la auditoría externa.

### 8. AUDITORÍA EXTERNA:

La SEGG remitirá la información documental a la entidad certificadora Applus+ (Datos de servicios, memoria, autoevaluación, informe de evaluador experto/a de la SEGG) y los datos de contacto del cliente y la entidad Applus+ llamará a la persona de contacto, para acordar la fecha de visita de la auditoría.

Tras la auditoría Applus+ en un **plazo de 15 días naturales**, remite a la SEGG un informe de los auditores, según lo acordado en el Manual del Auditor.

### 9. REUNIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN Y NOTIFICACIÓN:

En un **plazo de 1 mes**, se realiza una reunión del Comité de Acreditación y se acuerda lo siguiente:

- **El servicio no cumple el 100% de los criterios de nivel Acreditado\* obligatorios:**
  - Se remite “Informe final de acreditación” **ACREDITASEGG11** con los aspectos específicos a mejorar y se da un **plazo de 3-6 meses** para remitir un informe con las evidencias de corrección.
- **El servicio cumple el 100% de los criterios de nivel \*ACREDITADO obligatorios:**
  - Si no cumple la puntuación para alcanzar el nivel **\*ACREDITADO**, se remite informe final de acreditación con los aspectos específicos a mejorar y se da un **plazo de 1-6 meses** para obtenerlo (según la importancia y evidencia aportada, se determina si es necesaria una segunda visita de auditoría que se factura adicionalmente según condiciones pactadas).
  - Si cumple con la puntuación, se remite “Informe final de acreditación” **ACREDITASEGG10, notificando la concesión de la acreditación (sello, diploma y certificado)**. Si es la primera vez en el sistema de acreditación y según la puntuación obtenida por el tipo de servicio, se otorga el nivel **\*ACREDITADO** o el **\*\*AVANZADO**, con una **validez de 3 años**.
  - El servicio acreditado, anualmente tiene que remitir un **informe de seguimiento anual** según el modelo **ACREDITASEGG12** (“Informe anual de seguimiento”).
- Al terminar la **vigencia de los 3 años** del sistema de acreditación, se inicia todo el proceso nuevamente de realización de memoria, autoevaluación, auditoría y según el cumplimiento de todos los criterios básicos obligatorios y la puntuación obtenida el servicio obtendrá su de acreditación (**\*ACREDITADO, \*\*AVANZADO, \*\*\*EXCELENTE**).



## ENTIDAD CERTIFICADORA

Para certificar el modelo de acreditación de calidad, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología cuenta con la colaboración de **APPLUS+**, Entidad certificadora de prestigio que cumple con los requisitos que la SEGG ha establecido.

La SEGG ha elaborado el **Manual del Auditor** y conjuntamente con la entidad certificadora han establecido la formación necesaria para los auditores en el proceso de certificación. La SEGG y la entidad certificadora tienen definido el **perfil de cualificación** de los auditores, en base a requisitos de titulación, formación específica, experiencia y habilidades.

## OTRAS CONDICIONES ESPECÍFICAS

El modelo y sistema de acreditación se encuentra registrado y a todos los efectos es propiedad intelectual de la SEGG.

La SEGG autoriza a la Entidad-Servicio a utilizar el logo y los distintivos del sello de acreditación obtenidos en su publicidad interna y externa.

Ambas partes dispondrán de unas políticas de privacidad que en ningún caso transgredirán, cumpliendo además con las exigencias que les vienen exigidas por la Ley de Protección de Datos.

Por su parte, la SEGG declara que la información que pudiera facilitar a la Entidad-Servicio estará debidamente legitimada y legalizada de acuerdo con la normativa vigente de protección de datos, declaración que también realiza la Entidad-Servicio.

En todo caso, la SEGG y la Entidad-Servicio reconocen que la información intercambiada pertenece a la entidad emisora sin que se pueda en ningún caso cederla, modificarla o variarla en modo alguno, ni disponer de ella, más que para los fines regulados en el presente contrato. En ningún caso habrá intercambio de datos personales referentes a las personas usuarias o trabajadores del servicio.

La información que las partes adquieran en virtud del presente contrato, será considerada como información confidencial, y por tanto no podrá ser revelada, comunicada, difundida, distribuida, almacenada, ni en todo ni en parte, ni transformada, ni aplicada a ningún fin distinto de los contemplados en este contrato, ni por las partes, ni por tercero alguno, excepto en los siguientes supuestos: (a) que la información sea previamente conocida por la parte que revele la información; (b) que la misma fuese de dominio público, entendiéndose por tal cuando hubiera sido objeto de publicación por escrito o estuviera claramente en conocimiento público, siempre que ello no sea imputable a la parte que revele la información.

La entidad que facilita los datos es la única responsable de la veracidad de los mismos, recayendo sobre la misma la responsabilidad de las consecuencias que se deriven en caso de falsedad de datos aportados.

La validez del certificado y acreditación obtenidos tendrá una duración de 3 años, siendo necesario antes de finalizar el período de acreditación, solicitar una nueva evaluación para mantener o mejorar el nivel de acreditación de calidad de la SEGG.

Si durante el periodo de los tres años de vigencia del certificado, la Entidad-Servicio incurre en malas prácticas o en prácticas ajenas a las declaradas y certificadas, la SEGG no incurre en responsabilidad alguna, ni de carácter penal, ni civil ni administrativo, ya que la prestación del servicio es responsabilidad única de la Entidad-Servicio.

La concesión del sello de acreditación de la SEGG a la Entidad-Servicio, implica que en el día de visita de auditoría se ha comprobado in situ por parte de una entidad certificadora de prestigio, que la Entidad-Servicio cumple con los requisitos necesarios del modelo de acreditación de calidad de la SEGG y ha obtenido la puntuación para el nivel y servicio otorgados en el sello. La SEGG no tiene ninguna relación ni responsabilidad en el proceso prestación y atención en la Entidad-Servicio.

## ¿Datos de contacto?

Secretaría de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología:

segg@segg.es  
Calle Príncipe de Vergara 57-59. 28006. Madrid.  
Tfs: 91 411 17 07.  
FAX 91 564 79 44.

