



# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

Dr. José A. López Trigo.  
Geriatra



Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontología



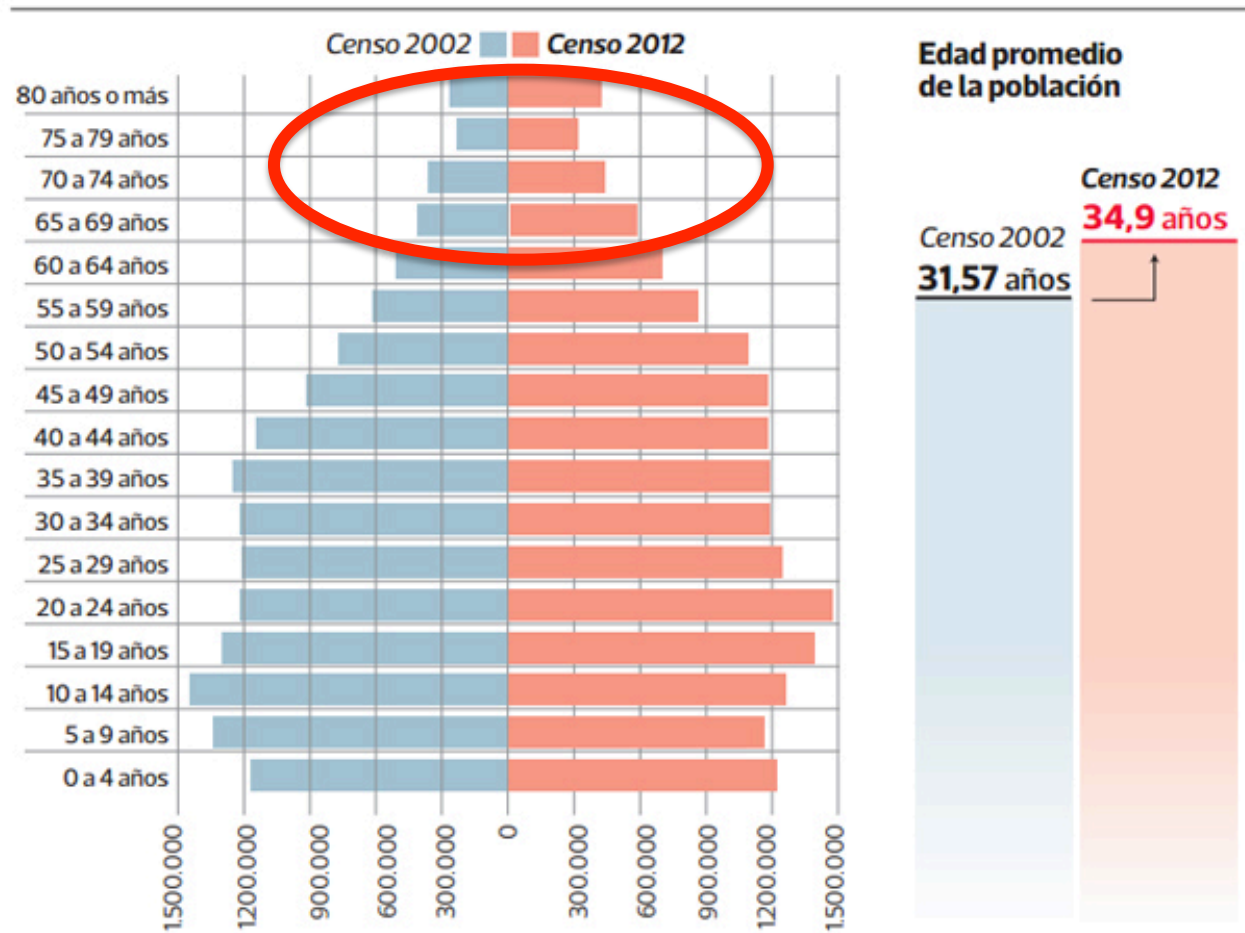


# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

\* Cada vez más personas mayores

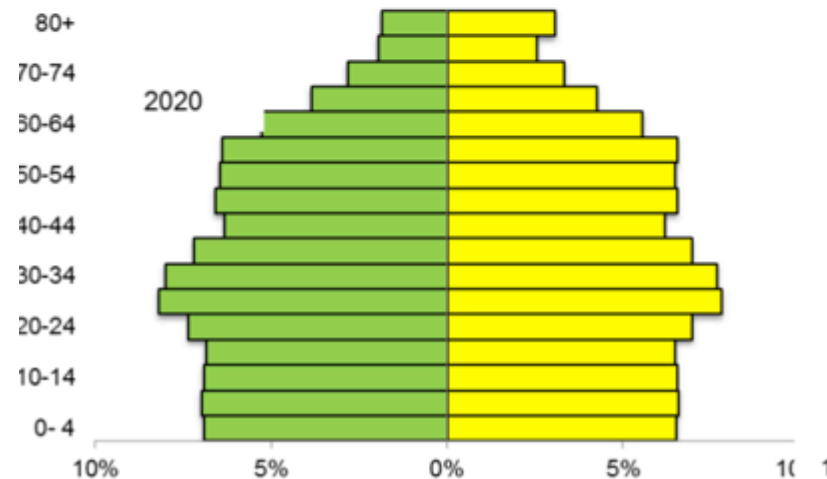
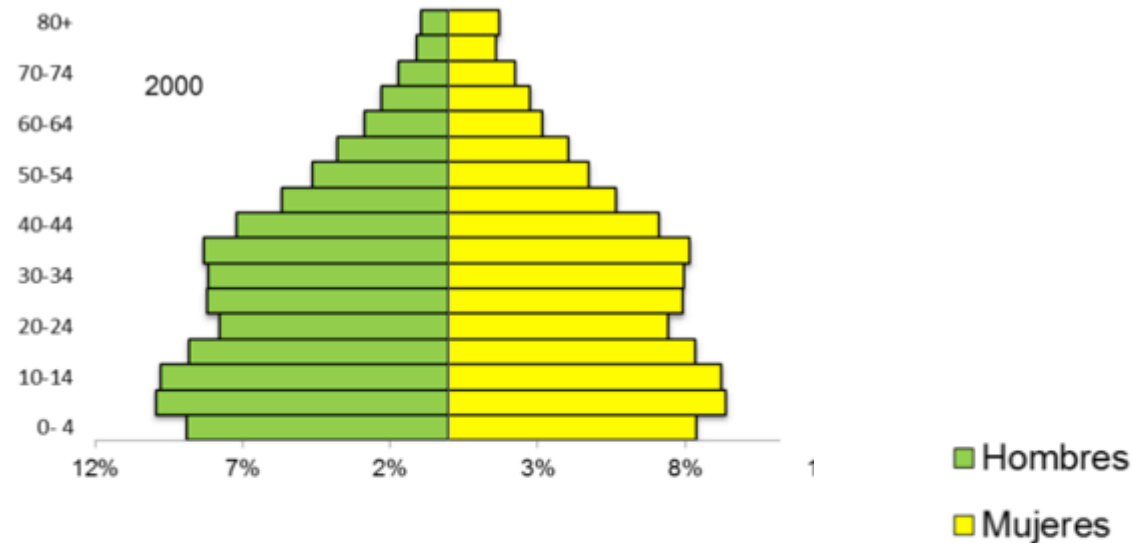
### PIRAMIDE POBLACIONAL CENSO 2002 - 2012



# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

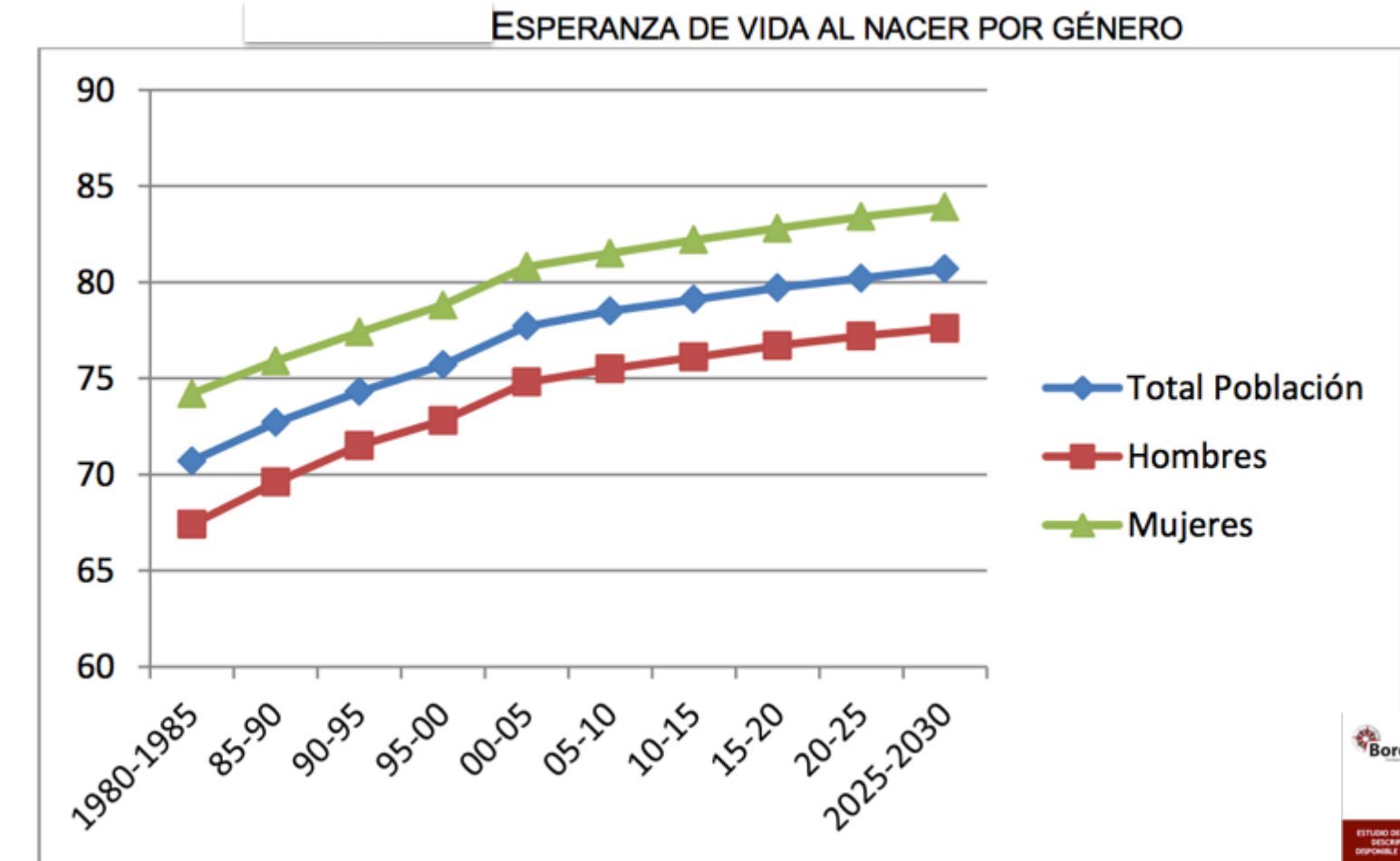
\* Cada vez más personas mayores



# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

\* Cada vez mayores más mayores

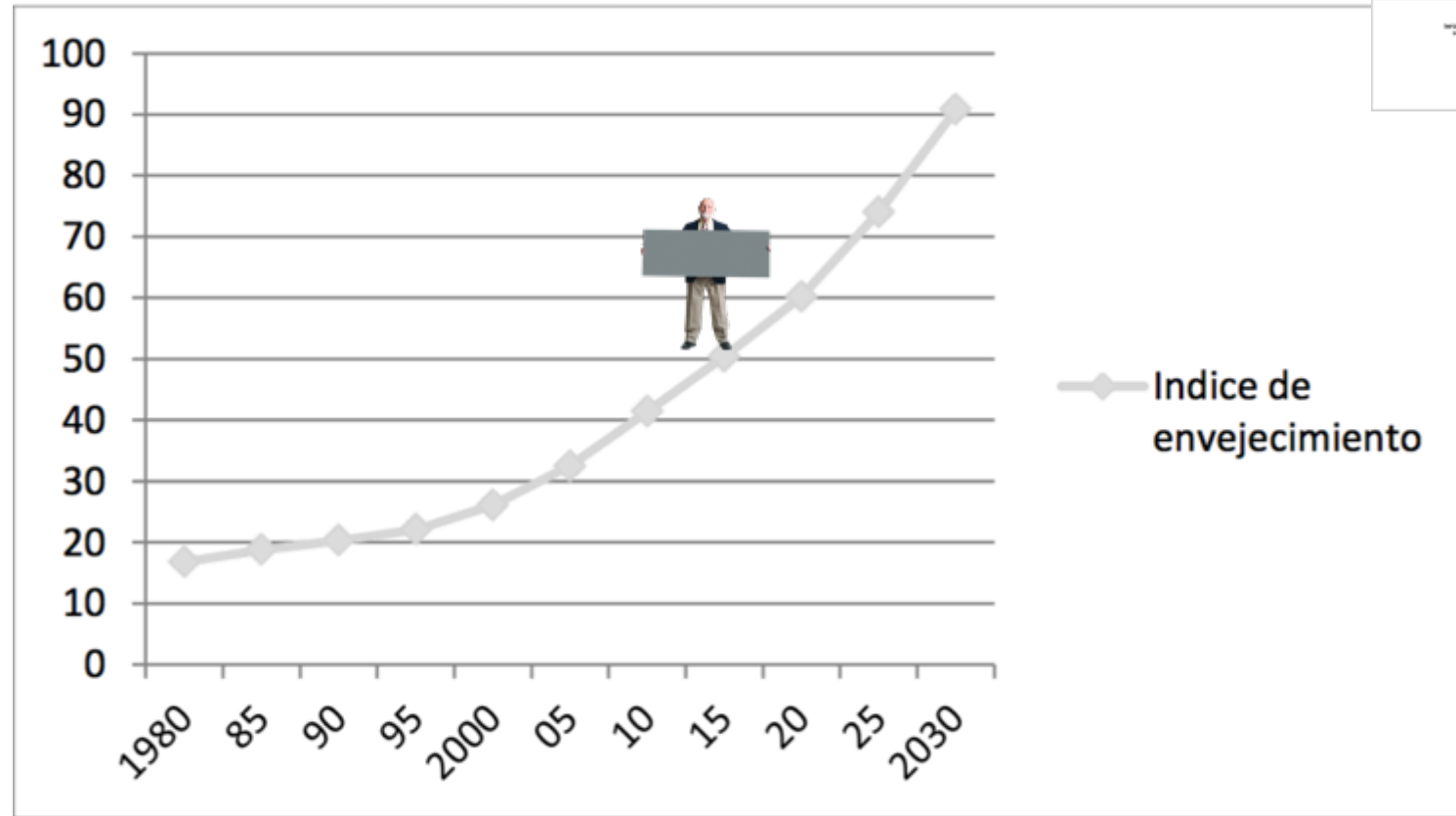


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico

# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

\* Cada vez mayores más mayores



Índice de envejecimiento : número de personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años.

En un período de 50 años, se estima que el indicador variará de 16,8 mayores de 60 por cada 100 menores de 15 a 90,8 el año 2030.

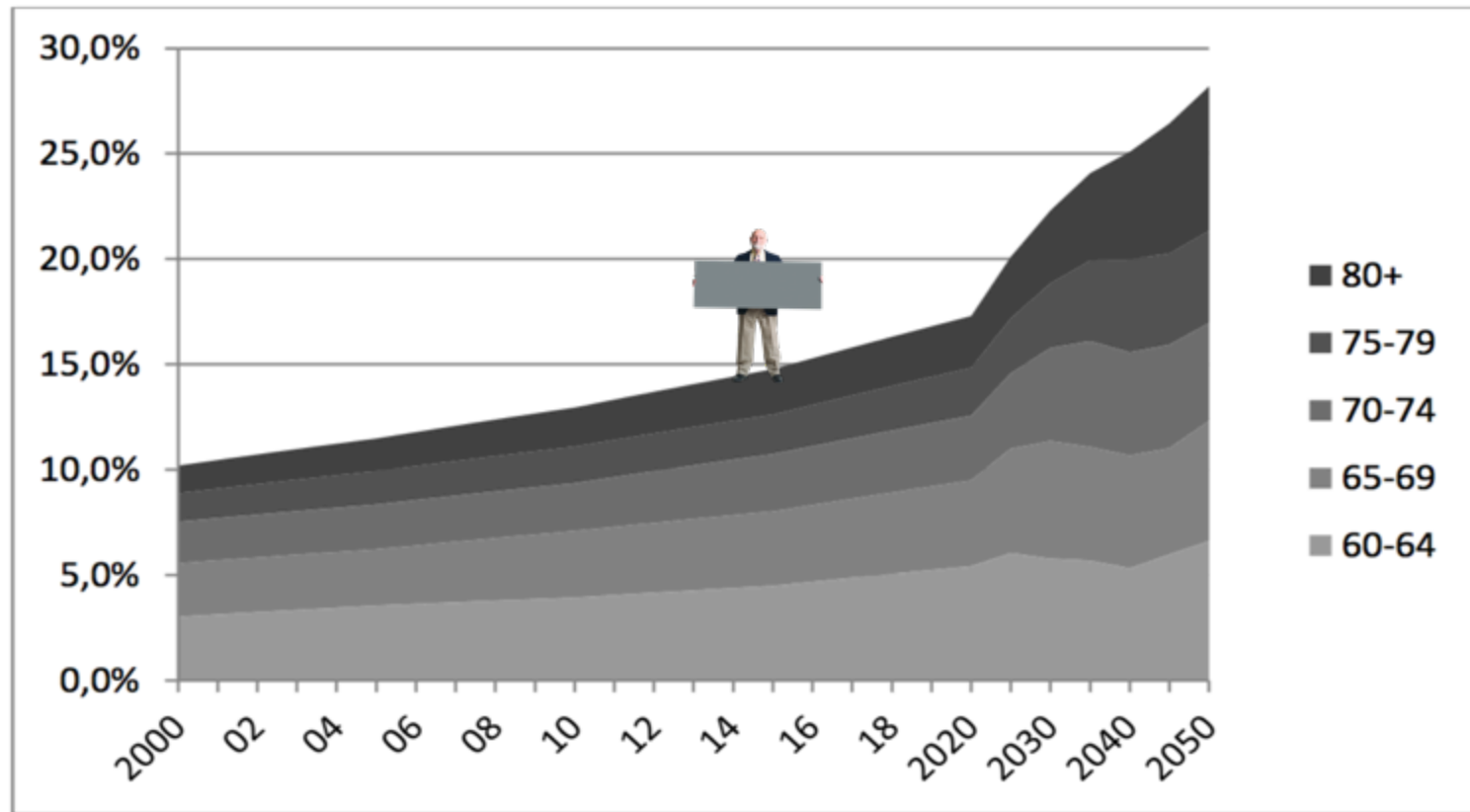


# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

\* Cada vez mayores más mayores

### EVOLUCIÓN PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES POR RANGOS ETARIOS



Tasa de envejecimiento (calculada para mayores de 60 a.) 10,2% en 2000 y 28,2% en 2050.

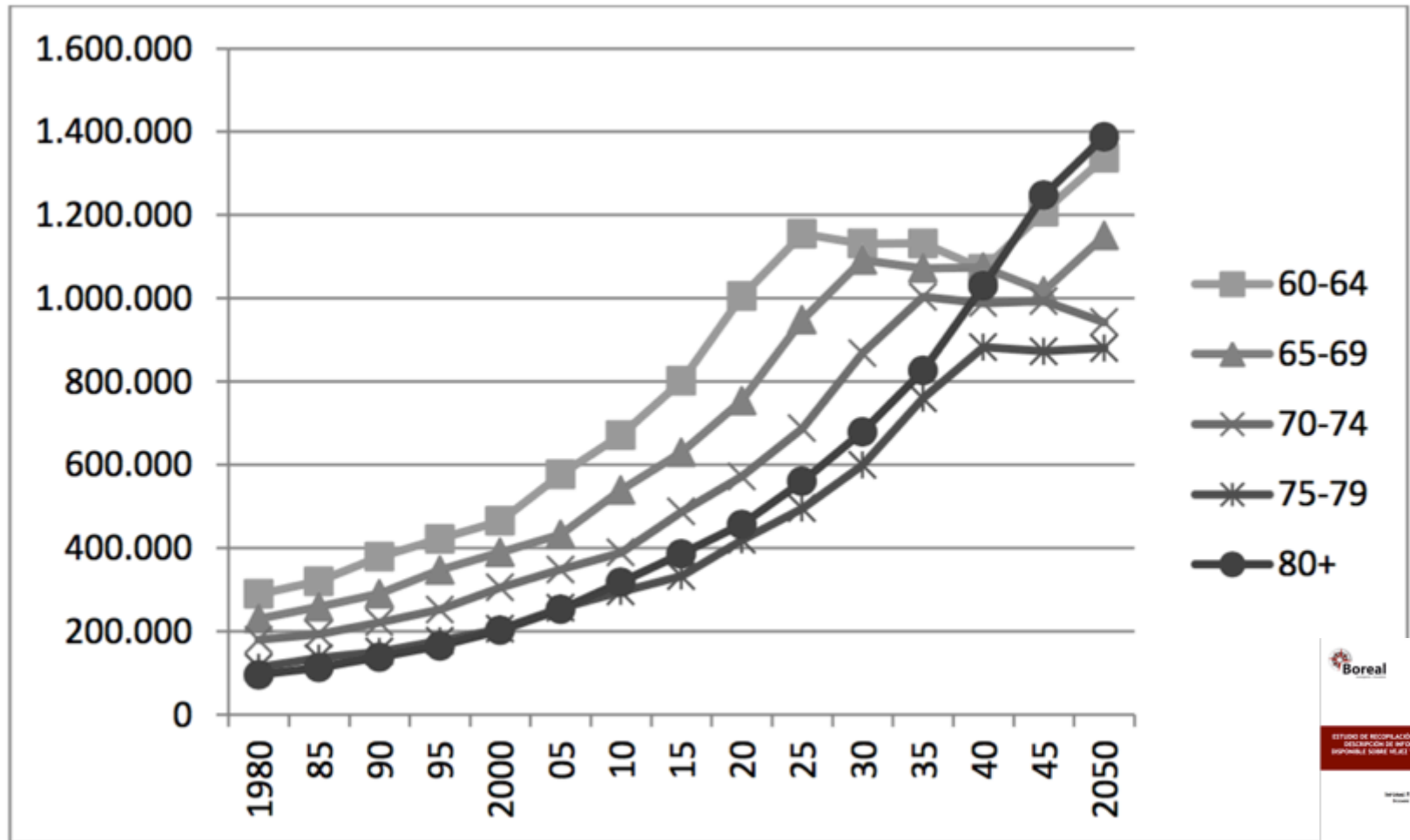
**PARA MAYORES DE 80 a. : 1,3% en 2000 frente a 6,9% en 2050**

# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## I. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

\* Cada vez mayores más mayores

### EVOLUCIÓN PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES POR RANGOS ETARIOS



## II. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS MAYORES :

LATERCERA

# OMS confirma que enfermedades crónicas lideran mortalidad en Chile

Así lo señala la organización en su libro Salud en las Américas edición 2012. Destacan las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y la cirrosis.

*por Catalina Rojas O. - 07/12/2012 - 09:47*



Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la principal carga morbi-mortalidad en el país. De esta forma lo revela la edición 2012 del libro **Salud en Las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)**.

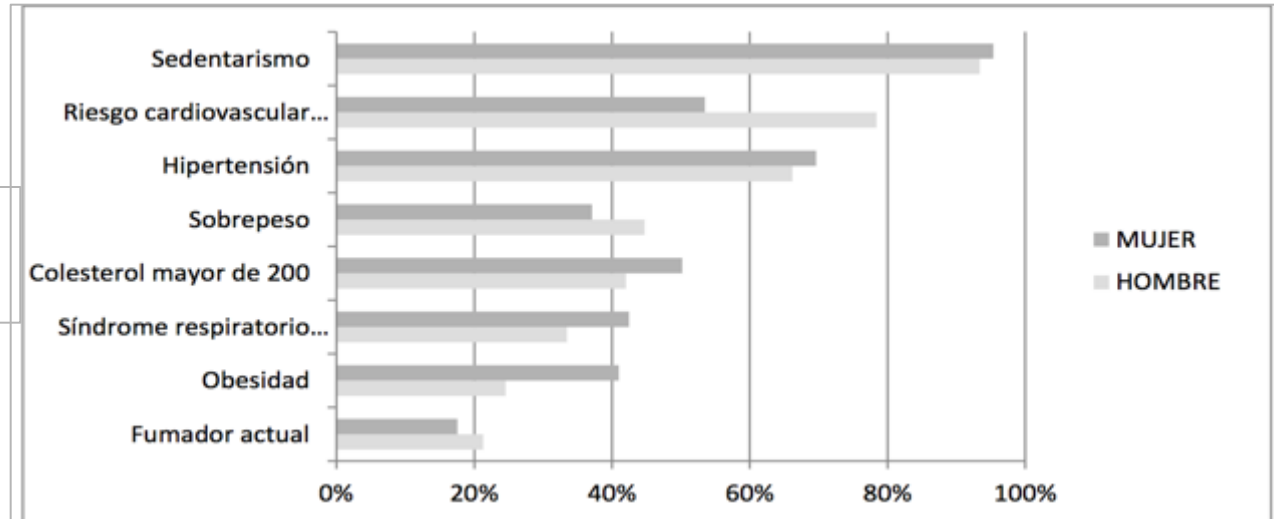
Según las cifras del **Departamento de Estadísticas e Información (DEIS)** del Ministerio de Salud, anualmente mueren

en Chile **97.930** personas. Del total, **más de un tercio** de las muertes se deben a las ENT.

# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## II. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS MAYORES : \* COMORBILIDAD

PREVALENCIA DE FACTORES  
DE RIESGO A LA SALUD EN  
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS



	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
Amputaciones	1,0%	0,4%	1,2%	0,2%	0,3%	0,7%
Ceguera Total	0,5%	0,5%	1,5%	0,8%	2,2%	1,0%
Cataratas	7,3%	12,3%	23,1%	32,9%	36,7%	20,6%
Sordera total	0,2%	0,3%	0,6%	1,5%	4,2%	1,1%
Incapacidad de expresión total	0,3%	0,5%	0,2%	2,3%	5,1%	1,4%
Parkinson	1,8%	1,8%	1,8%	3,5%	3,1%	2,3%
Embolia, derrame, trombosis o similares	2,5%	3,1%	3,8%	2,6%	9,0%	3,9%
Osteoporosis	12,0%	18,5%	17,9%	21,5%	17,0%	17,2%
Artritis, artrósisis o problemas articulares	12,5%	15,6%	13,9%	21,3%	14,6%	15,4%

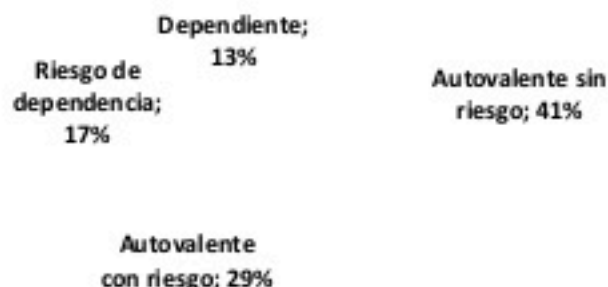
INCIDENCIA DE  
DISCAPACIDADES Y  
ENFERMEDADES QUE  
OCASIONAN DISCAPACIDAD  
FÍSICA EN ADULTOS  
MAYORES POR SEGMENTOS  
ETARIOS



# CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD EN PERSONAS MAYORES. CHILE

Población bajo control, DEIS 2012

Condición de funcionalidad en personas mayores  
DEIS 2012 (n 733.443)



Fuente: DEIS 2010  
68% Autovalente

70% es Autovalente

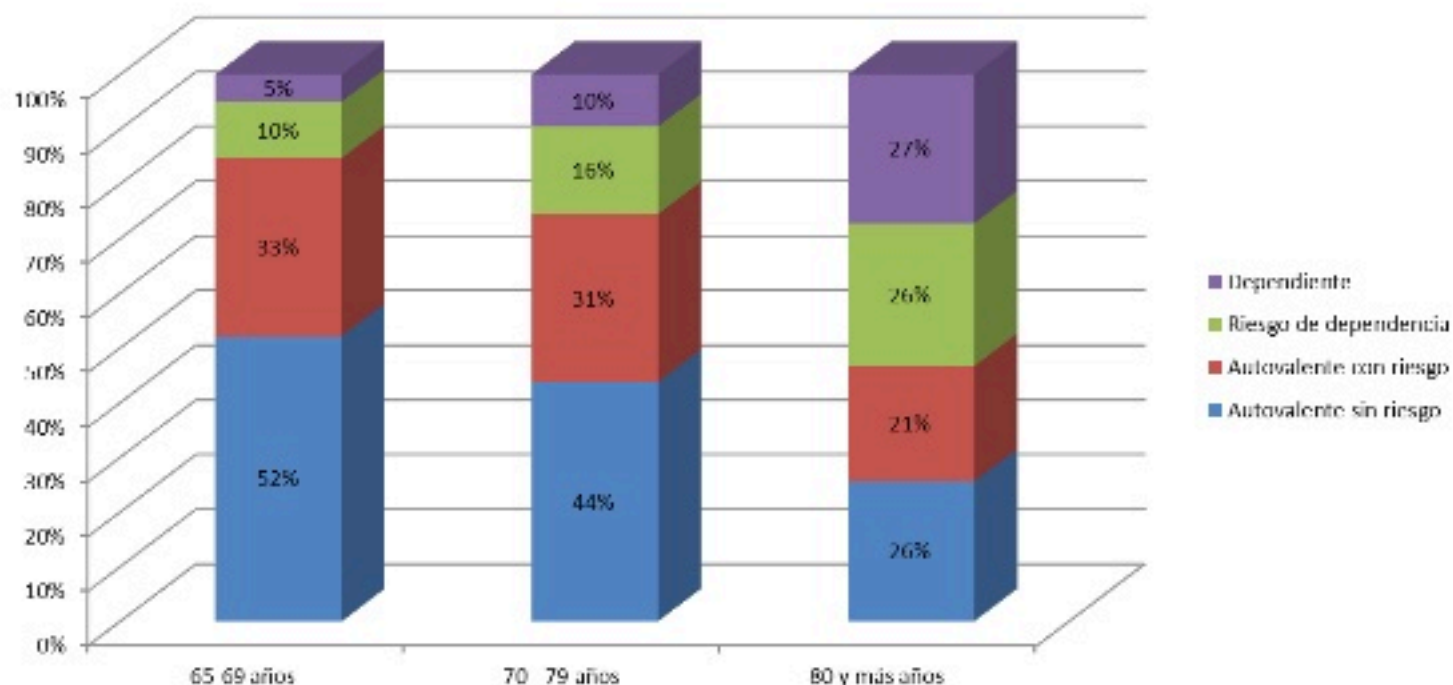


Fuente: DEIS 2009  
67% Autovalente



# CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD POR GRUPO ETAREO. CHILE

Población bajo control (AM 733.443), DEIS 2012

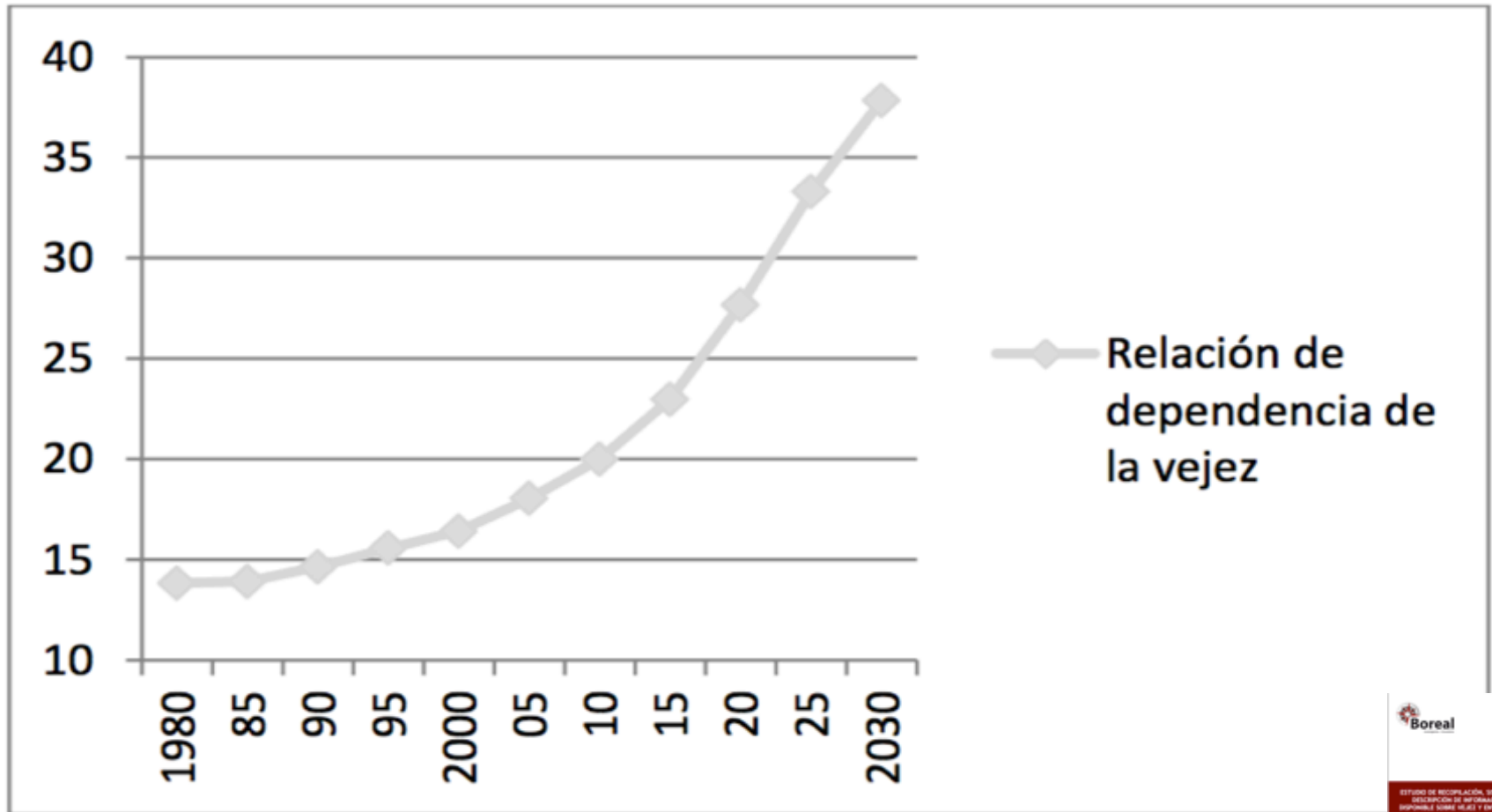


Fuente: DEIS 2012

# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## II. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS MAYORES :

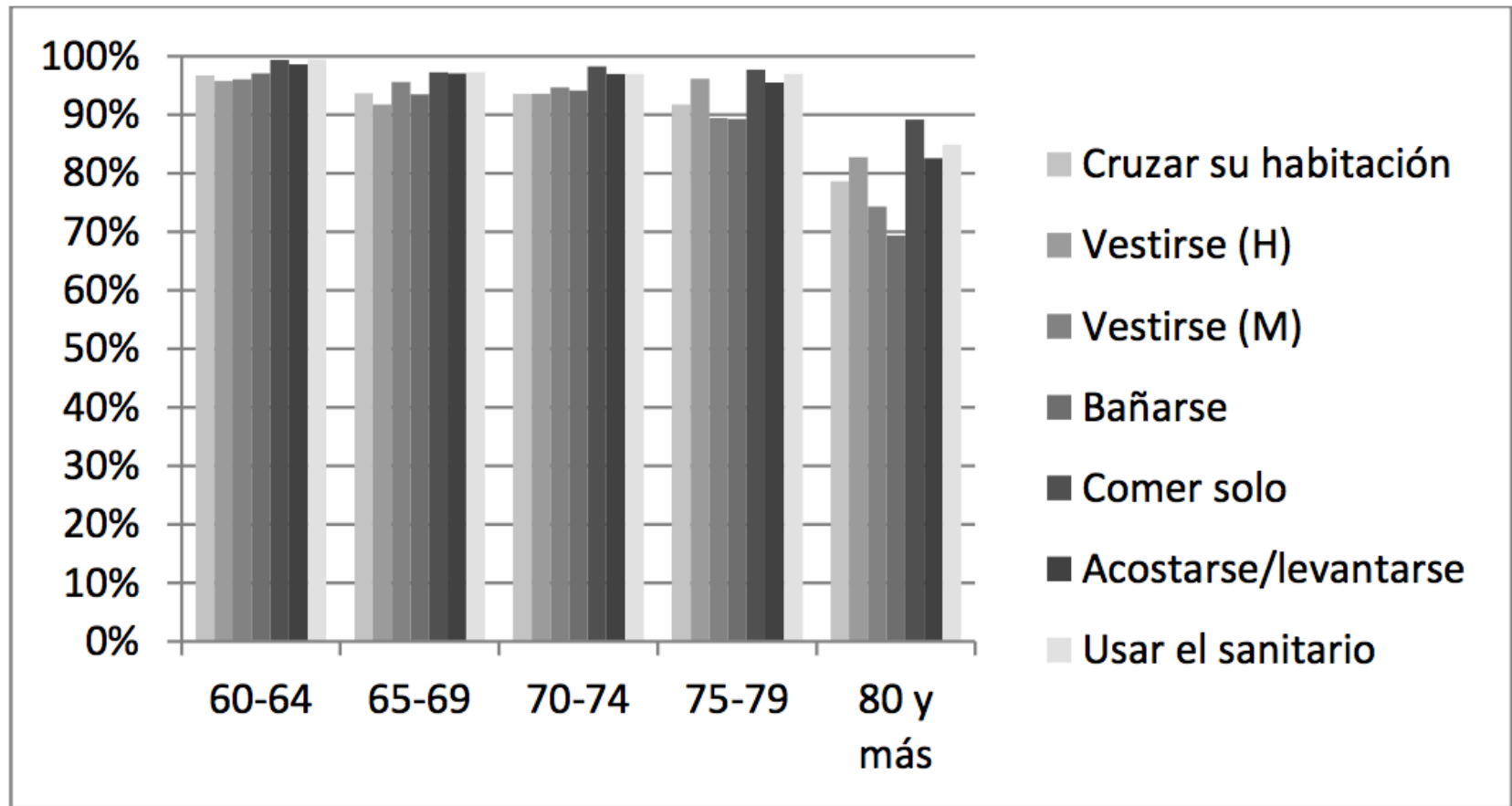
\* Aumento de los índices y relación de dependencia.



# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## II. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS MAYORES :

\* Aumento de los índices y relación de dependencia. Consecuencias sobre ABVD



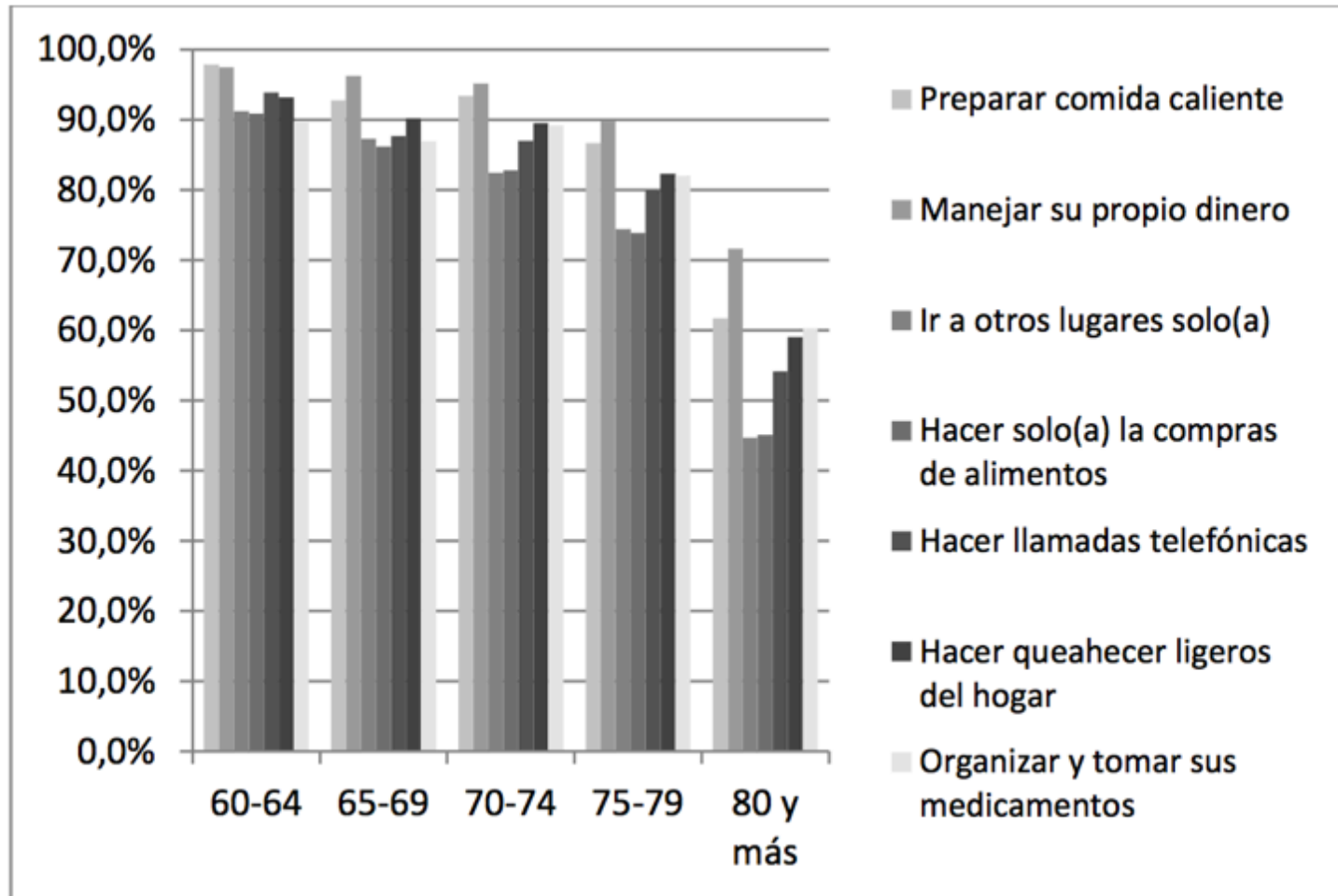
PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CAPAZ DE DESARROLLAR  
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA



# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## II. CAMBIOS EN LOS PERFILES DE LOS MAYORES :

\* Aumento de los índices y relación de dependencia. Consecuencias sobre AIVD



PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CAPAZ DE DESARROLLAR  
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

# ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

## III. COMPRESIÓN DE LA MORBILIDAD

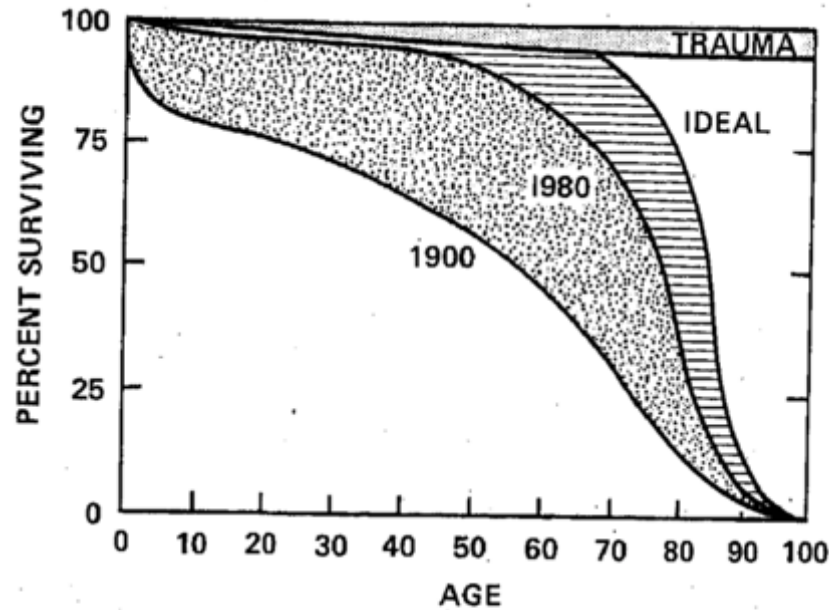
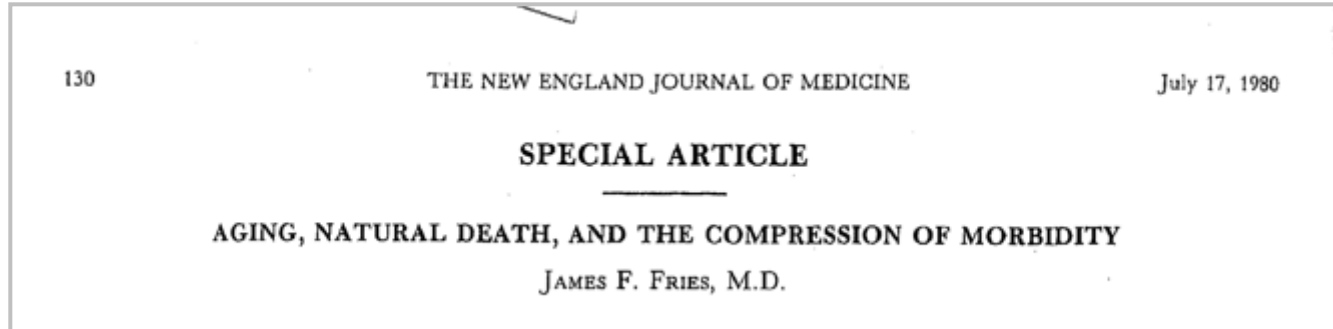


Figure 2. The Increasingly Rectangular Survival Curve. About 80 per cent (stippled area) of the difference between the 1900 curve and the ideal curve (stippled area plus hatched area) had been eliminated by 1980. Trauma is now the dominant cause of death in early life.

## ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS : DEL ASILO AL CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y DE LARGA DURACIÓN.

### IV. CAMBIOS EN EL PATRÓN DE CUIDADOS.

- Cambios en la sociedad. Desestructuración de la sociedad de corte patri/matriarcal.
- Incorporación de la mujer a la vida laboral.
- Se cuida más tiempo y, con mucha frecuencia por cónyuges, por lo que no es extraño que aparezca la claudicación del cuidador.
- En ocasiones, es imposible cuidar en el seno familiar.
- Los cuidados “formales” e “informales”.

## EN RESUMEN.....

- El perfil de usuario al que nos dirigimos es claramente **sociosanitario**: *Una persona que no puede cuidarse por si misma (dependiente), y que necesita intervenciones de tipo social, vinculadas con la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, y sanitarias relacionadas con la aparición de enfermedades, y donde convergen estas dos necesidades de forma simultánea.*
- Usuario **heterogéneo y con diferentes grados de complejidad**; desde los que tienen distintos niveles de dependencia con pocas necesidades sanitarias, hasta los que cuentan con importantes necesidades sanitarias: *Usuarios con deterioro cognitivo y alteraciones psiquiátricas y conductuales, convalecientes con necesidades de rehabilitación, con necesidad de Cuidados Paliativos, Trastornos Mentales, etc.*
- El modelo asistencial debe ser **dinámico y flexible de atención integral** y global, para poder atender de forma adecuada todas las necesidades bio- psico-sociales, en continuo cambio de esta población.

CAMBIOS EN USUARIOS  
Y EN NECESIDADES



ADECUACIÓN Y  
REORIENTACIÓN DE  
SERVICIOS













A sales assistant is waiting inside our gas station shop.

[illegible]



## OPCIONES USADAS PARA MEDIR/CERTIFICAR CALIDAD EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS :

1. FUNDACION EDAD Y VIDA
2. LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD (EFQM)
3. UNE EN ISO 9001
4. FAMILIA DE LA SERIE UNE 158000
5. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL





Fundación

Edad & Vida

- El modelo de acreditación de Edad y Vida es un modelo global pensado para el sistema de acreditación de las administraciones públicas a las entidades prestadoras y sus centros.
- Cuenta con las siguientes áreas: Modelo, Condiciones funcionales, Condiciones materiales, Evidencia de resultados en 5 ámbitos de valoración (atención segura, adecuada y adaptada a necesidades, programa nutricional, ambiente limpio y saludable, medicación y quejas y sugerencias), Informe de autoevaluación y Documentos de solvencia. Es un modelo que especifica criterios y características según los grados de dependencia de las personas usuarias y tipo de servicio y propone indicadores de calidad.
- Enfocado a residencias y centros de día.





El Modelo EFQM de Excelencia está compuesto por nueve criterios diferenciándose claramente dos partes: el grupo formado por los llamados "Agentes Facilitadores" que se refieren a lo que la hace organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios "Resultados" que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales.

Motor del modelo: Investigar al cliente( Satisfacción), Gestión por procesos (Mejora continua), Trabajo en equipo (participación de todos), Liderazgo sólido.

**Ejes del modelo : Liderazgo. Política y Estrategia. Personal. Colaboradores y Recursos. Procesos. Resultados en los Clientes . Resultados en el Personal. Resultados en la Sociedad. Rendimiento Final de la organización**



- La norma ISO 9001 de 2008 elaborada por la **Organización Internacional para la Estandarización**, y especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales.
- Se centra en la eficacia del sistema de calidad para “**evaluar la capacidad que tiene una organización para satisfacer y cumplir con los requisitos de sus clientes, los propios de la organización, los legales y los reglamentarios aplicables al producto o servicio**”.
- **ISO No es específica de centros sociales.**
- Es una norma internacional en la que se especifican requisitos de carácter general para un sistema de gestión de calidad, que pueden ser adoptados por cualquier organización, independientemente de su tamaño, actividad realizada, producto fabricado o servicio prestado.

## FAMILIA DE LA SERIE UNE 158000

Son Normas de Servicios.



El acuerdo alcanzado en el Consejo Territorial de Dependencia sobre los Criterios Comunes de Acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), supuso el desarrollo de las normas UNE 158000. Estas normas centran sus requisitos en la prestación de los servicios y determinan los estándares mínimos de calidad exigibles a los servicios sociales.

Las UNE 158000 son normas españolas elaboradas en el seno de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR).

UNE 158101: Gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día y de noche integrado.

UNE 158201: Gestión de centros de día y de noche.

UNE 158301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio.

UNE 158401: Gestión del servicio de teleasistencia



Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontología







Sociedad Española de

Geriatría y Gerontología



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

**Niveles de Acreditación**  
**BÁSICO - MEDIO - AVANZADO**



*Las Personas Mayores  
son la principal razón de ser de la SEGG*



# ¿Qué es el modelo?



El modelo científico de acreditación de calidad desarrollado y con propiedad intelectual de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG), es un documento consensuado por expertos en Geriatria y Gerontologia 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 término **CALIDAD** es comúnmente utilizado con significados muy distintos.

Se trata de un CONCEPTO ABSTRACTO, cuyo interés se remonta a la época de Aristóteles\*.

Está ligado a connotaciones filosóficas sobre el **BIENESTAR** y la **SATISFACCIÓN** con la **VIDA**, o como **OBJETIVO** de **POLÍTICAS SOCIALES**.

\* Bowling A, Windsor J.  
*Towards the good life : a population survey  
of dimentions of quality of life.*  
*Journal of happiness studies*, 2001, 2:55-82.







## *¿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.



# CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

- Centrado en los **pacientes, sus familiares y trabajadores.**
- Introduce **modelos humanísticos** en la evaluación de la calidad.
- Perspectiva **integral.**
- Persigue promocionar una **buena salud**, pues consideramos que se asemeja a promocionar **una buena vida**:
  - La salud y su componente socio-sanitario es la dimensión fundamental en la calidad de vida de la población mayor y es uno de los predictores que más determinan la satisfacción con la vida.



# CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

En las enfermedades crónicas discapacitantes, para las que no existe tratamiento curativo, la **promoción del bienestar** y el **mantenimiento de la calidad de vida** de los pacientes, constituye una prioridad asistencial.

Desde finales de los años 60 del S.XX , el término CALIDAD de VIDA y, más concretamente, CALIDAD de VIDA RELACIONADO con la SALUD, se ha utilizado como medida de resultado en muchas intervenciones en el campo de la GERIATRÍA.

La **CALIDAD de VIDA RELACIONADA con la SALUD** es **multidimensional** y hace referencia al impacto que la discapacidad, el dolor, el malestar y las frustraciones provocan en el **bienestar físico y psicológico, las conductas cotidianas, actividades sociales, situación económica** y otros aspectos que son importantes en la vida de las personas mayores



# CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

Los componentes de CVRS considerados en nuestro SISTEMA con mayor frecuencia son :

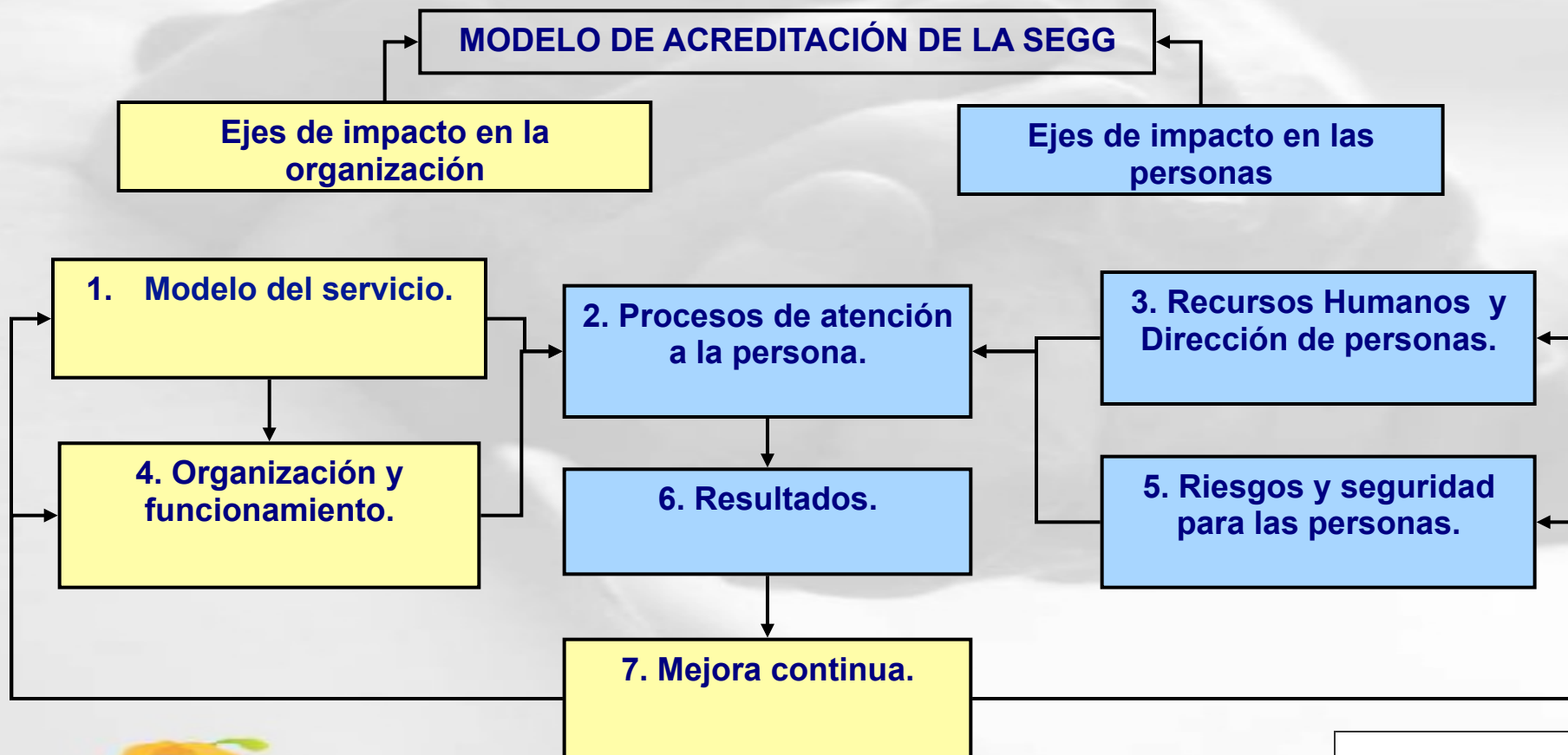
- **FUNCIÓN Y SALUD FÍSICA.** Nivel de competencia.
- **FUNCIÓN COGNITIVA y BIENESTAR PSICOLÓGICO.** Satisfacción
- **BIENESTAR SOCIAL.** Relaciones y disfrute de actividades.
- **ESTADO GLOBAL DE SALUD.** Afecto percibido.
- **PERCEPCIÓN DEL CUIDADO.** Disposición, ambiente, objetivo.

Estos dominios pueden ser susceptibles de **modificación por distintos tipos de intervenciones.**

El modelo valora aspectos objetivos que puedan ser fácilmente observables o instrumentos de medida que puedan ser contestados por un informante.



**El modelo de acreditación cuenta con 7 ejes  
(3 de impacto en la organización y 4 de impacto en las personas).**





# CONTENIDO DEL MODELO

Para los 7 ejes, el modelo cuenta con un total de 33 áreas:

EJES	AREAS
1. Modelo del servicio:	1.1 Política de calidad. 1.2 Misión, principios y valores. 1.3 Ética asistencial. 1.4 Normas de funcionamiento. 1.5 Aspectos generales e infraestructura.
2. Procesos de atención a la persona usuaria:	2.1 Inicio del servicio. 2.2 Atención. 2.3 Seguimiento. 2.4 Finalización del servicio.
3. Recursos Humanos y Dirección de personas:	3.1. Selección y formación. 3.2 Relaciones laborales. 3.3 Ratios de personal. 3.4 Equipos. 3.5 Sistema de Reconocimiento. 3.6 Profesionalización.



# CONTENIDO DEL MODELO

EJES	AREAS
4. Organización y funcionamiento:	4.1 Horarios. 4.2 Servicios y programas asistenciales. 4.3 Servicios generales. 4.4 Coordinación. 4.5 Documentación y registros. 4.6 Comités y equipos de trabajo.
5. Riesgos para las personas:	5.1 Riesgos generales. 5.2 Riesgos para las personas usuarias. 5.3 Riesgos para los trabajadores.
6. Resultados:	6.1 En atención a las personas usuarias. 6.2 En los trabajadores. 6.3 Incidencias, inspecciones y auditorías. 6.4 Económicos. 6.5 En el medio ambiente.
7. Mejora continua:	7.1 Aspectos generales. 7.2 Objetivos. 7.3 Evaluación. 7.4 Sistema de mejora continua.



# CONTENIDO DEL

## 1. *Modelo del servicio*

### 1.1 Política de calidad:

Principios, bases, sistema de gestión de calidad, modelo de calidad nacional o internacional, auditorías.

### 1.2 Misión, principios y valores:

Coherencia, contenido, difusión.

### 1.3 Ética asistencial:

Código ético, comisión ética, asistencia espiritual, derechos, información, consentimiento, testamento vital, toma de decisiones.

### 1.4 Derechos y normas de funcionamiento:

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.

### 1.5 Aspectos generales e infraestructura:

Zona decesos, adecuación a normativa estatal, autonómica y local, mejoras de espacios físicos sobre normativa, habitaciones, accesibilidad.



### 2. *Procesos de atención a la Persona Mayor*

#### 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. *Organización y funcionamiento*

### 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.

# CONTENIDO DEL

## 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 Mayores:

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 la Persona Mayor:

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.



# CONTENIDO DEL

## 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.

# CONTENIDO DEL

## MODELO

### *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 cuenta 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.



## 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 Mayores y profesionales de los servicios acreditados, en cuanto a la calidad en la prestación de los mismos.



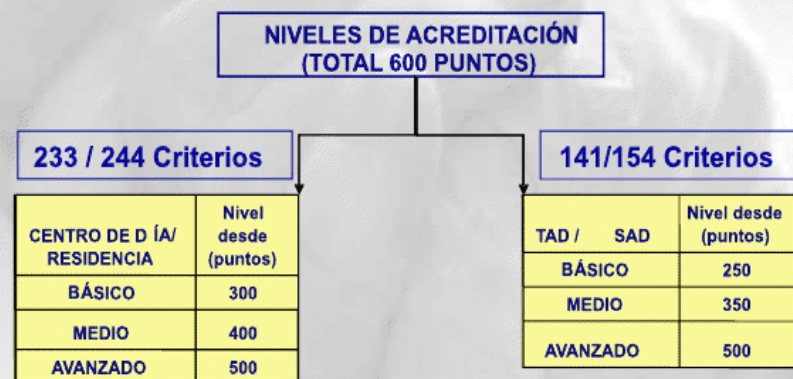


## Niveles de acreditación:

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 cuenta 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:



Nombre servicio/provincia:		Fecha:		Nombre auditor:		Puntuación Auditor		Observaciones Auditor		D=Dirección; RS=Responsable del Sistema; PT=Personal Técnico; PA=Personal Auxiliar; PM Persona Mayor; F=Familiar; COM Representante Comité Empresa/Delegado Sindical	
EJE/ Subeje. Versión 1.1 de 2015		MANUAL DEL AUDITOR: (Registrado. Propiedad Intelectual SEGG, 2010): 1. Modelo de servicio. 2. Procesos de atención a la Persona Mayor. 3. Recursos humanos y dirección de personas. 4. Organización y funcionamiento. 5. Riesgos y seguridad para las personas. 6. Resultados. 7. Mejora continua.		Sociedad Española de Geriatria y Gerontología		Sin evidencia Implementación parcial Implementación generalizada		Sociedad Española de Geriatria y Gerontología		D RS PT PA PM F COM	
SUBEJE	CRITERIO	Nivel de acreditación	Residencia	Centro de Día	Ayuda a domicilio	MANUAL DEL AUDITOR		OBSERVACIONES AUDITOR			
2.2.12. Atención	Se garantiza la confidencialidad e intimidad de las comunicaciones de los residentes.	Básico	1			Comprobar que se puede usar el teléfono en lugares con intimidad y el correo no se abre por otras personas					
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.	Básico	1	1		Preguntar a Personas Mayores ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo), los canales de opinión y participación de residentes (consejo de centro, reuniones, etc.)					
2.2.14. Atención	OBLIGATORIO El servicio garantiza que las salidas de los residentes se hacen en condiciones seguras y, si son necesarios, se le ofrecen o coordinan los apoyos que precisen.	Básico	1			Comprobar en entrevista con dirección del centro					
2.2.15. Atención	El centro cuenta con un servicio de acompañamiento propio en las salidas que la Persona Mayor realiza al exterior.	Avanzado	1	1		Comprobar					
2.2.16. Atención	El centro cuenta con un servicio de transporte adaptado propio o concertado.	Medio	1	1		Comprobar					
2.2.17. Atención	OBLIGATORIO: El servicio cuenta con un sistema de detección, informe, coordinación y respuesta ante emergencias sanitarias.	Básico	1	1	1	Comprobar					
2.2.18. Atención	Existen criterios y pautas que promueven la autonomía y participación activa de la Persona Mayor en su cuidado.	Medio			1	Comprobar en 2 visitas domiciliaria					
2.2.19. Atención	Existe un sistema de control de cumplimiento de horarios y tareas que se realizan en el servicio.	Medio			1	Comprobar en 2 visitas domiciliaria					
2.2.20. Atención	OBLIGATORIO: Se realiza la higiene individual de cada Residente de forma diaria, incluyendo baño o ducha si es necesario. La persona participa y decide sobre la frecuencia.	Básico	1			Verificar en Residentes ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
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.	Básico	1	1		Verificar en los PAIs ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
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.	Medio	1	1		Verificar en los PAIs ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
2.3.3. Seguimiento	Se garantiza la comunicación de incidencias entre el personal del servicio en los diferentes turnos y categorías profesionales.	Básico	1	1	1	Comprobar sistema					
2.3.4. Seguimiento	OBLIGATORIO: Existe un sistema de registro de las principales incidencias en las personas quedando recogidas en el expediente personal .	Básico	1	1	1	Comprobar incidencias en el expediente personal					
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.	Básico	1	1	1	Entrevista con familiares ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
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.	Básico	1	1	1	Entrevista con familiares ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
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.	Básico	1	1	1	Entrevista con Personas Mayores ( muestra del 5%; mínimo 3, máximo 5; tolerancia= 1 fallo)					
2.3.8. Seguimiento	OBLIGATORIO: Las prescripciones de sujeción física se evalúan periódicamente en intervalos no superiores a quince días.	Básico	1	1		Verificar las fechas en el registro de sujeciones					



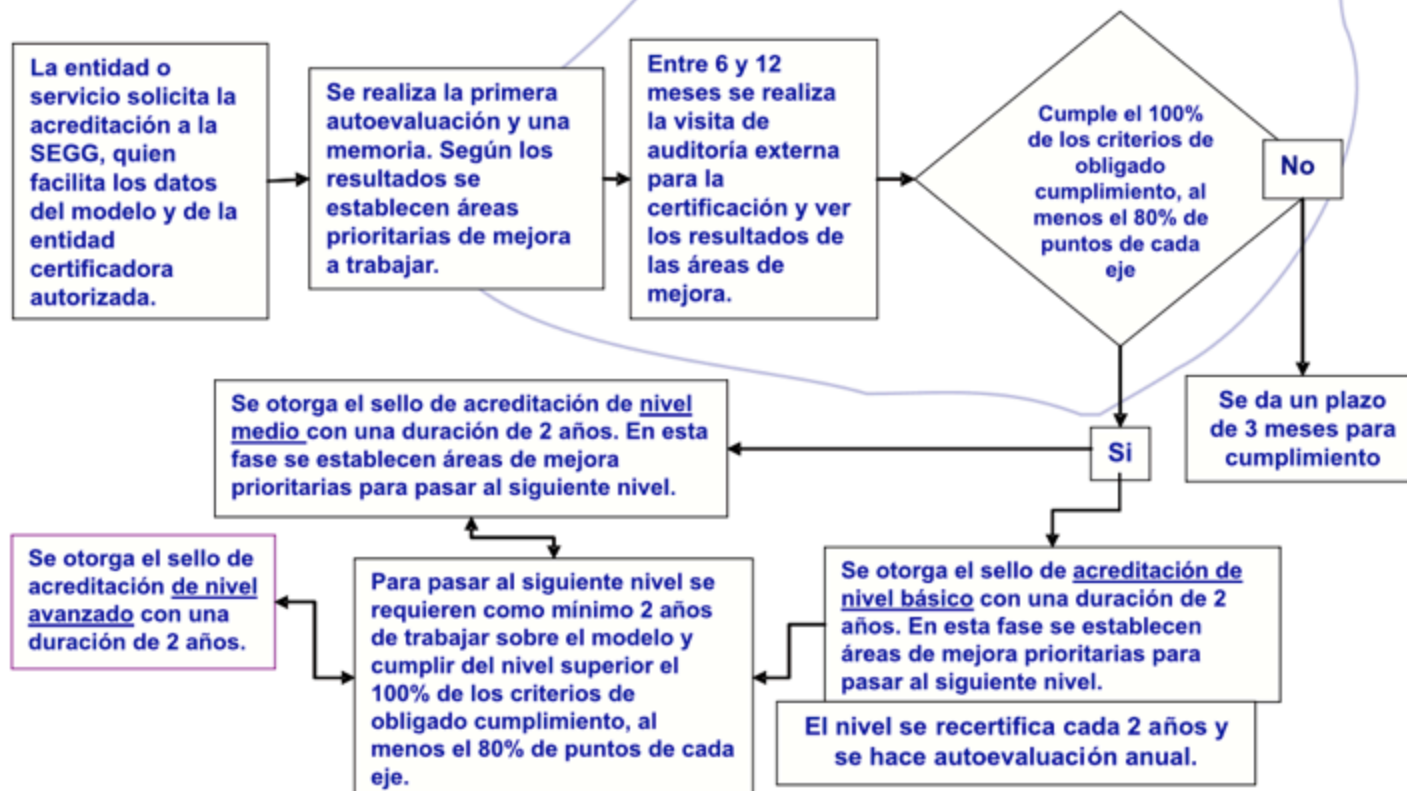
## Ventajas


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.



*De forma resumida y gráfica, el proceso de acreditación es el siguiente:*





El SISTEMA de CREDITACIÓN de CALIDAD para los SERVICIOS DE PERSONAS MAYORES supone un importante avance y una mejora de la imagen de los distintos servicios a personas en situación de dependencia.





**58** Congreso de la  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontología



**XXXVII** Congreso  
de la Sociedad Andaluza  
de Geriatria y Gerontología

*Calidad y equidad en la atención de los mayores*

**EL FUTURO ES HOY**

Hotel Barceló Sevilla  
8, 9 y 10 de junio 2016





# XIX CONGRESO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DE CHILE

Distintas maneras de envejecer

22 / 23 / 24 julio, 2015

