



***SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD
PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES:
CENTROS RESIDENCIALES, CENTROS DE DÍA,
AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA***



CONDICIONES DE CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN

En la situación actual de los servicios sociales y con la aplicación y desarrollo de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, es fundamental contar con un modelo que permita el consenso sobre la evaluación y acreditación de calidad para los Servicios.

¿QUÉ ES EL MODELO?

El modelo científico de acreditación de calidad desarrollado y con propiedad intelectual de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), es un documento consensado 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 siguientes servicios:

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

Es un modelo centrado en la Persona Mayor como elemento vertebral de todos los ejes y establece tres niveles de acreditación (Básico, Medio y Avanzado) que permiten al servicio establecer un itinerario de mejora continua.

El modelo de acreditación ha sido elaborado teniendo en cuenta todas las características específicas de calidad que ha de contener cada uno de los servicios. Se pretende que sirva de referencia y es un modelo certificado por entidades externas de prestigio.

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. Este modelo no es excluyente y es compatible con otros modelos de calidad a nivel nacional o internacional.

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 que se encuentren **acreditados por la SEGG** en cualquiera de los niveles que establece el estándar, 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 e intercambio de conocimiento científico.
- Apoyo científico y bibliográfico.
- Participación en foros y estudios de investigación.
- 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.

- La acreditación es un proceso que se inicia cuando la entidad prestadora de un servicio asume cumplir unos estándares de calidad.

¿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 definidos previamente.

CONTENIDO DEL MODELO

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

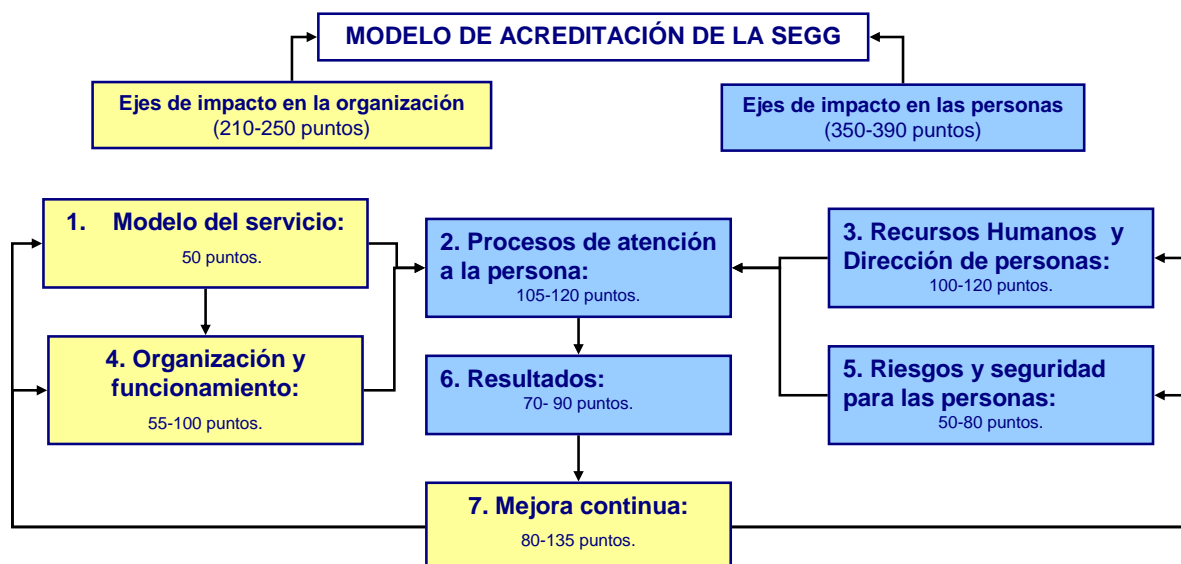
De impacto en la organización:

- **Modelo del servicio** (eje 1), **Organización y funcionamiento** (eje 4) y **Mejora continua** (eje 7),

De impacto en las personas:

- **Procesos de atención a la persona usuaria** (eje 2), **Recursos humanos y dirección de personas** (eje 3), **Riesgos para las personas** (eje 5) y **Resultados** (eje 6).

De forma gráfica el modelo se representa de la siguiente forma:



ASPECTOS QUE CONTIENE EL MODELO:

Los siete ejes cuentan con un total de 33 áreas. Un resumen de los aspectos contemplados en el modelo, se expone en la siguiente tabla (incluye los criterios para todos los servicios y niveles, si bien cada criterio tiene un contenido específico por cada tipo de servicio y según su nivel básico, medio o avanzado):

1. MODELO DEL SERVICIO
<u>1.1 Política de calidad:</u> Principios, bases, sistema de gestión de calidad, modelo de calidad nacional o internacional, auditorías.
<u>1.2 Misión, principios y valores:</u> Coherencia, contenido, difusión.
<u>1.3 Ética asistencial:</u> Código ético, comisión ética, asistencia espiritual, derechos, información, consentimiento, testamento vital, toma de decisiones.
<u>1.4 Derechos y normas de funcionamiento:</u> 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, quejas y reclamaciones.
<u>1.5 Aspectos generales e infraestructura:</u> Zona decesos, adecuación a normativa estatal, autonómica y local, mejoras de espacios físicos sobre normativa, habitaciones, accesibilidad.

2. PROCESOS DE ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA

2.1 Inicio del servicio: 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.

2.2 Atención: 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.

2.3 Seguimiento: 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.

2.4 Finalización del servicio: Acompañamiento a la muerte, proceso de bajas y finalización.

3. RECURSOS HUMANOS Y DIRECCIÓN DE PERSONAS

3.1. Selección y formación: Solicitudes, selección, incorporación y acogida del trabajador, formación de inicio, plan anual de formación, contenido de acciones formativas, media anual de horas de formación.

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

3.3 Ratios de personal: Ratio de personal según normativa, presencia física, cobertura de bajas.

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

3.5 Sistema de Reconocimiento: Ambiente de trabajo, reconocimiento y felicitaciones, buenas prácticas.

3.6 Profesionalización: Propuestas y sugerencias, funciones por categoría profesional, investigación y mejora.

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

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

4.2 Servicios y 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. 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.

Servicio médico, enfermería, fisioterapia, trabajo social, terapia ocupacional, psicología, geriatra consultor, podología y peluquería, óptico, audiometrista y odontólogo.

4.3 Servicios generales: Dietas, alimentación, lavandería, limpieza, plan de emergencia y evacuación, recepción.

4.4 Coordinación: Reuniones familiares, reuniones con servicios sociales y sanidad. Otras áreas de coordinación.

4.5 Documentación y registros: Registros de atención personal, modelo de valoración, reglamento de régimen interior, actividades de enfermería, manuales de buenas prácticas, resultados asistenciales, registro de voluntades anticipadas, caídas, restricciones, consentimiento informado. Expediente individual, registro de incidencias, quejas, reclamaciones, sugerencias, informes de reuniones de equipo.

4.6 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. 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,). Teléfonos de emergencias. Pictogramas, Ausencia de barreras arquitectónicas, suelos, mobiliario seguro, señalización, pasamanos, control de errantes, prevención de caídas y accidentes.

5.2 Riesgos para las personas usuarias: Plan de emergencia y evacuación, APPCC, 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.

5.3 Riesgos para los trabajadores: Prevención de riesgos laborales, accidentes laborales, residuos sanitarios, control de caducidad, lavado de manos.

6. RESULTADOS

6.1 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, síndrome confusional agudo, 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.

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

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

6.4 Económicos: Seguimiento de partidas económicas.

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

7. MEJORA CONTINUA

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

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

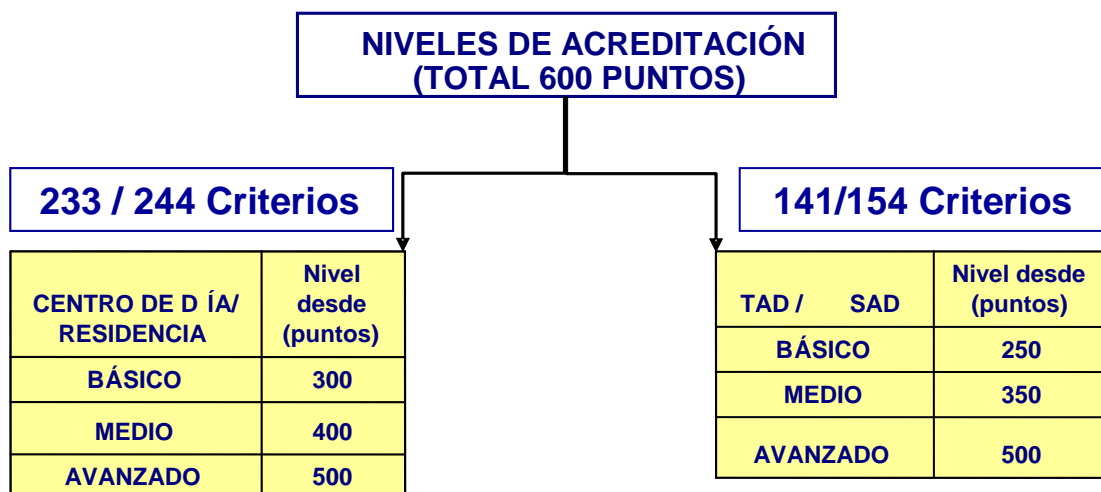
7.3 Evaluación: Evaluación semestral de problemas médicos, valoración funcional, autonomía en la vida cotidiana, funcionamiento mental y estado de ánimo, dolor, estado nutricional y social, con acciones de mejora. Sugerencias, quejas y reclamaciones, objetivos de gestión, seguimiento de indicadores de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

7.4 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 distintos niveles: Básico, Medio y Avanzado, de tal manera que pueda ser válido para los diferentes centros y servicios en función de sus características particulares, lo que hace del modelo, un modelo **UNIVERSAL**.

1. El sistema de acreditación de servicios se propone que se presente con una entrada progresiva, existiendo un NIVEL BÁSICO O INICIAL, UN NIVEL MEDIO-INTERMEDIO Y NIVEL AVANZADO O EXCELENCIA.
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 BÁSICO 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 Básico 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 del siguiente modo:

- 1. FASE 1: La entidad o servicio solicita a la SEGG la acreditación.** La SEGG facilita los datos del modelo. En esta fase y tras la aceptación de condiciones y firma de contrato, la SEGG aporta el modelo de acreditación, la metodología para realizar una memoria y un modelo de autoevaluación. Igualmente se remite al servicio bibliografía de soporte. El servicio remite a la SEGG la memoria y la autoevaluación. Según los resultados se establecen por la SEGG las áreas prioritarias de mejora a trabajar. Cuando el servicio NO cumple el 100% de los criterios de obligado cumplimiento y al menos el 80% de puntos de cada eje, se da un plazo de 3 meses para su cumplimiento.
- 2. FASE 2: Comunicación de la entidad Certificadora.** Si la Entidad está en condiciones de pasar al nivel básico y ha aceptado en el Contrato la Fase 2, se facilitan los datos de la entidad certificadora, para poder realizar la CERTIFICACIÓN del centro ó servicio. La SEGG remite a la entidad certificadora los datos del servicio para programar la visita de certificación en un plazo máximo de 6-12 meses desde la solicitud inicial. Se establece el contacto entre el centro ó servicio solicitante y la entidad Certificadora para llevar a cabo la visita de certificación.
- 3. Evaluación de La Memoria.** La entidad certificadora revisa la memoria y la autoevaluación y programa la visita de certificación. El auditor seguirá en todo momento los ítems incluidos en el documento elaborado por la SEGG, “Manual del Auditor”, que servirá de guía y referente para la evaluación.
- 4. Evaluación IN SITU.** Un auditor ó equipo auditor (en función del número de servicios) se desplaza al centro ó servicio solicitante, para comprobar in situ la

fiabilidad de los datos de autoevaluación, comprobar el cumplimiento de los criterios y las características incluidas en la memoria. Se realiza la visita de auditoría para verificar “in situ”, el cumplimiento con los indicadores de calidad establecidos en el Modelo de la SEGG. Se realizarán las correspondientes reuniones iniciales (donde se explicará el desarrollo de la auditoría y las reglas de la misma) y la reunión final donde el Evaluador Jefe expondrá al responsable del centro evaluado las conclusiones obtenidas. La verificación de los requisitos se realizará utilizando las técnicas conocidas de auditoría como entrevistas con el personal responsable, verificación de evidencias mediante comprobación de los registros definidos, presencia en la ejecución de los procesos de cada centro evaluado, etc. Finalizada la verificación de requisitos y antes de la reunión final, el Equipo Evaluador, elaborará el informe correspondiente, en el que se documentarán los incumplimientos detectados con el Modelo de Calidad de la SEGG. Posteriormente se realizará un análisis del Plan de Acciones Correctoras emitido por el centro, en el caso de desviaciones detectadas en la evaluación.

5. Concesión de la acreditación en base al informe que el Auditor de la ENTIDAD Certificadora remita a la SEGG, un comité de Acreditación decidirá la concesión ó no de dicha acreditación y el nivel en el que el centro ó servicio obtiene la misma. En caso de cumplir los requisitos, en la fase inicial se otorga el sello de acreditación de nivel básico o medio con una duración de 3 años. Para poder acceder al nivel avanzado la entidad debe llevar 3 años certificada en el nivel medio. En esta fase se establecen áreas de mejora prioritarias para pasar al siguiente nivel. El nivel se recertifica cada 3 años y se hace una autoevaluación anual que se remite a la SEGG. Para pasar al siguiente nivel se requieren como mínimo 3 años con el nivel previo y cumplir los criterios del nivel superior.

6. Comunicación. Una vez evaluado y concedida la acreditación el personal encargado de la SEGG enviará al centro ó servicio solicitante el comunicado con la CONCESIÓN de la acreditación, así como las normas de uso de la misma y las condiciones de uso de este distintivo que incluye los plazos de caducidad y renovación del mismo.

ENTIDAD CERTIFICADORA

Para certificar el modelo de acreditación de calidad, la Sociedad Española de Geriatria 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



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

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.

¿**D**atos de contacto para obtener más información?

Secretaría de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: elenadeleon@segg.es
Calle Príncipe de Vergara 57-59. 1º B 28006. Madrid. Tlfs: 91 411 17 07 / 616284114.
FAX 91 564 79 44.