



CURSOS VERANO 2006
DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

**Calidad de atención a las personas dependientes:
modelos de atención, evaluación y mejora
progresiva de centros y servicios**



ingema
instituto gerontológico matia



**Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipuzkoa**



Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipuzkoa

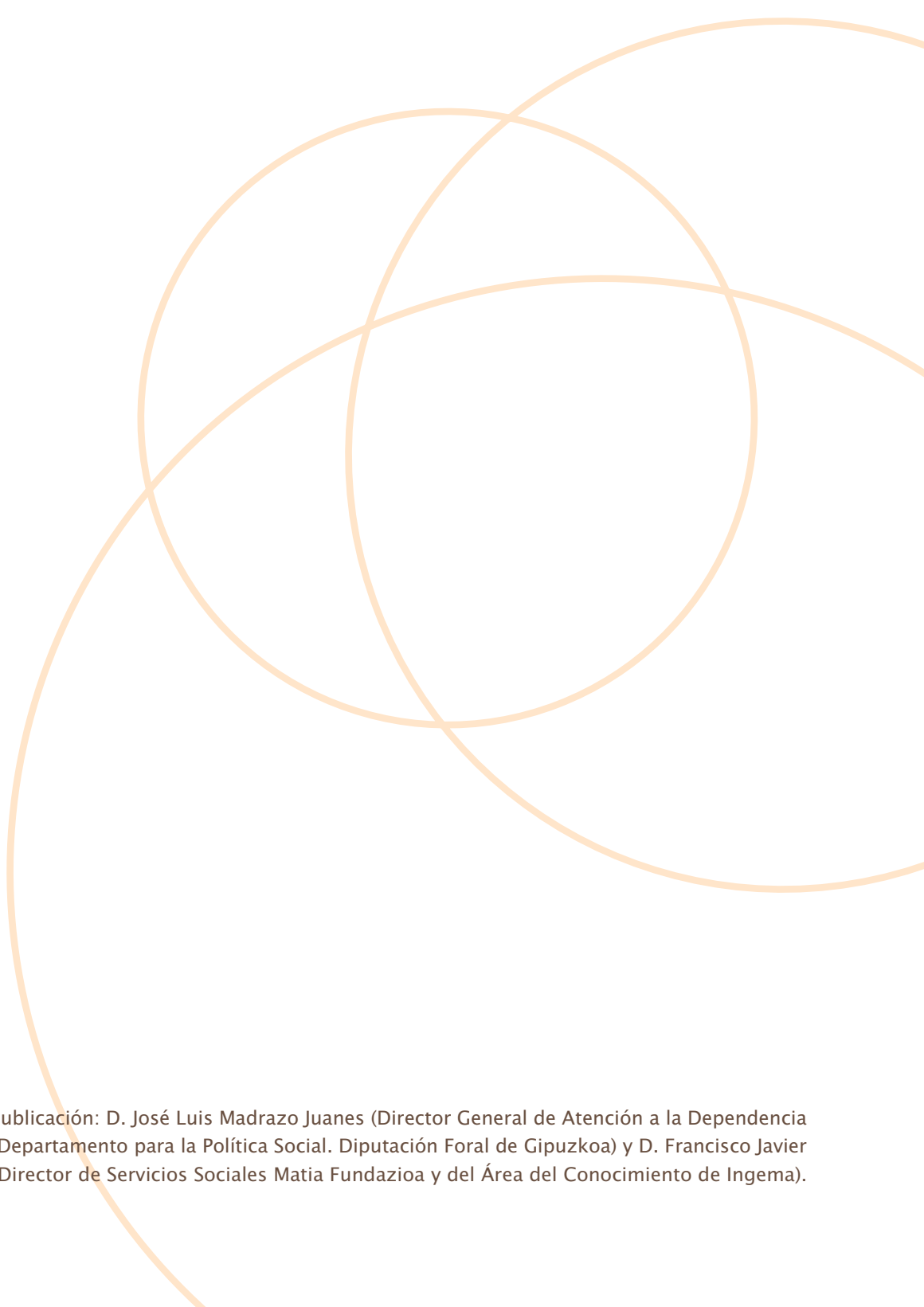
© DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA - DEPARTAMENTO PARA LA POLÍTICA SOCIAL

Diseño y maquetación: IMAGO SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN, S.L.

Depósito legal: BI-1439-07

ISBN: 978-84-7907-554-5

El editor no se responsabiliza de las opiniones expresadas por los autores y recogidas en esta publicación.



Directores de la publicación: D. José Luis Madrazo Juanes (Director General de Atención a la Dependencia y Desprotección. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa) y D. Francisco Javier Leturia Arrazola (Director de Servicios Sociales Matia Fundazioa y del Área del Conocimiento de Ingema).

índice

11 PRESENTACIÓN

_D.^a Esther Larrañaga Agirre. Diputada para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

16 INTRODUCCIÓN

_D. José Luis Madrazo Juanes. Director General de Atención a la Dependencia y Desprotección. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

_D. Francisco Javier Leturia Arrazola. Director de Servicios Sociales Matia Fundazioa y del Área del Conocimiento de Ingema


26 PONENCIAS


27 >LA DIRECCIÓN Y EL LIDERAZGO DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS PERSONALES A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA


_D. Gonzalo Berzosa Zamallos. Director del INGESS (Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales). Madrid

41 >DEFINICIÓN DE MODELOS RESIDENCIALES Y CONVIVENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: DE LA IMPORTANCIA DE LO FÍSICO Y ARQUITECTÓNICO A LO CUALITATIVO Y EL ESTILO DE ATENCIÓN

_D.^a Teresa Martínez Rodríguez. Jefa del Área de Planificación y Programas de la Consejería de Asuntos Sociales. Principado de Asturias

- 
- 66** >LA RELACIÓN DE AYUDA PERSONA A PERSONA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
_D. Miguel Ángel Verdugo Alonso.
Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)
- 74** >CALIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES
- 74** _D.^a M^a Dulce Fontanals de Nadal.
Directora de la Fundación SAR
- 79** _D. Josep Pascual Torramadé. Director del Departamento de I+D. Fundación SAR
- 83** >PRINCIPALES RETOS DEL SECTOR SOCIOSANITARIO EN RELACIÓN A LA DEPENDENCIA Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN
- 83** _D.^a Isabel Arriola Güenaga.
Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa
- 88** _D. José Antonio Agirre Elustondo.
Coordinador autonómico del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria
- 100** _D.^a M^a Dulce Fontanals de Nadal.
Directora de la Fundación SAR
- 104** _D. Miguel Ángel Verdugo Alonso.
Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)
- 107** _D. Enrique Arriola Manchola. Médico Geriatra. Matia Fundazioa. Zahartzaroa

- 
- 131** >EL DISPOSITIVO FRANCÉS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES OFRECIDAS POR LOS CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS
_D. Stephane Paul. Presidente del Consejo Nacional de Evaluación Social y Médico Social de Francia
- 152** >EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES
_D.^a Rocío Fernández Ballesteros. Catedrática de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
- 161** >PERSONALIZACIÓN, SOPORTES Y CALIDAD DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS
_D. Antonio Pascual Martínez. Director de la Federación Española Síndrome de Down
- 170** >EL PAPEL DE LA INSPECCIÓN DESDE LA ADMINISTRACIÓN COMO ACOMPAÑAMIENTO EN LA MEJORA PROGRESIVA Y SISTEMAS PRINCIPALES DE ESTANDARIZACIÓN
_D. Josep de Martí Vallés. Director de inforesidencias.com
- 177** _D. José María Begiristain Aranzasti. Jefe de Servicio. Plan de Salud Gipuzkoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco



185 >CALIDAD DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS: CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA AUTODETERMINACIÓN, LA SEGURIDAD, LOS DERECHOS Y LOS SOPORTES ADECUADOS
_D.^a Ana Rodríguez Reyes.
Coordinadora Sociosanitaria /
Proyectos del Grupo CARE.
Extremadura

204 CONCLUSIONES

207 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

autores



D. José Luis Madrazo Juanes

Director General de Atención a la Dependencia y Desprotección.
Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa



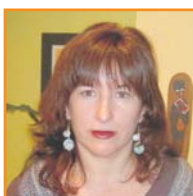
D. Francisco Javier Leturia Arrazola

Director de Servicios Sociales Matia Fundazioa y del Área del Conocimiento de Ingema



D. Gonzalo Berzosa Zamallos

Director del INGESS (Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales). Madrid



D.ª Teresa Martínez Rodríguez

Jefa del Área de Planificación y Programación. Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias



D. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca.
Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)



D.ª Mª Dulce Fontanals de Nadal

Directora de la Fundación SAR





D. Josep Pascual Torramadé

Director del Departamento de I+D. Fundación SAR



D.ª Isabel Arriola Güenaga

Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa



D. Enrique Arriola Manchola

Médico Geriatra. Miembro del grupo de demencia de la SEGG. Responsable de la Unidad de Memoria y Alzheimer de Matia Fundazioa



D. José Antonio Agirre Elustondo

Coordinador autonómico del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria



D. Stephane Paul

Presidente del Consejo Nacional de Evaluación Social y Médico Social de Francia



D.ª Rocío Fernández Ballesteros

Catedrática de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid





D. Antonio Pascual Martínez

Director de la Federación Española de Síndrome de Down



D. Josep de Martí Vallés

Director de inforesidencias.com



D. José María Begiristain Aranzasti

Jefe de Servicio. Plan de Salud de Gipuzkoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco



D.ª Ana Rodríguez Reyes

Coordinadora Sociosanitaria / Proyectos del Grupo CARE. Extremadura






Esther Larrañaga

D.^a Esther Larrañaga Agirre. Diputada para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

En Gipuzkoa, el 18% de la población, más de 124.000 personas, ha cumplido ya los 65 años. Y entre ellas, 17.000 son dependientes y necesitan ayuda para comer, para caminar, para vestirse... Esta situación es común en todas las sociedades desarrolladas, y representa el mayor reto social que compartimos de cara al siglo XXI.

Por ello, la Diputación Foral de Gipuzkoa, como institución que cree firmemente en la necesidad de profundizar en el Estado de Bienestar, ha situado en el primer puesto de su agenda política la atención a las personas dependientes y a sus familias. Diseñar, implantar y desarrollar un modelo de atención de calidad, sostenible y equilibrado para el conjunto de guipuzcoanos, ha sido, es y será el gran reto de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Únicamente consultando las previsiones demográficas, es evidente que la demanda de cuidados durante la vejez va a continuar aumentando en las próximas décadas: en 2020 tendremos en Gipuzkoa alrededor de 22.000 personas dependientes y, a partir de ese horizonte, llegarán a la jubilación las generaciones del “baby boom”. No obstante, el factor demográfico no es el único que va a incidir en el incremento de la demanda: es el cambio del modelo de familia tradicional y las necesidades de atención cada vez más complejas (necesidad de cuidados de larga duración, prevalencia de demencias, gran carga sociosanitaria...), van a exigir de las Administraciones en general, y de la



Diputación Foral en particular, como institución competente en la materia, un esfuerzo económico y humano importante.


De forma paralela a un notable y sostenido incremento presupuestario, la institución foral ha promovido una serie de medidas orientadas a mejorar la calidad de los servicios y recursos para los mayores, y tiene, entre sus objetivos, promover entre el conjunto de profesionales que trabajan en este campo aquellas medidas orientadas a mejorar la calidad de la atención a este colectivo y sus familias.

El concepto de calidad ha ido evolucionando en el tiempo, siendo primero un término ligado a aspectos materiales, y entendido hoy como un elemento global, que atañe tanto a lo físico, como a lo ético.

Así, en un primer momento la Diputación Foral incentivó la implantación de planes de calidad en los centros residenciales, una medida a la que se acogieron la mayoría de los centros, que en Gipuzkoa siempre han demostrado un gran compromiso en torno a esta materia. Las numerosas certificaciones que han ido obteniendo los centros acreditan que este proceso ha dado sus frutos, si bien es la satisfacción de los usuarios de los servicios y sus familias la mejor de las certificaciones posibles.

Igualmente, a través de los Planes de Ayudas a la Inversión, trabajamos intensamente en proyectos de mejora de los centros, en lo que a infraestructuras se refiere, a fin de adecuarlos a los requisitos establecidos en las normativas que regulan este tipo de cuestiones. Todo ello sin dejar de prestar el servicio, con el esfuerzo extra que ello requiere por parte de profesionales, usuarios y familias.

Tras varios años de trabajo intenso y continuado, este ambicioso proceso está a punto de culminar, pues para el año 2008, el conjunto de centros residenciales de Gipuzkoa, con un parque de 5.000 plazas, estará completamente adaptado y preparado para atender las necesidades de




un cliente con un grado de dependencia cada vez más elevado –por encima incluso de los requisitos mínimos establecidos en la normativa vigente–. Este hecho constituirá, sin duda, un antes y un después en la atención a los mayores, y es un hecho del cual el conjunto de agentes que trabajamos en este sector debemos sentirnos orgullosos.

No obstante, unido a lo anterior, entre los objetivos de la Diputación Foral de Gipuzkoa está el promover entre los profesionales que trabajan en este campo un compromiso con un tipo de atención a las personas mayores que va más allá de la calidad en aspectos materiales. Si bien es difícil ofrecer una atención óptima en un equipamiento que no está perfectamente acondicionado para la función que debe cumplir, en este caso, una atención de calidad, va más allá.

En efecto, el trato que damos a las personas y familias que atendemos, los criterios éticos en la toma de decisiones, o la individualización de la atención son cuestiones fundamentales si queremos garantizar una atención de calidad.

En esta línea, la Diputación Foral de Gipuzkoa, en colaboración con la Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología, Zahartzaroa, ha elaborado un Catálogo de Servicios Residenciales, el primero de sus características en el Estado. Este catálogo es un documento en el cual se determina el conjunto de programas y servicios que deberán prestar las residencias para personas mayores concertadas con la Diputación Foral de Gipuzkoa, así como el modo en el que deben prestarse, y los medios necesarios para ello.

Este catálogo añade una pieza más a la construcción de un modelo propio de atención en Gipuzkoa: un modelo de atención a las personas mayores dependientes que ofrezca tasas de cobertura suficientes y una amplia variedad en la gama de recursos, que nos permita atender las necesidades de las personas dependientes a lo largo de todo el proceso de



envejecimiento, respetando también sus preferencias y fomentando el mantenimiento en el entorno.


Del mismo modo, queremos que la red de servicios sociales que estamos construyendo en Gipuzkoa sea equilibrada territorialmente, a fin de que todos los ciudadanos tengan garantizada la atención en su entorno próximo, residan donde residan. Y, por supuesto, el modelo que estamos construyendo es un modelo de calidad, que queremos que sea similar en el conjunto de centros, programas y servicios que ofrecemos.

En ese sentido, el catálogo de servicios residenciales es un elemento que va a ser imprescindible para dar coherencia a una parte importante del modelo de atención que queremos construir para Gipuzkoa, puesto que en él se recogen una serie de cuestiones que son esenciales para saber cuál y cómo es la atención que van a prestar las residencias guipuzcoanas a las personas mayores dependientes.

Y es fundamental resaltar que este catálogo define un nivel de calidad en los servicios que supera el estricto cumplimiento de los requisitos legales, definidos por la normativa del Gobierno Vasco. De hecho, las residencias guipuzcoanas ya vienen funcionando con unos niveles superiores a lo establecido por esta normativa, por lo que este documento viene a regular una circunstancia que en gran medida ya se está dando.

En un plazo no superior a tres años, todas las residencias concertadas de Gipuzkoa estarán en condiciones de cumplir los requisitos establecidos en este catálogo, y **ofrecer a las personas mayores dependientes y a sus familias unos servicios de calidad homologados.**

En definitiva, asistimos a un momento clave para la consolidación del sector de atención a las personas mayores, y en este escenario, es evidente que tanto el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, como la reforma



de la Ley Vasca de Servicios Sociales, van a contribuir a clarificar el futuro de este sector.

En tanto que llegan los cambios que conlleven estas normativas, la Diputación Foral de Gipuzkoa, de la mano de todos los agentes relacionados con la dependencia, continúa trabajando para interiorizar y garantizar que, sea cual sea el grado de dependencia que padecen las personas mayores que tenemos en estos centros, son personas a las que debemos un respeto, con las que tenemos una deuda moral, y a las que tenemos que brindar una vida digna.

Entre todos, debemos ser capaces de construir unos recursos que no sean un lugar donde dejar a los mayores, cuando su necesidad de apoyo sea tan alta que no seamos capaces de hacernos cargo en casa. Debemos ser capaces de disfrutar de una red de centros donde estén bien atendidos física y emocionalmente, en los que se logre extraer de ellos lo mejor de sí mismos, en todas las etapas. En los que las familias se sientan cómodas y apoyadas, como en su casa. Centros, en definitiva, que estén llenos de vida.

Ése es el reto que tenemos por delante todas las personas que, de un modo u otro, estamos involucrados en la atención a las personas dependientes y sus familias. Un reto importante en cifras, y un reto ambicioso en valores. Un reto que es fundamental para la construcción del proyecto *Gipuzkoa Hiria*.

introducción

_D. José Luis Madrazo Juanes. Director General de Atención a la Dependencia y Desprotección. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

_D. Francisco Javier Leturia Arrazola. Director de Servicios Sociales Matia Fundazioa y del Área del Conocimiento de Ingema




**José Luis
Madrazo**



**Francisco Javier
Leturia**

Las personas mayores constituyen un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta cada vez más claramente unas características fundamentales que se agrupan en torno a tres situaciones diferenciadas: un gran número de personas mayores jóvenes se encuentran cada vez mejor y pueden ser entendidas bajo el paradigma del envejecimiento exitoso y la intervención psicosocial, utilizando las estrategias de optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990); otro gran grupo que se encuentra alrededor de las situaciones de dependencia, es decir, necesitan el apoyo de terceras personas para desenvolverse en la vida cotidiana; así como un tercero en el que se agrupan aquéllas que presentan un frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, sufren polimorbilidad, etc. (Baltes y Wahl, 1990) y tienen el riesgo de convertirse en dependientes.

En el primer caso consideraremos aspectos como los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten su mantenimiento óptimo, el potencial de aprendizaje y la capacidad entrenable y/o prevenible, desde un enfoque multicriterial que considera la vitalidad, resistencia, flexibilidad adaptativa, autonomía, control, integridad, buen ajuste




persona-ambiente, la variabilidad interindividual y la plasticidad intraindividual y capacidad de aprendizaje de las personas mayores. En el caso de la dependencia, si bien la mayoría de trabajos y enfoques se centran en la dependencia física y la necesidad de apoyos para las actividades de la vida diaria con un enfoque unidimensional, parece necesario conceptualizarlo como un fenómeno multicausal y con un componente psicológico y contextual muy importante sobre el que se debe intervenir (Montorio, 1998; Montorio y Losada, 2004).

El importante incremento del colectivo de las personas mayores, principal cambio sociodemográfico en la actualidad, con una cada vez mayor esperanza de vida, está provocando un rápido incremento de las situaciones de dependencia, esto es, situaciones en las que la persona necesita ayuda de una tercera persona para desenvolverse en la vida diaria, y por tanto necesidades de apoyo social.

Sin embargo, esto ocurre en paralelo a los cambios en los patrones familiares y culturales con la incorporación de la mujer al mercado laboral, el cambio en los patrones familiares con un claro dominio de la familia nuclear frente a la familia extensa de hace unos años y la tendencia clara y progresiva a la disminución del apoyo social natural o informal. La intersección entre ambas tendencias está provocando una necesidad de replanteamiento de las políticas sociales de los países de la Unión Europea.

Los países nórdicos y centroeuropeos ya hace unos años que han comenzado a establecer Sistemas de Atención a la Dependencia, mientras que los países del sur y mediterráneos recientemente se lo están planteando como en el caso del Estado español donde se sigue con sistemas asistencialistas y subsidiarios al sistema sanitario.

En definitiva, estos sistemas pretenden establecer en el marco del denominado estado de bienestar sistemas de aseguramiento, financiación, planificación y cobertura de la atención socio sanitaria a esta nueva contingencia que supone la dependencia y necesidad de ayuda.



El desarrollo de este sistema en España, que se está gestando en la actualidad, exigirá la creación de diferentes recursos y sobre todo el incremento de la cobertura e intensidad en la atención tanto en la comunidad y a domicilio (Servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, etc.), recursos intermedios (como apartamentos tutelados, centros de día y de noche, etc.) y especializados (como residencias, centros socio sanitarios, etc.), la adecuación de los existentes, así como la preparación de diferentes profesionales de atención directa, atención e intervención social y psicosocial así como sanitaria especializados en estos campos de la discapacidad y dependencia (Según estimaciones del Libro Blanco para el 2010 se quiere atender con recursos formales al 71,1% de las PPMM dependientes en sus distintos grados. El apoyo informal se ocuparía del 28,9).

Gran parte de los recursos sociales existentes actualmente deberán ser reconvertidos hacia la dependencia y hacia los cuidadores para que puedan seguir ejerciendo esta función, así como en relación a la atención a las personas mayores autónomas hacia la prevención de la discapacidad y dependencia y hacia un envejecimiento exitoso y competente más allá de la mera salud habilidad.

Mientras tanto, los profesionales de los servicios sociales se debaten en el dilema de hacer frente y dar respuesta al modelo asistencialista actual de respuesta a la demanda especialmente en los servicios de base, lo que en muchas ocasiones imposibilita una actuación profesional adecuada por la importante presión que esta demanda ejerce sobre equipos profesionales, en ocasiones escasos e insuficientes, y en un marco de política social a corto plazo.

Igualmente los servicios actuales en determinadas circunstancias son fuente generadora de sobredependencia, bien por inadecuada atención debida al edadismo, falta de recursos, de formación, etc.

Es urgente una reflexión estratégica y un posicionamiento decidido por parte de las instituciones hacia un nuevo modelo de servicios y centros orientados a la atención a las personas en situación de discapacidad y/o dependencia. Su papel de planificación, liderazgo y control es determinante para que todo el sector se encamine en la misma dirección.

Este modelo debe integrar los modelos de atención e intervención psicosocial y sociosanitarios orientados a la calidad de vida con los modelos comunitarios y los sistemas de gestión basados en la gestión por procesos orientados a los ciudadanos y la calidad de atención.


La integración de estos modelos y perspectivas, la calidad de vida y la calidad de atención en el marco del sistema de calidad total como el modelo europeo permiten un equilibrio entre gestión, atención y personalización, necesario para lograr la excelencia en un sector basado en la atención persona a persona.

FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD ASISTENCIAL

FACTORES	DEFINICIÓN
Accesibilidad	Facilidad con que el paciente puede acceder al servicio.
Accesibilidad temporal	Grado con que el paciente obtiene el servicio adecuado a tiempo.
Efectividad del cuidado	Grado con que el cuidado ofrecido es el correcto según los conocimientos científicos actualizados.
Eficacia del cuidado	Potencialidad de un servicio para cubrir las necesidades por las que es usado.

Adecuación	Grado en que el servicio cubre las necesidades del paciente.
Eficiencia	Grado en el que el cuidado proporcionado obtiene el efecto esperado con el mínimo esfuerzo y coste económico.
Continuidad de los cuidados	Grado de coordinación entre diferentes niveles asistenciales.
Privacidad	Derechos del paciente a controlar la información que se da sobre su enfermedad.
Confidencialidad	El equipo médico conserva la información del paciente y no la ofrece a terceras personas salvo que lo exija la Ley o que él dé su consentimiento.
Participación del paciente y de la familia	El paciente y/o su familia se integran en el proceso de toma de decisiones clínicas.
Seguridad del entorno	Ausencia de peligros en el entorno.
Adecuación del entorno	Grado en el que existen los espacios adecuados, el equipamiento necesario y el tratamiento que el paciente necesita.

Desde un modelo de atención e intervención psicosocial se debe poner el foco de la atención e intervención en el núcleo familiar, a partir de lo que conocemos de los modelos sistémicos y estructuralistas de intervención con familias, sobre el sujeto a partir de los modelos de calidad de vida orientando nuestras actuaciones a mejorar la autodeterminación de las personas (a través de la mejora o mantenimiento de sus competencias

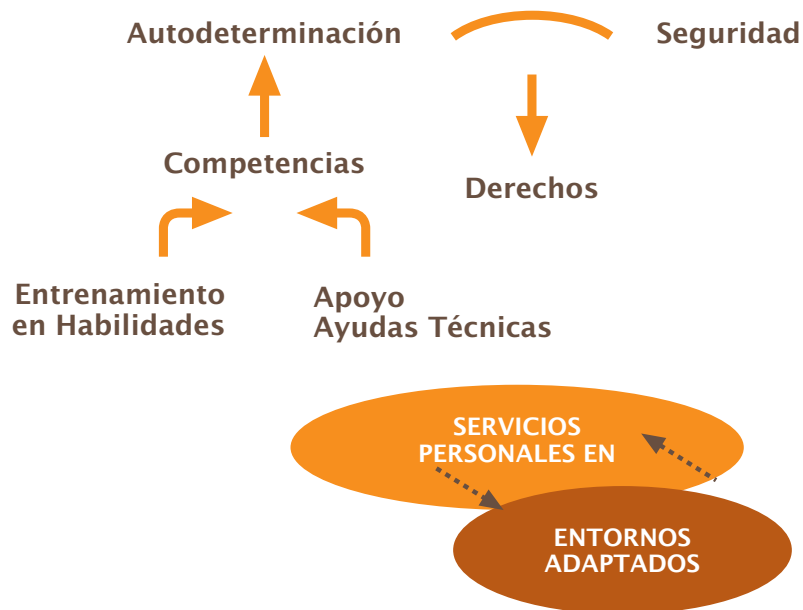


vía entrenamiento, ayudas técnicas, servicios personales), su seguridad y sus derechos, y sobre la comunidad (no lo olvidemos) creando estructuras, equipamientos y redes de apoyo social que permitan la mayor competencia de la misma para generar calidad de vida, riqueza, y afrontar sus problemas de la mejor manera.

Siguiendo los últimos avances en atención a las personas discapacitadas y dependientes, entendemos que la discapacidad o la necesidad de atención y apoyos no es fija ni dicotomizada, sino fluida, dinámica, continua y cambiante, dependiente de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en su entorno (Shalock y Verdugo, 2004).


Hoy en día existen evidencias de que se pueden reducir las limitaciones funcionales, y por tanto la discapacidad, si se proporcionan servicios y apoyos centrados en la conducta adaptativa y en el estatus de los roles. Si la discapacidad es el resultado de la interacción de esta persona y su entorno, podemos tener una nueva visión de la discapacidad en la que la autodeterminación, la inclusión, la equidad y las fortalezas del sujeto desempeñan un papel fundamental.

Este paradigma se basa en ofrecer una vida con apoyos para lograr la mejor calidad de vida, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas, a través de la formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y capacidad de elección en entornos seguros, pero abiertos, libres y estimulantes para la implementación de estas competencias.



La calidad de vida, entendida como el reflejo de las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con sus necesidades vitales fundamentales, engloba aspectos como la satisfacción vital, el bienestar, la felicidad etc. (Fernández Ballesteros, 2000), comprende diferentes dimensiones y permite establecer indicadores y objetivos definidos para la intervención.

Los centros para personas mayores deben ofrecer recursos comunitarios y especializados para las personas mayores que necesitan ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana, así como para sus familias. Estos recursos han de tener un carácter abierto, plural y multifuncional, donde la calidad de vida es el objetivo principal. Entre las variables influyentes en la vida del centro destacan las características de las personas residentes, el modelo de atención y la capacidad del equipo profesional. En concreto, este equipo debe ofrecer una atención profesional y especializada de forma personalizada y cercana, en un entorno confortable, estimulante, orientador y protésico, adaptado a las necesidades de la persona y abierto a su familia.



Para las personas mayores en su domicilio y en recursos comunitarios los objetivos deberían ser similares, basándonos en la complementación al apoyo familiar ya existente.

En suma, desde este modelo el ajuste se logrará a partir de la interacción entre las capacidades de la persona y la adaptación del entorno y ambiente a esas capacidades.

Toda intervención gerontológica debe estar regida por ciertos principios. En primer lugar, debe centrarse en la normalización e integración (más que en la protección), en la defensa de los derechos y la creación de oportunidades, en la contextualización y la descategorización (Yanguas, Leturia, 1995).

En segundo lugar, debe partir de la complejidad de los procesos, problemas, situaciones que se dan en las personas con enfermedad crónica o discapacidad. En estas situaciones múltiples variables interrelacionadas se autodeterminan en sistemas complejos que conllevan influencias variadas según diferentes niveles de interacción. Ello hace necesario cualquier intervención, tanto de tipo profesional como personal, debe ser interdisciplinar y debe superar una perspectiva estrictamente individual (Yanguas, Leturia, 1995).

La base de este sistema de intervención se encuentra en una adecuada definición del proceso a partir de la acogida, valoración, diagnóstico y establecimiento del Plan de Atención Individualizada.

La valoración, además de ser interdisciplinar, debe incluir siempre en todas y cada una de las áreas (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001). Desde el modelo psicosocial, éstos serían las principales áreas y objetivos:


- Las capacidades mantenidas.
- Las discapacidades.

- La dependencia consecuente.
- Las necesidades.
- Las preferencias.
- Los valores y aspectos éticos relacionados.

Para lograrlo los profesionales de este sector y el propio sector necesitan de una actualización de los currículums educativos y profesionales, una revisión del papel de los mismos en los equipos profesionales e interdisciplinares en que se insertan desde un modelo de gestión por competencias que permita consensuar desde las competencias esenciales y genéricas de este ámbito, así como las competencias técnicas y habilidades emocionales y relacionales necesarias para el mejor desempeño de estos puestos.

Un análisis profundo de las necesidades de estos profesionales y de los equipos de atención e intervención con personas mayores seguramente revelará las necesidades no cubiertas todavía de cada uno de los niveles asistenciales desde los servicios sociales de base, los Ayuntamientos, los centros sociales, los servicios de ayuda a domicilio y de atención en la comunidad, así como en los centros más especializados como centros de día, centros residenciales, socio sanitarios y hospitalarios. Se necesitan más recursos en los servicios sociales de base, se necesitan técnicos específicamente dedicados y orientados a la atención a las personas mayores en los Ayuntamientos (al igual que existen para otras circunstancias y contingencias), se necesita un plan de formación específico de estos profesionales de todos y cada uno de los niveles asistenciales, pues cada vez van a interactuar y tener que dar respuesta a más problemas relacionados con la edad y en general ni los profesionales de servicios sociales ni los de otros ámbitos están preparados para las especificidades que se presentan en estos casos.

Sería importante analizar y darles el papel central que deben tener estos profesionales con un mayor reconocimiento y valoración de su cometido,



dejando de lado los modelos caritativos, asistencialistas, hosteleros, clínico asistenciales anteriores que aunque han podido cumplir su papel en este momento están claramente desfasados y la adopción de un modelo psicosocial que demuestra su eficacia y eficiencia desde hace años en otros países y en determinados casos y experiencias en nuestro país.

Desde el reconocimiento y la puesta en valor de este sector debe iniciarse una política decidida de potenciación del mismo y de los profesionales que actúan en un sector estratégico en nuestra sociedad en un momento de envejecimiento sociodemográfico radical en el que el compromiso intergeneracional, la incorporación de la protección a la discapacidad y dependencia y el apoyo a los sistemas familiares cuidadores van a ser decisivos para lograr y mantener la cohesión social y los recursos necesarios para garantizar una calidad de vida en lo personal, social y comunitario.

Para avanzar en este sentido, además de cualificar la atención directa, será necesario revalorizar el cuidado, asegurar las condiciones laborales de los profesionales, generar una política de formación de especialistas que lideren el sector, los centros, los servicios, y progresar con los nuevos sistemas avanzados de gestión, tanto en el ámbito público como privado, se tendrá que generar más y mejor investigación y se tendrá que innovar.



ponencias



Gonzalo Berzosa

LA DIRECCIÓN Y EL LIDERAZGO DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS PERSONALES A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

D. Gonzalo Berzosa Zamallos. Director del INGESS (Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales). Madrid

Un gran activo en las organizaciones de servicios es su capital humano, gestionado por una dirección inteligente. Pero ésta no se improvisa. Su eficiencia no es cuestión de buena voluntad porque el voluntarismo ya no es garantía de éxito. El éxito, que podemos traducirlo como "**eficacia**", depende de la cualificación del personal directivo que se manifiesta en las habilidades que se poseen para desempeñar la tarea directiva alimentada con los nutrientes de una constante y progresiva automotivación.

Las habilidades no sólo hacen referencia a las actitudes que tiene el directivo, es decir a la disposición para hacer su trabajo, sino que también hacen referencia a las aptitudes, al conocimiento que garantiza el saber hacer. El desarrollo eficiente y eficaz de la tarea directiva en las organizaciones de servicios a personas en situación de dependencia, está en relación directa con la formación permanente, que la podemos entender como una acción continua que proporciona a las personas directivas **conocimientos, destrezas y actitudes** para liderar el trabajo planificado a corto y medio plazo.

El liderazgo es un medio, un instrumento al servicio

del plan estratégico de una organización. No es un fin en sí. Es un recurso más en la organización. El dilema de los recursos es quién los tiene, para qué se usan y quién se beneficia de ellos. En referencia al título de esta ponencia, Dirección en Organizaciones de Servicios a Personas Dependientes, me atrevo a afirmar que el recurso del liderazgo puede ser una de las principales herramientas que garantice la eficacia del trabajo cotidiano. A través de ella se va a medir la calidad que es el resultado de un esfuerzo inteligente y colectivo.

"Usted es solamente tan bueno como la gente que usted capacita", esta frase de Leonard Heard escrita en 1987 resume el reto que tiene delante la dirección en las organizaciones de servicios a personas: capacitar en habilidades de atención, de trato, de entender al otro. Pero nadie va a desempeñar bien su trabajo si no tiene un suficiente entrenamiento con el que haya ido desarrollando pautas, ritmos y destrezas para cumplir la tarea directiva. A su vez el entrenamiento será un ejercicio vacío y sin rumbo si no se dispone de la suficiente formación que canalice todos los esfuerzos hacia los objetivos programados.

Antes de continuar reflexionando sobre la función directiva es oportuno señalar que muchas veces lo práctico para un personal cualificado como el que asiste a este curso es una teoría estructurada. Alguien ha dicho que lo más práctico para un profesional en activo es una buena teoría recogida en un texto. Por esta razón voy a aportar un marco de referencia, un telón de fondo sobre la función directiva que señale las sendas por donde va a discurrir la práctica eficaz en el centro de trabajo. Del trabajo cotidiano surgirá una dinámica de cambio en la organización y un proceso de desarrollo en el liderazgo personal ya que la teoría suele llevar a la práctica y a su vez las prácticas suelen corregir y reorientar las teorías.

Es necesario señalar, también, que cuando nos referimos a la dirección en organizaciones de servicios a personas en situación de dependencia, habrá que hacer alguna referencia a algo que distinga de la gestión en

otras empresas también de servicios pero a la comunidad en general. Por supuesto, una residencia de mayores, un centro de personas dependientes, es una organización empresarial y como toda empresa produce algo, ese algo lo produce alguien y ese alguien lo produce con otros. Estos tres ejes son fundamentales en cualquier empresa y por lo tanto también en las organizaciones a las que nos referimos en este encuentro. Comparando, como ejemplo, una organización empresarial que produce coches y una organización de servicios a personas dependientes veremos que esta segunda produce además de atención y cuidado, relaciones, vínculos, encuentros, que son parámetros que miden la calidad del producto, porque posiblemente hoy día la calidad de vida está en relación directa con una buena relación con quienes me rodean y con el entorno en el que vivo.

Las relaciones son las que de alguna manera van a fundamentar la calidad de vida de un colectivo. No siempre el tener muy buen nivel de vida, que se mide por parámetros económicos, significa disfrutar de calidad de vida. Esta segunda, la calidad de vida, se manifiesta más bien en el nivel de relaciones entre las personas, se genera a través de los vínculos que unen, se mantiene en una red de apoyo mutuo, porque el bienestar también se fundamenta en una vida donde predominan vínculos, relaciones y encuentros ya que por experiencia sabemos que nada estimula más a una persona que el encuentro con otra persona.

Por tanto, a la hora de señalar lo diferencial de nuestros centros en la gestión directiva hay que hacer referencia a las relaciones, a los vínculos, a los encuentros, que va a distinguir al gestor, al líder de un centro de servicios personales, del gestor, del líder de un centro que produce camionetas u ordenadores.

Para ello es importante partir de la idea de que la residencia de personas dependientes es un lugar para vivir, es un lugar para residir y no es algo de paso, sino que es tiempo, duración, proyecto comunitario y por consiguiente también desarrollo personal. Una residencia como organización

de servicios personales es una empresa dinámica, un organismo vivo que nace, crece, se desarrolla, sobrevive si toma energía del entorno, o se consume. De alguna manera podríamos decir, que la residencia, como todo organismo vivo, si no se desarrolla se deteriora.

Por otra parte, si hablamos de cultura de empresa en nuestras organizaciones de servicios personales debemos tener claro que la cultura de una empresa es siempre algo más que sus edificios, sus programas, su marketing, sus cuentas de resultados. La cultura de una organización es un clima, una manera de entenderse, las formas de relacionarse, las emociones que se comparten, la vivencia de sentirse aceptado en un grupo. Esto requiere en el directivo la capacidad de generar climas que cultiven la cultura de la relación. Aquí se manifestará el liderazgo. “Bajo la clave adecuada uno puede decir cualquier cosa, bajo la clave inadecuada nada vale. Acertar con la clave es lo esencial” (George Bernard Shaw).

Por eso decimos que el director de un centro de personas mayores dependientes tiene entre otras tareas la de ser el generador de climas, climas que en definitiva son los modos de relacionarse, los niveles de comunicación, el flujo de información, la conciencia de pertenencia a una organización común, la manera de entender el proyecto y la vivencia del espacio y del tiempo.

Desde este marco de referencia me atrevo a plantear cuatro ejes que definen una dirección eficaz en una residencia de personas mayores dependientes:

- 1. Un liderazgo inteligente, es decir, compartido, delegado,** que genere equipos, que desarrolle grupos, que fomente el sentimiento de pertenencia a un proyecto común. Esta tarea se podrá desarrollar entre otros aspectos a través de los tres ejes siguientes:
 - Manteniendo una constante información.
 - Fomentando la cultura del reconocimiento como motivación.

- Compartiendo la solución de problemas.
- 2. Una política de formación del personal,** convencidos de que la formación es una inversión, no es un coste. La formación del personal en todos los niveles, elaborando protocolos de intervención que den seguridad al trabajador y garanticen la intervención. Esta tarea posibilitará dar respuesta a algunas dificultades con las que se encuentran los departamentos de recursos humanos cuando no tienen claro el perfil de un puesto de trabajo, como es el caso del cuidador/a, del gerocultor/a.
 - 3. Trabajar con las familias de las personas dependientes.** La familia, que es el núcleo emocional de la persona que atendemos, suele ser “el convidado de piedra” en los centros y residencias. En la mayoría de los casos, cuando la familia viene de visita se aburren, porque no entienden lo que pasa o no saben que hacer. Y si a este añadimos que pueden estar culpabilizadas porque han tomado o ayudado a tomar la decisión de ingreso, podemos entender su inhibición, su pasividad, su distanciamiento y su poca colaboración.
 - 4. Abrir el centro, la residencia al entorno.** Esta política de puertas abiertas requiere vender un nuevo modelo de residencia, como lugar para vivir, para residir. Como además estos centros disponen de variados recursos como son salas de reuniones, capillas, salones de actos, al ofrecer la posibilidad de ser utilizados en ocasiones oportunas por los diversos colectivos del entorno, se conseguirá que los vecinos entiendan que la residencia es la casa que se puede visitar.

Estos cuatro ejes tienen que estar presentes en el directivo que gestiona una organización de servicios personales a personas dependientes porque dan respuesta a una sociedad compleja, acelerada, competitiva, interactiva y dinámica.

Podemos completar esta visión del liderazgo que se requiere para las organizaciones de hoy con una lectura de la literatura de la gestión empresarial que encontramos en las cuatro últimas décadas. Si nos acercamos a las librerías y bibliotecas encontraremos que en los años 60 los libros de gestión directiva trataban el tema de la **eficacia como valor supremo**. La empresa debía ser eficaz y el directivo tenía que ser su gestor. En la década de los 70 se empezó a hablar de **eficiencia**, no solo había que ser eficaz y cumplir objetivos sino que había que hacerlo bien, es decir con el menor coste y mayor rendimiento. En los años 80, toda la literatura gerencial la encontramos centrada en torno al concepto **organización**, se trataba de planificar, organizar y evaluar para garantizar la cuenta de resultados. Finalmente en la década de los 90 la literatura gerencial tuvo un denominador común: **la información y la comunicación**. Era necesario abrirse al mundo, captar las ilusiones del cliente y comunicarse con sus deseos. A través de la información se generan necesidades a la vez que se mantiene una comunicación que dé respuesta a sus demandas.

Comenzando el siglo XXI es obligado hacernos la pregunta de cuál será el común denominador de esta década de los años 2000. Creo que es acertado afirmar que puede ser la calidad de servicios, la calidad de trato, la calidad de las relaciones. Por eso el telón de fondo en la calidad de atención en las personas dependientes va a ser los afectos. Y es aquí donde va estar el reto de la gestión eficaz, de la dirección inteligente, del liderazgo que demanda la organización de servicios personales.

Si miramos a nuestras organizaciones podemos dar por hecho que cumplen objetivos, es decir son eficaces. También podemos asegurar que trabajan bien, que son eficientes. Además, saben planificar, organizar y evaluar, por lo que están organizadas. Y por último también saben informar al público y vender su imagen, con la que demuestran que se comunican bien con la sociedad. Diríamos que han asimilado la literatura empresarial de las últimas cuatro décadas. Entonces, ¿qué hay que hacer ahora? ¿qué se requiere para desempeñar el nuevo rol de director eficaz? Creo que la

respuesta está en una organización que, además de atender las necesidades sociosanitarias del cliente, desarrolle una nueva línea de atención a los afectos del cliente, fomentando relaciones y manteniendo vínculos.

En este contexto los afectos en una organización de servicios personales se tienen que medir fundamentalmente por el nivel de comprensión en la relación cotidiana. Por lo tanto, la gestión eficaz en la dirección de un centro de personas dependientes tiene que tener en cuenta también trabajar con los afectos de los clientes, de los familiares, de los trabajadores, de los mandos medios, del equipo directivo.

Ésta no es tarea fácil, porque supone tener muy clara la palabra comprensión, no sólo como capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino también como capacidad de devolver ese significado a quien lo vive, para que sienta que se está siendo comprendido. Esto es lo que llamamos empatía. La empatía no sólo es captar los sentimientos del otro, ponerse en el lugar del otro, como se suele decir corrientemente, sino hacerle ver al otro que has captado sus sentimientos. Esto es lo que Karl Roger, en la Psicología Humanista llamaba Comprensión. Por lo tanto una de las habilidades necesarias para desempeñar la función directiva, ser un gestor líder, es la capacidad de comprender a la persona dependiente, al familiar, al trabajador y a uno mismo. Las organizaciones hoy necesitan una dirección que mantenga la capacidad de captar e interpretar los sentimientos propios y ajenos. Es decir, un directivo empático que gestione su liderazgo desde la comprensión.

Estos planteamientos nos llevan a señalar tres aspectos que debemos tener en cuenta. Primero, que la Calidad de Atención en los centros de personas dependientes es también la Calidad de Trato. Segundo, que las habilidades de trato se manifiestan en la capacidad de transmitir comprensión, además de comprender. Tercero, que la comunicación y el trato tienen que ser una tarea cotidiana porque lo único que no pierde el dependiente son los afectos. El dependiente la última memoria que

pierde es la memoria emocional, que es la memoria que primero se graba en una persona cuando somos muy pequeños.

Ante estas reflexiones el directivo debe estar muy atento porque hay 4 escalones que conducen a la pérdida de calidad de trato en una organización de servicios personales a personas dependientes. En primer escalón lo definió Virginia Satir cuando dijo que “todo lo que puede dañar la autoestima dificulta la comunicación”. A partir de este escalón el descenso es vertiginoso: “todo lo que daña la comunicación dificulta la autonomía personal”. Tercer escalón, “sin autonomía personal aumenta el estado de vulnerabilidad de una persona”. Cuarto escalón, “cuando se vive en un estado de vulnerabilidad se instala la indefensión en una persona”. Cuando se lleva a estas profundidades el abandono personal, la inactividad y el aislamiento suelen ser las pautas de conducta del dependiente.

Por lo tanto, el reto del directivo que desea liderar una organización de servicios a personas dependientes, es tratar de generar unos niveles de comunicación y escucha activa en la vida cotidiana de los centros de atención que sirvan de estímulo y reconocimiento para clientes, familiares y personal que desarrolla su trabajo día a día.

Pero, como las dificultades del entorno social y las resistencias personales al cambio son también compañeras de viaje en esta aventura directiva, no podemos olvidar dos aspectos que se complementan y que pueden ser tanto un recurso como una debilidad. El primero nos enfrenta al **principio de realidad**, que señala las limitaciones que acompañan el desarrollo del trabajo en la organización y que a menudo frenan o ralentizan los cambios que desde la dirección se programan. También es cierto que este principio puede encubrir los frenos que una persona se autoimpone, porque ante los cambios nosotros mismos somos, muchas veces, nuestros principales limitadores. Este principio es modificable desde los nuevos patrones del liderazgo que postula modelos nuevos de intervención, siempre que seamos capaces de romper los moldes antiguos desde los

que hemos venido trabajando. Para conseguirlo se requiere contar en la dirección de la organización con personas que tengan entre otras las siguientes habilidades: imaginación, creatividad, actitud resolutiva pro-activa, flexibilidad como herramienta de cambio y confianza en uno mismo.

El segundo aspecto hace referencia a la **motivación**. No hay conducta sin motivación que es el trasfondo psíquico, impulsor, que sostiene la fuerza de la acción y señala su dirección. El directivo que lidera una organización de servicios personales a personas en situación de dependencia debe saber nadar en sus aguas. La motivación, que también podemos definirla como el proceso por el cual la necesidad insatisfecha de una persona genera energía y dirección hacia cierto objetivo cuyo logro se supone habrá de satisfacer la necesidad. Para que se dé en la organización se necesitan dos condiciones: que el directivo tenga cierto grado de satisfacción general con el trabajo realizado y que el objetivo del directivo sea convergente con los objetivos de la organización.

La motivación por lo tanto es un aspecto fundamental, un recurso imprescindible para la gestión eficaz del directivo. La carencia de motivación acarrea frustraciones, genera problemas y siempre frena el cambio. Pero la motivación no se compra en un supermercado ni se alquila en una tienda de disfraces. La motivación se produce por la función multiplicadora de cuatro elementos: primero, los **motivos** que tengo para desempeñar mi trabajo profesional en un centro de personas dependientes. Segundo, los **incentivos** que me reporta el trabajo. Tercero, los **recursos** con que cuento y que dispone la organización para el desempeño de mi trabajo. Y cuarto, el **desarrollo eficaz** de la acción, es decir, la percepción que tengo del trabajo bien hecho. Destaco que los cuatro elementos se comportan como una función multiplicadora, donde basta que uno de los guarismos sea cero para el resultado también sea cero, es decir se bloquee la motivación.

En relación con el desempeño directivo de las cuatro variables de la

motivación comentadas en el párrafo anterior, el liderazgo puede y debe controlar en un centro de servicios personales los incentivos y el desarrollo eficaz de la acción. Esto supone planificar, organizar y evaluar las actividades de tal manera que redunden en beneficio tanto de la persona atendida como de quien atiende. No olvidemos que nada motiva más en una organización de servicios personales que el trabajo bien hecho y valorado por otros.

Ya lo dejó sentenciado Aristóteles cuando dijo: “somos lo que hacemos día a día, de tal manera que la excelencia en nuestro trabajo no depende de unos actos sino de unos hábitos”. Los hábitos, que son comportamientos estables, generan actitudes y conforman la cultura de una empresa al servicio del cliente.

Cuatro hábitos enmarcan la gestión eficaz en una organización de servicios personales a personas en situación de dependencia:

- **Habilidades de relación.** Se basa en un flujo constante de comunicación y escucha activa. Comunicación y escucha con el cliente y su entorno. Comunicación y escucha con los trabajadores, los proveedores, los familiares. Comunicación y escucha con los medios de comunicación.
- **Habilidades de motivación** con los trabajadores. Supone delegar autoridad, discriminar las tareas y saber reconocer las bien realizadas.
- **Habilidades de organización**, es decir, desarrollar equipos de trabajo. Simultanear con los equipos los roles de tutelaje, orientación y delegación.
- **Habilidades de planificación** que redunden en una buena gestión del tiempo.

No puedo terminar sin hacer referencia a Hipócrates que 400 a.C. decía: “antes de atender al enfermo observa en qué entorno vive”. Esta opinión de Hipócrates la podemos traducir en la siguiente pregunta: ¿En qué sociedad, en qué contexto, envejecen hoy las personas que vienen a

nuestros centros? Su respuesta nos dará muchas pistas para entender las nuevas funciones de dirección. Entre otros aspectos del entorno en que viven las personas dependientes podemos señalar seis que justifican el por qué hay que trabajar con sus afectos, sus emociones, sus relaciones a través de una comunicación que forme parte del trabajo cotidiano:

- Se ha socializado la vejez, hoy es fácil vivir muchos años. Ya no se valora tanto el simple hecho de llegar a mayor o muy mayor.
- Ha cambiado el modelo familiar, que es el lugar de las emociones y los vínculos. El dependiente envejece con la familia pero fuera físicamente de ella. La residencia, por tanto, deberá ser un entorno que reproduzca el clima socio-emocional de la familia.
- Se envejece en entornos urbanos. El 80% de la sociedad española envejece en ciudades de más de 100.000 habitantes. Sin embargo, la mayoría de las personas mayores dependientes han nacido en núcleos rurales. La soledad suele ser la cara amarga de la sociedad urbana.
- Se valora envejecer autónomo y en la propia casa. Se asocia la autonomía con la salud y la enfermedad con la dependencia.
- Todos los estudios sociales resaltan el enfoque de género ya que en edades a partir de los 65 años son más las mujeres en situación de dependencia que los varones en los mismos periodos de edad.
- Tanto las personas dependientes, como sus familias, como las organizaciones sociales demandan ser tenidos en cuenta a la hora de ofrecer y valorar servicios de atención personalizados.

Los contextos en los que se da nuestra situación de dependencia son determinantes. Esas diferenciaciones del contexto deben hacer ver a la dirección de los centros que el componente contextual tiene que convivir con la visión estructural que se determina en el plan estratégico. El líder funciona como un helicóptero, está encima de la actividad concreta pero dispone de una visión panorámica de todo el territorio. La dinámica del líder en una empresa de servicios personales es tener una visión universal

con un enfoque local.

Termino como comencé, asegurando que la formación es una inversión en el capital humano de la organización porque el capital humano es uno de los mayores activos en los centros que se dedican a trabajar en empresas de servicios personales. Sin formación no se puede dar respuesta adecuada a las necesidades de bienestar y calidad de vida de los clientes. Para conseguir este objetivo es imprescindible que los directivos se capaciten en el desempeño de su tarea del liderazgo compartido y que se adiestren en el manejo de técnicas y habilidades más acordes a los cambios sociales.

El éxito de su aprendizaje va a depender sobre todo de tres factores: **la inteligencia** del directivo o lo que es lo mismo su capacidad de asimilación; **el método**, según el cual se desarrolla el proceso de aprender, que en este caso debe ser a través de la propia práctica; y **la motivación**, que incita a incorporarse a una dinámica de cambio y elaboración de una nueva cultura de atención personalizada.

El tercer factor es el más importante. En él se concentra el reto de los responsables de la organización, que deben saber elegir a la persona adecuada para desempeñar las tareas de dirección que deben redundar en un cambio organizacional en búsqueda de la excelencia. Para acertar en la selección de esa persona existen algunos indicadores que aportan elementos para atinar en la decisión. Señalamos algunos:

- **Tratamiento de la información.** Mide cómo maneja el candidato la información que se genera día a día en los centros, de arriba a abajo, de abajo a arriba, con las familias, con los trabajadores, con el equipo PAR y con la sociedad. El tratamiento de la información unifica la dinámica de funcionamiento de un centro y se convierte en parte fundamental de la cultura de la empresa.
- **Actitud resolutive.** Mide la capacidad de decidir del candidato. Los

objetivos en una organización de personas en situación de dependencia siempre se manifiestan en tres niveles diferenciados:

- > Nivel socio-político, que hace referencia al papel que cumple la organización en la sociedad.
 - > Nivel de proyecto global, que hace referencia al catálogo de servicios que se oferta a la persona dependiente.
 - > Nivel de vida cotidiana, que hace referencia a los ritmos y los tiempos en la atención día a día.
- **La constancia.** Ésta es una habilidad de la inteligencia emocional, que se mide a través de la capacidad de iniciar y terminar un proyecto. Porque lo que uno inicia y se termina generalmente genera estima del yo, es decir autoestima, por lo que la constancia en el directivo tiene un componente psicológico de autoafirmación y valoración personal que genera confianza en uno mismo y manifiesta seguridad y autonomía.
 - **Trabajar en equipo.** Mide la capacidad de delegar, de confiar en otros, de optimizar recursos, de construir sinergias.

Henry Ford solía decir a sus trabajadores: **"Quien deja de aprender es viejo, ya sea que tenga veinte u ochenta años. Quien continúa aprendiendo, sigue siendo joven. Lo más importante en la vida es conservar las ganas de cambiar"**. Podemos añadir que una manera de conseguirlo es que el directivo tenga ilusión por trabajar bien, que sepa nutrirse de estímulos en las relaciones con los demás y que se mantenga abierto a los cambios sociales. Una máxima de Winston Churchill resume con certeras palabras lo que estamos diciendo: **"Mejorar significa cambiar. Ser perfecto significa cambiar frecuentemente"**. Éste es el perfil de la dirección y del liderazgo en una organización de servicios personales a personas en situación de dependencia.

Podemos afirmar con toda rotundidad que el liderazgo en estas organizaciones se manifiesta en la **gestión del cambio**. Y con la misma seguridad podemos asegurar que todo cambio produce una serie de resistencias que se manifiestan de tres maneras: uno, en uno mismo; dos, en los equipos y grupos sociales con los que trabajamos; y tres, en la propia estructura de la organización. Una manera sencilla de ejemplificarlo es observar cómo, cuando desarrollamos nuestra tarea cotidiana, lo fácil suele ser repetir lo que hacemos todos los días y lo difícil modificarlo. Por eso la rutina impone unas maneras de hacer con las que nos sentimos seguros. A su vez los clientes y sus familias desconfían a menudo de las innovaciones y suelen rechazar los cambios. Y no digamos nada cuando los frenos parten de la propia organización, que se resiste a incorporar nuevos modelos de hacer, más acordes a los nuevos clientes y las necesidades emergentes de una sociedad en cambio.

Luchar contra estas resistencias es una de las tareas del liderazgo que proponemos. Desmitificar los miedos, informar de lo positivo y experimentar otras formas de actuar es hoy algo que debe acompañar a la gestión directiva y a las tareas de un liderazgo organizacional que dé respuestas a las necesidades emergentes de los clientes actuales y de los nuevos que se incorporarán en los próximos años.

No es tarea fácil. Es un reto y hay que atreverse a plantarle cara por el bienestar y la calidad de vida de los clientes. Un pensamiento de Concepción Arenal nos puede animar a conseguirlo: **“Todas las cosas son imposibles, mientras lo parecen”**.



Teresa Martínez

DEFINICIÓN DE MODELOS RESIDENCIALES Y CONVIVENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: DE LA IMPORTANCIA DE LO FÍSICO Y ARQUITECTÓNICO A LO CUALITATIVO Y EL ESTILO DE ATENCIÓN

D.^a Teresa Martínez Rodríguez. Jefa del Área de Planificación y Programación. Dirección General de Atención a mayores, discapacitados y personas dependientes. Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias

1. INTRODUCCIÓN

En esta colaboración se abordan distintas cuestiones que tienen relación con el título de la ponencia que, a modo de conclusión general, resume uno de los aspectos clave en la mejora de la calidad de los recursos de atención a personas mayores: el paso, en el diseño de los recursos, de centrar la importancia en las condiciones físicas y arquitectónicas, a poner en valor diversas cuestiones de índole más cualitativa, como es el estilo de atención dispensada.

Para ello, en primer lugar se ofrece una visión resumida de la evolución y situación actual de los recursos de alojamiento para personas mayores en nuestro país.

En segundo lugar, se hace referencia al conocimiento generado en el ámbito de la gerontología como criterio básico para la definición de modelos.

Seguidamente, se expone una cuestión básica en el

tema que nos ocupa: los principios que deben guiar la atención de los recursos y los criterios profesionales de intervención que, en coherencia, deben contemplarse.

Finalmente, se realiza una aproximación de la atención en un recurso de alojamiento, vista como un proceso, metodología que facilita trazar la intervención desde la óptica de la mejora continua de la calidad.

2. PANORÁMICA NACIONAL ACTUAL DE LOS RECURSOS DE ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES

El desarrollo de los servicios de atención social a las personas mayores en nuestro país, se ha venido caracterizando por un importante predominio del modelo de atención residencial.

Todavía hoy día, a pesar de ser objeto de un amplio consenso apostar por el desarrollo de recursos y servicios que permitan a la persona mayor permanecer en su propio entorno, el recurso más extendido siguen siendo las plazas de alojamiento permanente, y dentro de ellas las residencias. En este sentido los datos oficiales presentados por el Observatorio de personas mayores referidos a enero de 2005 (IMSERSO, 2006) muestran que aun siendo claramente insuficiente el nivel actual de desarrollo de los distintos recursos de atención a los mayores, el índice de cobertura (nº de plazas para cada 100 personas de 65 y más años) de plazas de alojamiento se sitúa en el 3,86, frente a otros recursos que, teniendo gran importancia de cara a apoyar la permanencia de las personas mayores en su medio habitual de vida, tienen una menor implantación (el servicio de ayuda a domicilio 3,50; la teleasistencia 2,84 o los centros de día 0,54). Esta misma fuente señala que, de un total de 289.948 plazas de alojamiento (la cifra incluye plazas públicas y privadas), el 97,7% son de plazas en residencia, frente a un 2,3% de plazas en distintos dispositivos aglutinados bajo la denominación de alojamiento alternativo, en cuanto que supone una apuesta diferenciada del modelo institucional residencial.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el conjunto de centros residenciales destinados a la atención de personas mayores existentes en todo el territorio nacional no responde a un modelo uniforme, existiendo importantes diferencias en lo que atañe a su conceptualización.

Desde el impulso que en los años ochenta recibió la construcción de residencias para personas mayores no dependientes (las entonces denominadas “residencias para válidos”), gran parte de las actuales plazas residenciales de nuestro país siguen centrando sus servicios a este perfil de usuarios, cumpliendo una función básicamente hostelera. Aunque paulatinamente estos centros van adaptándose al paso del tiempo y a las necesidades que acompañan las situaciones de dependencia funcional, según los datos del Observatorio de Personas Mayores, en enero de 2005, sólo el 48,6 de la oferta se destinaba a la atención de las personas mayores dependientes.

Dentro de las residencias dirigidas al cuidado y atención de las personas dependientes, unos centros mantienen un importante enfoque institucional donde el objetivo clínico-asistencial es el principal, mientras que otros avanzan como recursos sociosanitarios prestadores de servicios desde un enfoque donde los aspectos psicosociales y de integración en la comunidad cobran mayor relevancia.

En esta segunda visión del centro residencial es pertinente recordar la definición de residencia para personas mayores ofrecida por Pilar Rodríguez a finales de los 90, “centro gerontológico abierto de desarrollo personal de atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”, donde se pone de relieve los aspectos más importantes de su conceptualización (Rodríguez, 1999).

Frente al modelo residencial tan extendido en nuestro país, existen otros dispositivos, enmarcados en el mencionado modelo de alojamiento alternativo, que surgen como respuesta a los inconvenientes de los modelos residenciales institucionales.

Siguiendo la caracterización del mismo, recogida en el Libro Blanco sobre la Dependencia (IMSERSO, 2005), el modelo de alojamiento alternativo incorpora distintos dispositivos que tienen en común los siguientes elementos:

- a) Convivencia en grupos reducidos.
- b) Diseño “hogareño”, evitando reproducir ambientes institucionales.
- c) Ubicación en el entorno habitual de vida, evitando el desarraigo del medio.
- d) Incorporación de sistemas de tutela.
- e) Integración en la red local de servicios sociosanitarios.

Siguiendo este documento, dentro del modelo de alojamiento alternativo pueden diferenciarse los siguientes recursos:

- a) **Acogimiento familiar.** Las personas mayores se integran en una familia diferente a la propia. La familia recibe una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía. Suele consolidar apoyos informales previos.
- b) **Apartamentos.** Son viviendas unipersonales o bipersonales que cuentan con servicios de apoyo, en función de las necesidades de apoyo de la persona.
- c) **Viviendas tuteladas.** Viviendas en las que un reducido número de personas (4-12) conviven en ambiente “cuasi-familiar”, contando con algún tipo de tutela.
- d) **Unidades de convivencia.** Se inscriben en la red europea “Salmón”, iniciativa desarrollada en el ámbito de la atención personalizada a las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Posibilitan la convivencia en grupos reducidos y en contextos normalizados de la comunidad. Apuestan por un abordaje terapéutico del deterioro leve, desde el mantenimiento de las actividades de la vida cotidiana y la estimulación de las capacidades preservadas. Se enfatiza la preservación de la dignidad individual, el respeto a los

derechos y deseos de las personas, la escucha empática y el refuerzo de la autoestima. Cobra una especial relevancia la cualificación e implicación de los profesionales de atención directa, así como el papel de las familias.

Los recursos que aglutina este modelo alternativo tienen una escasísima implantación en nuestro país, y además los pocos que existen se destinan fundamentalmente a las personas que tienen preservada su autonomía funcional. Al contrario de la actual situación española, en otros países del ámbito europeo (países nórdicos, países centro-europeos) estos diseños alternativos son tenidos cada vez más en cuenta, en cuanto que se consideran alternativas que ofrecen una importante mejora en las condiciones de calidad de vida de las personas dependientes, frente al tradicional modelo institucional.

A modo de conclusiones respecto a la situación nacional actual en lo que toca al presente y futuro próximo de recursos de alojamiento para personas mayores, me atrevo a apuntar algunas “luces” y algunas “sombras”. Respecto a las tendencias positivas que se observan en la evolución de los recursos de alojamiento para personas mayores en nuestro país, me gustaría destacar lo siguiente:

- Se avanza en la atribución social que entiende la atención a las personas mayores en residencias como un logro derivado del progreso en el bienestar social y como la consecución de derechos para los ciudadanos/as, frente a concepciones que identifican la residencia con la idea del “asilo” caritativo ante estados carenciales.
- Existe acuerdo en destinar las residencias para las personas mayores con dependencias que ya no pueden vivir en su medio habitual.
- Se va progresando en concebir las residencias como lugares de atención no sustitutoria al cuidado familiar, sino complementaria.
- Se tiende a la búsqueda de la atención personalizada y a centrar la gestión en las necesidades de las personas (enfoque de la calidad).
- Cada vez existe una mayor sensibilización sobre la importancia de la protección de los derechos individuales (intimidad,

autodeterminación, dignidad) y la intervención profesional que concilia la necesidad de ayuda y asistencia con el fomento del empowerment.

Sin embargo, quiero destacar también algunos aspectos que ensombrecen el presente y pueden determinar la evolución a corto y medio plazo de los recursos de alojamiento para personas mayores en nuestro país:

- La necesidad urgente de creación de nuevas plazas y la generalizada apuesta por construir centros de gran capacidad.
- La práctica inexistencia de dispositivos de alojamiento alternativo para personas dependientes, cuyas ventajas se infravaloran y automáticamente son desestimados para este grupo de población, por su mayor coste.
- La rigidez de las organizaciones donde los derechos y condiciones laborales dificultan la orientación de la atención hacia los derechos y necesidades de las personas.
- La insuficiente definición de modelos que sustenten la intervención que en los recursos se ofrece y la escasa atención al conocimiento existente.

3. ELEMENTOS EN LA DEFINICIÓN DE MODELOS DE RECURSOS Y EL CONOCIMIENTO GENERADO COMO CRITERIO BÁSICO EN LA DEFINICIÓN DE LOS MISMOS

Los recursos deben estar diseñados según modelos previamente definidos, evitando la heterogeneidad procedente de la improvisación (no la necesaria flexibilidad que requieren los recursos).

En la Tabla nº 1 aparecen los distintos elementos que deben contemplarse a la hora de definir los modelos de recursos. En **negrita** aparecen destacados los elementos, que según mi parecer, en la práctica suelen ser más desatendidos y desempeñan un papel clave en lo que se refiere a cuestiones relacionadas con la calidad de un recurso.

- **Misión / Objetivos**
- **Principios fundantes y criterios de intervención derivados**
- Personas destinatarias
- Ámbito de cobertura
- Sistema de acceso
- Características físicas
- Cartera de servicios
- **Aspectos funcionales / metodológicos**
- Modalidades asistenciales
- Precio y copago
- Provisión
- Gestión
- Inspección
- **Gestión / Evaluación de la calidad**

Tabla nº 1. Elementos principales en la definición del modelo de un recurso de atención gerontológica

Con gran acierto, Pilar Rodríguez ha señalado (Rodríguez, 2006) que una condición imprescindible en la definición de los modelos de atención a las personas dependientes es que éstos estén sustentados en el conocimiento existente. Para ello, esta autora, recomienda recurrir tanto a las evidencias empíricas halladas como a los consensos internacionales existentes en la materia, sin olvidar las preferencias y deseos de la ciudadanía recogidos tanto a través de encuestas, estudios, como desde los órganos de participación de las propias personas mayores.

La adaptación y satisfacción de las personas mayores que viven en residencias viene siendo objeto de estudio desde hace ya varias décadas.

En este sentido se han señalado riesgos de la institucionalización, en cuanto que suele suponer para la persona mayor una importante ruptura con su estilo y espacio habitual de vida, pudiendo producirse a consecuencia de ello efectos negativos tanto en el bienestar del individuo como en su estado de salud (San Juan, 1998).

Al respecto, distintas investigaciones señalan como un importante predictor de la adaptación y del bienestar subjetivo de las personas mayores, que viven en centros residenciales, la existencia de congruencia entre distintas variables ambientales del centro (arquitectónicas, de espacio físico, organizativas, de equipamiento) y las características y necesidades de la persona (Nehrke y Cols, 1981).

Por ello, y con el propósito de evitar los riesgos que conlleva la institucionalización, es fundamental que los centros residenciales (tanto desde el punto de vista físico como organizativo) se diseñen teniendo en cuenta el conocimiento científico existente, de modo que se optimicen las condiciones que favorezcan la salud y el bienestar de las personas que allí viven.

En el Cuadro nº 1 se exponen, a modo de guía, algunas referencias de interés en el asunto que nos ocupa, con el objeto de que puedan ser consultadas, ya que la extensión de esta colaboración impide ahondar en cada una de ellas.

(Ver Cuadro nº 1 en la página siguiente).

- Análisis de los factores antecedentes de la conducta dependiente (Baltes y Wahl, 1990 a)
- Modelo de los estereotipos de los cuidadores como generadores y mantenedores del exceso de dependencia (Little, 1988)
- Modelo del envejecimiento competente (Rowe y Kahn, 1987)
- Modelo de Selección-Optimización-Compensación (Baltes, 1990 b)
- Modelo ecológico de Bronfrenbrenner (Bronfrenbrenner, 1979)
- Modelos de congruencia (Kahana, 1980 y Carp, 1987)
- Modelos de competencia (Lawton, 1986)
- Modelo ecológico social (Moos y Lemke, 1979)
- Modelo ecológico conductual (Fernández-Ballesteros, 1986)
- Dominios de la calidad de vida (Shalock y Verdugo, 2003)
- Áreas de calidad de vida en la vejez (Fernández-Ballesteros, 1997)
- Modelo europeo calidad (EFQM, 1999)
- Modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002)

Cuadro nº 1: Modelos y evidencias empíricas de interés en el diseño de las intervenciones psicosociales en gerontología social

Distintos enfoques o modelos, muchos de ellos complementarios entre sí, aportan conclusiones de relevancia a tener en cuenta en el diseño de recursos residenciales para personas mayores. Cabe destacar resumidamente los siguientes: a) las aportaciones procedentes de modelos de aproximación psicosocial, donde se pone el énfasis en la interacción entre las variables psicológicas y sociales (frente a modelos reduccionistas que infravaloran la multidimensionalidad biopsicosocial del individuo) como factores de peso a la hora de explicar la conducta humana, y con ello, en la planificación de las intervenciones; b) los modelos basados en

la interacción persona-ambiente, que analizan la interdependencia entre ambos y cómo se produce la correspondiente adaptación sujeto-ambiente; c) las aportaciones de modelos basados en el constructo de calidad de vida, dirigidas a identificar las principales áreas o dominios relevantes para delimitar el significado de dicho concepto; d) los modelos de gestión orientados hacia la búsqueda de la excelencia o calidad total de las organizaciones, y e) el modelo del envejecimiento activo formulado por la OMS, fruto del consenso internacional, y que se convierte en un potente paradigma no sólo para orientar el diseño de las macro-políticas en el ámbito del envejecimiento mundial sino también de gran aplicabilidad en el diseño de centros y programas.

Asumir y desarrollar las propuestas del modelo del envejecimiento activo, así como las derivadas del conjunto de conocimiento científico generado, en la red de recursos de atención gerontológica implica aceptar grandes retos e introducir importantes cambios en nuestras organizaciones.

Como se indicaba anteriormente, no debemos olvidar y tener en cuenta las preferencias de la ciudadanía. En este sentido sólo recordar algún dato de la Encuesta Nacional 2004 sobre apoyo informal a personas mayores, donde éstas se manifiestan tanto sobre la preferencia sobre los cuidados deseados al llegar a necesitarlos (sólo el 13% manifiesta querer ser atendido en una residencia) o sobre el tamaño de la residencia ideal (sólo el 12,5% eligen las residencias grandes, de capacidad superior a 90 plazas, siendo la preferencia mayoritaria los dispositivos de tamaño reducido que permitan un ambiente más familiar).

4. PRINCIPIOS REGIDORES DE LA ATENCIÓN Y CRITERIOS PROFESIONALES DE INTERVENCIÓN

Además de que la intervención psicosocial se fundamente en modelos avalados empíricamente, debe sustentarse en una serie de principios

básicos que permitan explicitar tanto los criterios de actuación profesional como los aspectos de la intervención que se reconocen como valores. Por ello, todos los recursos que se dirigen a proporcionar atención a las personas deben estar basados en una serie de principios explícitos y compartidos por los integrantes del sistema de intervención (Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, 2000, 2001, 2003; Gobierno Francia 2003; Rodríguez 2006).

Los principios hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y sientan la filosofía de la atención. Constituyen el eje alrededor del cual deben girar las intervenciones que se desarrollen y, por tanto, éstas han de estar siempre supeditadas al cumplimiento de los principios. Los criterios tienen que ver con el desarrollo profesional, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se desarrollan para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores. Los principios y los criterios están estrechamente interconectados; diríamos que se reclaman recíprocamente: al enunciado de un principio, se adscriben uno o varios criterios. Así se logra que los principios inspiradores se concreten y afiancen para posibilitar mejor su cumplimiento efectivo. Todos los agentes y actores del proceso de intervención (la persona mayor, el equipo profesional y las familias) deben tener conocimiento y sentirse partícipes de esta filosofía de atención para el cumplimiento de sus fines y para poder consensuar objetivos y desarrollar actuaciones significativas y coordinadas. Éste es uno de los aspectos de la intervención, que en ocasiones se obvia, y que es básico para mantener actuaciones profesionales coherentes y evitar que se produzcan conflictos de intereses (como por ejemplo cuando en la toma de decisiones colisionan argumentos o alternativas derivadas de una orientación hacia las personas usuarias del centro con otros centrados exclusivamente en las condiciones laborales). A continuación, en la Tabla nº 2 se enuncian los principios básicos que deben guiar el diseño y organización de los recursos gerontológicos: a) competencia y autonomía; b) participación; c) integralidad; d) individualidad; e) integración social; f) independencia y bienestar; y g) dignidad. Para cada uno de ellos se incluyen los principales criterios de intervención,

que de ellos se derivan, a tener en cuenta en los centros residenciales de personas mayores.

A) PRINCIPIOS DE COMPETENCIA Y AUTONOMÍA

Las personas mayores tienen capacidades, con independencia de los apoyos que precisen, para desarrollar actuaciones competentes.

Las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida, y por tanto, actuar con libertad.

- **Criterio de diversidad**

- > Las planificaciones generales deben contemplar diseños de recursos de alojamiento diversos que ofrezcan respuestas y apoyos no uniformes donde la capacidad de elección de cada persona se respete y quede garantizada.
- > El diseño de cada centro residencial debe mantener una oferta diversificada y flexible.
- > Las metodologías de trabajo deben permitir que las personas usuarias muestren sus preferencias y puedan elegir ante opciones diversas relacionadas con los procesos cotidianos que les afecten.

- **Criterio de promoción y visibilización de las capacidades**

- > Los profesionales deben tomar conciencia sobre la necesidad de promocionar comportamientos autónomos, evitando tutelajes innecesarios que pueden conducir a lo contrario, es decir, al fomento de la dependencia de las personas mayores. Desde estrategias y metodologías basadas en el fomento del “empowerment”, el papel del profesional pasa de ser un “hacedor” a un proveedor de

apoyos, conocimientos y habilidades que capaciten o apoyen a las personas hacia el mayor grado de independencia y autonomía posible.

- > Es necesario visibilizar y difundir en la sociedad una visión no estereotipada de las personas mayores que viven en residencias, libre de clichés negativos que rezan exclusivamente sobre la enfermedad, el deterioro, la dependencia, o la incapacidad de aprender de las personas mayores y que frecuentemente son interiorizados tanto por ellas mismas como por los profesionales y el conjunto de la sociedad.

B) PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN

La persona mayor, como individuo, tiene derecho a estar presente en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.

Las personas mayores, como grupo social, deben ser tenidas en cuenta como un capital humano que contribuye activamente al desarrollo social.

• Criterio de promoción del empowerment

- > Es imprescindible trabajar desde estrategias de desarrollo del empowerment, entendiendo éste tanto desde su dimensión individual como grupal.
- > Se debe impulsar una política participativa de las personas creando y consolidando sistemas o cauces que la posibiliten.
- > Se debe garantizar la participación de cada una de las personas a las que se dirigen los respectivos planes de apoyo, tanto en la fase de diseño como en la de aceptación.

- **Criterio de interdisciplinariedad**

- > El proceso de intervención ha de concebirse desde el concepto del trabajo en equipo, donde todos sus integrantes actúan desde una metodología interdisciplinar.

C) PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD

La persona mayor es un ser multidimensional donde interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

- **Criterio de globalidad**

- > La atención que se ofrezca en los centros residenciales debe satisfacer el conjunto de necesidades de la persona, contemplando además de las necesidades básicas, las sociales y emocionales.
- > El concepto de globalidad ha de presidir todo el proceso de intervención, entendiendo éste desde una dimensión sistémica donde interactúan los diversos agentes del proceso: persona mayor, profesionales, familia, ambiente (físico y psicosocial) y contexto comunitario.

D) PRINCIPIO DE INDIVIDUALIDAD

Todas las personas mayores son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos de ciudadanía, pero cada una de ellas es única y diferente.

- **Criterios de atención personalizada y flexibilidad**

- > La intervención debe ser personalizada, de modo que el desarrollo de los programas específicos de intervención den ajustada respuesta a las diferentes y cambiantes necesidades de apoyo que presenten las personas a lo largo de su estancia en los centros.
- > La atención y el plan individualizado de intervención han

de tener siempre en cuenta el estilo de vida de la persona, respetando sus preferencias socioculturales.

- > La residencia debe tender a adaptarse a las necesidades específicas de los usuarios -y no viceversa- ofreciendo, dentro de las posibilidades reales, programas diversos y adaptables acompañados por intervenciones personalizadas.
- > La flexibilidad ha de ser una constante en los planes de atención individualizada de los usuario/as y en los programas que desarrolle el centro.

E) PRINCIPIO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos. Por ello, han de tener acceso y posibilidad de disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan en igualdad con el resto de la población.

• Criterios de apertura e integración comunitaria

- > Los centros residenciales deben concebirse, y con ello articularse, en recursos abiertos a la comunidad. Deben proyectar esta apertura en una doble dirección: diseñar programas y organizar actividades en otros espacios en colaboración con otros recursos comunitarios, a la vez que abrir los programas y servicios del centro al conjunto de ciudadanos y ciudadanas.
- > Desde las residencias se debe impulsar la oportuna coordinación con el conjunto de recursos del territorio (sociales, sanitarios, culturales, educativos, etc.), optimizando las intervenciones profesionales y evitando actuaciones duplicadas con otros recursos de la red.
- > Se deben priorizar las experiencias y enfoques intergeneracionales como metodología de intervención,

de modo que se favorezca una visión realista, ajustada y positiva de los diferentes grupos de edad, avanzando en una sociedad incluyente.

- > Es importante fomentar la conexión y el acercamiento de las personas mayores a los nuevos temas y fenómenos que en la sociedad van surgiendo. Para ello hay que procurar que las personas mayores permanezcan informados/as de los temas nuevos y fenómenos emergentes, así como que accedan a la innovación y a las nuevas tecnologías, algo esencial para evitar el distanciamiento generacional y que éstas no se sientan desbancadas en el mundo actual.

F) PRINCIPIOS DE INDEPENDENCIA Y BIENESTAR

Las personas mayores han de tener acceso a programas de información y formación dirigidos a la promoción de su salud y a la mejora de su bienestar personal. Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, incluso cuando presenten grados importantes de afectación y discapacidad, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y mejoren su bienestar subjetivo.

• Criterios de prevención y rehabilitación

- > Desde los centros residenciales se debe impulsar y coordinar distintas actuaciones de promoción de la salud y de prevención de la dependencia a través de la información y la formación de las personas usuarias, y de sus familias, en cuestiones relacionadas con el desarrollo de hábitos saludables y con la mejora del bienestar personal.
- > En lo que se refiere a la atención a las personas mayores en situación de dependencia, es imprescindible

abandonar las creencias erróneas que rezan sobre la ineficacia de la intervención en las personas gravemente afectadas y, por ende, proponerse un reajuste permanente de los objetivos, siendo la calidad de vida el eje que debe vertebrar los mismos.

G) PRINCIPIO DE DIGNIDAD

Las personas mayores tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentran con respecto a su capacidad funcional.

- **Criterio de incorporación de valores éticos en la atención profesional**

- > La ética profesional ha de estar siempre presente en todo el proceso de intervención. La práctica profesional debe estar impregnada de un profundo respeto a los derechos humanos, donde se defiendan la privacidad, la intimidad, la dignidad, el respeto a la diferencia y a la libertad personal, a la par de desechar actitudes sobreprotectoras y actuaciones que puedan caer en la infantilización de las personas adultas.

Tabla nº 2: Principios y criterios de intervención en los recursos de alojamiento de personas mayores (Adaptado de Rodríguez, 2006)

5. LA ATENCIÓN EN UN RECURSO DE ALOJAMIENTO, VISTA COMO UN PROCESO

Desde la óptica que centra su mirada en la mejora continua de la calidad, como es la que ofrece el modelo de calidad europeo (EFQM, 1999), se propone la idea de que las intervenciones sean concebidas como ciclos en los que se sucedan periódicamente cuatro fases: Planificación-Acción-Evaluación-Ajuste (Figura nº 1). Son los denominados ciclos P-D-C-A (Planification-Doing-Control-Adjustement) o ciclos de Deming, metodología dirigida a favorecer la mejora continua en la gestión de las organizaciones y en la calidad de sus productos.

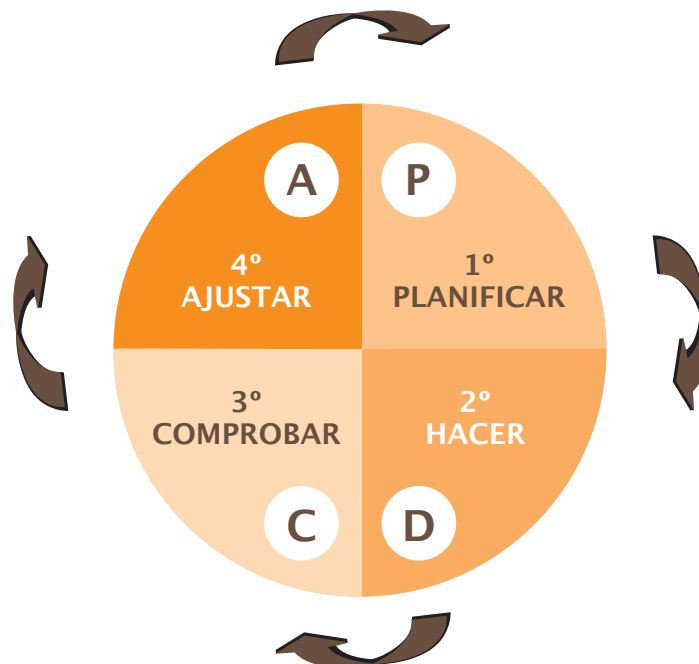


Figura nº 1: Ciclo PDCA para la mejora continua

Trasladando esta idea a los recursos sociales, y entendiendo en este caso la atención en una residencia de personas mayores como un proceso, se pueden identificar los distintos cometidos a desarrollar en el mismo a lo largo de estas cuatro fases. Nos detendremos especialmente en la fase de planificación.

I. Fase de planificación

Se dirige a definir, describir o diseñar los elementos clave de la intervención. Los principales cometidos a desarrollar en esta fase son:

- a) Definición de la tipología de las personas usuarias y los criterios de acceso al recurso. Se refiere a la especificación del perfil de usuario a quien se dirige el recurso así como los criterios concretos de acceso.
- b) Definición de la misión del centro y delimitación de sus objetivos. La misión es la finalidad principal del recurso, el fundamento que justifica su existencia. Los objetivos hacen referencia a aspectos más concretos sobre los que el centro articula su intervención y que tienen que ver con los diferentes agentes del sistema (personas mayores usuarias del centro, familias y profesionales).
- c) Enumeración de los principios que rigen la atención y de los criterios profesionales que de ellos se derivan. Es fundamental que en cada centro se expliciten los principios básicos que rigen la atención allí ofrecida así como los criterios de intervención que, en coherencia, de ellos se deducen.
- d) Identificación y descripción de los procesos asistenciales operativos. Un proceso puede definirse como una secuencia de actividades que desarrollan una o varias personas para proporcionar un resultado a un destinatario, aportando valor.
En las organizaciones que plantean su gestión desde esta metodología se distinguen tres niveles de procesos: los estratégicos, los operativos

y los de apoyo.

Los procesos estratégicos tiene que ver con directrices generales de planificación y están vinculados al ámbito de las responsabilidades de dirección de un recurso determinado. Los procesos operativos, también denominados procesos clave, son los que se consideran de especial relevancia para ofrecer una adecuada atención a las personas usuarias. Constituyen el eje central de la prestación del servicio y se sitúan en relación directa con la misión del centro. Constituyen el cómo los distintos recursos del centro se organizan para ofrecer atención en los aspectos considerados clave de una forma satisfactoria, indicando en cada proceso desde la entrada a la salida el flujo de actividades secuenciadas. Finalmente los procesos de apoyo son todos los que dan soporte a los procesos operativos, teniendo que ver con cuestiones de carácter más transversal.

En la Figura nº 2 aparece una propuesta de elaboración propia que representa los procesos en un centro residencial para personas mayores. Como procesos estratégicos se sitúan la planificación estratégica, la comunicación (externa e interna), la integración del centro en la comunidad, las estructuras para el trabajo en equipo en el centro, y el fomento de la participación (personas mayores y familias). Como procesos clave u operativos aparecen la atención a usuarios/as (personas mayores) y la atención a familias, los cuales a su vez, se componen de diversos subprocesos. Como procesos de apoyo están la formación e implicación de los profesionales, la adecuación ambiental del centro, la gestión de otros servicios (cocina, lavandería, recepción, limpieza, mantenimiento, recursos humanos, etc.) y el registro de información / evaluación.



Figura nº 2. Procesos en una residencia para personas mayores

La metodología de los procesos cada vez tiene una mayor presencia en el campo de los servicios sociales, y progresivamente, los centros van optando por una gestión orientada hacia la calidad total. Sin embargo, en los centros de atención social está muy extendido el enfoque de trabajo desde la definición y diseño de programas de intervención, y por ello, en ocasiones, se aprecia una dificultad a la hora de integrar ambas metodologías. Al respecto considero importante realizar algunas reflexiones y propuestas. Procesos y

programas son miradas diferentes y pueden manejarse de forma complementaria en la gestión de un centro. La óptica de los procesos pone el peso en cómo los distintos recursos del centro se ordenan eficientemente desde una secuencia determinada, siendo necesario delimitar para cada proceso tanto la entrada como la salida, mostrando el flujo de la organización y el modo de lograr una dinámica eficiente en los aspectos que se han considerado principales en la gestión del recurso y básicos para garantizar el cumplimiento de la misión del centro. La metodología basada en el diseño de programas de intervención, más estática y descriptiva, se centra fundamentalmente en la descripción del conjunto de actividades que han de llevarse a cabo para conseguir objetivos específicos de intervención propuestos, teniendo en cuenta tanto la temporalización como los recursos existentes para ello.

La metodología de intervención basada en el diseño de programas debe entenderse desde la integración en una óptica más general de gestión de procesos. Para facilitar esto propongo acotar el término programa, cuya acepción general es amplia y puede llegar a altos niveles de complejidad, y circunscribirlo en el nivel de diseño de centro a la descripción del conjunto de actuaciones técnicas coordinadas, así como de los recursos necesarios, para cumplir objetivos específicos de intervención, de modo que a su vez, están relacionados y forman parte de algunos de los procesos (o en su caso subprocesos) definidos.

- e) Descripción de servicios y programas de intervención. Los servicios y programas conforman la denominada carta o cartera de servicios que un centro ofrece. Constituyen el qué de la oferta del centro. Deben ser descritos recogiendo los objetivos de cada uno de ellos, los criterios y condiciones para su acceso o su uso (si existen) por parte de las personas usuarias, las actividades o actuaciones que incluyen, su temporalización, así como los recursos materiales y

humanos que implican.

En la Tabla nº 2 se recogen los principales servicios y programas de intervención que deben ser contemplados en un recurso de alojamiento para personas mayores.

SERVICIOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento • Manutención • Atención médica • Atención de enfermería • Asistencia AVD • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Podología • Atención psicológica • Atención social • Educativo-culturales • Ocio recreativo • Animación sociocultural • Peluquería • Transporte accesible • Acompañamiento a gestiones
NÚCLEO DE INTERVENCIÓN	PROGRAMAS
Persona mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al centro • Promoción salud • Prevención enfermedades

	<ul style="list-style-type: none">• Prevención accidentes• Promoción autonomía funcional en las AVD• Promoción de la autodeterminación de las personas mayores en los procesos cotidianos• Enfermedades crónicas• Intervención funcional• Intervención cognitiva• Intervención psicoafectiva• Promoción relaciones sociales• Formación permanente• Programación cultural• Programación de ocio recreativo• Programación deportiva
Familia	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo a la adaptación• Formación• Grupos de apoyo y autoayuda• Participación en actividades y programas• Apoyo al duelo
Ambiente	<ul style="list-style-type: none">• Adecuación del entorno físico• Mejora clima social• Promoción de oportunidades y capacidades para la participación (personas mayores, familias y profesionales)

- f) Diseño de protocolos de evaluación. El diseño de protocolos hace referencia tanto a los protocolos de evaluación individual como a los protocolos de evaluación de los programas o del centro en general.
- g) Diseño de los protocolos de intervención. Distintas actividades o situaciones que pueden suceder en un centro (accidentes diversos, urgencias sanitarias, intentos de suicidio, agresiones...) requieren la elaboración de protocolos (procedimientos de actuación que pormenorizan paso a paso lo que se ha de hacer) con el objeto de guiar y unificar el modo específico de actuación profesional que en esos casos se requiere.

II. Acción (procesos asistenciales clave y subprocesos)

En esta segunda fase es cuando se lleva a cabo la intervención planificada, teniendo un especial peso los procesos operativos y los correspondientes subprocesos señalados anteriormente.

III. Evaluación / Control

Esta fase tiene el cometido de evaluar la intervención llevada a cabo. Para ello es necesario distinguir dos niveles de evaluación: la que tiene que ver con la actividad del centro, los programas y servicios y otro nivel de evaluación individualizada donde se revisan los planes individualizados de atención.

IV. Ajuste

En esta fase, en función de la evaluación efectuada se procede a revisar y rediseñar la intervención llevada a cabo. Se distinguen también, a su vez, dos niveles: el de la intervención a nivel de recurso (programas, servicios, protocolos, etc.) y el de intervención individual (los planes individualizados de atención).



Miguel Ángel Verdugo

LA RELACIÓN DE AYUDA PERSONA A PERSONA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS

D. Miguel Ángel Verdugo Alonso. Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)

El concepto de Calidad de Vida es un concepto que se inicia de una manera general y filosófica y que ha tenido una evolución importante hacia la concreción, hacia la materialización concreta con implicaciones prácticas claras. A partir de los años 90, se concreta en el mundo de la discapacidad, concretamente en la discapacidad intelectual, que es donde se avanza más en una reflexión teórica que permite ir avanzando en este concepto.

La ventaja del concepto de calidad es que es un concepto integral, holístico, en el sentido de que agrupa los contenidos esenciales sobre el funcionamiento de algo que tiene que ver con la vida de las personas. Desde los años 90, ya se trabajaba el concepto de “Calidad de Vida”, y desde entonces ha ido teniendo un recorrido: desde calidad de vida, como mejora de enfermedad o curación, hasta la relación persona a persona, lo importante no es la organización ni los objetivos del centro, sino que los cambios se den en función del beneficio a cada individuo. Este concepto, deposita el valor de todo en que los avances se produzcan concretos en las personas a las que se atiende. Nos da la posibilidad de medir diferentes dimensiones del comportamiento en función

de la persona y evaluarla, siempre midiéndolas en función de la persona, de manera que los cambios se valoran en función del beneficio del usuario. En este sentido, en la práctica, han preponderado las organizaciones, los programas y los objetivos de otro tipo más que los beneficios de la persona atendida.

Son cinco los principios basados en las transformaciones prácticas de personas que colaboran en los procesos de trabajo y desarrollo, que han orientado las alternativas:

- **Atención especializada**, es imprescindible poner en marcha actividades especiales para ayudar a las personas que necesitan más apoyo social. Esto justifica la existencia de centros, materiales y profesionales especiales. En los años 80, en España, entra en crisis esta idea, y surgen los primeros planteamientos críticos hacia esta atención segregada, puesto que los derechos de la persona no están bien cubiertos ya que lo que se genera es una marginación del medio natural, por tanto, perjudican la relación social, personal y familiar. De aquí surgen las alternativas pro-integración o pro-**normalización**, que tratan de dirigirse a alternativas de los servicios sociales más centradas en la comunidad. Desde principios de los 70 la Psicología y Psiquiatría comunitaria habían hecho muchos avances en la salud mental, pero este avance quedó paralizado por la falta de consistencia de los mismos. A pesar de ello, hay un gran salto hacia la facilitación de la participación social de la persona. Como sistema de atención, era un sistema negativo ya que daba importancia al centro, el centro definía los objetivos y las personas que entraban o no, es decir, definían criterios de inclusión y exclusión.
- La práctica integral nos lleva al concepto de **inclusión**. Inclusión no es lo mismo que integración:

> **Integración:** desarrollar habilidades en las personas para que

participen en la sociedad.

- > **Inclusión:** Centrarse en la persona. Si no modificamos la sociedad, no modificamos bien la atención al individuo.

Inclusión son actitudes sociales, liderazgos profesionales, equipos de trabajo con decisiones compartidas. No se enfatiza tanto en las habilidades de la persona, sino en que el ambiente en el que se mueve sea inclusivo, y esto hay que medirlo, es decir, hay que realizar una medición ambiental de la sociedad, los profesionales etc. en la que se integra el programa, para ver si están facilitando el proceso. Este concepto tiene mucho que ver con los apoyos individuales, o la atención de persona a persona.

- **Autodeterminación y calidad de vida:**

- > **Autodeterminación.** En salud mental, en mayores y en cualquier colectivo social hablamos de la libertad de decidir y elegir de forma individual. Para ello, el individuo tiene que tener oportunidades. Es necesario un incremento de control sobre las decisiones que afectan a su vida, este concepto acentúa los aspectos que tienen que ver con la persona y con el aprendizaje de competencias sobre todo cuando existen limitaciones. Los programas, las actividades y las actuaciones deben descansar en los intereses y prioridades de la persona. Todo esto hay que armonizarlo con las limitaciones de recursos, las organizaciones de asistencia y de apoyo, es decir, hay que armonizarlo con la situación de cada persona.

- > **Calidad de vida,** es una parte de la autodeterminación.

A mayor nivel de autodeterminación mayores niveles de bienestar y calidad de vida percibida. Es el sustituto de los conceptos de normalización e integración. Su ventaja es que es fácilmente

operativizable y evaluable. Permite centrarse más en la persona que en los programas. Por otro lado, permite medir mejor que otros conceptos y el lenguaje es común, es decir, si se habla con personas de distintos niveles culturales y distintas formas de expresarse, y permite un entendimiento común, ya que comparte valores comunes de apoyo y ayuda al individuo y el lenguaje es sencillo, que permite compartir a profesionales lo que se está trabajando.

En la última discusión sobre este concepto se ha planteado que el concepto de calidad de vida tiene que ver con tres cosas:

1. Marco de la investigación que va a permitir avanzar de manera útil en que sea el marco de referencia de aplicación y evaluación. Sistematización y la metodología aplicada al conocimiento de mejores pruebas, procedimientos y estrategias, etc.
2. Marco de la práctica profesional, en el que se están trabajando estrategias de mejora de la calidad y de los programas.
3. Marco de política, reducir las desigualdades sociales y mejorar.

Aspectos que hacen de este concepto importante:

- En la discapacidad, hoy hablamos de personas con graves discapacidades desde términos mucho más positivos que hace años, en el sentido de que nos atrevemos a hablar de cosas como la autodeterminación y de su calidad de vida. Esto facilita que podamos hablar de calidad de vida, puesto que ya hemos superado las etapas de la atención mínima, de supervivencia (nutrición, higiene y ayuda básica).
- En España, ha nacido asociado a los cambios de la calidad, las estrategias que te van a dar eficacia, funcionamientos mejores pero la finalidad de la calidad, la tienes que compensar con algún marco de referencia que te ayude.

En el envejecimiento hay otros factores ambientales:

- El **movimiento pro-derechos de los mayores**, en España es tardío y le queda bastante por recorrer. Defiende que a la persona, por muy limitada que esté, no hay que lesionarle los derechos de muchos aspectos de su vida, como es la intimidad, o la participación. Entre estos derechos está el derecho a tener programas individualizados, supervisados interdisciplinariamente cada cierto periodo de tiempo. Esto facilita hablar de la calidad de vida, puesto que facilita el hablar de la percepción del individuo, de tenerlo en cuenta en los programas de intervención y, al final, facilita la medición. Si se tienen en cuenta los derechos, se mejora la calidad de vida.
- Hay que dar vida a los años, es decir, el **envejecimiento exitoso**. El concepto de calidad de vida cobra mucho valor aquí ya que se empieza a hablar de la supervivencia física y material, junto con otras áreas de bienestar emocional, relación personal, inclusión social, derechos. Todo ello se puede medir, y poner en marcha actuaciones.

La calidad de vida es un agente de cambio para mejorar la vida de las personas, que permite planificar de manera concertada actuaciones, por lo que es un marco organizador. Además, este concepto permite evaluar, valorar o prefijar objetivos más amplios que los que tradicionalmente se han desarrollado.

La Asociación Internacional por el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual es interdisciplinar, es europeo-norteamericana inicialmente, tiene el congreso cada cuatro años internacional y cada dos uno europeo. Trabajan desde el 2000 en cómo entender la calidad de vida de manera consensuada, porque no hay un pensamiento único lo que hace que se enriquezca la forma de pensar en conjunto. En la actualidad el modelo que más repercusión está teniendo es el modelo de Schalock, pero en esta asociación se juntan diferentes principios sobre el concepto de calidad de vida. La calidad de vida se entiende de manera multidimensional, hay

dos ámbitos reduccionistas: en el ámbito de la salud y en el ámbito de los mayores. El concepto de calidad de vida está influido por factores personales y ambientales, las mismas necesidades y dimensiones para las distintas personas, independientemente de la discapacidad que tengan, ya que si se ponen diferentes dimensiones sin reconocer un marco global de la persona, se limitan los derechos.

Otro aspecto muy importante es que tiene componentes subjetivos y objetivos. Hay que medir la calidad de vida subjetiva y objetivamente. Históricamente, se decía que la calidad de vida es la percepción del usuario sobre su satisfacción con la vida, pero la experiencia nos dice que esto tiene unos problemas, ya que muchas veces está influenciado por factores de personalidad, por estilos de respuesta, por limitaciones en los modos de responder en los instrumentos. Si tu objetivo es evaluar cambios, hay que medirlo de manera objetiva con algo que sea sensible a la observación. Por tanto, no hay sólo que preguntar al usuario, sino tener indicadores observables que nos corroboren la percepción subjetiva, sobre todo hay que tener en cuenta la finalidad del trabajo que se está desarrollando. Por tanto, se mejora la Calidad de Vida cuando se mejora la autodeterminación, cuando hay mejores y más recursos dedicados, y existe una definición de propósito de vida y una pertenencia a un grupo social.

Componentes que influyen en la Calidad de Vida:

- Producto de una sociedad en desarrollo: Desarrollo personal (habilidades, tareas, aprendizajes), bienestar material y bienestar físico (salud).
- Áreas que cuesta más llevarlas a la materialización: Procesos de autodeterminación, bienestar emocional, derechos, desarrollo social, desarrollo interpersonal.

La medida de la Calidad de Vida:

Medir lo subjetivo y lo objetivo y experiencias de la vida cotidiana de la

persona, sobre todo las gratificantes que significan bienestar para esas personas. Es muy importante consensuar criterios con los profesionales de atención directa, ya que quien va a llevar a cabo un programa debe haber participado en su diseño de manera que participa activamente y se implica más.

Hay que definir indicadores concretos de medición e implicar a la sociedad, es decir, llegar a una transformación social con criterios claros de actuación y compartidos. Atención no sólo del microsistema, sino del meso y macrosistema y de las organizaciones. El concepto de Calidad de Vida puede servir para evaluar necesidades de las personas, comparar situaciones y grupos, para evaluar percepciones de la persona, también sirve para valorar cambios o aspectos críticos, valorar avances, etc. Cada cosa es distinta y dependiendo de la finalidad se debe optar por unas dimensiones u otras, de evaluaciones o procedimientos diferentes.

24 indicadores que representan algunos de los aspectos más importantes de cada dimensión, es una propuesta de referencia con la que se desarrollan pruebas de evaluación, pero como no nos hemos quedado satisfechos hemos realizado otra pero con un procedimiento de razonamiento indicadores diferente, es decir, hay que tener un marco de referencia pero lo importante es consensuarlo con todos aquéllos que estén implicados en el proceso (staff, personal de atención directo, usuario, familia, etc.).

Tres tipos de sistemas que son muy importantes en el desarrollo de indicadores:

- El **microsistema** es el contexto social inmediato, lo directo cotidiano. Hay que crear oportunidades para desarrollar habilidades, procesos, actuaciones, autodeterminaciones, etc. Es muy importante desarrollarlo.
- El **mesosistema** es el desarrollo de las organizaciones, vecindario y comunidades del entorno de la persona.
- El **macrosistema** es la articulación de las políticas sociales. Los derechos dependen totalmente de cómo esté evolucionada la sociedad, además, las relaciones interpersonales dependen de muchos factores.

Debe apoyar, financiar, o desarrollar actividades con el concepto de Calidad de Vida. Los indicadores son muy cuantitativos y de ratios.

¿Qué hay que cambiar para que todo cambie en la dirección que la mayoría comparte?

- Las políticas públicas de las Administraciones, que requiere prioridad siempre, independientemente del partido que esté en el poder. Planes y recursos activos y hacia un concertado multinivel, las organizaciones llevan la delantera en el trabajo frente a las Administraciones en muchas de las acciones que realizan. Siempre tiene que haber iniciativa de las organizaciones y entidades (organizaciones de familias) una reorganización de las mismas.
- Actuación de centros y equipos: ser proactivo, no se puede estar esperando a que te digan lo que tienes que hacer.
- Innovación en las prácticas profesionales.
- Medición.
- Involucración de la sociedad.
- Formación.

CALIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

- _D.^a M^a Dulce Fontanals de Nadal. Directora de la Fundación SAR
- _D. Josep Pascual Torramadé. Director del Departamento de I+D. Fundación SAR



**M^a Dulce
Fontanals**

D.^a M^a Dulce Fontanals de Nadal. Directora de la Fundación SAR

El término calidad para nosotros, la Fundación SAR, significa cuidar bien. La doctora Suñol aporta dos definiciones de Calidad de Vida:

1. Hacer las cosas bien, cada vez acortando márgenes de error y documentándolos para la mejora continua.
2. La calidad no es un accidente, es el resultado de una intención, de una dirección inteligente y de una elección capaz. Representa una elección entre varias alternativas. Es un esfuerzo que no acaba nunca y se elige.

Tres tipos de calidad:

1. Calidad real: es la calidad que se puede estudiar, que está acreditada y certificada.
2. Calidad ficticia: calidad descrita pero no implantada.
3. Calidad esperada: lo que esperan de nosotros

las personas y las familias a las que cuidamos. Está relacionada con la calidad percibida.

Por tanto, se trata de que la calidad real sea lo más parecida posible a la calidad esperada o percibida.

En un sistema de gestión de la calidad debe haber resultados sobre los clientes internos y sobre los profesionales y los clientes externos (familias, profesionales de fuera). De esta manera se trata de construir un modelo de calidad asistencial. En el sistema de gestión de la calidad se pone en marcha una búsqueda de lo que cada uno hace para buscar áreas de mejora y al mismo tiempo establecer unas pautas que se van estructurando de forma continua para su análisis y para la resolución de problemas.

Para ello se debe:

- Reducir la incertidumbre y acelerar el proceso en las tomas de decisiones.
- Diseñar un modelo asistencial que esté de acuerdo con los recursos materiales y asistenciales de los que se dispone.
- Normalizar las actuaciones. El saber que las actuaciones están normalizadas da mucha seguridad a los profesionales y evita muchas contingencias en el conjunto de los servicios.
- Favorecer la corresponsabilidad a través de la aplicación del consenso.

Con todo esto se pretende:

- Dotar a los profesionales de esta normalización elegida por ellos mismos.
- Propiciar una labor de equipo, rompiendo un esquema individualista.
- Producir un ahorro de costes.
- Facilitar que ellos mismos puedan evaluarse con una evaluación posterior al disponer de sistema de evaluación.
- Favorecer la introducción de innovaciones.
- Adaptar al personal a las nuevas incorporaciones.
- Diseñar los procesos de trabajo para que cuando una persona se

incorpore de nuevo se aplique en seguida al sistema de trabajo que se lleva a cabo.

Un sistema de calidad tiene que tener un liderazgo desde un consejo de administración y desde una dirección general. Tiene que participar toda la organización, una elección de una calidad posible y tiene que haber unos incentivos diferentes según la organización.

La calidad es un viaje que cuando se inicia ya no tiene final, siempre se puede mejorar en algo. La 1ª dificultad es mantener lo que se ha conseguido, y la 2ª dificultad es buscar las áreas que se pueden mejorar.

¿Cómo se implementa y se certifica un sistema de gestión?

Hay una parte de planificación que es la base de la evaluación posterior, hay una parte de formación en la que se enseña en qué consiste el sistema de gestión, marcándoles unos objetivos anuales y finalmente, se trataría de instaurar el seguimiento y la evaluación periódica con auditorías internas y externas. Es tan importante el momento de la implantación como el año posterior.

En la calidad el grupo SAR marca el sistema “Joint Commission” que incluye la estructura (recursos materiales, recursos humanos, grupos de mejora, formación), los procesos (asistencial, soporte, modelos de cuidados, indicadores y protocolos) y la medición de resultados (tanto de la gestión, estándares, encuestas, revisiones etc.).

La definición de una certificación es hacerlo con una entidad conocida y que sea independiente de ambas partes, que se manifieste a través de un certificado y que se tenga la confianza de que un sistema de calidad es conforme con alguna de las normas de referencia con las que nosotros queremos certificar. El objetivo es establecer el proceso asistencial como un proceso de la empresa. El “core business” de una empresa de servicios para mayores no es la cuenta de explotación sino que es el proceso asistencial, por eso en la cuenta de explotación mensual hay un apartado dedicado exclusivamente a los indicadores de calidad para que toda la empresa le dé la misma importancia que le da a la parte económica.

Tres modelos de calidad en los que basa el grupo SAR su modelo:

- La “Joint Commission”.
- Las normas ISO. Ayuda a la normalización del sistema, porque da una referencia muy concreta de la forma de trabajar, lo que facilita, evitando errores en el futuro.
- Grupos de mejora. Los sistemas de información están dentro de la gestión de calidad. Administración y gestión, finanzas, la evaluación de mantenimiento de residencias, y sistemas asistenciales.

Con todo esto es la certificación final. Para lograrla hay un punto de partida que es la planificación, luego se lleva a cabo la implantación de lo planificado para más tarde evaluar y mejorar continuamente.

Etapas para el logro de la certificación:

1. Es necesario saber con qué recursos se cuenta.
2. Hacer un buen equipo de calidad que sea el que representa.
3. Saber cómo motivamos y formamos a los profesionales.
4. Saber cómo se elabora la documentación. Implementación y la verificación que corresponde la visita previa y las auditorías internas.
5. La auditoría externa.
6. Las acciones correctivas.
7. La certificación.

Etapas:

- Identificación de actividades.
- Agrupar dichas actividades por procesos.
- Revisar y adaptar y elaborar la documentación.
- Procesos estratégicos: es la gestión del sistema de calidad y mejora continua, la comunicación interna y la gestión de los RRHH.
- Procesos asistenciales.
- Procesos de soporte, todo lo que ayuda al buen cuidado de la persona (servicios generales) y sistemas de información y control de la documentación y registros, la gestión de las compras y la formación. Cómo está pautada la acogida la 1º evaluación interdisciplinar, el plan terapéutico y el alta. Todo tiene indicadores y sistemas de

evaluación. Tienen su propia documentación.

En conclusión, las ventajas son cuantiosas: es una herramienta útil para la dirección general, ya que ordena las actividades de la empresa y de los servicios y le da tranquilidad a la propia empresa. Determina responsabilidades de cada profesional, al mismo tiempo los procesos están informatizados, actualizando, de esta manera la documentación existente. Además, hace un control de costes. Es muy importante la minimización de los posibles errores que aporta, por lo que da seguridad. Por otra parte es un proceso de formación continua, y es un punto y seguido en el momento en el que se empieza en una organización. Los inconvenientes: al principio es una carga en su elaboración, además cualquier proceso nuevo debe ser codificado, por lo que se corre el peligro de delimitar actuaciones e iniciativas profesionales. Hay dos revisiones anuales (auditoría externa e interna) que atan mucho y suponen un coste económico por ellas mismas y por las mejoras que se realizan.



Josep Pascual

D. Josep Pascual Torramadé. Director del Departamento de I+D. Fundación SAR

La dependencia es una pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual. Éste es el marco en el que se va a registrar. El proyecto de ley ya habla de unos grados de dependencia: moderada, severa y gran-dependencia.

Tratamos de obtener la información que necesitamos de las personas que atendemos, mediante la observación directa, la entrevista al usuario o a la familia, y formularios de autovaloración. Debemos medir, además de todo lo relacionado con el ámbito sanitario, las AVD, el estado cognitivo, el conductual, las cargas de trabajo (muy importantes para la gestión) y el entorno.

Hay distintas escalas validadas a nivel internacional, que nos dan información muy rápida (la escala Barthel, Lawton, etc.).

Es fundamental analizar el entorno del usuario, y dentro de este entorno se encuentra la familia, por lo que resulta muy importante poder medir al cuidador, para lo que también existen varias escalas. Además de la familia, es importante tener en cuenta: la economía, las barreras arquitectónicas, el piso en el que vive. El entorno nos da la dependencia en muchas ocasiones de la persona.

Tres pasos para organizarnos:

- Tener la capacidad de saber qué grado de dependencia tiene la persona, es decir, qué tipología de usuario tratamos.

- De esta manera, sabremos qué problemas tiene y qué necesidades.
- Con ello, podremos determinar qué recursos necesitamos, instrumentales o humanos, para cubrir las necesidades y problemas.

En el Grupo SAR, el modelo que lleva a cabo se basa en un modelo integral del trabajo, donde se integra a todos los distintos profesionales, sectorizando los centros según tipología de usuario: por diagnóstico o por dependencia. Se da una integración interna, de todos los estamentos, y externa, coordinando los servicios sociales y sanitarios.

El trabajo debe ser interdisciplinar, donde cada profesional tiene su propio trabajo exclusivo de su campo, pero siempre integrado en el equipo. El centro debe poseer un sistema de información ágil, que permita registrar lo que cada profesional hace y comunicarse entre los profesionales. El Grupo SAR tiene su sistema de información informatizado a través de Internet: historias, planes, registros especiales, informes asistenciales. Los marcos se encuentran parametrizados, y las validaciones se realizan de manera informatizada.

El año pasado el Grupo SAR realizó un estudio con todos los datos recabados. Se encuentran en seis Comunidades Autónomas, teniendo el año pasado 1.736 ingresos, 1.666 altas y la mayoría de las personas venían de su domicilio, de otros centros o del hospital.

- Las edades se encuentran entre los 75 y 94 años. En Cataluña y Valencia el perfil es más joven puesto que se suman los trastornos psiquiátricos.
- El motivo de ingreso es la descarga familiar o falta de apoyo.
- El motivo de alta es el éxito, 33% es alta voluntaria.
- Con el Bhartel global podemos ver que el 60% tiene una cierta dependencia. Con el MEC vemos algo parecido ya que el 70% se encuentra con cierta dependencia.

En 2002 se realizó una nueva escala que combina el Barthel y el MEC, que genera 4 escalas de aceptación:

1. Grado 1 (menor)
2. Grado 2
3. Grado 3
4. Grado 4 (mayor)

Los centros se encuentran agrupados por dichos grados, encontrando un 65% de centros de alta dependencia. Los centros cada trimestre varían de dependencia.

A partir de los datos obtenidos, se genera el sistema RUG 3 que clasifica en 7 categorías mayores, una escala AVD, trastornos cognitivos, y 44 grupos y consumo (en profesionales y dinero más o menos parecido en cada grupo).

Es importante diferenciar a la hora de gestionar las cargas de trabajo entre:

- Peso relativo. Cargas de trabajo que corresponden a todo el grupo asistencial. Sirve para realizar un cálculo global de la relación de un centro a otro.
- El tiempo de enfermería. Es el tiempo calculado de enfermera + auxiliar. Sirve para comparar entre centros.

La comparación del tiempo contratado de enfermería, con el tiempo que marca el RUG, es otro referente a la hora de gestionar. Normalmente, cuanto más equilibrados están ambos, mejor.

Si se cruzan el sistema RUG con la escala de 4 grados, se ve que dichos grupos están divididos en base a los ratios que nos marca el RUG. De esta manera podemos ver cuanto personal necesitamos, lo que desde el punto de vista de gestión es fundamental.

En 2003 se realizó un trabajo, donde valiéndose del RUG, Barthel, y MEC, se llegó a la conclusión de que creando 5 grupos (índice de Barthel),

podían ordenar en cuanto a dependencia a cualquier persona. Se demuestra estadísticamente que las alteraciones cognitivas y conductuales alteran el Barthel. El Barthel sólo puede clasificar a las personas, sin necesidad de otra herramienta, aunque se pueden emplear el resto como screening, por ello no se debe prescindir del MEC, por ejemplo.

Para valorar la dependencia, para medirla, no es necesario el diagnóstico. A pesar de ello es muy importante tenerlo.

En el sistema informatizado está todo registrado: indicadores de caracterización del usuario (Barthel, Rug, etc.), indicadores de actividad asistencial (para dimensionar al personal con respecto a la situación real), indicadores de cumplimiento (ver si los profesionales registran bien). Con esta herramienta podemos ver cómo marcha la actividad y la gestión del centro.

Conclusiones:

- El uso de sistemas informatizados es fundamental para una eficaz y eficiente gestión asistencial.
- Permite medir la tipología de usuarios: dependencia y necesidades.
- Permite gestionar los recursos: humanos y materiales.
- Facilita la calidad del registro.
- Es necesario usar indicadores asistenciales, con el fin de objetivar la calidad asistencial.
- Los indicadores deben poder obtenerse de forma sencilla, a partir del registro habitual informatizado. Permite cuantificarlo inmediatamente, posible tratamiento estadístico, y observar su evolución a lo largo del tiempo. Deben permitir dotar de recursos y es necesario para controlar la calidad del registro.

PRINCIPALES RETOS DEL SECTOR SOCIOSANITARIO EN RELACIÓN A LA DEPENDENCIA Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN

- _ D.^a Isabel Arriola Güenaga. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa
- _ D. José Antonio Agirre Elustondo. Coordinador autonómico del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria
- _ D.^a M^a Dulce Fontanals de Nadal. Directora de la Fundación SAR
- _ D. Miguel Ángel Verdugo Alonso. Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)
- _ D. Enrique Arriola Manchola. Médico Geriatra. Matia Fundazioa. Zahartzaroa



Isabel Arriola

D.^a Isabel Arriola Güenaga. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa

Resulta difícil definir el sector o el espacio sociosanitario. Podría definirse por defecto de lo puramente sanitario y de lo puramente social, pero tanto el campo sanitario como el social están en continuo cambio y se redefinen constantemente, por eso el sector sociosanitario es una realidad tremendamente dinámica. Esta afirmación está basada en la evidencia de los empujes y desplazamientos de la línea divisoria de un espacio hacia el otro, y el traslado de responsabilidades del sistema sanitario hacia el sistema social y del sistema social hacia el sanitario. Como resultado de esos empujes, ambos sistemas han visto que existen espacios compartidos en los que ninguno de ellos puede olvidar que tiene

obligaciones. Ante esta realidad caben dos opciones:

- Adoptar una actitud defensiva en la que cada sistema se proteja frente al otro.
- Intentar colaborar y coordinarse entre ambos para lograr una serie de dispositivos o prestaciones que van a ayudar a cubrir las necesidades de atención de aquellas personas que requieren cuidados sociales y sanitarios de intensidad equivalente.

Gipuzkoa se ha decantado por la segunda opción y, en consecuencia, tiene una larga trayectoria en materia de colaboración sociosanitaria.

- El recorrido comenzó con la creación a primeros de los años 90 de unos dispositivos específicos para personas que tenían enfermedades de tipo crónico y que requerían altas intensidades de asistencia social y de asistencia sanitaria. La colaboración era indispensable ya que cada sistema por separado no resultaba suficiente para proveer las necesidades de atención de estas personas que requerían de un dispositivo mixto capaz de facilitar ambas atenciones en intensidad equivalente. De esta manera se crearon las primeras plazas en centros de día de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos. Este dispositivo se ha ido ampliando y existen en la actualidad 180 plazas distribuidas en centros comarcales, de una media de 20-25 plazas cada centro, para la atención diurna de este colectivo.
- Fruto de esta colaboración y de la puesta en marcha del dispositivo mixto, ambos sistemas reconocieron los beneficios que reportaba al usuario y a su entorno, y además comprobaron que suponía mejoras de tipo organizativo en cada sistema. Como consecuencia de ello, se crearon y se han creado estructuras estables de consejo y colaboración: un Consejo Vasco y unos Consejos Territoriales de Atención Sociosanitaria, unas Comisiones Asesoras de estos Consejos, y en el caso concreto de Gipuzkoa, existe además una Comisión para la

valoración y orientación a esos recursos o dispositivos que atienden a personas con necesidades sociosanitarias.

- Como consecuencia de la creación de estructuras estables de coordinación sociosanitaria, se han conseguido una serie de logros, y uno de los más importantes es un acuerdo para establecer una única herramienta de valoración de la dependencia en la CAPV. Se ha conseguido que las tres Diputaciones Forales y EUDEL, junto con el Gobierno Vasco, establezcan una sola herramienta de valoración basada en el sistema “RAI RUG”.
- La colaboración ha propiciado un mejor conocimiento entre los dos sistemas, lo que ha facilitado el establecimiento de protocolos conjuntos para la mejora de servicios tanto sociales como sanitarios. En este momento se encuentran en marcha dos protocolos:
 1. Desinstitucionalización de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos.
 2. Dos experiencias piloto –en Azkoitia y Eibar– para mejorar la coordinación entre el Servicio Municipal de Asistencia Domiciliaria y los servicios sanitarios de atención primaria.
- En el mismo marco de colaboración, Gipuzkoa es el único territorio de Euskadi que dispone de un centro específicamente diseñado para personas que sin tener patologías crónicas presentan puntualmente necesidades intensas y equivalentes de cuidados sociales y sanitarios. Este tipo de situaciones se presentan con relativa frecuencia, por ejemplo, en convalecencias tras un proceso agudo.

Este centro es el Centro Sociosanitario de Cruz Roja, una unidad de atención en la que el componente sanitario y el social están en conexión permanente por pura necesidad de prestar a las personas el servicio integral que requieren, dado que ni el sistema social ni el sistema sanitario son suficientes por sí mismos para atender a las

necesidades de estas personas.

El centro tiene características propias en cuanto al perfil de los usuarios, a sus dotaciones de medios humanos y materiales, a sus vías de acceso, al tiempo de estancia y a la financiación.

Perfiles de usuario:

- > Enfermos terminales.
- > Convalecencias hospitalarias de personas sin posibilidad de retorno al domicilio.
- > Enfermedades infecciosas de difícil control en centros residenciales.
- > Alteraciones del comportamiento.
- > Problemas sociales que carecen de acceso directo a un recurso social.

EL CATÁLOGO DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

Retomando el inicio de esta breve exposición sobre el sector Sociosanitario en Gipuzkoa, quisiera hablarles ahora del esfuerzo que el Departamento para la Política Social ha realizado conjuntamente con Zahartzaroa –Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología– para definir un Catálogo de Servicios Residenciales para Personas Mayores.

Cuando hablábamos al principio de que ambos sistemas, el sanitario y el social, se están redefiniendo constantemente, quería hacer alusión al hecho de que el sistema sanitario delimita su campo de actuación por diferentes motivos, y entre otros las presiones que ejercen los propios usuarios. El sistema social, por tradición, tiene un campo de actuación menos definido, pero en Gipuzkoa este año, y en colaboración con Zahartzaroa, se ha realizado un importante esfuerzo para definir contornos a través del catálogo de servicios residenciales para personas mayores. Dicho documento recoge un catálogo de servicios a proveer a las personas

mayores dependientes una guía de buenas prácticas, un sistema de indicadores de calidad y unos ratios y perfiles de los profesionales de atención directa a estas personas. Todo ello asegura la calidad asistencial y homogeneiza dicha calidad en todos los centros residenciales, logrando que todos los centros tengan un estándar de calidad similar en todas las plazas concertadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa. Para su perfecta aplicación práctica hay un horizonte de tres años, de modo que en dicho plazo todos los centros residenciales de Gipuzkoa se ajusten a los condicionantes del Catálogo.



**José Antonio
Agirre**

D. José Antonio Agirre Elustondo. Coordinador autonómico del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria

La búsqueda de la calidad constituye, en la actualidad, uno de los objetivos estratégicos ineludibles para cualquier organización, cualesquiera que sean sus fines institucionales, y los servicios sanitarios y los sociales no pueden ser ajenos a este planteamiento.

De hecho, en la CAPV, como en otras Comunidades, las instituciones dedicadas a la sanidad están inmersas en esta batalla a todos los niveles y en todas sus instalaciones. Tras la adopción del EFQM como modelo de calidad a implantar en toda su organización, y tras años de esfuerzos, sus centros han conseguido numerosos reconocimientos, incluso a nivel internacional.

Los servicios sociales, por su parte, aunque con posterioridad al ámbito sanitario, han entrado de lleno en la batalla por la calidad. Así la Diputaciones han adoptado, también, el mismo modelo EFQM como camino a seguir en la búsqueda de la calidad. En esta línea, al igual que otras organizaciones públicas y privadas, están desarrollando cursos de formación, así como ayudas e incentivos, para una más rápida y efectiva implantación de la cultura de la calidad en el ámbito de los servicios sociales.

En mi intervención, no voy a entrar a exponer los aspectos metodológicos y las estrategias más directas y efectivas para que los diferentes planes de calidad, más o menos estratégicos, puedan tener pleno éxito.

En estos momentos, a mi juicio, en el campo de los servicios sociales no existe un contexto adecuado ni se dan las condiciones precisas para que el enorme esfuerzo personal e institucional que supone la persecución de la calidad tenga mínimas garantías de éxito.

Por ello, me voy a referir, a seis elementos, cuya puesta en marcha resulta imprescindible y además de forma previa, para la implantación de un plan integral de calidad. Son los siguientes:

1. Cartera de servicios sociosanitarios aprobada.
2. Disponer de un sistema de información sociosanitaria.
3. Desarrollar programas de formación.
4. Promover unas buenas condiciones laborales de los trabajadores del sector.
5. Desarrollar programas de apoyo a los cuidadores informales.
6. Elaborar guías de buena práctica asistencial.

Me voy a referir, de forma muy breve y prácticamente esquemática, dada la premura del tiempo, a cada uno de ellos.

1. CARTERA DE SERVICIOS SOCIO SANITARIA DE LA CAPV

En todas las organizaciones es imprescindible conocer, con precisión, la naturaleza y contenido de su actividad productiva o de servicios, como condición básica para plantearse cualquier tema relacionado con la calidad de sus prestaciones. Si no se conoce perfectamente lo que se hace, si no sabemos con exactitud lo que tenemos que elaborar, ya sean productos o servicios, el problema de la calidad es implanteable en términos racionales.

Por eso resulta ineludible contar con un catálogo de prestaciones y con una cartera o carta de servicios en el ámbito sociosanitario. Es decir, definir, con detalle, cuál es la aportación que hacen los servicios sanitarios y los sociales a las personas que, en diferentes circunstancias, necesitan

la intervención coordinada y sinérgica de ambos. El Catálogo de Prestaciones es, por lo general, un listado de prestaciones que pueden clasificarse en función de distintos criterios, y la Cartera, también llamada carta, de Servicios es la concreción pormenorizada de dicho catálogo que debe contener, a título orientativo, la siguiente información¹:

- Las características técnicas y asistenciales del servicio y de las prestaciones.
- El perfil del destinatario, en cuanto a sus características personales, sociales, sanitarias, etc.
- Requisitos de acceso al servicio o prestación.
- Objetivos del servicio o de la prestación / necesidades a las que responde.
- Recursos humanos y materiales en que se apoya.
- Carácter o naturaleza: Básica u obligatoria / no básica ni obligatoria, sino complementaria.
- Procedimiento de reclamación, si lo hay.

Por lo tanto, el establecimiento de una cartera de servicios, consensuada entre los diversos agentes sociosanitarios, constituye una condición indispensable para establecer cualquier plan o sistema de gestión de la calidad viable y efectivo.

2. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA CAPV

Sin información no es posible conocer el nivel de calidad de nuestros

¹ Por Servicio consideramos a las unidades organizativas a través de las cuales se ofrecen una o varias prestaciones. La Prestación, como sustantivo, se refiere a las ayudas económicas (“prestaciones económicas”) o a actuaciones de naturaleza técnica (“prestaciones técnicas”), que se encuentran en la base de los diferentes servicios ofertados desde el sistema público de servicios sociales (Rafael López-Aróstegui Merino, en Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la CAPV, Gobierno Vasco, 2006).

servicios y prestaciones, ni a nivel de centro ni a nivel territorial o autonómico. La calidad es un concepto relativo, porque las exigencias dependen de cada contexto y varían con el tiempo y las circunstancias, y al mismo tiempo es comparativo puesto que depende de la forma de hacer, del contenido y de la manera de proporcionar las prestaciones de la cartera de servicios vigente, por parte de los competidores o de los agentes concurrentes en el ámbito de los servicios sociosanitarios. Los datos deben proceder de los centros e integrarse en una visión territorial y autonómica. A los centros, sus propios datos le sirven para conocer su actividad interna de forma autónoma y aislada y para compararse con los demás, lo que les permite situarse en la escala de calidad de su territorio y de su Comunidad.

A nivel de Centro, los datos que deben recoger para sí, porque los necesitan para su propio funcionamiento y para los demás, porque es su aportación imprescindible para elaborar un sistema de información, son, a título orientativo, entre otros, los siguientes:

- Procedentes de la Contabilidad:
 - > General: Balance de situación.
 - > Analítica de costes:
 - _ Balance de explotación (ingresos y gastos).
 - _ Coste a nivel de centro, de servicio y de prestación.
- Las fuentes de financiación (patrimonio propio, aportación de usuarios, ajenas públicas y privadas, etc.).
- Datos de actividad: Prestaciones realizadas por centro y servicio.
- Recursos humanos disponibles y utilizados por características profesionales.
- N° de atendidos por perfiles y servicios (clasificación oficial RAI-

RUG III).

- Infraestructuras disponibles y utilizadas (plazas, camas, dispositivos asistenciales, salas, aparataje técnico, sistemas tecnológicos, etc.).

A partir de los datos consolidados de los centros, se establece una información que contempla cada territorio histórico y la Comunidad Autónoma en su conjunto. Dicha información debe incluir una serie de indicadores relativos a diferentes aspectos del funcionamiento de la red de servicios sociosanitarios y, entre ellos, de forma destacada, los referidos a la calidad de los servicios prestados. Todos esos datos deben conformar un verdadero sistema de información público, donde cada centro puede referenciarse. El contenido del sistema puede estructurarse, de forma orientativa, de la manera siguiente:

- Datos económicos y sus indicadores (ingresos / gastos, costes por prestación...).
- Datos de actividad y sus indicadores (por prestaciones y servicios...).
- Personas atendidas y sus indicadores (por perfiles sociosanitarios, por servicios, por características personales...).
- Recursos humanos disponibles y utilizados, por características profesionales, y sus indicadores.
- Infraestructuras existentes y utilizadas y sus indicadores (plazas, camas, dispositivos asistenciales, salas, aparataje técnico, sistemas tecnológicos...).
- Indicadores de calidad.
- Otros datos e indicadores.

Resulta evidente que sin un sistema de información no es posible, no ya montar un sistema de gestión de la calidad, sino ni siquiera hablar de calidad.

3. DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES

En el ámbito sociosanitario existe un desarrollo asimétrico entre el nivel de formación en el campo sanitario, donde su recorrido es amplio y la cultura de la formación está fuertemente arraigada, y el de los servicios sociales, donde las posibilidades de mejora son amplias y evidentes.

Debemos distinguir, a nivel operativo, los gestores y administradores del personal cuidador directo.

Lo primero que hay que lograr es que los gestores y administradores sean capaces de utilizar los modernos sistemas y las herramientas avanzadas de gestión presentes en la mayoría de las organizaciones desarrolladas. El conocimiento de los diferentes sistemas de gestión, de las herramientas más utilizadas para ello (planes estratégicos, dirección por objetivos, diferentes planes directores, sistemas de gestión de la calidad, etc.) y de un extenso número de modelos, disponibles hoy en el mercado, permite seleccionar aquéllos que mejor se adapten a las circunstancias concretas de cada centro.

El personal cuidador, tanto el formal / profesional como el informal / familiar y el voluntario, presenta graves carencias en su formación cuya adecuada cobertura posibilitaría una sensible mejora no sólo en la cantidad sino principalmente en la calidad de los servicios prestados.

Con la simple aplicación de los actuales conocimientos asistenciales y de gestión, numerosos centros y programas se moverían en un bajo nivel de calidad de sus prestaciones. Ciertamente, en los servicios sociales existen gestores y personal cuidador con un alto nivel de formación y profesionalidad pero no resulta menos cierta la existencia de amplias capas de cuidadores, no sólo en el ámbito familiar, y de gestores cuyo nivel de preparación para ejercer su labor es manifiestamente mejorable.

El perfeccionamiento de los conocimientos de los gestores y del personal cuidador permite, entre otras cosas, incrementar las acciones de prevención y de detección precoz, así como proporcionar una atención personalizada y de calidad, incrementando la motivación de los mismos.

Sin una mejora de la formación del personal de los servicios sociales no se puede pretender, de forma generalizada, la mejora en la calidad en las prestaciones.

4. DISPONER DE BUENAS CONDICIONES LABORALES Y ESTABILIDAD EN EL EMPLEO

Unas adecuadas condiciones laborales y una razonable estabilidad en el empleo son condiciones necesarias para abordar el problema de la calidad. Pero los actuales niveles de eventualidad, y la consiguiente inestabilidad e inseguridad crónica en el puesto de trabajo, hacen inviable cualquier pretensión de aplicar programas de formación mínimamente efectivos. Una persona con contratos eventuales de unos pocos meses, prorrogables o no, con la incertidumbre de su futuro inmediato, no puede ser objeto de programas de formación, ni para el trabajador ni para el contratador.

Las condiciones laborales, es decir, los sueldos abonados, el número y estructura de las horas de trabajo y la adecuada dimensión de plantilla, son factores que no sólo condicionan sino que son determinantes para alcanzar unos niveles mínimos de calidad de las prestaciones personales en el ámbito de los servicios sociales. Si dichas condiciones son inadecuadas, no es que la calidad se resienta, sino que se carece de base para plantear, con un mínimo de viabilidad, ningún plan de mejora de la calidad asistencial.

5. DESARROLLAR PROGRAMAS DE APOYO A LOS CUIDADORES INFORMALES

Las personas que precisan cuidados de larga duración, en su inmensa mayoría, los reciben vía apoyo informal (sólo el 6,5 por 100 los recibe de los servicios sociales) y dentro de este gran grupo, la familia es la protagonista casi hegemónica de esta función y dentro de ella son mujeres, en la inmensa mayoría de los casos, las que asumen el papel de cuidadora de la persona con dependencia (constituyen el 84 por 100 del apoyo familiar) junto con un empleado/a de hogar en una minoría de casos (Libro Blanco de la Dependencia).

Los principales rasgos del personal cuidador del entorno familiar es el siguiente (según el citado Libro):

- La mayoría (más del 60 por 100) posee un nivel de estudios muy bajo.
- Cerca de las tres cuartas partes (el 73 por 100) no tenían actividad laboral retribuida (el 50% eran amas de casa, el 15% jubilados/as, y el 9,7% parados/as), encontrándose entre ellas un número significativo de las que han tenido que abandonar su trabajo, no pueden plantearse ejercer un trabajo remunerado o se han visto obligadas a reducir su jornada laboral, y sus correspondientes ingresos, por dedicarse al cuidado de la persona dependiente.
- Sólo el 26 por 100 de los cuidadores desarrollaba un trabajo remunerado.
- Más del 80 por 100 no recibe, de forma regular, una recompensa y/o ayuda económica por parte de la persona dependiente a la que prestan ayuda.

En este contexto resulta muy difícil, por no decir imposible, plantearse metas de calidad (no olvidemos que estamos hablando de la situación de más del 80 por 100 de las personas con dependencia) mientras no se modifiquen los factores negativos que la configuran, mediante la puesta en marcha urgente de medidas y programas de ayuda a este personal cuidador informal, entre las que podemos citar, de forma orientativa, las siguientes:

- a) Prestaciones económicas en forma de remuneraciones regladas y cobertura de las contingencias amparadas por la Seguridad Social.
- b) Servicios de respiro flexibles, de forma que los cuidadores puedan disponer de períodos de descanso adecuados a sus circunstancias personales.
- c) La creación de grupos de autoayuda (Alzheimer, otras demencias, enfermedades neurodegenerativas, personas con dependencia física, psíquica o sensorial, personas con enfermedades mentales crónicas, etc.) y su adecuada formación y dotación de medios para ejercer las funciones para las que se crean, se convierte en un poderoso apoyo para el personal cuidador informal y el entorno sociofamiliar de la persona con dependencia.
- d) El cuidado de las personas con dependencia supone gran esfuerzo físico y mental que conlleva un enorme desgaste y deterioro psicológico para los cuidadores, tanto formales como informales, con especial repercusión en estos últimos. El desarrollo de programas de apoyo psicológico a estos cuidadores resulta imprescindible si deseamos proporcionar una labor asistencial sostenible y de calidad, neutralizando, en lo posible, el “queme” de los mismos.
- e) Existen en el mercado ayudas técnicas y tecnológicas, así como posibilidades de eliminar barreras arquitectónicas, sensoriales y de otra naturaleza cuya puesta a disposición de los cuidadores informales y del entorno familiar facilitarían enormemente su labor asistencial incrementando la calidad del servicio y reduciendo el esfuerzo físico y mental para conseguirlo.

6. ELABORACIÓN CONSENSUADA DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA

La elaboración consensuada de protocolos de actuación y guías de buena práctica constituiría una excelente base para la formación de los cuidadores y elevaría notablemente la calidad del servicio prestado. Lo que en el sistema sanitario supone un elemento constitutivo de su cultura asistencial, digamos, rutinaria, en el ámbito de los servicios sociales, es un objetivo a desarrollar de manera urgente dada su escasísima implantación.

El objetivo de estos protocolos y guías de buena práctica es garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención, de forma homogénea y sistemática en cualquier servicio de atención sociosanitaria. Constituyen los referentes de calidad para los cuidadores tanto formales como informales, pero sobre todo para estos últimos con menores conocimientos profesionales y, por tanto, más necesitados de apoyos metodológicos.

Sólo una vez que se pongan en marcha las medidas anteriores puede pensarse en la implantación de una cultura de la calidad en el sector. Sin ellas, resulta prácticamente imposible, a nivel de ámbito sociosanitario, pensar en desarrollar un plan coordinado y viable para el desarrollo integral de la calidad.

A modo de conclusión, podemos afirmar que la gestión de la calidad no podrá desarrollarse de manera sostenible, general, efectiva y mayoritaria en los centros, dispositivos y programas asistenciales del sector, a menos que se implanten de forma efectiva, si no todas, sí las más importantes de las siguientes medidas²:

² *** Imprescindible ** Muy importante * Importante

- Aprobación de la cartera de servicios sociosanitarios de la CAPV (***)
- Implantación obligatoria de un Plan, único y homologado por la Administración pública, de Contabilidad General y de Costes, en todos los servicios sociales de la CAPV (***)
- Mejora de las condiciones laborales y de estabilidad en el empleo de los trabajadores del sector tanto formales como informales (a estos últimos, en lo que les corresponda por sus especiales características) (***)
- Desarrollo de programas de formación en gestión para los responsables de los centros y servicios sociales y de formación profesional para los cuidadores tanto formales como informales (***)
- Incrementar los programas de apoyo a la familia y a los cuidadores informales (ayudas económicas y sociales, programas de respiro, ayudas técnicas y tecnológicas, fomento de los grupos de autoayuda y de voluntariado etc.) (***)
- Implantación de un Sistema de Información Estadística de los servicios sociosanitarios de la CAPV, con sus correspondientes indicadores de calidad, entre otros (**)
- Iniciar la elaboración de protocolos de actuación y guías de buena práctica para los procesos y prestaciones más habituales (*)
- Impartir cursos de gestión de la Calidad Total a los responsables de los centros y servicios (*)

La puesta en marcha de un modelo de estrategia de gestión total de la calidad como el EFQM, cuyo objetivo es que las organizaciones satisfagan de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de los clientes, de los trabajadores, de los titulares jurídicos de los centros y servicios y de la sociedad en general, exige la adopción previa de las medidas señaladas, como condición necesaria de su viabilidad y sostenibilidad. Esto puede parecer una obviedad, pero no hay que olvidar que las obviedades no por serlo se ponen en marcha por generación espontánea. Su aplicación generalizada, y no sólo puntual, exige una firme decisión y un gran esfuerzo a largo plazo, continuado y sostenible. Numerosos

centros de servicios sociales han iniciado planes de calidad pero nos tememos que si no se modifica el contexto actual, poniendo en marcha las medidas señaladas las posibilidades de implantar, con un mínimo de éxito, sistemas generalizados de gestión de la calidad con carácter general en los servicios sociales, serán más que problemáticas. Y la responsabilidad de la puesta en marcha de estas medidas corresponde al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria como órgano especializado en este sector concreto, a las Diputaciones Forales en tanto son depositarios de las competencias en servicios sociales y, a un menor nivel, a los centros provisosores de servicios como cooperantes necesarios en la aplicación concreta de los planes de calidad total.



**M.ª Dulce
Fontanals**

D.ª M.ª Dulce Fontanals de Nadal. Directora de la Fundación SAR

Para el logro de unos retos partimos de una cronicidad, de la cronicidad se hablaba en el año 86, de la atención sociosanitaria se hablaba en los 80, 90 y 2000, y la dependencia es el reto del futuro.

En un informe de la OMS del año 59, ya se hablaba de educar al público para aceptar a viejos y enfermos; de la necesidad de evaluar la intensidad del problema, y las necesidades de los servicios, de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales; impulsar modelos de cuidado; determinar y seguir los grupos de alto riesgo por edad, situación social, hábitat y antecedentes laborales; integrar los sistemas de cuidados geriátricos con los de bienestar social; ofrecer un sistema integral. Por lo tanto, estamos como en el año 59.

Manzanera entre otros, en el año 81, definía al enfermo crónico, como aquel grupo de afectados por cualquier tipo de patología que, habiendo acabado su estancia en un hospital general donde ya ha sido completado su diagnóstico terapéutico, presentan algún tipo de incapacidad estable o evolutiva, física, psíquica o social, y los imposibilita para la incorporación inmediata a su vida personal, laboral y social habitual.

En la actualidad, definimos al enfermo crónico como aquél que sufre un trastorno orgánico funcional que le obliga a una modificación de su modo de vida, que persiste y durante largo tiempo le condiciona en su vida personal, familiar y social. Las características

diferenciales de las enfermedades crónicas consistían en que eran permanentes e irreversibles, multicausales, requerían entrenamiento específico del paciente y de la familia, precisaban de largos periodos de cuidados y tratamiento y entrañaban grandes sentimientos de pérdida.

La atención sociosanitaria se definía en los años 90 como un modelo de atención, organización y financiación, donde se unificaban prestación de servicios sociales y sanitarios, para dar calidad de atención y de control de los costos en los servicios que se prestaban. El marco conceptual era pasar de la atención del modelo de curar al modelo de cuidar. El buscar un abordaje terapéutico en las necesidades y los recursos, una visión global y un trabajo interdisciplinar. De todo ello, se ha logrado el trabajo en equipo y el pasar de la idea de curar a cuidar en nuestro sector. En el marco organizativo, los servicios deben tener una relación dinámica, entre diferentes niveles y recursos, tenían que tener una dimensión comunitaria del tejido social y un desarrollo armónico en el territorio y el tiempo, es decir, que al mismo tiempo que se desarrolla el sistema sociosanitario se debe desarrollar la atención domiciliaria, que no está desarrollada.

El marco de financiación es hacer un modelo mixto con una acción de gobierno, con un presupuesto finalista, con un crecimiento sostenido, con acuerdos interdepartamentales, con un desarrollo de normativas para su realización.

Si nos centramos en los obstáculos, Rodríguez Cabrero dijo que el contraste entre sanidad y servicios sociales en cuanto a derechos generados, recursos disponibles, que la desigualdad en la legislación de las diferentes Comunidades Autónomas conlleva esta dificultad de crecimiento, que las formas de incorporación de lo sociosanitario a la agenda política estaban muy retrasadas, y que había un propio modelo en cada Comunidad.

Como puntos fuertes, podríamos decir, que hay unos objetivos comunes de atención y hay una gran sensibilidad de los profesionales y los políticos.

Tenemos un lenguaje común con prestaciones equiparables en muchas Comunidades, las nuevas iniciativas promovidas por las sociedades científicas, por los profesionales y por las Administraciones.

Multicausalidad y multidimensionalidad de la dependencia. El problema entre servicios sociales y sanidad es que unos dicen que la causa es sanitaria y el resultado queda en lo social. Multicausalidad: discapacidad, trastornos afectivos, conductuales, soledad, falta de apoyo, dificultades económicas. Multidimensionalidad: dependencia transitoria, psíquica, social, económica, funcional.

Dado que la trayectoria hacia la dependencia es diferente de unas personas a otras, es necesaria la valoración personal de cada persona por sí misma, independientemente.

Sistematización del concepto social de la dependencia: hay unas necesidades sanitarias y sociales a las que hay que dar una respuesta para la autonomía y calidad de vida. Calidad de vida de la persona, es decir, el confort.

Los modelos de atención: tenemos recursos formales e informales, tenemos que utilizar todo recurso a nuestro alcance.

La protección social que se base en unos buenos instrumentos de valoración, pruebas de gestión, crear recursos de forma flexible y pagar lo que se hace.

Objetivos del futuro:

- Consolidar este sistema de atención sociosanitaria.
- Convertir la red de hecho y una red de derecho.
- Dar formación a cuidadores, a personal, a organizaciones.
- Calidad de vida percibida.
- Tenemos que estudiar e investigar desde los servicios sociales.
- Las Administraciones públicas deben:
 - > Planificar necesidades y recursos.
 - > Concertación con centros públicos o privados.

- > Establecer estándares requeridos.
- > Acreditación de los operadores.
- > Financiación parcial o total de la dependencia de las personas.
- > Acceso universal.

En esta calidad habría:

- > La calidad del proceso.
- > Cualificación del personal.
- > Las infraestructuras adecuadas.

En el diseño de un modelo de agencia de dependencia, los principios básicos son:

- La integración de servicios.
- La flexibilidad de la oferta.
- La libre elección del servicio.
- Las garantías de competitividad entre público y privado.
- Acuerdo de un marco sectorial consensuado con proveedores, para establecer requerimientos mínimos.
- Criterios de integración comunitaria.

En la evaluación de la dependencia a nivel estatal deberíamos poder sumar:

- Un lenguaje común.
- Unos criterios equivalentes.
- Definir variables de creación de un conjunto mínimo de datos.
- Promover un instrumento único.
- Fomentar la utilización de instrumentos para que pueda hacerse la valoración en los propios domicilios.



Miguel Ángel Verdugo

D. Miguel Ángel Verdugo Alonso. Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)

Los retos del futuro son todos los que tienen que ver con la dependencia, que desde la discapacidad se prefiere acentuar todo lo que tiene que ver con la promoción de la autonomía personal, ya que se logra comprometer recursos para atender adecuadamente los derechos de quien parte de una situación de discapacidad particular.

La Ley de Dependencia nace conflictivamente politizada, ya que al sacarla un partido, la oposición debe criticarla. Es una ley de gran importancia, y tiene una gran valentía política porque se pone en marcha cuando desde el Gobierno de los años 2002 y 2003 se apostaba por las inversiones privadas y no públicas, presentado, de esta manera, recortes para la política social de los años inmediatos. El mayor riesgo es que sólo se quiere rentabilizar el Proyecto de Ley, y no se mida el tiempo cuando se promulgue. Por tanto, estamos sólo en el inicio, como dice el CERMI.

En algunos lugares hay más recursos sociales que en otros y el impacto es diferente en unos lugares y otros, pero lo que es cierto es que los profesionales deben sumarse a un análisis crítico y a una participación activa que lo mejore. De hecho, desde que se hizo el Anteproyecto de la Ley de Dependencia, en las valoraciones en el mundo de la discapacidad, las organizaciones en la valoración reconocen que han tenido derecho a la participación, pero recomiendan que los desarrollos de los reglamentos dependientes

de la Ley posteriores, de las Comunidades Autónomas o del Estado, tengan también activa la participación de los colectivos, porque si paramos todo en el Proyecto de Ley, y los reglamentos los lleva la Administración sin la participación activa de los colectivos puede llegarse a errores fáciles de cometer.

La Ley es el principio, pero no hay que parar en ello, aunque va a haber muchos errores, como en la Ley de la Educación. Se debe estar encima de las políticas sociales, por parte de organizaciones muy activas, por si en un momento dado se reduce el impulso y los planteamientos de colaboración.

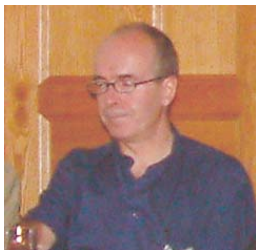
Esto es un marco global de análisis de políticas sociales, y de entender las organizaciones, los usuarios y los investigadores y quienes trabajamos desde la formación y la investigación, de compartir todas las experiencias, los retos de futuro que tratan de aproximarse a lo que otros países ya tienen y hoy en día es una necesidad social ya que es una sociedad más madura. El cambio social producido en los últimos años, donde la mujer se incorpora al trabajo y la familia cambia su estilo de cuidar, hace que genere sistemas de protección social que atiendan a la persona dependiente. Estas necesidades se reflejan en encuestas de finales de 2004, donde 8 de cada 10 personas se identificaban con dar prioridad a la política social, en temas que tienen que ver con dependencia, y más de 7 de cada 10 dicen que son capaces de pagar más impuestos si con seguridad van dirigidos a esos fines. Por tanto, socialmente ya hay una demanda.

Los retos son:

1. La **formación**. Importancia de los cursos de formación de profesionales y de equipos estables que defina los roles y las necesidades que van teniendo. Es un error no dar importancia a la formación ya que esta cualificación es la que dará una calidad de atención; además, es importante formar a las familias, o cuidadores informales que hacen el apoyo directo. En el desarrollo de sistemas de formación, hay que tener cierta creatividad. Las investigaciones afirman que cuando se

invierte en formación se sostienen los programas y los cambios.

2. Generación de una nueva **red de servicios**, más amplia e incrementada en número de programas y servicios. Esto va a generar nuevas redes públicas y privadas, con diferentes criterios. Todo esto hay que supervisarlos y ver qué potencia de desarrollo puede tener esto en cada lugar, prospección.
3. El **desarrollo legal pendiente**, reglamentos que se deben coordinar desde las leyes autonómicas y las leyes estatales.
4. Disminución de las políticas segregadas, para hacer que la persona viva en un entorno natural, que requiere un **programa individualizado** de cada persona, es decir, un retrato personal de las valoraciones. Este trabajo es uno de los retos más importantes del futuro.



Enrique Arriola

D. Enrique Arriola Manchola. Médico Geriatra. Matia Fundazioa. Zahartzaroa

En este momento, nos encontramos con diferentes preocupaciones respecto a la nueva Ley de Dependencia. Vamos a plantear algunas de las cuestiones que deben ser mejor definidas, así como el reto planteado por el incremento de la prevalencia de la demencia.

1. La valoración de la dependencia. Es un elemento clave para prever el impacto económico. Un sistema de valoración ineficaz o débil puede generar un incremento no previsto de la prevalencia de personas con derecho reconocido a recibir prestaciones o servicios de atención a la dependencia en un determinado territorio, lo que generaría inequidad y tensiones financieras en el sistema. ¿Se van a articular elementos de control interterritorial?

Si el sistema de valoración, va a medir sólo AVD, sin contemplar otro tipo de deficiencia, resultará un poco pobre.

2. Respecto al copago: se habla de un 33% de financiación por parte del sujeto. Se plantean algunos problemas, como por ejemplo:

¿Cómo se van a afrontar los impagados?

¿Cómo se va a llegar a acuerdos, en el caso de que haya desacuerdos en el copago?

¿Cómo se va a valorar el patrimonio, dadas las revalorizaciones del parque inmobiliario?

3. Los trabajadores del sector

La necesidad de un incremento de las habilidades profesionales, unido a los bajos salarios del sector, hace prever una presión al alza en los niveles salariales y en la mejora de las condiciones de trabajo. ¿Se ha previsto un aumento de los costes de producción sin un aumento de la productividad?

4. Presión de usuarios

Es previsible que se produzca una presión por parte de los usuarios (en forma paralela al incremento de la renta de los ciudadanos) respecto a: prestaciones y programas de atención (cantidad). ¿Cómo se prevé dar respuesta a esta demanda?

5. La coordinación sociosanitaria – básicos estratégicos

Dentro del plan estratégico sociosanitario de Euskadi (febrero 2006), entre los objetivos estratégicos 2 y 3, hablan de que para que funcione la coordinación sociosanitaria, dentro del objetivo 2, está la implicación interdisciplinar de los profesionales que intervienen y dentro del 3, está el sistema de atención único. Mientras no tengamos un sistema de acceso único a este tipo de prestaciones, es decir, los profesionales estén bajo el mismo techo, va a ser algo muy costoso que se dé. Por tanto, las carteras de servicio tienen que ser únicas, los sistemas de información deben ser compartidos y la planificación de servicios tiene que ser conjunta.

6. Dos retos:

DEMENCIA EN ESPAÑA: CALIDAD ASISTENCIAL Y DEMANDA ATENDIDA POR LA GERIATRÍA

Presentamos el documento: DEMENCIA EN ESPAÑA: CALIDAD ASISTENCIAL Y DEMANDA ATENDIDA POR LA GERIATRÍA (RESUMEN, DATOS Y REFLEXIONES PRELIMINARES), redactado por el ponente y promovido por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y

Novartis Farmacéutica S.A., bajo el Comité Científico compuesto por Dr. Isidoro Ruipérez Cantera, Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; Dr. Pedro Gil Gregorio, miembro del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; Dr. José Regidor, Catedrático de Biología Celular en la Universidad de Medicina de Las Palmas. Facultad de Ciencias de la Salud. ULPGC; Dr. Enrique Arriola, Geriatra de la Unidad de Memoria y Alzheimer de Matia Fundazioa y Dr. José Augusto García, Director de Atención Sociosanitaria y Social del Grupo Sagessa.

1. OBJETIVOS

A. Objetivo principal

Analizar la situación en España de la atención geriátrica especializada relacionada con la demencia.

B. Objetivos secundarios

- Analizar la oferta de recursos especializados en geriatría: dispositivos asistenciales y recursos humanos especializados.
- Analizar la demanda (perfil del paciente) de atención geriátrica relacionada con la demencia en distintos niveles asistenciales.
- Analizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de la demencia en distintos niveles asistenciales.
- Relacionar la oferta especializada y la demanda atendida y la no atendida.

2. CENSO DE RECURSOS ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN GERIÁTRICA DE LA DEMENCIA EN ESPAÑA

A. Los objetivos planteados fueron los siguientes

- **Objetivo principal**

Realizar un censo cerrado a 31/10/2004 de los dispositivos

asistenciales dedicados a la atención geriátrica de la demencia en España, en los niveles hospitalario y extra-hospitalario.

- **Objetivos secundarios**

- > Analizar las diferencias geográficas en el nivel y tipología de la cobertura geriátrica de la demencia en España.
- > Definir el universo a partir del cual se realizará un estudio transversal para la caracterización detallada de la oferta asistencial y el perfil de los pacientes con demencia atendidos.

B. Metodología

Ámbito de estudio y criterios de inclusión

Los criterios para incluir un centro en el censo cerrado a 31/10/2004 de recursos asistenciales del Proyecto Década-G fueron, en el caso de hospitales y otros centros, contar con al menos un médico especialista en geriatría y/o disponer de algún servicio que reuniera las siguientes condiciones:

- Consultas externas realizadas por un especialista en geriatría.
- Unidad de valoración supervisada por un especialista en geriatría.
- Hospital de día supervisado por un especialista en geriatría.
- Camas de pacientes agudos supervisadas por un especialista en geriatría.
- Unidad de media estancia (rehabilitación, convalecencia...) supervisada por un especialista en geriatría.

(Ver Tabla 1 en la página siguiente).

Tabla 1: Número de centros que cumplen los criterios de inclusión

Comunidad Autónoma	Hospitales	Otros centros	Residencias	TOTAL
Andalucía	13	4	12	29
Aragón	7	1	7	15
Asturias	4	2	2	8
Canarias	8	-	3	11
Cantabria	2	2	1	5
Castilla y León	14	-	13	27
Castilla-La Mancha	6	-	5	11
Cataluña	25	8	3	36
Extremadura	1	-	1	2
Galicia	4	-	3	7
Illes Balears	3	-	5	8
La Rioja	1	1	-	2
Madrid	15	5	18	38
Murcia	3	-	3	6
Navarra	2	4	2	8
País Vasco	2	-	13	15
Valencia	5	2	7	14
TOTAL ESPAÑA	115	29	98	242

Es importante remarcar que la categoría de centros sociosanitarios finalmente fue englobada dentro de otros centros. Únicamente la Comunidad Autónoma de Cataluña catalogaba a sus centros como centros sociosanitarios. Dado el reducido número de centros con esta categoría, se consideró que dicha clasificación dificultaba la interpretación de los datos por lo que pasaron a formar parte

de otros centros, los cuales comprendían ya la categoría de centros de día y psicogeriátricos.

Eran susceptibles de ser incluidos en el estudio todos aquellos pacientes con diagnóstico clínico de demencia que atendiera el investigador y que:

- Se encontraran ingresados en el centro.
- Realizaran la visita diaria al centro.
- Acudieran a visita médica durante un período de siete días consecutivos, entre el mes de marzo y finales de junio de 2005.

Tabla 2: Centros e investigadores participantes

	Censo cerrado 31/10/2004	Centros participantes	% centros sobre censo cerrado 31/10/2004	Investigadores	Pacientes
Hospital	115	64	56%	84	1.245
Residencia	98	41	42%	46	674
Otros	29	14	48%	15	400
TOTAL	242	119	49%	145	2.319

C. Recogida de datos

La recogida de datos se realizó a través de la cumplimentación de dos formularios o Cuadernos de Recogida de Datos (CRD) por parte de los investigadores participantes.

- CRD de centro: recoge información referente a recursos humanos, programas específicos de atención a la demencia y actividad del centro. El objetivo de este primer CRD era determinar el alcance de la oferta de recursos especializados

en geriatría en España y el abordaje diagnóstico-terapéutico de la demencia.

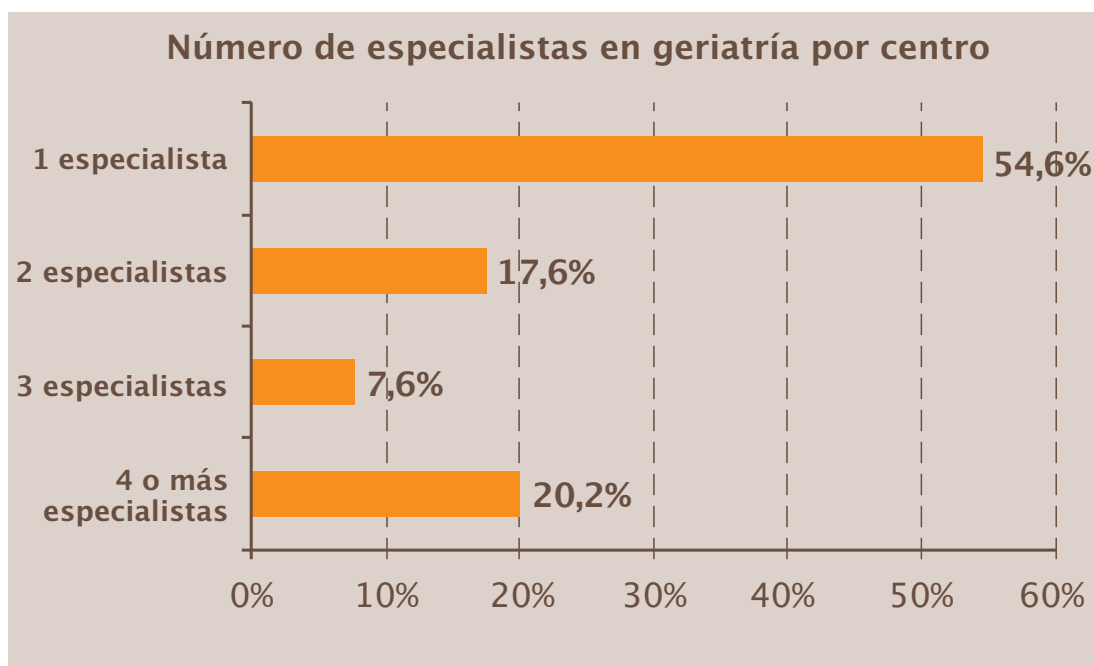
- CRD de paciente: recoge información referente a datos sociodemográficos, diagnóstico, grado de dependencia (Índice de Barthel) y tratamientos relacionados con la demencia.

3. RESULTADOS CENTRO

A. Recursos humanos

La mitad (54,6%) de los centros con cobertura de especialidad en geriatría (4% del total de dispositivos asistenciales en España) dispone de un especialista en geriatría, y prácticamente una cuarta parte (20,2%) dispone de 4 o más geriatras.

Figura 1: Número de especialistas en geriatría por centro



B. Programas específicos para la atención a la demencia

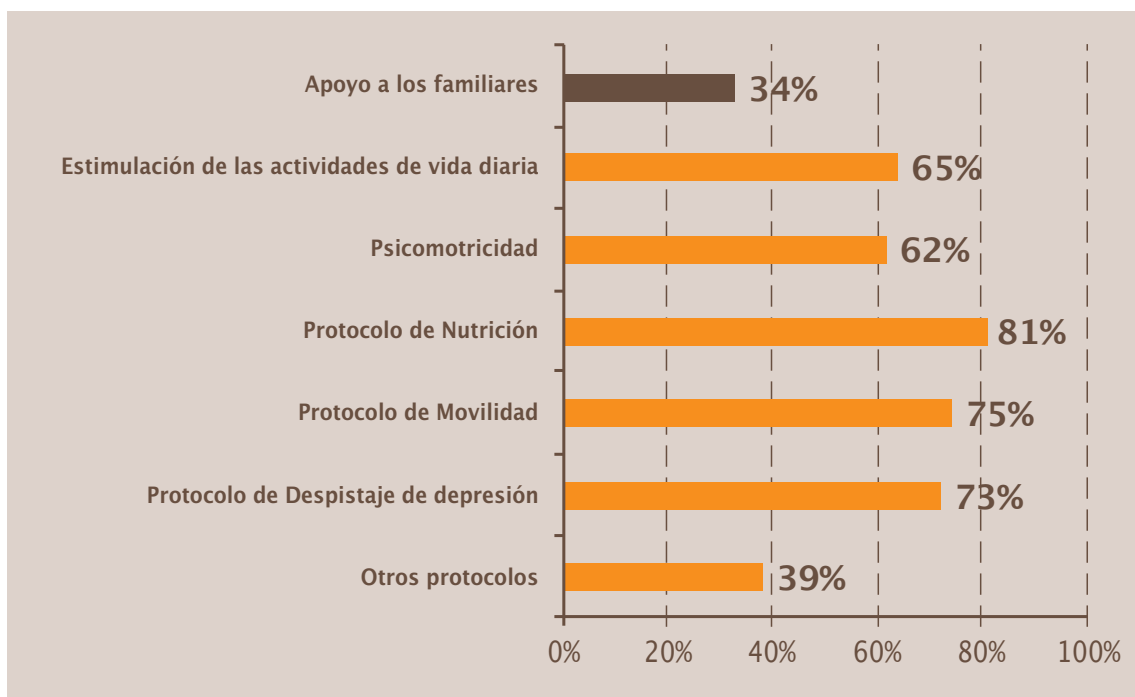
Los programas disponibles en un mayor número de centros son la Psicoestimulación (59%) y la Terapia de Orientación a la Realidad (55%). Es importante destacar que hasta un 19% de los centros con especialista en geriatría declaran no disponer de ningún programa específico de atención a la demencia de los descritos.

Figura 2: Programas para la atención a la demencia



Los protocolos específicos para los pacientes con demencia que se aplican con mayor frecuencia son el de Nutrición (81%), el de Movilidad (75%) y Despistaje de Depresión (73%). Sólo un 34% de los centros disponen de un programa formal de Apoyo a los Familiares.

Figura 3: Protocolos específicos



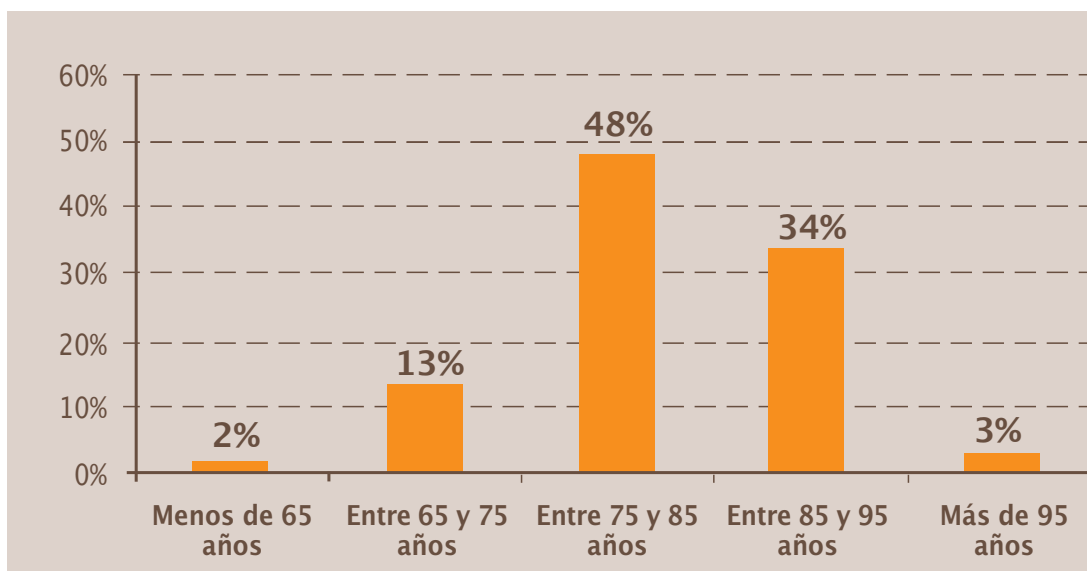
4. RESULTADOS PACIENTE

A. Sociodemográficas

Los pacientes estudiados en general son pacientes de edad avanzada con un 82% de los mismos con edades comprendidas entre los 75 y 95 años. El 71% de los pacientes descritos son mujeres y el 29% hombres.

(Ver Figura 4 en la página siguiente).

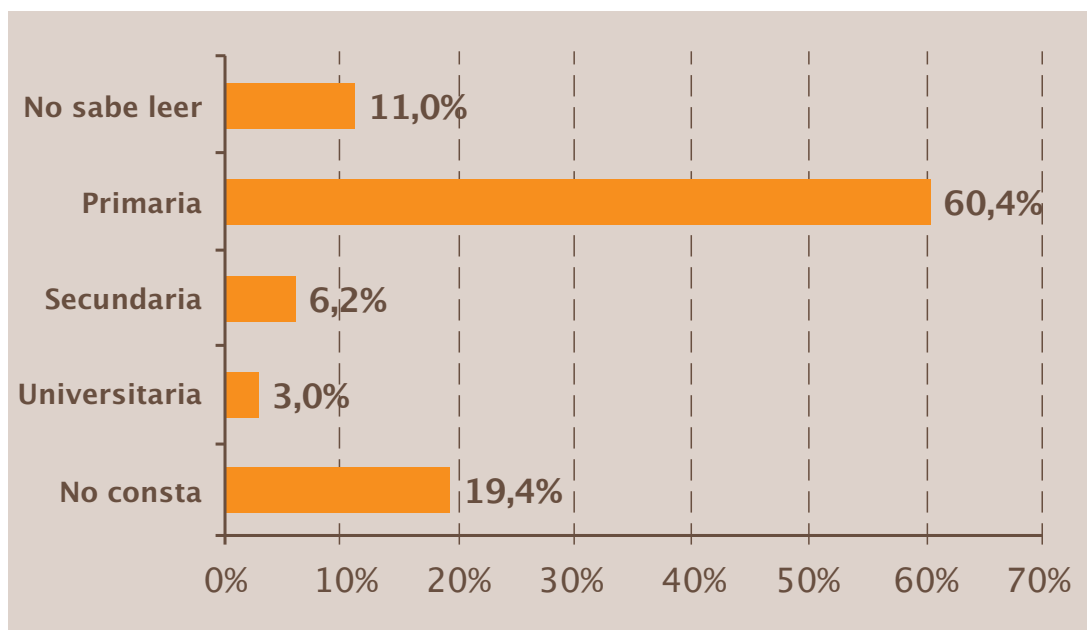
Figura 4: Edad de los pacientes estudiados



Un 11% de los mismos no saben leer ni escribir y un 60,4% presentan estudios primarios. La mayor parte de pacientes que no saben leer o tienen educación primaria son mujeres, mientras que los pacientes con educación secundaria y universitaria son hombres en un 62 % y 59%, respectivamente.

(Ver Figura 5 en la página siguiente).

Figura 5: Formación de los pacientes estudiados

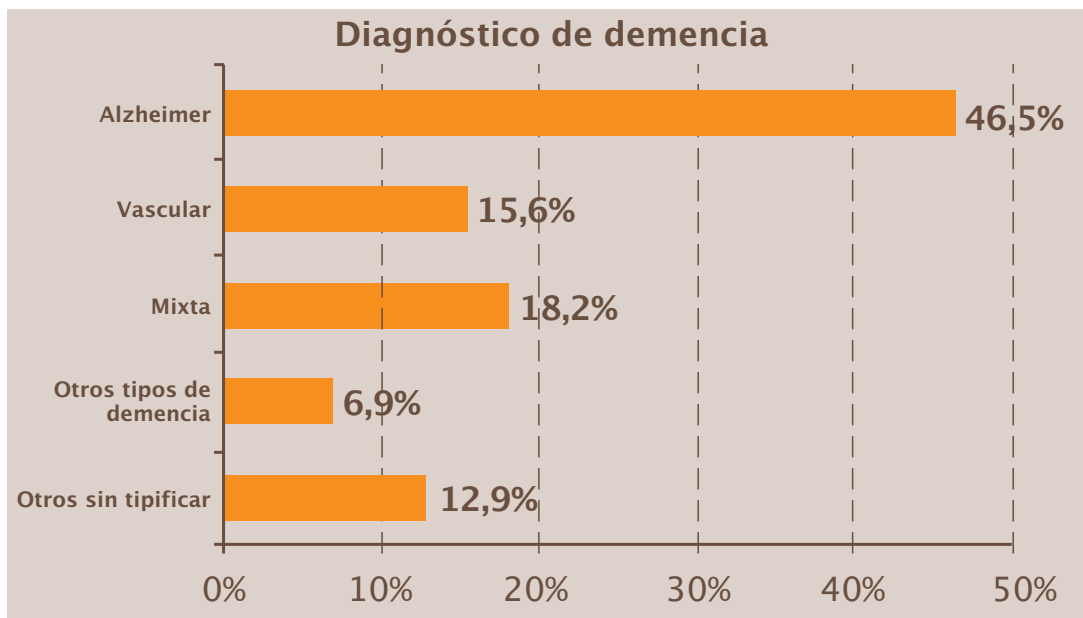


B. Diagnóstico

Prácticamente la mitad (46,5%) de los pacientes incluidos en el estudio tienen diagnóstico de demencia tipo Alzheimer. Al 65% de los pacientes les fue diagnosticada la demencia hace menos de 6 años y sólo en un 5% la evolución es superior a 10 años.

(Ver Figura 6 en la página siguiente).

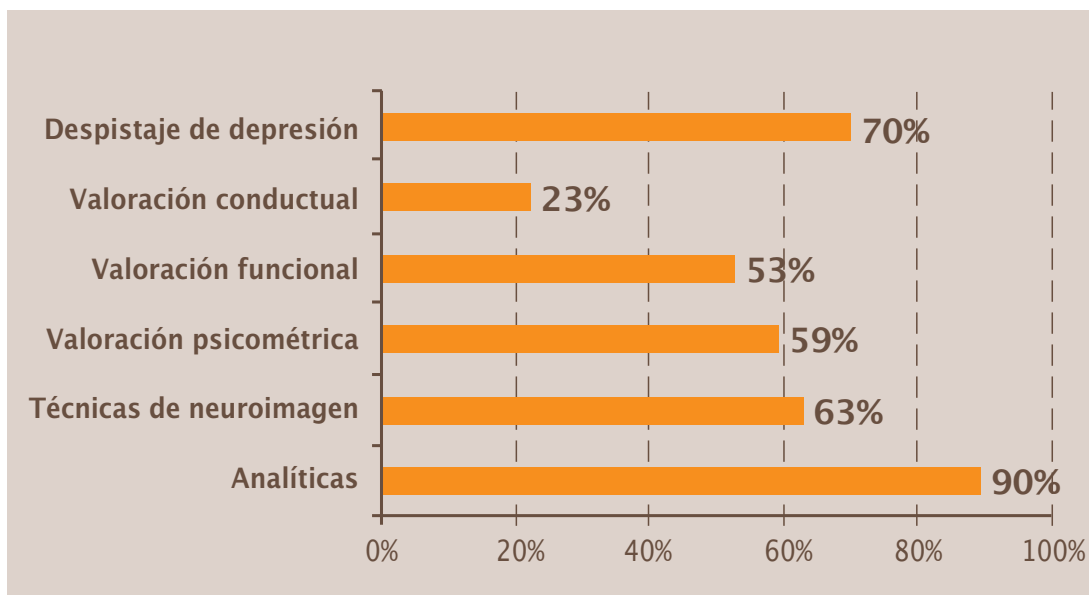
Figura 6: Diagnóstico diferencial del paciente



Entre las valoraciones más frecuentes durante el último año a las que fueron sometidos los pacientes se encuentran el Despistaje de Depresión (70% de los pacientes), las Técnicas de Neuroimagen (63%) y las Valoraciones Psicométricas (59%). Las determinaciones analíticas fueron realizadas en prácticamente todos los pacientes (90%).

(Ver Figura 7 en la página siguiente).

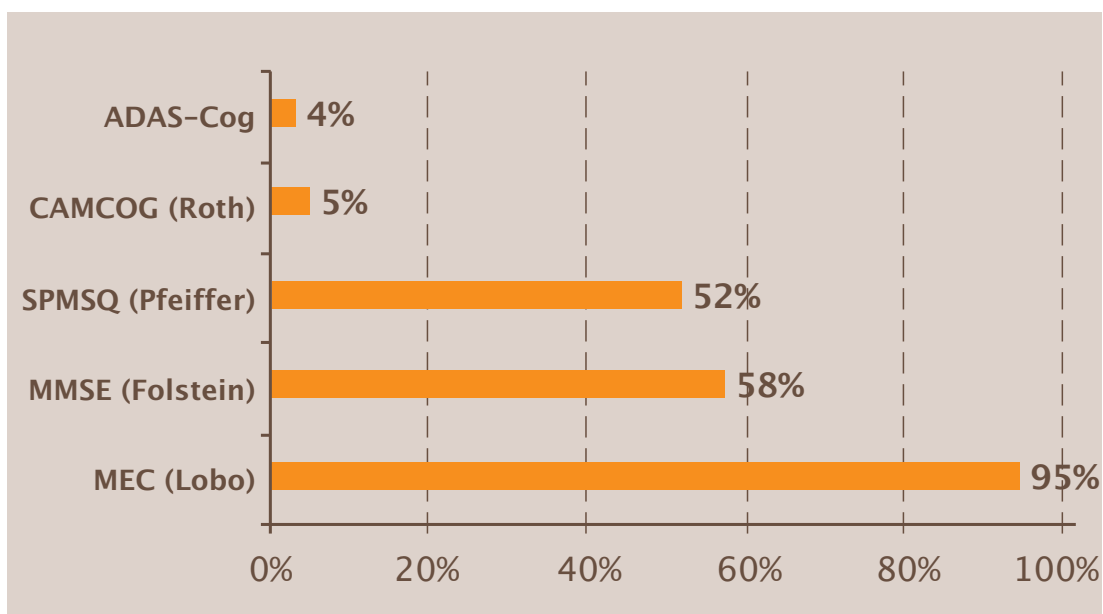
Figura 7: Pruebas complementarias



La prueba de Valoración Psicométrica más frecuente es el MEC (Lobo), utilizada en el 95% de los pacientes en que se realizó este tipo de valoración.

(Ver Figura 8 en la página siguiente).

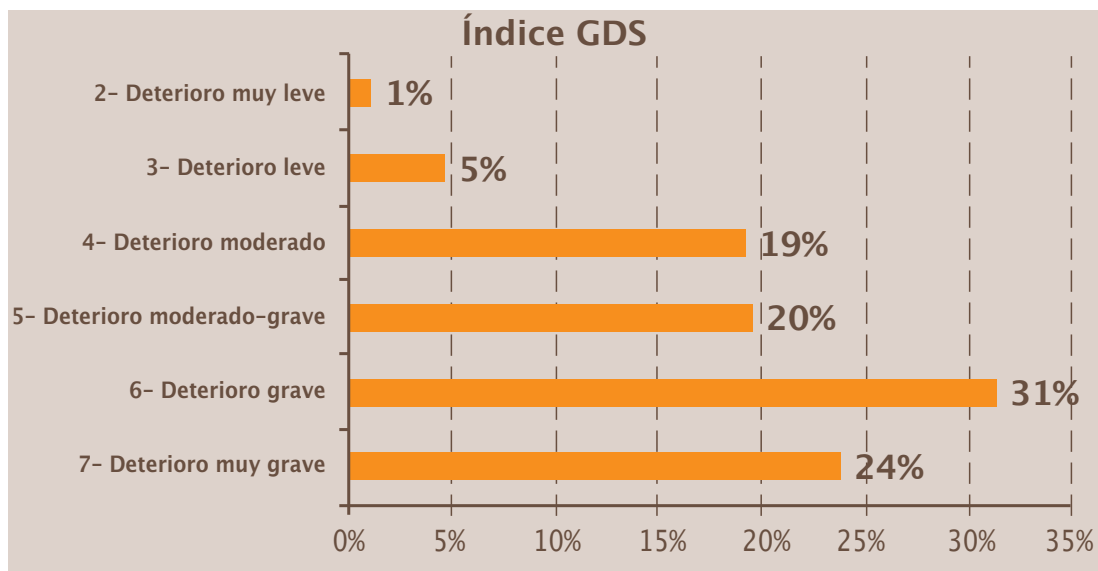
Figura 8: Pruebas de Valoración Psicométrica



El estadio del paciente se ha medido mediante diferentes escalas: CDR, FAST y GDS. El CDR se ha realizado a un 21% de los pacientes en estudio, el índice FAST a un 28% de los mismos, y finalmente la escala GDS en un 46%, demostrándose que un 55% de los pacientes tienen un deterioro grave (31%) o muy grave (24%).

(Ver Figura 9 en la página siguiente).

Figura 9: Índice GDS

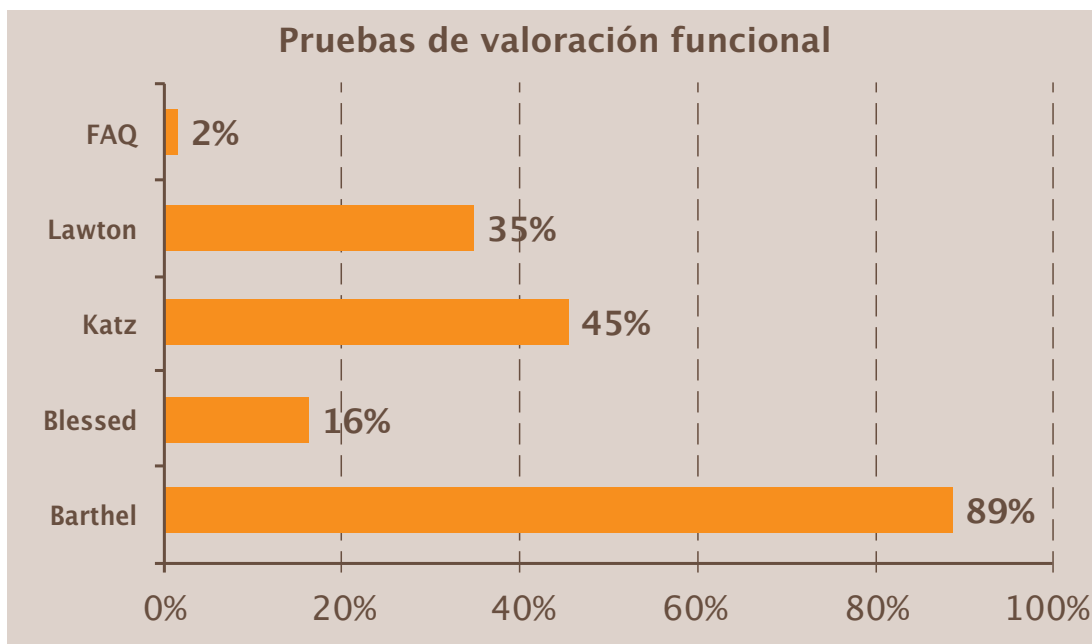


C. Grado de dependencia

El grado de dependencia del paciente se ha determinado con varias escalas (ver figura), pero la más utilizada ha sido el Índice de Barthel.

(Ver Figura 10 en la página siguiente).

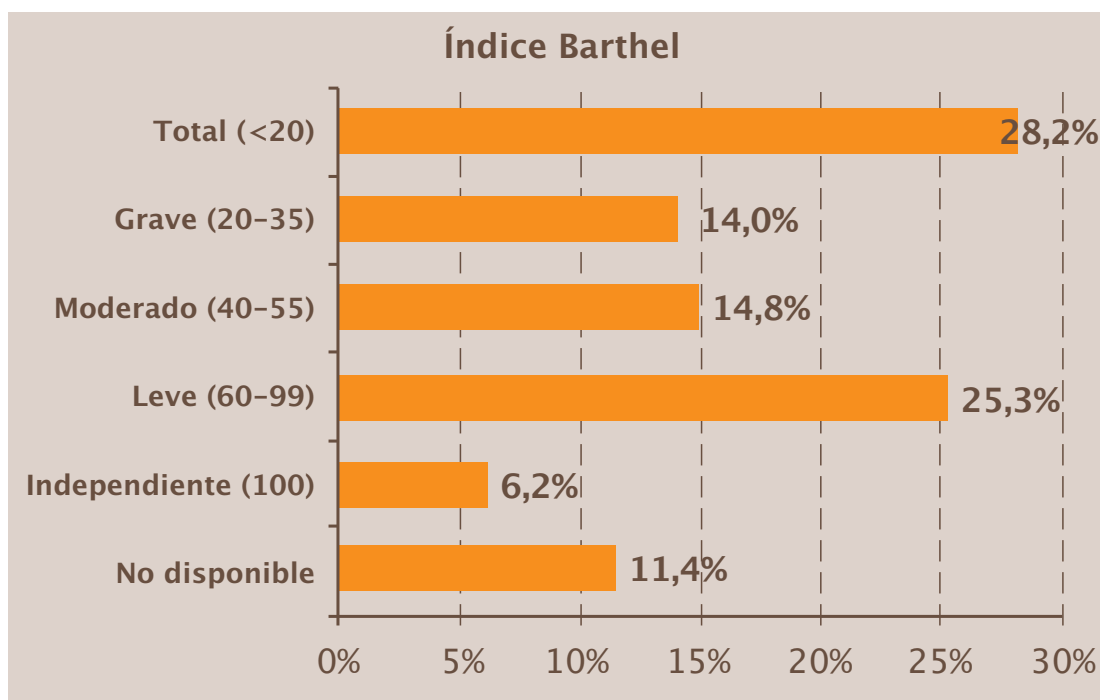
Figura 10: Pruebas de Valoración Funcional



Los resultados muestran que un 42,2% de los pacientes tienen valores inferiores o iguales a 35, lo que pone de manifiesto una dependencia total o grave. Si se considera la procedencia de estos pacientes, el nivel de deterioro mayor se muestra en el caso de las residencias geriátricas, con un porcentaje de dependencia total o grave de un 52,6%, frente a un 46,3% en otros centros y un 35,4% en hospitales.

(Ver Figura 11 en la página siguiente).

Figura 11: Índice de Barthel



D. Tratamiento

Los fármacos más consumidos son los inhibidores colinesterásicos (33%) y los neurolépticos (32%), seguidos de los antidepresivos (29%).

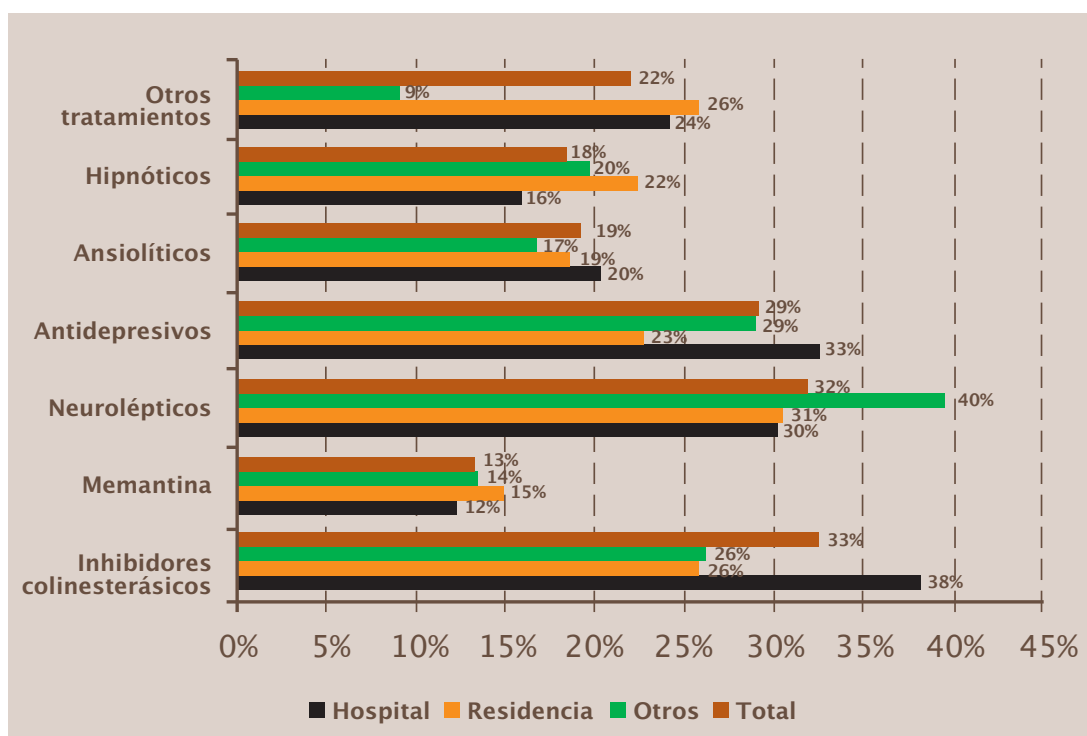
Más de la mitad de los pacientes (55%) toman 2 o más fármacos relacionados con la demencia (tratamientos específicos, neurolépticos, hipnóticos, ansiolíticos...) y sólo un 14,2% no toman ningún tipo de tratamiento.

Los tratamientos suelen ser superiores a 1 año, excepto en el caso

del haloperidol y la quetiapina, donde mayoritariamente son inferiores a 6 meses.

Por principio activo, el donepezilo (12%), rivastigmina (11%) y memantina (8%) son los principios activos específicos para la demencia más utilizados.

Figura 12: Tratamiento farmacológico relacionado con la demencia



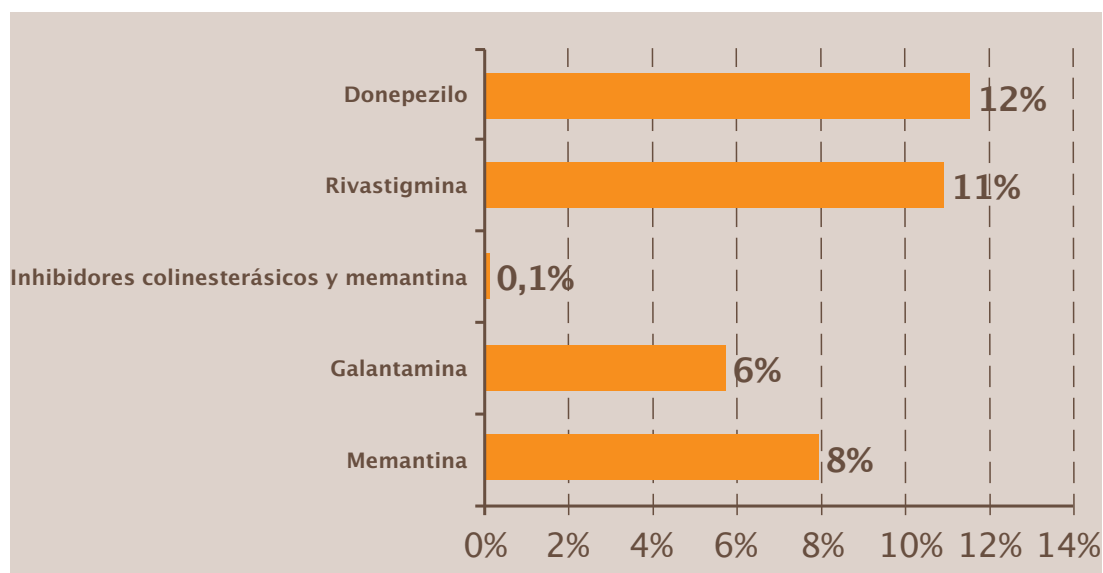
El segundo grupo de fármacos más consumidos es el de los neurolépticos. Dentro de éstos la Risperidona se utiliza en el 23% de los pacientes, siendo el principal neuroléptico consumido, seguido a mucha distancia por el Haloperidol (5%).

(Ver Tabla 3 en la página siguiente).

Tabla 3: Tratamiento farmacológico: Neurolépticos

Tratamiento		N	%
Neurolépticos típicos	Haloperidol	113	5%
	Otros típicos	80	3%
Neurolépticos atípicos	Risperidona	525	23%
	Olanzapina	44	2%
	Quetiapina	99	4%
	Otros atípicos	16	1%
Total pacientes		2319	100

Figura 13: Principios activos específicos para la demencia



5. CONCLUSIONES PROVISIONALES Y REFLEXIONES DE LA REUNIÓN EN SANTIAGO

1. Sólo el 4% de los dispositivos de atención a la demencia cuentan con médico geriatra.
2. Analizando el perfil del equipo básico que asiste a pacientes con demencia a tiempo completo, se observa que en el 66% de los centros se dispone de auxiliares de enfermería, seguido del 64% de centros con diplomados universitarios en enfermería, el 51% cuentan con trabajadores sociales y el 45% dispone de terapeuta ocupacional y fisioterapeuta / rehabilitador. A tiempo parcial se ha observado que en el 45% de los centros trabajan terapeutas ocupacionales y en el 34% cuentan con fisioterapeuta / rehabilitador.
3. Distribuidos por Comunidades Autónomas, los centros incluidos pertenecen mayormente a Madrid (38) en primer lugar, Cataluña (36), Andalucía (29) y Castilla y León (27), aunque es importante resaltar que se dispone de centros que cumplen los criterios de inclusión en todas las Comunidades Autónomas.
4. El presente informe ha descrito los datos de 119 centros, 49% del total de centros contactados (119 de 242). Los pacientes con demencia atendidos en los centros estudiados representan un porcentaje importante (37%) de los pacientes de estos centros. El porcentaje de plazas que se dedican a esta patología es inferior al requerido ya que sólo se ofrecen un 22% de las plazas frente al 37% de demanda. Esto motiva listas de espera de 29,3 días de media.
5. El paciente con demencia mayoritariamente corresponde a una mujer de más de 80 años de bajo nivel sociocultural. La mitad de los pacientes con este diagnóstico clínico presentan un diagnóstico

de demencia tipo Alzheimer de corta evolución, es decir con una evolución inferior a 6 años. El grado de dependencia de la población incluida en el estudio es total o grave en el 42% de los casos. Según el estadiaje de GDS, el deterioro cognitivo es grave o muy grave en el 55% de los pacientes.

6. Destacar que hasta un 19% de los centros con especialidad de geriatría declaran no disponer de ningún programa específico de atención a la demencia.
7. Existe una clara discrepancia entre el % de centros que declaran ofertar distintos programas específicos para la demencia y el % de pacientes que, efectivamente, reciben estos tratamientos, llegándose en ocasiones a una infrautilización del 30%. La cobertura de estos programas es muy superior (% de centros que disponen de los programas) al aprovechamiento de los mismos por parte de los pacientes (% de pacientes que reciben estos programas).
8. Es preciso mejorar el conocimiento de la intervención no farmacológica (en la que hay cada día más datos y experiencias de sus resultados), además de homogeneizarla en el ámbito nacional y adaptarla a cada estadiaje de la enfermedad. Se precisa evaluar con más frecuencia a los pacientes mediante herramientas con capacidad discriminativa y a ser posible de fácil aplicación sobre todo en pacientes con enfermedad avanzada.
9. Respecto a la vital ayuda que necesitan los familiares de estos pacientes, se observa que los programas de soporte a éstos presentan un nivel de implantación muy bajo en nuestro país.
10. Sólo cerca de la mitad de los pacientes con EA o mixta están en tratamiento específico. Hay que hacerse preguntas porqué:

- No creemos en ellos.
 - Hay trabas para su uso.
 - Nos faltan conocimientos suficientes.
 - Puede que se utilicen poco por múltiples causas: el estadiaje de los pacientes, la tolerancia...
11. La valoración funcional-psicométrica se realiza menos de lo deseable (>50<60%). Hay que llegar al 100% pues es la única forma de realizar planes de cuidados coherentes.
 12. Debido al estadiaje de demencia que estamos atendiendo el MEC tiene un efecto suelo, por lo que, por ejemplo el MEC <12 es poco útil. Es preciso potenciar el uso de herramientas de valoración neuropsicológica (de manera fácil y posible) para intervenir mejor en estos pacientes y de una forma más racional.
 13. La valoración conductual la realizamos en el 26% de los pacientes: hay que tender al 100% pues es conocido que los pacientes, cuanto más avanza la enfermedad, más los presentan.
 14. La valoración funcional se realiza en el 53% y ésta se estimula en el 37%. Hay que evaluar y estimular con más frecuencia, para valorar el resultado de nuestras intervenciones. Un resultado puede ser que los pacientes no empeoren o que se retrase su empeoramiento.
 15. Tenemos que definir unos mínimos de buena práctica en demencias avanzadas, estableciendo indicadores de calidad asistencial.
 16. En general a los pacientes que peor están se les evalúa menos (funcional, psicométrica, analítica y conductualmente) (quizás porque no disponemos de herramientas para ello) y se les incluye menos en los programas de intervención: quizás porque no se

puedan beneficiar de ellos en ese formato o porque no disponemos de programas de intervención adaptados a los mismos.

17. Es necesaria la protocolización no ya del diagnóstico que ya lo está, ni de los criterios diagnósticos que también lo están, sino del proceso que se inicia con el diagnóstico, es decir, 10 años de problemas. Se precisa diseñar guías de buena práctica clínica en los diferentes estadios de la enfermedad, asociadas a indicadores de calidad asistencial comprobables mediante auditorías, no olvidando en ninguno de los casos la atención a la familia, el consentimiento informado y los documentos de decisiones anticipadas.
18. Si el objetivo es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, deberemos definir qué es la calidad de vida en un paciente con una mente en proceso de desintegración.
19. El cuestionario refleja un modelo de atención de carácter global que permite realizar un plan de cuidados integral. ¿Refleja una forma de hacer? ¿Existe un modelo desde la geriatría?
20. Valorar si los datos pueden constituir un revulsivo social que genere aumento de sensibilización y de guías de buena práctica incluso desde otras especialidades.
21. La metodología del estudio no permite “ver del todo” lo que hace el geriatra, sino lo que el contexto en donde se encuentra le permite hacer o no.
22. Puede ser que no se realicen valoraciones psicométricas en pacientes con deterioro avanzado, pues clínicamente no tiene consecuencias. Pueden ser útiles para estudios de investigación. Si no las realizamos, nunca conoceremos su valor.

23. La “prueba del algodón” sería comparar las residencias y recursos no llevados por geriatras.
24. Realmente no se están adaptando las intervenciones al estadiaje de enfermedad.



Stephane Paul

EL DISPOSITIVO FRANCÉS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES OFRECIDAS POR LOS CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS

D. Stephane Paul. Presidente del Consejo Nacional de Evaluación Social y Médico Social de Francia

En Francia, para realizar comparaciones internacionales, en materia de evaluación y de calidad, por ejemplo, tenemos, por lo general, la mala costumbre de tomar como referencia al continente norteamericano, al Québec francófono en particular. Sin menospreciar el interés de la visión transatlántica, considero que es importante también multiplicar los intercambios entre países de la Unión Europea y en particular entre países vecinos como España y Francia.

Voy a dividir mi ponencia en 4 apartados:

- empezaré por una breve descripción de los centros y servicios sociales y sociosanitarios franceses, centrándome únicamente en los puntos pertinentes para la comprensión del sistema de evaluación de la calidad de las prestaciones;
- a continuación, recordaré algunos elementos históricos;
- luego, pasaré a la presentación del Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria, su misión, su organización y sus características de evaluación;
- y para terminar, mencionaré algunos de los problemas con los que nos solemos encontrar o más probables.

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

El dispositivo de evaluación de la calidad de las prestaciones alcanza un ámbito de aplicación muy amplio, puesto que engloba tanto a los centros que acogen a las personas como a los servicios que ofrecen atención domiciliaria a 4 importantes grupos de población:

- personas mayores dependientes;
- personas discapacitadas: niños, jóvenes y adultos;
- personas desfavorecidas y vulnerables, que necesitan algún tipo de ayuda para reinsertarse en la sociedad;
- infancia en situación de riesgo.

Se estima en 30.000 el número total de centros y servicios existentes, de los cuales unos 13.000 están destinados a personas mayores y 8.000 a personas discapacitadas.

Se trata de un ámbito que se caracteriza por su gran heterogeneidad, en particular en materia de evaluación de la calidad:

- En los centros de atención cercanos a los centros de hospitalización, algunas formas de evaluación llevan ya practicándose desde hace muchos años; como, por ejemplo, en las residencias de la tercera edad.
- Por el contrario, en las estructuras más sociales y más alejadas del ámbito de la sanidad, no suele existir una cultura de evaluación de la calidad de las prestaciones ofrecidas y tampoco resulta fácil crearla. Como, por ejemplo, en los centros de acogida de personas sin hogar.

Segunda causa de heterogeneidad: el estatuto jurídico de los centros. De entre las 30.000 estructuras existentes, nos encontramos con centros públicos gestionados por colectividades locales; centros privados con fines comerciales, cuyo objetivo es conseguir beneficios; y, también, centros sin ánimo de lucro, gestionados por asociaciones, de discapacitados en particular, siendo éste un sector, el asociativo, muy desarrollado en

cuanto a servicios de atención a personas con discapacidad. Dichas diferencias de estatuto generan, a su vez, cierta heterogeneidad en cuanto a la calidad de la atención dispensada: siendo los centros comerciales los que cuentan con el mayor número de certificaciones.

Tercera heterogeneidad: la referente a la autoridad que otorga la licencia de apertura y que concede ayudas. Tres son, esquemáticamente, los elementos que las distinguen:

- En algunos casos, es el Estado el que otorga la licencia de apertura del centro o el permiso de ejercer y es también el Estado el que contribuye a su financiación. En el caso, por ejemplo, de los centros de trabajo para adultos con discapacidad.
- En otros casos, es una colectividad territorial (el Departamento) la que autoriza y financia, como en el caso de las residencias de la tercera edad para personas válidas.
- En otro tipo de centros, el Estado autoriza la apertura, pero es la Seguridad Social la que financia su funcionamiento: cuando las prestaciones incluyen una parte importante de atención sanitaria, en el caso de grandes discapacitados, por ejemplo, ingresados en centros especializados.
- Y el funcionamiento también puede ser mixto. Como en las residencias para personas mayores dependientes, en las que existen 3 tarifas: una para prestaciones hosteleras, otra para las prestaciones derivadas de la dependencia, y la tercera para cuidados sanitarios. El Departamento se hace cargo de las dos primeras y la Seguridad Social de la tercera.

El sector cubierto es, por lo tanto, muy amplio y heterogéneo. Pero consta de algunos grandes principios de organización comunes y que forman parte de las grandes Leyes fundamentales:

- La primera data del 30 de junio de 1975, y es la que estructura la modernización del sector. Es también la que marca las diferencias

esenciales entre el medio sanitario y el funcionamiento hospitalario, por un lado, y el conjunto de las instituciones sociales y sociosanitarias, por otro.

- Más recientemente, la Ley del 2 de enero de 2002, relativa también al conjunto del sector social y sociosanitario, que, entre otras características, viene a reforzar considerablemente los derechos de los usuarios y organiza la evaluación de la calidad.

El sistema francés presenta, por consiguiente, una gran complejidad, pero existen elementos comunes, como la obligación de proceder a la evaluación de la calidad de las prestaciones.

2. RESEÑA HISTÓRICA

Antes de que fuera aprobada la Ley 2002, muchos centros y servicios iniciaron espontáneamente los trámites de mejora de la calidad. En algunos ámbitos, algunas actividades se dotaron así de certificaciones, como en el caso de las actividades de producción realizadas por personas discapacitadas en centros ocupacionales. En ocasiones, incluso, el mecanismo de certificación afecta a todo el centro, como suele ocurrir en las residencias para la tercera edad.

Además, el Estado ha implantado numerosas medidas, tendentes, por un lado, a incrementar el número de controles llevados a cabo por los funcionarios del Estado en las residencias para personas mayores o discapacitadas, y, por otro, con el fin de prevenir el maltrato institucional.

Todo ello deriva, ciertamente, en una mejora de la calidad de las prestaciones, pero, tanto en lo que respecta a los objetivos como a la metodología, la evaluación deja aún mucho que desear.

La herramienta «Angélique» permite, no obstante, acercarse a dicho objetivo. Angélique, un nombre femenino antiguo, ha sido el elegido para

designar la herramienta de autoevaluación destinada a mejorar la calidad de un centro de acogida para personas mayores dependientes.

De hecho, la introducción de dicha herramienta resulta inseparable de la reforma de la tarificación de los centros, introducida en los textos del 26 de abril de 1999. De forma simplificada, podríamos decir que los recursos de cada centro quedan determinados ya no de forma global, sino en función del grado de dependencia de las personas atendidas y valorado caso por caso. Cada centro firma con el Estado y el Departamento una convención tripartita, que establece el nivel tarifario aplicable y define los objetivos de mejora de la calidad. “Angélique” es la herramienta que permite conocer la situación del centro, desde el punto de vista de la calidad de las prestaciones, en el momento de la firma de la convención tripartita, y definir los objetivos de mejora, con el fin de reducir el número de puntos débiles durante los 5 años de aplicación de la convención.

Concretamente, dicha herramienta consta de 4 partes, divididas cada una de ellas, a su vez, en una serie de ítems. Por medio de consultas al personal y residentes, el responsable debe atribuir una nota a cada ítem, para poder definir el nivel de la institución que dirige.

La primera parte pretende valorar las expectativas y la satisfacción de los residentes y de las familias. Algunas de las preguntas planteadas son las siguientes: “¿Disponen los residentes de un espacio privado en el que puedan depositar objetos personales, con llave personal?”, “¿Se realizan los cuidados y el aseo del residente a puerta cerrada?”

La segunda parte se centra en las posibilidades ofrecidas al residente en términos de autonomía, de acompañamiento, de cuidados. Por ejemplo: “¿Reciben todos los residentes la atención podológica necesaria?”

La tercera parte está orientada a la evaluación de las relaciones del centro con las demás estructuras. Por ejemplo: “¿Cómo se establece la relación

con el sector psiquiátrico?”

La cuarta y última parte se refiere al propio mecanismo de mejora de la calidad, con preguntas como: “¿Ha sido contratado por el centro algún Técnico de Calidad?”

“Angélique” consta de 147 preguntas en total. Fuera de dicha completa estructuración, en torno a múltiples ítems, “Angélique” presenta dos características originales:

- En primer lugar, se trata de un instrumento diseñado y difundido por el Estado, aunque hayan sido consultadas, para su elaboración, todas las grandes organizaciones representantes de asociaciones, personal y usuarios.
- Además, se trata de un instrumento cuyo uso está muy ligado a la tarificación. Es decir y de manera sencilla, que los medios de financiación otorgados a un centro tienen, en cierta medida, como contrapartida el compromiso de proceder a una autoevaluación, con el fin de tomar, a continuación, las medidas oportunas para mejorar los puntos débiles.

Hoy en día, resulta algo complicado establecer el balance de “Angélique”. Sin duda, se trata de un instrumento, difundido en 1999, que ha sido ampliamente utilizado entre 2000 y 2002. Una encuesta llevada a cabo en enero de 2003 en 100 Departamentos franceses, de los cuales 80 han rellenado el cuestionario, revela que el 90% de las respuestas indican que la herramienta “Angélique” ha sido efectivamente utilizada. Una encuesta que se vio paralizada tras las profundas modificaciones introducidas por la Ley de 2002, arriba mencionada, y que define la forma en que debe realizarse, en adelante, la evaluación. En cualquier caso, no cabe duda de que la herramienta “Angélique”, con sus 147 preguntas, aun no habiéndose siempre utilizado correctamente, ha conseguido mejorar considerablemente la cultura de la evaluación en las residencias de la tercera edad.

3. LA LEY DEL 2 DE ENERO DE 2002 Y EL CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN SOCIAL Y SOCIOSANITARIO

Es importante resaltar que es la Ley (y, por lo tanto, un texto de alto nivel en la jerarquía de las normas) la que obliga, a los centros y servicios sociales y sociosanitarios, a valorar periódicamente la calidad de sus prestaciones y la que crea el Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria. Un organismo que, por diversas razones, no fue instituido hasta abril de 2005, lo que significa que no se dispone del margen de tiempo suficiente para poder sacar conclusiones definitivas. Pero sí se puede, no obstante, presentar su misión y su organización, tras precisar las características elegidas por el legislador para definir una evaluación “a la francesa”.

3.1. Las características de la evaluación «a la francesa»

Resultan obligatorias la evaluación interna (cuyos “resultados [...] deberán ser comunicados cada cinco años a la autoridad que haya otorgado la licencia de apertura”) y la evaluación externa (que “deberá ser realizada en los siete años posteriores a la licencia o su prórroga, y al menos dos años antes de la fecha prevista para su realización” y cuyos “resultados [...] también deberán ser comunicados a la autoridad que haya otorgado la licencia de apertura”).

La Ley establece que “la licencia de apertura queda establecida por un periodo de quince años. Su prórroga, total o parcial, queda exclusivamente subordinada a los resultados de la evaluación externa [...]. La licencia de apertura podrá ser renovada de forma tácita, salvo en el caso de que, un año al menos antes de la fecha de renovación, la autoridad competente, vista la evaluación externa, requiera del centro o servicio la presentación, en un plazo de seis meses, de una demanda de renovación”.

El análisis del contenido de la Ley, cuyos términos principales acabamos

de mencionar, y el examen de las primeras publicaciones del Consejo Nacional (que ha elaborado una forma de doctrina con el fin de explicitar o completar la Ley) permiten identificar 7 características de la evaluación “a la francesa”, respecto a la calidad de las prestaciones ofrecidas por los centros y servicios sociales y sociosanitarios.

3.1.1. La evaluación es obligatoria, con consecuencias concretas y legales, respecto a la transmisión de los “resultados” y a la utilización de los resultados de la evaluación externa previa a la concesión de la prórroga de licencia de apertura, que no dependerá automáticamente del resultado “bueno” o “malo” de la evaluación externa, pero que sí influirá. Puesto que, de hecho, si los resultados de la evaluación externa, obtenidos antes de concluir los trece años de existencia de la licencia, no se consideran satisfactorios, el centro o servicio afectado deberá someterse a un procedimiento mucho más estricto que en el caso de haber sido declarados “buenos”, puesto que, en este último supuesto, todo se realiza de forma tácita.

3.1.2. La evaluación está sometida a las mismas reglas en todos los centros y servicios sociales y sociosanitarios, cualesquiera que sea su estatuto y la población de los mismos.

Esa decisión, por parte de legislador francés, puede parecer, a primera vista, algo sorprendente. Parece, en efecto, ignorar la gran heterogeneidad del mundo social y sociosanitario, arriba mencionado. Pero la diversidad de las poblaciones e instituciones, aunque real, no debe ocultar la idéntica cultura que inspira el conjunto de sus prácticas: la del proyecto de vida y de personalización del acompañamiento o de la atención.

Al elegir una única fórmula de evaluación para el conjunto del ámbito social y sociosanitario, el legislador consagra la existencia y la fuerza de dicha cultura común, que distingue precisamente lo social y sociosanitario del ámbito sanitario, basado en otros valores.

3.1.3. La evaluación es a la vez interna y externa.

Cabe entender la evaluación «interna» como una evaluación llevada a cabo por las propias instancias del centro o del servicio, lo que implica dos precisiones:

- La evaluación interna se distingue de la autoevaluación en el sentido en que el centro o servicio no ha intervenido en la elección de las referencias en las que se basa la evaluación: ésta debe realizarse “de conformidad” con las referencias, procedimientos y recomendaciones de buenas prácticas profesionales, validadas por el Consejo Nacional y debe cumplir con una serie de reglas impuestas, como, por ejemplo, contar con la mayor participación posible del personal y de los usuarios.
- Además, el aspecto “interno” de la evaluación no impide a los centros y servicios solicitar ayuda exterior. La formación previa de los responsables, respecto a los métodos de evaluación, puede ser de gran ayuda para el buen desarrollo de la evaluación.

La evaluación «externa», por su parte, presupone la necesidad de recurrir a “organismos” autorizados.

3.1.4. El ritmo de las evaluaciones está marcado por una fuerte periodicidad.

Mientras que no se exigía nada a los centros y servicios en materia de evaluación de calidad de las prestaciones antes de la Ley de 2002, ésta impone 3 evaluaciones internas y 2 evaluaciones externas, durante los 15 años de vigencia de la licencia de apertura otorgada a los centros y servicios.

3.1.5. El campo de evaluación es amplio e idéntico, ya sea ésta interna o externa.

Teóricamente, en su acepción más amplia, toda evaluación de un servicio o centro social o sociosanitario instauraría un proceso global y coherente de cambio, en la óptica de mejora continua de la calidad de las prestaciones. Para ello, se deberá proceder en tres etapas.

En primer lugar, se deberá valorar el estado de la estructura, en relación, entre otras cosas, con los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales. La evaluación, en este caso, se centrará en la calidad de las prestaciones, en la manera en que se realizan y en el espíritu que preside la acción. Puesto que la Ley del 2 de enero de 2002 se caracteriza por su especial hincapié en el derecho de las personas, dicha fase de evaluación debe permitir valorar, en particular, si, más allá de la simple proclamación de buenas intenciones, las prácticas diarias confirman la existencia de una atención realmente personalizada, si responden correctamente a las expectativas de las personas tratadas y si son realmente respetuosas con los usuarios y sus familias.

La evaluación debe asimismo adoptar una visión global de la estructura y de su contexto, lo que llevará a plantear una serie de preguntas añadidas respecto al proyecto del centro:

- ¿Permite dicho proyecto de centro responder adecuadamente a las expectativas y a las necesidades de las personas tratadas?
- ¿Ayuda dicho proyecto de centro a trabajar en dinámica, dentro del territorio abarcado? ¿Cómo se inscribe en el contexto formado, por un lado, por los esquemas adoptados y, por otro, por los proyectos de los demás centros y servicios con los que debe complementarse? La evaluación debe poder valorar la inserción de la estructura evaluada en el contexto de su territorio.
- Dicho proyecto de centro y la forma en que ha sido establecido ¿resultan realmente eficientes? ¿Podrían mejorarse con los recursos de los que dispone el centro o el servicio? ¿Se podría hacer lo mismo movilizand o menos recursos? O, ¿son los medios disponibles insuficientes para poder responder correctamente a las exigencias

de la demanda pública? Una evaluación completa no puede, evidentemente, eludir estas preguntas, pero tampoco debe transformar dicho proceso ni en auditoria contable ni en control presupuestario.

Además, la evaluación no debe ignorar que el proyecto de centro se sitúa en el punto de encuentro de dos dimensiones: por un lado, el cumplimiento de la legislación y, más ampliamente, del mandato público expresado por la autoridad encargada de otorgar la licencia de apertura; y por otro, las orientaciones y los valores del proyecto sustentado por las instancias de las que depende el centro o servicio (proyecto asociativo, en el marco de una asociación, o documento de referencia equivalente, en los demás casos y en particular en lo que respecta a los centros públicos). Por consiguiente, la evaluación debe valorar la coherencia de las relaciones entre los distintos elementos y la adecuación a las exigencias de los tiempos presentes de los principios superiores por los que debe regirse.

Y, finalmente, la evaluación debe valorar el impacto de las acciones llevadas a cabo.

Tras dicha amplia definición del campo de evaluación, cabe preguntarse si la evaluación interna y la evaluación externa deben o no cubrir ambas el mismo campo y abarcar ambas el conjunto de los aspectos arriba mencionados.

Desde el punto de vista teórico, se podría imaginar una solución que, con el fin de evitar la duplicación de una misma operación, otorgara a cada una de las evaluaciones finalidades distintas; la evaluación interna, por ejemplo, se centraría en la conformidad de las prácticas diarias, en base a los referenciales elegidos y el respeto de los derechos de las personas, mientras que la evaluación externa cubriría un campo más amplio y se pronunciaría respecto a la calidad del proyecto del centro, la eficacia de la estructura y su inserción en el entorno institucional.

Dicha solución debe ser descartada, en la medida en que acredita, erróneamente, la idea de que pueden existir definiciones diferentes respecto a lo que debe ser la evaluación social y sociosanitaria. Y, en particular, su aplicación concreta correría el riesgo de desembocar en la realización de dos evaluaciones truncadas, no aportando ninguna de ellas una visión correcta de la estructura y cuya suma podría resultar imposible de interpretar, puesto que sumaría datos recogidos en momentos diferentes y con métodos diferentes.

Puesto que tanto la evaluación interna como la evaluación externa deben valorar las actividades y la calidad de las prestaciones de los centros y servicios, deben centrarse en el mismo perímetro, que puede ser amplio e incluir la comprobación de la pertinencia del proyecto de centro, la correcta inserción de la estructura en su entorno y la eficiencia del dispositivo elegido.

Lo importante, en realidad, es la diferencia de los puntos de vista respecto a un mismo centro o servicio, según se trate de una evaluación interna o de una evaluación externa. Su sucesión debe permitir disponer de apreciaciones cruzadas, que ayudarán a establecer un juicio lo más acertado posible. Algo que resulta primordial, tanto para los responsables de la estructura como para la autoridad que ha otorgado la licencia de apertura y destinataria de los resultados de las evaluaciones internas y externas.

3.1.6. La evaluación debe realizarse obligatoriamente de forma participativa.

La evaluación sólo tiene sentido si huye de cualquier tentación tecnocrática. Desde su diseño, a lo largo de su desarrollo y en la valoración de los resultados, se debe movilizar (y no sólo informar) a los equipos responsables en torno a los Administradores y Directores, pero también al conjunto del personal, así como a los usuarios y a sus familias.

3.1.7. La evaluación ha sido diseñada para ayudar a los centros y servicios a progresar en la calidad de sus prestaciones.

La sucesión en el tiempo de los dos tipos de evaluación (interna y externa) debe crear una dinámica. La evaluación interna se completa con una evaluación externa y esta última debe pronunciarse asimismo respecto a la seriedad de la evaluación interna, respecto a la pertinencia de las conclusiones establecidas, respecto a las mejoras efectivamente alcanzadas; y las medidas tomadas tras la evaluación externa serán, a su vez, evaluadas en la fase siguiente. Sólo de esa manera podrá la evaluación contribuir a la dinámica de mejora continua de la calidad de las prestaciones.

Cabe observar que dicha dinámica sólo puede, evidentemente, ser alcanzada en la medida en que se hayan llevado a cabo ambas evaluaciones con el mayor rigor. La evaluación interna constituye un planteamiento metodológico exigente, que debe movilizar al conjunto de los agentes implicados. En cuanto a la evaluación externa, debe consistir en un análisis en profundidad, pluridisciplinario y llevado a cabo con la independencia necesaria para poder emitir un juicio acertado, lo que implica que el evaluador no debe tener (ni haber tenido) relación alguna con la estructura examinada.

3.2. La misión del Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria

El Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria cumple cuatro misiones.

3.2.1. En los términos de la Ley de 2002, la primera misión del Consejo Nacional consiste en la validación “de los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales”, en base a los cuales se evaluarán las actividades y la calidad de las prestaciones ofrecidas por los centros y servicios.

La consulta de los debates parlamentarios permite entender mejor las intenciones del legislador.

El proyecto, presentado en la Asamblea Nacional en julio de 2000, prevé la evaluación interna, efectuada “conforme, en particular, a los procedimientos, referencias y recomendaciones de las buenas prácticas profesionales”, que un Consejo Nacional, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales, se encargará de redactar. Se trata, por consiguiente, de una visión descendente: la norma aplicable se define a nivel nacional para ser cumplida por los agentes locales.

Durante los primeros meses de trabajo parlamentario, no sólo se mantiene dicho concepto, sino que varios Diputados proponen dispositivos tendentes a reforzarlo. Así, partiendo de que, en el proyecto de Ley “los procedimientos de evaluación resultan insuficientes y no son realizados por una instancia cuya independencia esté totalmente garantizada”, un Diputado propone la creación de una Agencia Nacional, “organismo independiente [encargado de dictar las] reglas de buena conducta y de velar por su cumplimiento [...] en base al modelo de las diferentes agencias de acreditación”. Otro Diputado estima, además, “que no sólo los referenciales, sino también las prácticas de evaluación [deberían] ser objeto de una definición nacional”.

Posteriormente, a medida que se iban desarrollando los debates parlamentarios sobre el tema, en el Senado, en particular, donde alcanzarían su objetivo, surge otra nueva concepción, a través de una enmienda, por la que al Consejo Nacional se le va a otorgar “una misión de validación de los instrumentos de evaluación producidos por el sector social y sociosanitario, más que de elaboración de dichos referenciales, con el fin de desmarcarse de una agencia de acreditación”.

Respecto al proyecto inicial, la perspectiva se invierte: la iniciativa incumbe a los agentes locales y el Consejo está habilitado para la “validación”. No obstante, “con el fin de evitar un riesgo de bloqueo del sistema si los

agentes de campo se niegan a elaborar las normas”, los parlamentarios precisan que el Consejo Nacional se encargará de elaborarlos “en caso de carencia”.

Y este último es el concepto que ha sido finalmente aceptado, por respetar las iniciativas locales y el considerable trabajo llevado a cabo por las estructuras más innovadoras.

Cabe señalar que el Consejo Nacional dispone de poderes muy amplios: valida, en caso de carencia, elabora los procedimientos, referencias y recomendaciones, sin vía alguna de impugnación posible.

3.2.2. Al igual que la primera, la segunda misión del Consejo Nacional queda definida por Ley. Cabe no obstante recordar que, en el momento de su depósito, el proyecto inicial contemplaba únicamente una evaluación interna de las actividades y de la calidad de las prestaciones. El debate parlamentario posterior fue el que llevó a la decisión de exigir que la evaluación sea obligatoriamente realizada “por un organismo exterior”.

Las evaluaciones externas sólo pueden ser realizadas por organismos que se comprometan a “cumplir todos los requisitos de un pliego de condiciones fijado por decreto” y contemplado en una lista “establecida por decreto del Ministerio de Acción Social”. El Consejo Nacional examinará las demandas planteadas y comunicará su decisión, tras lo cual el Ministro redactará la lista de los organismos habilitados.

Este dispositivo es el resultado de la búsqueda de un equilibrio: por un lado, se ha conseguido un rápido consenso en torno a la idea de que la Ley de renovación de la acción social y sociosanitaria incumpliría su objetivo de mejorar sensiblemente la calidad de las prestaciones sin la obligatoriedad de realizar una evaluación externa; pero, por otro, no ha resultado fácil determinar qué tipo de instancia debería encargarse de llevarla a cabo:

- Salvo riesgo de desnaturalizarla completamente, la evaluación externa no puede ser llevada a cabo por las autoridades encargadas de otorgar las licencias de apertura de los centros y servicios, de determinar el nivel de sus recursos y de controlarlos.
- Además, tal y como indican los trabajos parlamentarios, no parece tampoco razonable “erigir al Consejo Nacional de Evaluación en auténtica agencia de acreditación, tal y como sucede con la Agencia Nacional de Acreditación y de Evaluación de la Salud en el sector sanitario, porque el número de centros sociales y sociosanitarios es ocho veces mayor que el de los centros sanitarios”; lo que exigiría la constitución de una estructura demasiado pesada y la movilización de importantes medios presupuestarios de funcionamiento.
- En tales condiciones, la solución que consiste en recurrir a “organismos exteriores” parece la única viable.

Dicho esto, el legislador abre así una forma de “mercado” de la evaluación. Y con el fin de garantizar el rigor de los agentes, se deberán tomar ciertas precauciones:

- Éstos deberán comprometerse a cumplir todos los requisitos del pliego de condiciones, que deberá establecer las modalidades mínimas que ningún evaluador podrá eludir y precisar las condiciones concretas a cumplir para que el organismo evaluador pueda actuar con total independencia, de cara al centro o servicio examinado.
- Además, en los términos de la Ley, “un organismo sólo podrá realizar evaluaciones de las categorías de centros y servicios en los cuales los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales hayan sido validados o elaborados por el Consejo. Lo que significa que ningún organismo evaluador podrá abordar un ámbito en el cual no se hayan determinado los factores de calidad; lo que implica asimismo que todo organismo evaluador deberá basar sus trabajos en los datos validados o elaborados por el Consejo

Nacional, incluso cuando no le esté prohibido recurrir, además, a otros instrumentos.

- Antes de proceder a evaluaciones externas, los agentes deberán estar habilitados por el Ministro, siendo el Consejo Nacional (que deberá pronunciarse al respecto) el encargado de comprobar que los candidatos presentan las características exigidas y cumplan todos los requisitos del pliego de condiciones.
- Finalmente, las autoridades encargadas de otorgar las licencias de apertura de los centros y servicios destinatarios de los resultados de las evaluaciones externas podrán asimismo opinar respecto a la seriedad de los organismos evaluadores y, si procede, plantear sus dudas o temores.

3.2.3. Aunque no contemplada en la propia Ley, pero sí en su Decreto de aplicación, la tercera misión del Consejo Nacional resulta especialmente importante: se trata de “promocionar en los centros y servicios sociales y sociosanitarios el desarrollo de la evaluación interna y de la evaluación externa” y de “difundir las herramientas e instrumentos que permitan formalizar los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales”. En ese sentido, desde sus primeras semanas de existencia, los trabajos del Consejo fueron difundidos a través de la página Web del Ministerio (www.social.gouv.fr – en el apartado “Informes temáticos” – “Centros sociales y sociosanitarios” – “Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria”).

El Consejo deberá así contribuir al fortalecimiento de la cultura de la evaluación, en un país en el que todavía está poco extendida y en un ámbito plagado de obstáculos, que han dificultado o minimizado la necesidad de proceder a evaluaciones de la calidad de las prestaciones.

Desde ese punto de vista, el gran número de miembros que forman el Consejo constituye una baza importante: 66 titulares y 48 suplentes. Siendo cada uno de ellos portador, en el seno de su red y fuera de ella y

en la medida de lo posible, de la necesidad de hacer avanzar la reflexión y las prácticas: la amplia dimensión del Consejo (que confirma la amplitud del número de centros y servicios afectados, con su gran variedad de sujetos y modos de atención) debería impedir la existencia, por un lado, de categorías de centros o servicios punteros en lo que respecta al planteamiento evaluativo, y de otros muy alejados del mismo.

El deber de información que incumbe al Consejo Nacional debe ir acompañado de la obligación para sus miembros y personas que colaboren en sus trabajos “de mantener en secreto las informaciones de las que puedan tener conocimiento en el ejercicio de sus funciones”. Una obligación que deberá contemplar el Reglamento interno. Es decir, se deberá difundir ampliamente los elementos y resultados de los debates sobre procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales, tras haber anonimizado las posturas individuales de los miembros del Consejo Nacional; y éstos se abstendrán de emitir públicamente su postura respecto a la instrucción de los expedientes y las decisiones relacionadas con los organismos solicitantes de una habilitación para proceder a las evaluaciones externas. Dicho de otra manera, los miembros del Consejo Nacional deberán comprometerse a ejercer su actividad en total independencia e imparcialidad. No podrán, por consiguiente, participar en la instrucción de los expedientes, ni en las deliberaciones, ni en el voto para la habilitación de los candidatos a la evaluación externa, con los que hayan podido mantener alguna relación directa o indirecta en el transcurso de los 4 años anteriores.

3.2.4. Por último, el Consejo podrá participar en la evaluación de los centros y servicios con carácter experimental.

3.3. La organización del Consejo Nacional

La descripción de las misiones del Consejo Nacional pone de manifiesto los límites de su intervención: no procede, por sí mismo, a ninguna

evaluación (salvo en los pocos centros experimentales existentes) y no organiza ni supervisa el desarrollo de las evaluaciones, no diseña ni define ninguna de las múltiples herramientas que pueden ser utilizadas en las evaluaciones, no establece ni valida las recomendaciones de buenas prácticas profesionales. Lo que ha llevado al legislador a no crear toda una administración adicional, sino a prever únicamente la existencia de un “Consejo Nacional”, compuesto por personas con importantes responsabilidades profesionales y que sólo pueden dedicar algunas horas al mes al ejercicio de sus funciones como miembros del Consejo Nacional. En cuanto a la Secretaría del Consejo, apenas cuenta con 2,5 agentes.

Cabe resaltar, por otra parte que, debido a su composición, el Consejo Nacional no constituye una agrupación de los mejores expertos universitarios en técnicas evaluativas. Sino todo lo contrario, puesto que está esencialmente integrado por:

- Representantes de las autoridades encargadas de otorgar las licencias de apertura de los centros y servicios y que deciden de sus recursos;
- Gestores, Directores y personal de las instituciones;
- Representantes de los usuarios, proporcionalmente más numerosos en el seno del Consejo Nacional que en las demás instancias implantadas por el legislador en el ámbito social y sociosanitario.

El legislador demuestra así que la evaluación no es prioritariamente un asunto de expertos y que, aunque debe ciertamente cumplir ciertos requisitos metodológicos, debe ante todo movilizar al conjunto de los colectivos que integran los centros y servicios. El Consejo cuenta con 66 miembros titulares, de los cuales 48 tienen un suplente, designado por un mandato de 4 años prorrogable un año más.

El Consejo Nacional sólo se reúne en sesión plenaria, durante una jornada completa, 4 ó 5 veces al año, pero cuenta en su seno con una Comisión Técnica permanente, compuesta por 10 miembros, que se reúne cada 2 ó 3 semanas y con capacidad para crear comisiones ad hoc, que pueden,

si el tema lo requiere, adoptar un ritmo de trabajo más sostenido e invitar a expertos o universitarios a participar a sus reflexiones.

4. LOS PROBLEMAS PREVISIBLES

El Consejo Nacional fue creado el 15 de abril de 2005. Por lo tanto, es aún demasiado pronto para valorar la naturaleza y la importancia de los distintos obstáculos previsibles. Aunque cuatro ya parecen destacar, de los cuales dos relacionados con la financiación.

En primer lugar, el temor a que el Consejo no disponga de suficientes medios económicos, que le permitan llevar a cabo todos los trabajos necesarios para la correcta ejecución de sus misiones. Para validar, por ejemplo, una recomendación de buena práctica profesional, es necesario proceder a un repaso crítico de la literatura nacional e internacional, realizar encuestas sobre el estado de las prácticas, analizar las actuaciones innovadoras, consultar con un número suficiente de profesionales y usuarios y, tras validar la recomendación, garantizar su difusión. Una validación, que cumpla dichos requisitos, puede llegar a costar entre 50.000 y 100.000 € y el Consejo desea poder otorgar unas diez validaciones cada año. Puesto que el Consejo no es una administración y no dispone de un presupuesto propio, la movilización de los fondos necesarios no parece cosa fácil.

Por otro lado, la obligación de proceder a una evaluación externa implica, necesariamente, un coste añadido, puesto que cada centro o servicio deberá recurrir a un evaluador externo. El coste adicional previsible rondaría los 300 millones de euros, para el conjunto de los centros sociales y sociosanitarios; aunque dichos gastos podrían repartirse en varios ejercicios presupuestarios, puesto que la evaluación externa sólo se realiza cada 7 años.

Otro de los problemas es que, entre las recomendaciones de buenas

prácticas profesionales que el Consejo Nacional pretende validar, algunas serán muy amplias y afectarán, por ejemplo, tanto a centros para personas mayores como para personas discapacitadas (de ahí las recomendaciones de respeto de la intimidad de los residentes). Lo que permitirá, en algunos casos, ciertas adaptaciones, teniendo en cuenta las características particulares de las personas atendidas (autistas, por ejemplo, o enfermos de Alzheimer), pero existe el riesgo de que las adaptaciones se multipliquen y que cada centro acabe creando su propia “recomendación”, dando así lugar a una autoevaluación demasiado complaciente.

Y para terminar, la filosofía del sistema elegido presupone que cada centro o servicio afectado elija los métodos para proceder a la evaluación interna, así como el gabinete encargado de la evaluación externa de la calidad de las prestaciones ofrecidas. Sin embargo, algunos organismos financiadores, con el pretexto de establecer comparaciones entre centros, pretenden refrenar las iniciativas de los mismos e imponer sus criterios e indicaciones, en contra del propio espíritu de la Ley.



Rocío Fernández

EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES

D.^a Rocío Fernández Ballesteros. Catedrática de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

En el actual proyecto para el Sistema Nacional de Dependencia, existe un capítulo 1 en el título 2 en el que se habla de medidas para garantizar la calidad del sistema, se supone que el sistema completo tendrá alguna reaseguración de calidad. Aquí habrá un consejo territorial, que está formado por las Comunidades Autónomas y por la Administración General del Estado, acordará criterios e indicadores de calidad, así como una guía de buenas prácticas y una cartera de servicios.

Por otra parte, la Ley de Dependencia nos aporta un sistema criterial de evaluación de las personas que van a ser atendidas, y la calidad de prestación de los servicios. Para ello la Ley dice que se establecerán estándares para cada uno de los servicios, es decir, que tendremos criterios de calidad para cada uno de los servicios, y por otra parte asegura que los centros residenciales habrán de contar con un reglamento, que asegura que existe una normativa con base en los servicios que se pretenden aportar. Y finalmente, se atenderá de manera específica a la calidad de aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios. Todo ello quiere decir, que hablamos tanto de un ámbito privado, como público.

Antes de nada es importante saber qué es la evaluación de programas; existen diferentes definiciones para aclarar este punto:

- “La estimación del mérito o valor de un objeto”. La primera cuestión en esta definición es saber a través de qué determinamos ese mérito o valor, es decir, los criterios de calidad.
- “Es el proceso de determinar en qué medida se han conseguido los objetivos de un programa”. Un programa no estaría bien planteado si no contase con unos objetivos claros a la hora de la estimación de la calidad o el mérito.
- “Es la provisión de información para tomar decisiones sobre una intervención”. En todo el sistema de evaluación, a todos los niveles, se tiene en cuenta el tratar de mejorar las acciones que realizamos. La mejora es el principal objetivo de cualquier sistema de calidad o de evaluación.
- “Es un sistema de investigación sobre el valor y mérito de un objeto”. No podemos hablar de evaluación si no realizamos una investigación sistemática de la que obtenemos datos empíricos sobre la calidad de un determinado sistema.

Existe un matiz, necesario o no, que es que la evaluación debería realizarse después de haber sido aplicado el programa para establecer el juicio sobre el valor del mismo. Esta idea de realizar la evaluación después de haberse aplicado el programa eliminaría las evaluaciones intermedias. Ésta es una condición no necesaria pero bastante propia de lo que se considera la evaluación de programas.

La definición completa de la **evaluación de programas** es “la estimación del valor de un programa o de un servicio gerontológico, llevada a cabo mediante un sistema de investigación de su valor o mérito, en base a haber alcanzado sus objetivos u otros efectos positivos, que permitan tomar decisiones para la mejora de su programa”.

Los programas deberían de estar permanentemente revisados para poder mejorar.

¿Qué relación tiene la evaluación con otros sistemas de evaluación?

En España, ha habido siempre una importante inspección, como forma tradicional de verificar la calidad de un determinado servicio o programa. En la evolución de la gestión pública se nos ha aportado otra serie de herramientas. Una de estas herramientas es el “modelo de contabilidad por objetivos”. En este momento los presupuestos en España, son presupuestos por programas, es decir, que cada programa tiene unos objetivos que han de ser alcanzados, de esta manera se establece la eficiencia de los programas a la vez que los valoramos. Esta evaluación es de tipo cuantitativo, por lo que no hay que confundirlo con la evaluación de programas aunque tengan características comunes.

Existe también un “modelo de la auditoría”, que en los últimos años se ha puesto de moda con las normas ISO. Es aquel modelo que con arreglo a unos estándares previamente establecidos, de arriba a abajo, hace que el centro que ha sido acreditado con esas normas, pueda justificar a la comunidad el dinero que se está gastando.

Finalmente destacaremos el “modelo de Calidad Total”. No existe ningún modelo realmente de abajo a arriba, es decir, el modelo en que la base establezca los criterios que establezcan la calidad de algo, es poco probable ya que la organización suele ser piramidal, de arriba a abajo. Estrategias de abajo a arriba quiere decir que los mayores deben decidir qué objetivos quieren conseguir, si éstos no casan con los de la organización es un absurdo. Es por ello, que no es probable que existan modelos en los que todos los criterios sean de abajo a arriba. La ventaja en estas estrategias es que son absolutamente imprescindibles en la implantación de los programas. Los programas que no se implantan con la colaboración de la gente no logran nada.

¿Cómo se evalúa un determinado tipo de programa?

Cada uno de estos modelos son sistemas de evaluación de programas, pero hay un conglomerado de formas de hacer evaluación, que son complementarias.

- El establecer unos requisitos de instalación, por una parte, es un sistema de evaluación de la calidad. Por tanto este prerrequisito puede ser un criterio de evaluación, ya que la inspección lo que tradicionalmente ha hecho es asegurarse de que estos requisitos perduran en el tiempo.
- La certificación ISO. Las normas que se han establecido tienen consenso social lo que puede hacer que un centro siga funcionando. Estas acreditaciones deben tener consenso social, deben estar apoyadas por la sociedad y el ente público que sostiene al centro.
- Modelo de calidad total, es un sistema de autoevaluación.
 - > Autoevaluación: son las propias personas que están en un centro, siguen los procesos de gestión del centro y logran la calidad.
 - > Siempre hay alguien ajeno que ayuda en este proceso.
- Evaluación de programas. Se fija más en los productos y no tanto en los procesos, pero también tiene en cuenta los efectos de los procesos, ya que los procesos tienen productos y los productos se han conseguido a base de procesos. La evaluación de programas generalmente es externa, y es la que responde a las preguntas:
 - > ¿Es eficaz el programa?
 - > ¿Es efectivo el programa?
 - > ¿Es eficiente el programa?

La evaluación de programas emerge dentro de una perspectiva anglosajona, del mundo social y del mundo educativo. No es incompatible al resto de modelos, lo importante es ajustarse a aquel modelo que responda mejor a las preguntas que nos interesan en cada momento.

En el sistema de dependencia actual existen múltiples agentes de cambios. Uno de ellos son las personas, que no son evaluadas por la evaluación de programas. Con lo cual, hay distintos niveles de complejidad, es decir, después de 25 años, al final, se podrá evaluar el sistema de dependencia, y éste en el momento actual es una idea general que tiene que plasmarse en una realidad social. Si vamos a otras políticas, como las de igualdad,

no cabe duda de que en el fondo de una ley de dependencia existe una política de igualdad, donde las personas mayores no se vean segregadas, o el sistema de integración social. Estas grandes ideas generales, cuando se implantan en una determinada realidad, se pueden llegar a evaluarlas. Los programas, o conjunto de acciones que se implantan y tienen un nombre determinado. Finalmente en el diseño de la intervención social, cada vez usamos términos distintos:

- Plan: conjunto de acciones que se pretender dispensar en un determinado tipo de realidad socio-histórica. Todavía no se ha plasmado, y aunque no se haya plasmado se puede enjuiciar.
- Programas: están formados por proyectos.
- Proyectos: están formados por intervenciones.
- Intervenciones: están formadas por tratamientos.
- Tratamientos: están formados por acciones.
- Acciones: están formadas por elementos.
- Elementos:
 - > Medios: puestos a contribución de un programa.
 - > Medidas: cosas que se deciden para interponer en una determinada realidad las actividades, los recursos, los procesos.

Todo ello depende del nivel de complejidad en el que nos centremos. Cuando hablamos de un conjunto de acciones que se interponen en una realidad, no cabe duda de que se interponen en realidades de distinto carácter político-administrativo (Ayuntamiento, Diputación, Gobierno Vasco, Gobierno de la Nación, Europa, ONU). ¿Un programa a qué nivel se implanta? Es muy importante recortar el contexto político-administrativo, para saber hasta dónde la evaluación. En todo caso, y cualquiera que sea el nivel un programa “es un conjunto totalizado de acciones, recursos humanos y materiales, previamente diseñados y planificados, interpuestos coordinadamente, en un determinado contexto, con el fin de resolver unas concretas necesidades de una determinada población”. No hay una gran diferencia entre servicio y programa, por lo que lo que vamos a hacer es evaluar los distintos programas que conforman la Ley de Dependencia,

que podremos circunscribirlos a distintas realidades socio-políticas.

Aparte de los otros tipos de evaluaciones, lo que está claro es que hay distintas formas de evaluar, por lo que también tendremos que decidir qué forma de evaluación vamos a utilizar. Dos alternativas de evaluación:

1. Evaluación formativa, basada en procesos, que trata de verificar a lo largo de toda la implantación cómo se está aplicando el mismo.
2. Evaluación sumativa, referida a la evaluación del producto.

A pesar de que la evaluación siempre se ha considerado como la evaluación del producto, lo que es una evaluación sumativa, también existe una evaluación formativa, que a través de ella podemos formar el programa.

Lo más importante de la evaluación es la mejora de los programas, y es lo que quieren todos los implicados en el mismo, técnicos, gestores y políticos. La evaluación de un programa se puede dirigir también a la contabilidad, la evaluación de la eficiencia es una evaluación que nos da un resultado contable.

La evaluación puede ser de dentro o de fuera, pero esto no quiere decir que sea algo dicotómico o excluyente, sino que es algo dimensional. La evaluación desde dentro es aquella que realizan las personas que están administrando, aplicando los programas. Las ventajas de la evaluación desde dentro son los inconvenientes de la evaluación desde fuera.

Ventajas de una evaluación desde dentro:

- Mejora el programa más rápido, es decir, tiene unos efectos inmediatos.
- Minimiza la reactividad del individuo.
- Es menos costosa. ¿Qué ítem de contabilidad de la implantación de un programa debe ir en una evaluación? Una evaluación no puede ser de coste cero.
- Tiene mayor influencia sobre el programa.

Inconvenientes de una evaluación desde fuera:

- Minimiza la mejora del programa.
- Maximiza la reactividad.
- Muy costosa.
- Menor influencia sobre el programa.

Ventajas de una evaluación desde fuera:

- Maximiza la objetividad, porque las personas que evalúan no están tan implicadas.
- Garantiza una serie de criterios de calidad.
- Maximiza la credibilidad.
- Favorece los estándares de evaluación.

Una buena combinación de ambas es la mejor solución, es decir, periódicamente realizar una evaluación desde fuera y constantemente una evaluación desde dentro, que se hace teniendo un buen sistema de evaluación, es decir, con una buena protocolarización de buena práctica y de indicadores de resultados de los individuos. Con lo cual, si no se hace más evaluación es por otro tipo de causas, ya que es fácil realizarla siempre y cuando se planifique adecuadamente.

Existen unos juicios propios de la evaluación:

- Pertinencia, ya que tenemos unos principios que están en nuestro ordenamiento jurídico. Además, tenemos una necesidad normativa y una necesidad objetiva de crear sistemas de protección de las personas dependientes. Tenemos una necesidad objetiva porque sabemos qué porcentaje de población está afectada de dependencia severa, y cuál va a estar en esa condición en unos años, por tanto es necesaria una Ley de Dependencia. Podemos presentar datos sobre la pertinencia de esta ley.
- Adecuación. Hasta qué punto un programa está avalado en otros contextos.
- Evaluabilidad. La ley establece unos criterios para poder enjuiciar los programas que penden de la ley, pero no son totalmente adecuados,

entre otras cosas porque no hay una comisión de seguimiento que pueda enjuiciar la marcha de los programas que penden de la Ley de Dependencia. Por tanto, este programa sería difícilmente evaluable.

- Eficacia. Validez establecida mediante procedimientos experimentales y rigurosos.
- Efectividad. Logro de los objetivos. Efectos de un programa aceptados por la sociedad, es decir, la validez social de un programa.
- Eficiencia. Relación entre los beneficios y los costos de un determinado programa. Costos iniciales de los programas y productos finales de los mismos. En el ámbito social es algo muy difícil ya que es muy difícil valorar objetivamente, por ejemplo, la felicidad de una persona mayor.

La evaluación de programas utiliza generalmente diseños que tratan de ser experimentales, es decir, grupo control y grupo experimental cuyos resultados de ambos grupos se comparan.

Todo esto está centrado en una cultura, la sociedad progresa porque todas las áreas (política, educación, ciencia, etc.) progresan. Pero lo que hay que tener claro es que depende del contexto social para que consideremos estos estándares de calidad, es totalmente circunstancial al momento histórico en el que se vive. Dentro de 20 años los criterios variarán ya que todo está en la base de la cultura social, científica y social.

Si tratamos de colocar cada término en un momento del proceso de la intervención:

- La pertinencia está en las necesidades.
- La evaluación está en la preevaluación.
- La adecuación en el diseño del programa.
- La eficiencia del proceso en la implantación.
- La efectividad y la eficacia en los resultados.

En conclusión, ninguna de estas etiquetas es contraria, son todas compatibles y a todas ellas se les puede dar respuesta.

Conclusiones:

- La evaluación de un programa es de total necesidad y por tanto ha de ser contemplada previo a su implantación y ha de ser diseñada al mismo tiempo que es diseñado el programa, aunque luego se añadan cambios.
- La evaluación de programas es una disciplina esencialmente metodológica, tiene aspectos teóricos pero es una metodología determinada compatible con otros y no es sustituible por ninguna.
- Todo plan de intervención debe llevar a cabo un plan de evaluación, y toda evaluación debe llevar consigo recomendaciones de cambio, es decir, no es plausible pensar que tras una evaluación uno pueda concluir que un programa es perfecto y no hay que hacer ningún cambio. La evaluación desde fuera debe ayudar al profesional de dentro a realizar los cambios necesarios con el fin de conseguir los óptimos resultados en la población atendida.



Antonio Pascual

PERSONALIZACIÓN, SOPORTES Y CALIDAD DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS

D. Antonio Pascual Martínez. Director de la Federación Española Síndrome de Down

La especificidad de la Federación Española Síndrome de Down, fundamentalmente, trata de entender la atención a personas con discapacidad intelectual como un estilo de hacer las cosas. Sí se atienden a otro tipo de colectivos que no tienen Síndrome de Down, ya que sus servicios están abiertos a toda la comunidad, siendo parte de su filosofía.

La Down España nace hace 14 años, y surge con ciertas demandas, ya que un grupo de padres se preocupa por la estimulación precoz de sus hijos. Hoy en día se cuenta con 73 federaciones en todas las Comunidades Autónomas, y las actividades implantadas están orientadas a todo tipo de población. Aunque es cierto que por las características de la población hace que estén más orientadas hasta los 16 años, es decir, las características de personas con Síndrome de Down, genéticas, médicas, intelectuales hacen que la atención temprana sea de una manera determinada, que el aprendizaje de la lecto-escritura sea de otra determinada manera, que es muy específico y concreto de este colectivo, para que a partir de los 16 años se integren a actividades orientadas a la discapacidad más genérica. La finalidad es llegar al usuario partiendo desde la cooperación con las entidades federadas.

Cuando el equipo actual de la Federación llega a consolidarse cree que hay que abordar un proceso de

calidad, entendiendo la calidad primero como las actuaciones centradas en la persona, es decir, se debía hacer un plan de acción dirigido a la persona con Síndrome de Down, independientemente de que estuviera en nuestras instituciones o no. El segundo paso que se dio fue hacer un diagnóstico social de todas las entidades federadas, sabiendo quiénes somos, dónde estamos, qué hacemos y cómo lo hacemos. Además, nos centramos en actuaciones con respecto a los profesionales en los planes de formación integrales y personalizados.

El primer paso hacia la calidad fue realizar un plan de acción. El contenido es muy sencillo:

- Valores y criterios de actuación. Los **criterios de actuación**:
 - > Planificación centrada en la persona. No hay que planificar centrándose en los intereses de la institución. Uno de los problemas de los servicios sociales es que se crea una estructura para un fin determinado, y al final el mantenimiento de la estructura acaba convirtiéndose en ese fin por encima de los intereses del usuario.
 - > Actuación sobre el entorno enlazándola con la utilización de los servicios ordinarios de la comunidad. Siempre se ha defendido la idea de que no hay que crear lo que ya existe, se adaptará pero no se creará. Por ejemplo, las personas con Síndrome de Down, cuyo proceso de envejecimiento es más rápido, pueden estar perfectamente integradas en una residencia para la tercera edad ya que este recurso es válido, no hay que crear nada más específico porque ya existe un recurso, que deberá adaptarse para atender a ese usuario. Es por ello que la atención específica que se ofrece no supone exclusividad, sino que se trabaja por la utilización de los servicios públicos de la comunidad.
- Cuál es el **análisis**, es decir, quiénes son las personas con Síndrome

de Down y cómo están en España.

- Propuesta **de áreas, de programas y de actividades** para mejorar la calidad de vida de las personas con Síndrome de Down y sus familias.

En el plan de acción preocupaban principalmente tres cosas:

1. La participación de los usuarios en ese plan de acción, los usuarios debían tener voz y voto así como las familias.
2. Equidad territorial y descentralización en la gestión, a pesar de la nueva Ley de la Dependencia, cada comunidad la desarrollará como quiera, lo que es un peligro.
3. Ofreciéndonos a las administraciones públicas con coordinación interinstitucional.

Áreas de actuación:

- Atención temprana.
- Salud.
- Educación.
- Empleo.
- Vida autónoma.
- Programas transversales.

Independientemente de quién dependieran los servicios de atención temprana, salud, educación y empleo, se trata de que todas las personas tengan acceso a ellos. Para ello, se propuso a todas las Comunidades Autónomas y al Ministerio de Salud que se aplicara un protocolo, pero que éste fuera estandarizado.

En Educación se trata de mejorar la calidad de la atención de estas personas con programas e intentando entrar en la escuela pública. Es una propuesta muy complicada ya que a nivel político supone reconocer un fracaso y que no das el servicio con la calidad que se debería.

En el área de empleo, se optó por un modelo de empleo en la empresa ordinaria con apoyo. Y se intentó implantar todos los sistemas de calidad, basándonos en la cooperación con el empresario.

Todo ello, con una finalidad muy clara: que las personas con Síndrome de Down puedan vivir una vida autónoma e independiente, es decir, que puedan vivir la vida que ellos quieran vivir.

Tras la planificación, se decidió hacer un diagnóstico de entidades federadas, viendo qué es lo que tenemos para intentar mejorar. Consistía en que las entidades tenían como referencia el plan de acción, y la metodología utilizada fue un cuestionario en la página web: qué hace, cómo lo hace, con cuánta gente lo hace; y una ronda de entidades con un agente externo para analizar directamente en la entidad cuál es la situación. Todo ello, aportó un conocimiento profundo de la realidad de las entidades. A raíz de ese marco analítico se dedujo que había mucho que mejorar.

Análisis cuantitativo por programas: de las 70 entidades el 87% tenía servicios de educación, casi el 80% tenía atención directa a familias, el 74% tenía programas de integración social, el 65% programas de estimulación precoz, el 61% programas de empleo y el 34% servicios de salud.

Según el plan de acción: el 12% daba los servicios como creía que debía hacerlo, el 30% sí tenía un escaso desarrollo del plan de acción, el 27% estaba iniciándolo e implantándolo, el 15% desarrollándolo y un 8% conseguido. Pero estas últimas se correspondieron no con las entidades que más recursos tenían sino con aquellas que más supieron aprovechar los recursos ordinarios de la comunidad, es decir, los mayores niveles de calidad lo daban las entidades más pequeñas y con menos recursos y que menos presupuesto tenían, ya que cooperaban con el resto de entidades ya existentes, siendo las que mayores niveles de satisfacción y de calidad

de atención lograban.

La planificación centrada en la persona era escasa, la participación de las familias también, la descentralización era escasa, la modernización y la investigación también. La utilización de servicios en la comunidad sí se estaba haciendo, así como la intervención integral y la actuación sobre el entorno. A partir de este momento se comienza a hacer una inversión muy fuerte en la atención personalizada e individualizada.

De esta manera, lo que se está haciendo es formar a los profesionales y planes de formación basados en el diagnóstico social, una propuesta de actividades individualizada por cada entidad, el seguimiento del plan y en aquellas entidades que no lo tienen se está iniciando un plan de homologación y estructuración de los procedimientos, es decir, se está implantando la calidad utilizando procesos homogeneizados para todas las entidades.

Es un acercamiento a la calidad, ya que la federación sólo tiene 15 años y en ocasiones sus actividades son poco entendidas pero muy contestadas ya que ponen en peligro como los grandes centros y los intereses de las organizaciones de la discapacidad ya que usa los recursos ordinarios de la comunidad sin implantar servicios propios.

Con todo esto, y una vez que estamos en este proceso, va a aprobarse el cuarto pilar: el proyecto de Ley de Autonomía Personal y de Dependencia. Aquí se hace una reflexión muy importante desde el ámbito de las personas con Síndrome de Down, porque la Ley de Dependencia que puede suponer tanto para el colectivo de la tercera edad, o de la discapacidad, por esos efectos perversos de los servicios sociales que ya hemos mencionado antes, puede poner en peligro, tal y como está redactada ahora, todo lo conseguido a niveles de integración a nivel escolar, a niveles de integración en el empleo, y a niveles de integración en la comunidad. De momento, esta Ley tiene grandes lagunas:

1. No desarrolla los servicios de prevención, donde podría estar incluida la Federación. El debate de cómo se paga corresponde a las administraciones, pero la Ley nace con un espíritu de fomento de la autonomía personal y debe nacer con un espíritu de que toda persona llegue a ser dependiente lo más tarde posible, y para ello hay que desarrollar el plan de prevención. Todo esto que estamos desarrollando no es más que un plan de prevención para que las personas lleguen a ser dependientes lo más tarde posible, pero si en la Ley sólo se ayuda a los dependientes se corre el peligro de dar pasos hacia atrás. Lo que es un derecho universal para algunas personas es un derecho graciable para otras, ya que las personas con una mayor dependencia tendrán un derecho universal y exigible, pero el resto no lo tendrán.
2. La Ley establece unos baremos objetivos, pero no está contemplada la capacidad de decisión. Una persona será dependiente toda la vida siempre que su capacidad de decidir esté limitada a algunas áreas, y si no tiene el apoyo necesario para decidir no hará nada. Por ejemplo, una persona que no puede realizar las AVD pero tiene intacta la capacidad de decisión, es una persona dependiente para la Ley, pero un chico con Síndrome de Down que no necesita ayuda para las AVD pero sí que necesita apoyos para la toma de decisiones. Es en este punto donde la Ley queda coja, ya que centra todos los apoyos en lo físico y no en lo psíquico o intelectual.
3. El catálogo de servicios que se propone es cojo, porque las personas con discapacidad intelectual no necesitan tanta atención a la dependencia como de la autonomía personal y social, para lograr retrasar esa dependencia. Cuando se pidieron aportaciones para la realización de la Ley de la Dependencia, se hicieron cuatro aportaciones muy simples.
 - En la definición de dicha Ley: “es el estado permanente en el que se encuentran las personas que por razones de enfermedad

o de edad no pueden hacer las AVD” añadíamos, que se entenderá también que “concorre falta o pérdida de autonomía de la capacidad intelectual de la persona cuando se ve afectada la capacidad de actuar por propia iniciativa sin esperar instrucciones de terceros”.

- Se propuso que se incluyera en el servicio de prevención de las situaciones de dependencia un servicio de promoción de la autonomía personal.
- En el tema de la promoción de autonomía personal se incluyó algún artículo.
- Se fue muy crítico con la calidad en la prestación de los servicios. El qué se hace y el cómo se hace no se basaban en la calidad, hay que evaluar y todo no vale para todos. Desde los poderes públicos no se exigen estos criterios de calidad, por lo que se pedía que en artículo 35 el consejo territorial debería establecer los estándares esenciales aplicables a cada servicio y debería de calificar las buenas y malas prácticas, imponiendo el uso de aquéllas que estén disponibles y que considere beneficiosas para las personas con discapacidad intelectual, con preferencia a otras de efectos más dudosos.

Cuestiones que hay que plantearse:

- Nuestra percepción de la calidad no se basa en que nuestros servicios tienen que ser de calidad, pero dado que utilizamos mucho los servicios ordinarios de la comunidad, debería ser exigible.
- La planificación debe estar centrada en la persona y debe ser individualizada.
- Como una gran organización que somos la autocrítica debe ser lo primero.
- La orientación de los servicios debe ser en cooperación con los existentes, sin necesidad de crear servicios nuevos.
- Con respecto a la Ley de la Dependencia, entendemos que las personas

con discapacidad intelectual, y en concreto el colectivo de personas con Síndrome de Down, está fuera. Va a ser difícil reconocer un derecho subjetivo si estás fuera de la Ley y el gran peligro del tema de la dependencia es que todos los colectivos quieran estar dentro de la Ley de la Dependencia porque sea la única oportunidad que tienen.

- Nosotros exigimos que nos evalúen, que todo lo que se hace con dinero público debe ser evaluado y contrastado, e incluso proponemos un servicio que es el “cheque social”, es decir, si queremos hacer una planificación individualizada y centrada en la persona, ésta debe poder elegir el servicio, y una de las maneras de dar un servicio de calidad, en vez de dar derechos económicos, es saber que ese niño tiene una serie de servicios de atención, de manera que se le ofrece todos los recursos de calidad que hay desde que nace, de manera que ellos puedan elegir cuál les conviene más. Esto ayudaría a mantener una calidad en el servicio, ya que todas las entidades tendrían que homologar todos sus servicios.

En la calidad de los servicios, entendiendo como calidad un servicio bien prestado, es importante combinar lo ya existente. La calidad va más allá de una certificación cualquiera, de hecho, las entidades que mejor valoradas estaban no tenían la certificación física de calidad. La percepción del cliente de los servicios es más baja independientemente de la certificación de calidad o no.

Para intentar mejorar la calidad es fundamental compartir el conocimiento, de manera que entre otras cosas se ha colgado en la red cualquier cuestión a nivel de educación, estimulación o empleo, ya que creemos que es uno de los grandes criterios de calidad. El compartir el conocimiento es uno de los grandes retos de los servicios sociales, ya que todos ganaríamos.

Otro tema fundamental es la innovación, que supone muchas veces con los modelos establecidos. Cuando uno habla de las personas con Síndrome

de Down, como personas de derechos, no debe olvidar que también son personas con deberes, ya que todo tiene consecuencias. Para trabajar esto, el último programa que se ha implantado a este respecto es un “programa de voluntariado” en el que ellos son los voluntarios.

Por último, la Ley de la Dependencia puede suponer una gran oportunidad, ya que se crearán puestos de trabajo. Pero si se fomentaran los servicios de prevención se fomentarían muchos más puestos de trabajo y puede suponer una oportunidad de trabajo para las personas con Síndrome de Down.

En conclusión, la calidad no sólo está en los procesos, sino en la satisfacción del usuario y de sus familias.

EL PAPEL DE LA INSPECCIÓN DESDE LA ADMINISTRACIÓN COMO ACOMPAÑAMIENTO EN LA MEJORA PROGRESIVA Y SISTEMAS PRINCIPALES DE ESTANDARIZACIÓN

_D. Josep de Martí Vallés. Director de inforesidencias.com

_D. José María Begiristain Aranzasti. Jefe de Servicio. Plan de Salud Gipuzkoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco



Josep de Martí

D. Josep de Martí Vallés. Director de inforesidencias.com

El papel de la inspección si hablamos de implantación de sistemas de calidad hoy es un papel muy pequeño. Según Stephane Paul, hay que diferenciar claramente lo que es control de lo que es calidad, pero debemos saber que no hay un papel claro dentro de la calidad para las inspecciones de servicios sociales, lo digo desde la experiencia. Es cierta esta afirmación, y así se pone de manifiesto si hacemos comparativas con otros países europeos o de nuestro entorno cultural. En todos ellos encontramos una normativa que establece unas condiciones mínimas de funcionamiento (lo que algunos llaman “mínimo ético”), que, en caso de ser incumplidas, suponen la imposición de una sanción; en algunos, también se establecen normas de calidad. Éstas no tienen una virtualidad sancionadora sino que persiguen otros fines de los que trataremos más adelante.

Para empezar en España tenemos 17 legislaciones sobre servicios sociales que en muchos casos comportan la existencia de dos o más leyes además de un complejo catálogo de normas reglamentarias.

En los años 80 casi todas las Comunidades Autónomas hicieron unas leyes de servicios sociales muy optimistas, algunos autores las han definido como “brindis al sol” porque se hablaban de servicios sociales universales, del derecho “a la felicidad” o cosas parecidas, pero sin los medios detrás para llevarlos a cabo.

Después en los años 90 y en nuestro siglo, se han ido promulgando otras leyes que actualizaban las de servicios sociales y que han sido bautizadas de manera variopinta: “Ley de Inspección de Servicios Sociales”, “Ley de Solidaridad entre Generaciones”, “Ley de Calidad de los Servicios Sociales”, entre otras. Esta “segunda hornada” de leyes se han centrado más en la realidad de un sector, como el de atención a personas mayores en el que, aunque exista una responsabilidad pública importante, en cuanto a financiación y prestación, también hay un importante sector privado, o, mejor dicho, dos sectores privados: uno, con ánimo de lucro, que no quiere decir que tenga lucro y otro, sin ánimo de lucro, que no quiere decir que no tenga lucro.

Estas “segundas leyes de servicios sociales” mencionan claramente la existencia de unos requisitos de funcionamiento y de un sistema de inspección, control y sanción de los centros que los incumplan. Los sistemas sancionadores que se han ido estableciendo han parecido competir entre ellos en dureza, llegándose a algunos, como el andaluz en el que incluso se puede obligar a la persona sancionada por determinadas infracciones a publicar en un periódico que ha sido sancionada. Resulta sorprendente que se admita en servicios sociales algo que podría recordarnos al uso del sambenito por parte del Santo Oficio, especialmente si pensamos en algún antecedente: cuando se propuso en una Comunidad Autónoma publicar las sentencias de malos tratos para que la gente lo

supiese y los maltratadores pasasen vergüenza se determinó que no era ajustado a derecho hacerlo.

No es posible analizar todas las leyes y desarrollos reglamentarios pero podemos detenernos brevemente en dos casos concretos:

- Un Decreto Vasco de 1998 establece que “la inspección tiene como uno de sus objetos garantizar la calidad de la atención”, es decir que existan unos buenos servicios sociales, no es la calidad de la que se está hablando estos días; después dice “utilizará elementos cualitativos y cuantitativos” y en otro sitios nos dice que “los funcionarios tendrán algún conocimiento sobre esto”.
- La reglamentación catalana, nos dice que el personal inspector debe tener los conocimientos y aptitudes necesarios para llevar a cabo los controles de calidad. Hay un problema y no es una crítica a la inspección, los inspectores no tienen la formación suficiente. Cómo va a ser un acompañante en el proceso de calidad si no han sido formados sobre los sistemas ISO o EFQM.

Pero, si las comprobaciones sobre calidad no son la función principal de la inspección, ¿cuál es ésta?

- Garantizar derechos de usuarios.
- Comprobar el cumplimiento de las normativas.
- Asesorar a los prestadores de servicios y a la propia Administración.

¿Cumplen las inspecciones con “calidad” sus funciones?

En Cataluña se pasaron durante los años noventa, dos tandas de encuestas para saber qué percepción tenían los inspeccionados de las inspecciones. El resultado fue positivo en general, aunque las personas inspeccionadas veían a los inspectores como demasiado fiscalizadores y sancionadores. También percibían que hay disparidad de criterios entre los inspectores,

y que el ejercicio de la inspección está burocratizado y que no sirve para mejorar la calidad.

Esa percepción, y esa forma de realizar inspecciones, con casi toda seguridad, responde a la existencia de una desconfianza desde la Administración hacia el sector privado lucrativo de atención a personas mayores.

Como muestras de la desconfianza existente valgan dos observaciones. Periódicamente aparecen en los medios de comunicación noticias en las que algún responsable de una administración autonómica informa sobre cuántas residencias han sido inspeccionadas, sancionadas y cerradas durante el año anterior. Cuando esto se hace, no es extraño ver cómo se destaca el alto porcentaje de residencias privadas entre las sancionadas. Cuesta encontrar otros sectores en los que la inspección haga alarde de su actividad sancionadora y, en éste, el alarde responde sin duda a que, para muchas personas de todo tipo, el hecho de ganar dinero cuidando a personas mayores es algo sospechoso que debe vigilarse con especial cautela.

La segunda observación es esa especie de “carrera sancionadora” en la que cada Comunidad Autónoma que genera una nueva normativa es más exigente que la anterior a la hora de tipificar infracciones y sanciones (que en escasísimas o nulas ocasiones recaen sobre residencias públicas o de “iniciativa social”).

Volviendo a la formación de los inspectores. No hay un cuerpo específico de inspectores de servicios sociales sino que, en cada Comunidad Autónoma, una norma decide si el personal de inspección debe ser del cuerpo general A (licenciados) o B (diplomados). Pero no se les requiere una preparación específica, sino que una vez que han entrado en el puesto se les da una formación interna informal, sin forma establecida, en la que primero te estudias la ley, después te acompaña un inspector y más tarde vas solo.

Por último, las propias inspecciones, salvo honrosas excepciones generadas en Gipuzkoa y Bizkaia, no están sometidas a criterios de calidad. Una inspección, salvo las excepciones mencionadas, no está protocolizada aunque sí existe trabajo en equipo, pero el día a día hace que no se produzca la suficiente normalización. Tampoco hay inspecciones que hagan auditorías externas y que las hagan públicas. El ejemplo de las normas de calidad debería partir desde las inspecciones de servicios sociales. La consecuencia es que ahí donde se están adoptando de una forma estructurada y normativa planes de calidad en muchos casos se deja fuera la inspección.

3 casos paradigmáticos son:

1. Comunidad Valenciana. Tiene una norma de calidad, que está en el decreto de funcionamiento, que dice que todos los centros tendrán que evaluarse en calidad, además de tener una norma de acreditación de los acreditadores de calidad y todo esto se hizo sin contar con la inspección.
2. Cataluña. La Generalitat determinó los indicadores de calidad que después se aplicarían en Cataluña hablando con mucha gente menos con la inspección.
3. Madrid. La Ley de Calidad 2002 de los servicios sociales obliga a las residencias de más de 100 plazas a tener una auditoría externa de calidad, menos de 100 plazas un control interno de calidad. No pinta nada la inspección en estos procesos.

Cuando la Administración plantea un programa de calidad y quiere que la inspección tenga que ver algo en ello, lo primero que hay que ver es para qué está poniendo en marcha ese proceso de calidad: evaluación, acreditación, etc.

Puede ser que únicamente se pretenda tener un criterio de comparación objetivo entre diferentes residencias (benchmarking), tratar de mejorar

el servicio, o puede ser que queramos unas herramientas de calidad que permitan financiar mejor. Según sea el objetivo, también será diferente la intervención de la inspección.

Veamos algunos modelos:

- “Modelo interno”: sólo se aplica en los centros que están financiados con fondos públicos, vía gestión directa, concierto, subvención, programa. En este caso, la exigencia de implantación de modelos de calidad viene estrechamente vinculada con la de financiación pública de servicios. En estos sistemas, la intervención de la inspección en el proceso puede ser útil, aunque la experiencia nos enseña que, cuando se han aplicado (como en Cataluña) se ha tendido a crear indicadores propios (no modelos ISO o EFQM) y a utilizar sistemas de evaluación externos.
- “Modelo generalizado”. En ese caso una norma exige a todos los centros, independientemente de la financiación de sus plazas, que se acrediten mediante un modelo creado ad hoc por la Administración (sería el caso de Valencia o Madrid). Aquí el problema es triple: por un lado, las instituciones que han optado por un modelo de calidad o excelencia por propia iniciativa ven que tienen que, además, adoptar el modelo instaurado por la Administración. En segundo lugar, se plantea quién tiene que acreditar los indicadores públicos (en Valencia se resuelve mediante un proceso de acreditación de acreditadores) y, en tercer lugar, aparece quién debe pagar la acreditación. Si ésta fuese pública y efectuada por la Administración, no tendría coste para los centros pero si depende de evaluadores externos sí tiene coste.

Entonces teniendo en cuenta eso, a partir de por qué vamos a pedir la calidad, yo diría que hay que hacer unos cambios normativos, La Ley de Dependencia. La Ley de Dependencia, habla de calidad, del sistema de acreditaciones. Nos dice que todo el mundo tendrá que estar acreditado.

No solamente los que tengan personas acogidas al Sistema Nacional de Dependencia, dice que todas las residencias, todos los servicios deberán estar acreditados por la Comunidad Autónoma. Si hay un sistema universal las personas que queden fuera del Sistema Nacional de Dependencia los prestadores que queden fuera, se va ver muy reducido su mercado. Muchas de las personas que tengan necesidad aunque tengan recursos tendrán derecho de acceso al Sistema Nacional de Dependencia. La tendencia nos lleva a que en los próximos años, sean cuales fueren los indicadores, habrá indicadores grandes de calidad y entonces qué haría falta para que la inspección entre además del cambio formativo. Podríamos decir que desde los años 90, las residencias que incumplían la normativa se han reducido.

Hoy en día, tendemos a una función menos burocratizada en la que, por ejemplo, las inspecciones acepten el registro informático de datos (aún hoy en algunas Comunidades Autónomas las residencias registran informáticamente de cara al funcionamiento interno y generan hojas de papel con firmas para que las pueda ver la inspección).

La inspección debe tener una función asesora para que actúe dentro de la calidad, siendo el inspector la persona de referencia de los centros. Si el prestador no tiene la suficiente confianza en los conocimientos del inspector, quiere decir que nos falta algo importante.

Por último, tendríamos que tener la calidad orientada hacia el ciudadano y hacia la transparencia. En EEUU, en Inglaterra, se publican los resultados de la inspección, ya que a la hora de tomar decisiones tan importantes como decidir dónde pasar los últimos años de la vida es muy importante poder acceder a este tipo de información. Además, se deberían hacer auditorías de las actuaciones de inspección y hacer participar a los usuarios incluso en los indicadores de cada centro.



**José María
Begiristain**

D. José María Begiristain Aranzasti. Jefe de Servicio. Plan de Salud Gipuzkoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

1. INTRODUCCIÓN

Las estadísticas confirman que la población de los países industrializados está envejeciendo y el número de personas dependientes, y sin recursos, va aumentando. Que cada vez hay más personas dependientes y que éstas cada vez son más pobres. Un reciente estudio realizado por la Asociación de Geriátrica indica que el nivel de dependencia es directamente proporcional a la edad (a más edad, más dependencia) y al nivel socio-cultural (a menor nivel socio-cultural, mayor dependencia). Existen dificultades serias que imposibilitan garantizar la continuidad de cuidados o la atención integral de personas con dependencia. Recientemente se ha aprobado el proyecto de “Ley de Dependencia” en el que se establece que una persona en situación de dependencia tiene el derecho, reconocible y exigible, a recibir una prestación preferente de los servicios sanitarios. En la Comunidad Autónoma Vasca la población mayor de 64 años representa algo más del 18 % de la población total y este porcentaje aumentará hasta el 24,8% en el año 2025, según las estimaciones realizadas por el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

El número de personas dependientes estimado en España es de 1.100.000 personas (1M – 1,6M). Éstas son algunas consideraciones entorno a lo que está ocurriendo hoy día en nuestra sociedad: envejecimiento de la población, incremento en el

número de personas dependientes y necesidad de adaptar y desarrollar modelos de atención adecuados y necesarios para las mismas.

El concepto de dependencia hace referencia al efecto de las necesidades sanitario-sociales que demandan, fundamentalmente pero no exclusivamente, personas mayores afectadas por graves enfermedades, secuelas neurológicas importantes, secuelas graves de accidentes, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y, en el caso de los niños, pacientes con trastornos graves del desarrollo.

La cuestión central, desde el punto de vista sanitario, es cómo abordar las necesidades de salud de los pacientes dependientes teniendo en cuenta las necesidades sociales; necesidades ambas dos interrelacionadas. La realidad actual nos conduce a no ser del todo optimistas porque, a pesar de los esfuerzos realizados, los sistemas sanitarios no han adaptado todavía los cuidados de salud ni la continuidad de cuidados a las necesidades que estas personas precisan.

2. ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL PAÍS VASCO

El “Plan de Salud 2002-2010” del País Vasco establece las líneas estratégicas de intervención ante aquellas situaciones más directamente relacionadas, o asociadas, con problemas generadores de dependencia (accidente cerebro-vascular, accidentes de tráfico, diabetes mellitus, cáncer, etc.). Estas líneas de intervención se especifican, tanto en lo que respecta a nivel individual como en lo referente a nivel intersectorial, y fundamentalmente se refieren a intervenciones relacionadas con la promoción, utilización de escalas de medición, rehabilitación precoz, adquisición de hábitos saludables, conocimiento de la problemática en los distintos niveles asistenciales, enfatizando el nivel de Atención primaria, y potenciación de la red de apoyo socio-sanitario. Desde la perspectiva intersectorial, el énfasis se pone en el establecimiento de una buena coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, de tal forma que

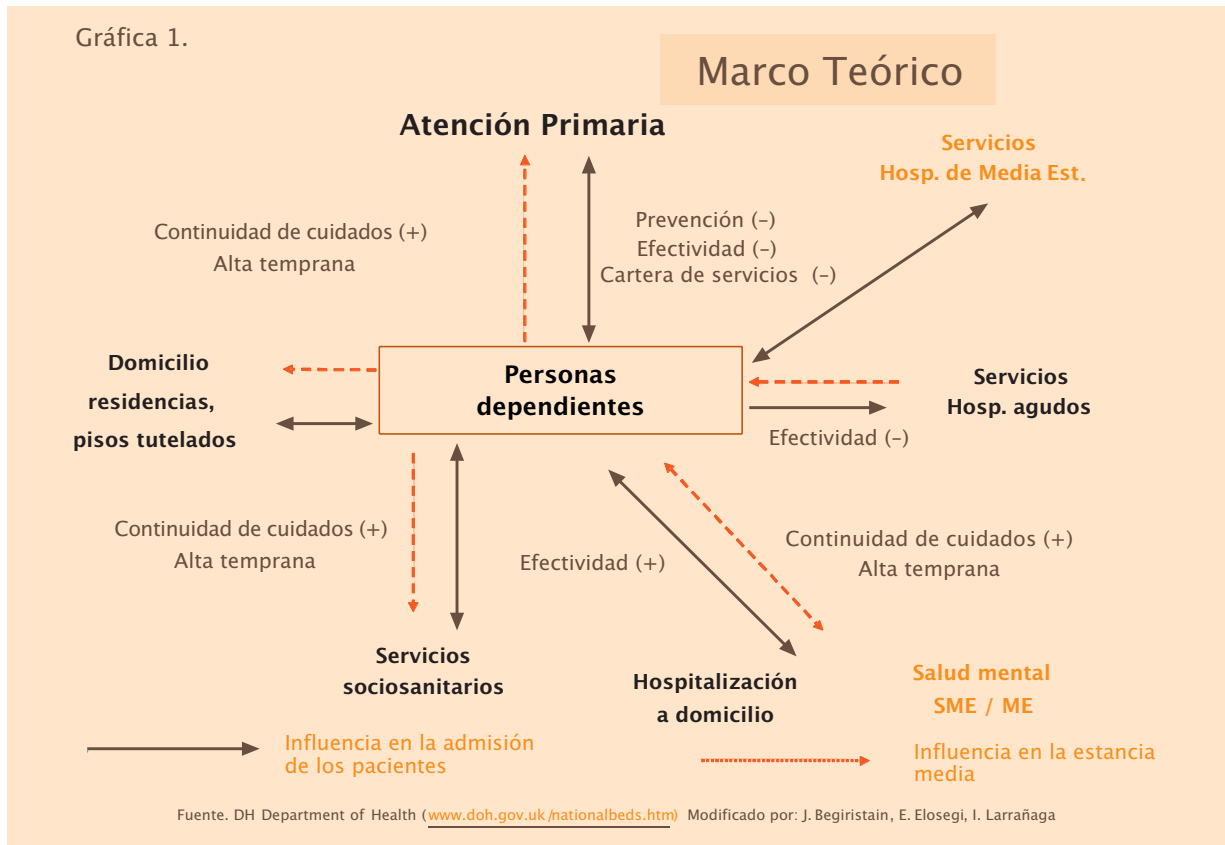
éstos estén disponibles para ser utilizados ajustándose en todo momento al tipo de necesidad, sanitaria o social, que presente el paciente.

Así mismo el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria de la CAPV está, entre otros, elaborando la cartera de servicios sociosanitarios, desarrollando sistemas de información sociosanitaria. Todo ello permitirá conocer en profundidad las prestaciones y servicios que en la actualidad se realizan, las características epidemiológicas de las personas dependientes y los costes de los servicios.

En el Área Sanitaria de Gipuzkoa el marco teórico de atención sanitaria a las personas dependientes incluye los siguientes dispositivos asistenciales: Atención Primaria (generalmente es la puerta de entrada de los pacientes dependientes al sistema sanitario), Servicios de urgencias, Servicios hospitalarios de agudos y de media estancia, Servicios de salud mental, extrahospitalarios y hospitalarios, y hospitalización a domicilio. Estos dispositivos se coordinan con otros servicios asistenciales sociosanitarios ubicados bien en el propio domicilio del paciente, bien en residencias o pisos tutelados. Partiendo de la cartera de servicios que se dispone, los ejes de actuación por el que se coordinan estos dispositivos están basados, fundamentalmente, en la efectividad y en la continuidad de cuidados al paciente (Gráfica 1).

(Ver Gráfica 1 en la página siguiente).

Gráfica 1.



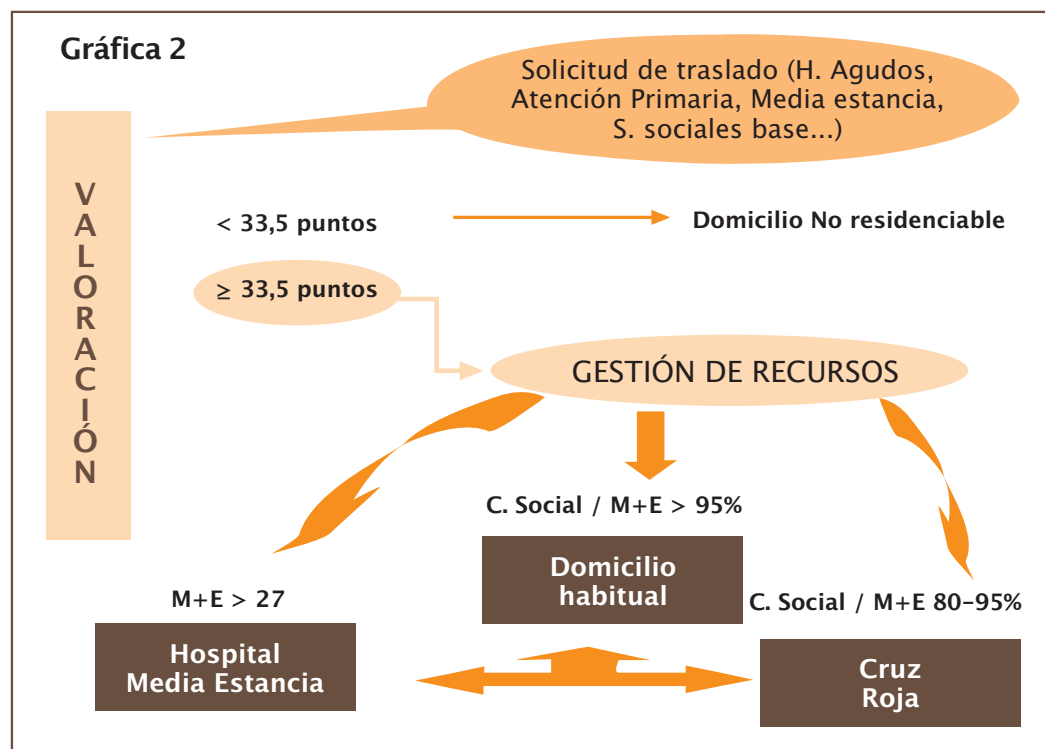
Si bien éste es el marco teórico, la realidad es que actualmente los servicios no están preparados ni coordinados lo suficientemente bien para recibir y atender a personas dependientes, no estando adaptados ni los profesionales ni las propias estructuras a las necesidades que estos pacientes precisan.

Con el fin de conocer y mejorar la atención sanitaria de las personas dependientes, la demanda de servicios que generan estos pacientes dependientes y la capacidad de respuesta que el sistema sanitario tiene, para atender dicha demanda se lleva realizando en Gipuzkoa, desde hace cinco años, el programa “Atención y derivación de pacientes al dispositivo asistencial más adecuado en función de sus necesidades”, siendo los objetivos de este trabajo los siguientes:

calidad de atención a las personas dependientes

- Evaluar y hacer una clasificación, objetiva y adecuada, de la demanda en función de las necesidades del paciente.
- Permitir un flujo estable de pacientes entre los diferentes niveles de atención sanitaria y entre éstos y los dispositivos socio-sanitarios.
- Elaborar, desde el ingreso, un “proyecto de salida” del paciente.
- Analizar las ganancias en salud observadas.

El trabajo se ha realizado utilizando un “instrumento de valoración sociosanitaria”. Este instrumento, que es una encuesta, fue previamente utilizado en Cataluña (Costa de Ponent) y ha sido adaptado en el año 2002 a la realidad asistencial de Gipuzkoa. El cuestionario consta de tres componentes: médico, de enfermería y social. La puntuación máxima obtenible es de 100 puntos, teniendo cada uno de los tres componentes citados el mismo peso (33% del total de los puntos). La puntuación obtenida permite clasificar al paciente y priorizarlo en el dispositivo asistencial más adecuado (Gráfica 2).



El objetivo de cada uno de los componentes, así como el número de indicadores y posibles respuestas que recogen cada uno de los mismos, puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Características del Instrumento de valoración sociosanitaria

Protocolo	Objetivo	Nº de indicadores	Respuestas posibles
Médico	Estado de la salud	13	29
Enfermería	Necesidades de cuidados	22	74
Social	Apoyo familiar / apoyo domiciliario	7	28

El “proyecto de salida” tiene como objetivos: definir el logro a alcanzar en cada paciente en el nivel asistencial asignado; prever el tiempo necesario para alcanzar el objetivo planteado; asignar el tipo de estancia adecuado (convalecencia, rehabilitación, cuidados paliativos, etc.) y establecer objetivos asistenciales (estabilización clínica, reducción de la complejidad del tratamiento, mejora funcional, cuidados paliativos).

En Gipuzkoa el Servicio de Admisión del Hospital Donostia centraliza las solicitudes de traslado a un centro de media estancia (Edificio Amara del Hospital Donostia y Hospital Matia) y/o al dispositivo sociosanitario (Cruz Roja). Es este servicio el que, tras la valoración de los pacientes, propone el dispositivo asistencial más adecuado, en función de las necesidades observadas. Así mismo es este servicio quien presenta en la comisión de valoración de la Cruz Roja a los pacientes que, provenientes del sistema sanitario, son susceptibles de ingresar en el dispositivo Cruz Roja. El establecimiento de este proceso ha permitido realizar los ingresos, o

traslados, de una forma programada y en función de las necesidades objetivadas del paciente.

En 2005 se evaluaron en el Servicio de Admisión del Hospital Donostia un total de 1.780 solicitudes. Algunas de las características de estos pacientes son las siguientes:

- el 64% era mayor de 75 años.
- el 73,6% de los pacientes, según el Índice de Barthel, tenía una dependencia física clasificada como severa o total. Un 24,9% de los pacientes presentaba una dependencia física leve o moderada.
- el 30% de los pacientes tenía, al menos, una AIVD limitada.
- en un 34% de los pacientes existía claudicación familiar o no tenían familia directa.
- el 39,6% de los pacientes vivía solo o con otro familiar de edad similar.
- el 28% de los pacientes tenía barreras arquitectónicas en su domicilio que dificultarían su retorno a casa.
- el 81% de los pacientes no tenía servicio de atención domiciliaria, aunque lo precisaba.

Las conclusiones del trabajo realizado durante estos últimos cinco años con personas dependientes nos demuestran que:

- El paciente tipo es una persona de más de 75 años con importante dependencia física y mental. Que precisa diferentes cuidados sanitarios (rehabilitación / enfermería) y que tiene dificultades para retornar a su domicilio habitual.
- El instrumento de valoración identifica con precisión las necesidades del paciente candidato a traslado y su nivel de dependencia. Esto hace que disminuya la variabilidad en la derivación y evita consultas de urgencias y hospitalizaciones innecesarias.
- La atención sociosanitaria de la dependencia debe ir dirigida no sólo al cuidado de las personas dependientes, sino a la prevención de la dependencia, mediante la intervención plurisectorial y en todas las fases del ciclo vital.

Los pacientes atendidos en los hospitales de media estancia y en el dispositivo sociosanitario, en general, son pacientes con dependencia física / mental importante, que precisan diferentes cuidados sanitarios (rehabilitación / enfermería) y con dificultad de retorno al domicilio habitual.

El cuestionario de valoración: a) identifica con precisión las necesidades del paciente candidato a traslado y su nivel de dependencia. Ello disminuye la variabilidad en la derivación y b) evita consultas de urgencias y hospitalizaciones innecesarias en aquellos pacientes que directamente deberían de cambiar de nivel asistencial en función de las necesidades de cuidados que precisan.

Con los resultados y las conclusiones obtenidas a lo largo de estos años nos preguntamos: ¿QUÉ queda por hacer?

El reto se centra en si el sistema sanitario y social será capaz de garantizar la continuidad de cuidados y ofrecer un modelo flexible que promueva una amplia oferta de servicios centrada en las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial. Desde el punto de vista sanitario, se deberían de proponer alternativas a la utilización actual de los servicios basándose en un modelo integral, accesible, eficiente y de calidad que fuese capaz de dar respuesta en función de la discapacidad que presentan los pacientes. La “dependencia” debería incorporarse en la práctica general de los profesionales sanitarios. La incorporación a la historia clínica de la valoración de la dependencia, utilizando una única escala de valoración, y la realización periódica de esta valoración sería un paso importante para ir conociendo y adecuando los servicios asistenciales sanitarios a las necesidades que presentan estos pacientes.

En definitiva los servicios de atención de salud deben proporcionar los niveles más altos posibles en la promoción del envejecimiento activo y saludable a lo largo de la vida y del mantenimiento de una vida con dignidad. Con este fin los servicios sanitarios deben de satisfacer los siguientes criterios: disponibilidad, accesibilidad, integralidad, calidad, eficiencia, ausencia de discriminación y capacidad de respuesta en afinidad con la edad (Irene Hoskins).



Ana Rodríguez

CALIDAD DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS: CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA AUTODETERMINACIÓN, LA SEGURIDAD, LOS DERECHOS Y LOS SOPORTES ADECUADOS

D.^a Ana Rodríguez Reyes. Coordinadora Sociosanitaria / Proyectos del Grupo CARE. Extremadura

Las formas y modelos de gestionar los centros y servicios dirigidos a atender las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia, han ido sufriendo cambios significativos a lo largo de las últimas décadas; cambios que han supuesto pasar de modelos de gestión basados en la organización familiar, a modelos de gestión que beben de las fuentes del sector industrial a partir de las concepciones de los sistemas y modelos que pretenden acreditar una calidad en la producción de servicios; los ya conocidos modelos de normas ISO, EFQM, JCI-FAD/EFQM, SGE21, etc. Lo que supone para nuestro sector introducir sistemas de gestión con un alto contenido empresarial, exigiendo a los operadores dotarse de nuevas herramientas de gestión, que permitan garantizar el cumplimiento de normas de calidad para una futura acreditación en **CALIDAD ASISTENCIAL**. En nuestro país los principales operadores (que cuentan con un total aproximado de 234 residencias con 39.726 camas, entre propias y gestionadas, además de 5.344 plazas en centros de día), dicen la mayoría de ellos estar acreditados en gestión de **Calidad Asistencial** por alguno de los modelos de acreditación señalados anteriormente.

calidad de atención a las personas dependientes

Hasta aquí podríamos decir que todo va bien, pero en muchas ocasiones esta acreditación en Calidad no deja de ser un producto más de marketing que las empresas utilizan para vender más plazas y/o servicios.

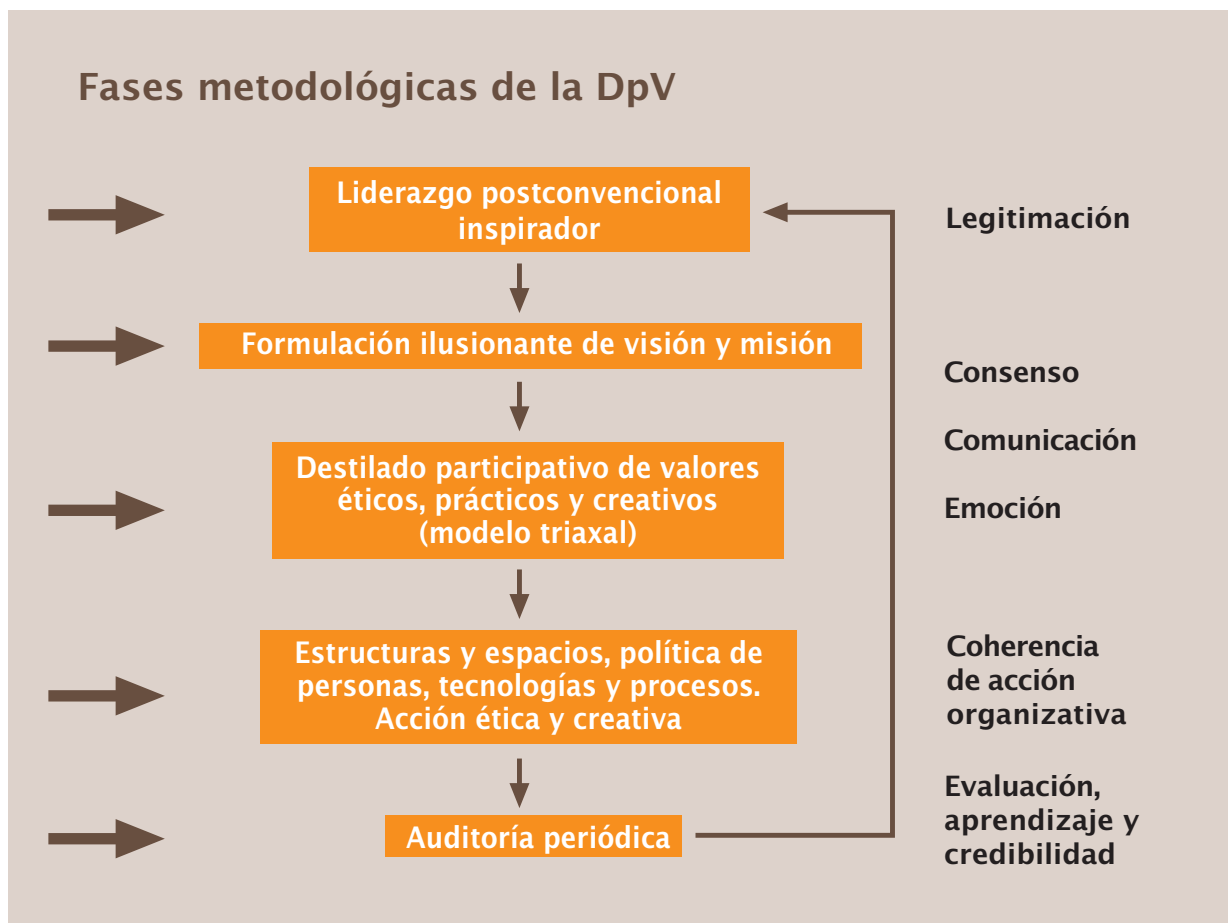
Afortunadamente, en los últimos años, en nuestro entorno de atención a las personas dependientes, han comenzado a llegar nuevas voces, nuevas propuestas que pretenden ir más allá de los modelos de la gestión de la CALIDAD ASISTENCIAL, para adentrarse en lo que podríamos llamar la **GESTIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA. Modelos concebidos a partir de un cambio de paradigma en la gestión de Servicios**, un modelo de gestión de centros y servicios, basado en la **Dirección por Valores (DpV)**.



Según Salvador García, autor del modelo de la Dirección por Valores, para operar desde esa perspectiva gestora será necesario que los líderes de las organizaciones desarrollen y pongan en marcha, de manera consensuada

calidad de atención a las personas dependientes

con toda la organización, las líneas de actuación que a continuación se detallan:



1. **Estructura organizativa:** organigrama y espacios físicos coherentes con los valores de la empresa.
2. **Política de personas:** selección, formación, recompensa y sistemas de promoción / desvinculación, específicamente basados en los

valores compartidos. Los valores han de ser criterios de entrada, promoción y salida.

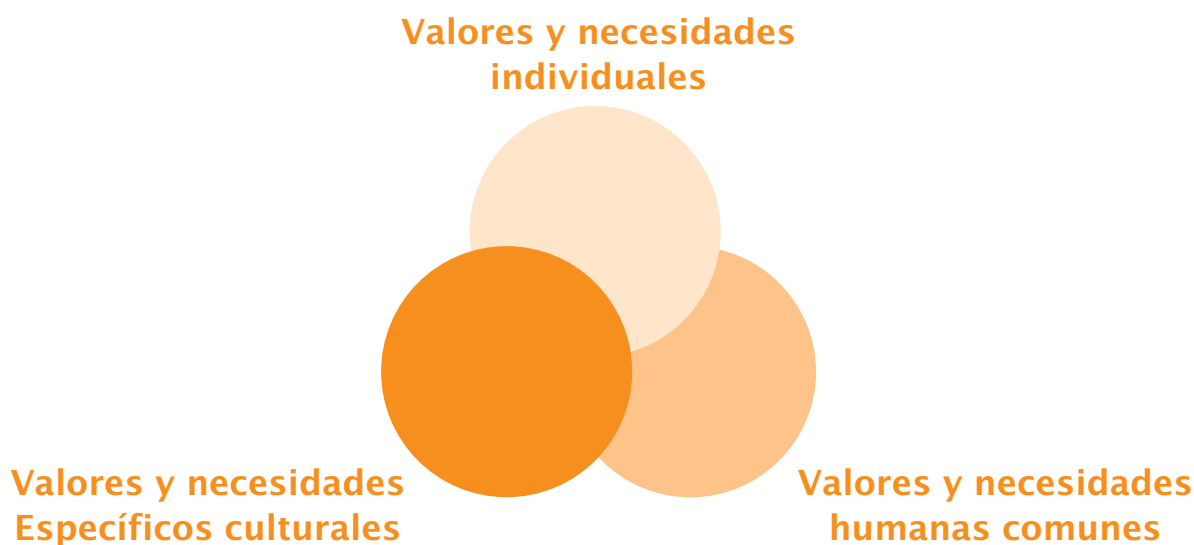
3. **Sistemas de información**, incluyendo nuevas tecnologías de Intranet (Portal del Empleado) para la Gestión del Conocimiento que incorporen la dimensión ética y creativa de la empresa.
4. **Procesos** de trabajo, ya sean estratégicos, clave o de apoyo, que han de ser llevados a cabo mediante competencias humanas derivadas de los valores corporativos.
5. **Conductas** cotidianas, hábitos, rituales y símbolos conductuales y gráficos. Atreverse a introducir aquí de forma honesta “pequeños” cambios coherentes con las nuevas creencias y valores acostumbra a generar impactos de gran significado.

Desde mi punto de vista creo que únicamente será posible pretender iniciar el camino que facilite la: **autodeterminación, la seguridad, los derechos y los soportes adecuados a las personas en situación de dependencia**, en entornos gestionados a partir de este concepto de Gestión por Valores (DpV).

Una vez tomada la decisión de iniciar **el cambio de paradigma en el modelo de gestión: de la Dirección por Objetivos, a la Dirección por Valores**, se tratará de escoger las herramientas que permitan medir los resultados. Herramientas y resultados que sirvan de guía y orientación en ese largo camino que será necesario recorrer a lo largo de la vida de la empresa; indicadores y herramientas que nos ayuden a ir de la prestación de servicios basados en la **Calidad Asistencial** a la prestación de servicios basados en la **Calidad de Vida**.

Pero ¿a qué me refiero cuando hablo de **Calidad de Vida** en un entorno asistencial como el de la atención a las personas dependientes? **Siguiendo**

el modelo de Teoría Óptima (Spight. Etal., 1991; en Dennis et al., 1993), la Calidad de Vida se fundamenta en:



Y como sugieren Schalock y Verdugo (2002) la **Calidad de Vida** debería ser vista desde una **perspectiva ecológica** para describir los numerosos contextos del comportamiento humano. Schalock y Verdugo (2002) **sugieren tres niveles del sistema que afectan a la Calidad de Vida. Estos tres niveles, es fundamental tenerlos en cuenta para facilitar a los usuarios seguridad, derechos, soportes adecuados y autodeterminación:**

- **Microsistema** o contexto social inmediato: la familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo. Afecta directamente a la vida de la persona.
- **Mesosistema** o vecindario comunidad, agencias de servicios y

organizaciones, que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.

- **Macrosistema** o los patrones culturales más amplios, tendencias socio-políticas, sistemas económicos, y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Este enfoque ecológico defiende claramente la necesidad de incluir **dimensiones e indicadores clave de Calidad de Vida** que reflejen los múltiples sistemas donde viven todas las personas:

MICROSISTEMA

Crecimiento personal y desarrollo de oportunidades:

Según estos autores, existen actualmente cuatro tendencias fundamentales para incrementar la **Calidad de Vida percibida por una persona** a nivel de microsistema.

1. **Fuerte reivindicación de mayores oportunidades de participación** en la vida, relacionada con una creciente defensa de la inclusión, la equidad, las elecciones y la autodeterminación.
2. **Los consumidores están trabajando junto con los investigadores** para determinar la importancia relativa o el valor de las dimensiones clave de calidad de vida.
3. **Los consumidores están implicándose** cada vez más en la evaluación de su propia calidad de vida.
4. **La dimensión de desarrollo personal y entrenamiento en hábitos saludables** se está convirtiendo en una tendencia importante en la prestación de servicios y apoyos.

MESOSISTEMA

Técnicas de mejora del programa de atención individualizado y del entorno.

Las técnicas de mejora centradas en el ambiente implican el diseño de entornos sencillos para el usuario, que reduzcan el desajuste entre la persona y su ambiente:

- preparación de comidas.
- fácil acceso a ambientes exteriores.
- modificación de escaleras, grifos, manecillas de puertas...
- seguridad: barandillas, cristales de seguridad, superficies antideslizantes...
- comodidad: ayudas para la orientación como los códigos de colores o los pictogramas universales...
- accesibilidad para el hogar y la comunicación.
- estimulación sensorial: ventanas, mobiliario funcional...
- prótesis: ordenadores personales, ayudas técnicas especializadas, entornos de alta tecnología...
- oportunidades para la elección y el control: luces, temperatura, privacidad y espacio personal...

MACROSISTEMA

Políticas sociales, éste hace referencia a:

- **Bienestar emocional:** reflejado en la norma respecto a la religión.
- **Relaciones interpersonales:** reflejado en normas respecto a la vida familiar y a la integración personal.
- **Bienestar material:** empleo, ingreso de subsistencia y servicios sociales.
- **Desarrollo personal:** educación y rehabilitación.
- **Bienestar físico:** atención sanitaria, deporte y ocio.
- **Autodeterminación:** organizaciones de autodefensa.
- **Inclusión social:** servicios de apoyo.
- **Derechos:** aumento de la concienciación, accesibilidad, igualdad de derechos a la participación.

Concluyendo, se podría decir que las dimensiones básicas de una Vida de Calidad, siguiendo las propuestas de las ocho dimensiones centrales empleadas por Schalock y Verdugo (2002), estarían centradas en:

- **Bienestar emocional** se puede incrementar aumentando la seguridad, la estabilidad y la previsibilidad de los entornos, así como el feedback positivo.
- **Relaciones interpersonales**, mediante el fomento de las amistades, la intimidad y el apoyo a las familias.
- **Bienestar material**, mediante el apoyo de hechos como el ser propietario, y el empleo.

- **Desarrollo personal**, a través de la potenciación de la educación, la rehabilitación funcional y la tecnología aumentativa.
- **Bienestar físico**, asegurando la existencia de una adecuada atención sanitaria, movilidad, hábitos saludables y nutrición apropiada.
- **Autodeterminación**, fomentando las elecciones, el control personal y las decisiones y metas personales.
- **Inclusión social**, enfatizando los roles e integración en la comunidad y el voluntariado.
- **Derechos**, asegurando el acceso al voto, procesos legales y oportunidades para asumir responsabilidades cívicas.

En cuanto a la Autodeterminación: ¿Qué significa dentro de nuestros entornos asistenciales? ¿Qué relación puede tener la Autodeterminación y la Calidad de Vida? ¿Estamos preparados para consentir que nuestros usuarios se autodeterminen? ¿Facilitamos la autodeterminación?

Intervenir desde la autodeterminación, la seguridad, los derechos y los soportes adecuados requiere haber tomado una opción, permitir que en los centros la persona se pueda autodeterminar, requiere de un esfuerzo, de un coste económico y mental.

Las principales estrategias para la promoción de la autodeterminación podrían estar basadas entre otras en:

- Favorecer el desarrollo y la expresión de la autodeterminación desde las primeras edades y durante toda la vida de las personas.
- Promover el aprendizaje sistemático e intencional de las habilidades y actitudes necesarias.
- Asegurar el aprendizaje de formas de comunicación efectivas.
- Facilitar estilos de vida que garanticen las posibilidades de elección

y control.

- Posibilitar que las personas estén informadas.
- Asegurar la posibilidad de defenderse.
- Garantizar la participación, en la medida de lo posible, en los programas individuales de los que son sujetos.
- Garantizar la existencia de apoyos individualizados y flexibles.
- Revisar y luchar contra las políticas que infringen el ejercicio de los derechos individuales.
- Posibilitar la creación de vínculos emocionales estables.

Generalmente, las personas que presentan situaciones de dependencia y en concreto las que se encuentran en situación de institucionalización presentan barreras personales de mayor o menor gravedad que les dificulta el proceso de autodeterminación; lo que significa que, desde la gestión por valores, los profesionales deberán tener en cuenta en sus programas de atención individualizados con el fin de no llevarse a engaños.

Generalmente, las barreras personales al proceso de autodeterminación suelen estar enraizadas en:

- Edad.
- Capacidad intelectual.
- Falta de estrategias, habilidades o recursos personales.
- Ausencia de lenguaje oral.
- Características personalidad.
- Limitaciones sensoriales.
- Limitaciones físicas.

Por otro lado, en las organizaciones aparecen con demasiada frecuencia **barreras profesionales** que dificultan el proceso de autodeterminación de los usuarios; entre ellas se podría mencionar el uso de una **metodología de trabajo que suele ser rígida e inflexible, basada en el condicionamiento y poco participativa**. Suele existir una baja expectativa de mejora en todos los aspectos de la organización y de la Calidad de

Vida de los usuarios y profesionales.

Generalmente esta actitud aparece como consecuencia de una **ausencia de reflexión profesional**: sobre sus ideas preconcebidas, sobre el tipo de relaciones que se establecen, así como por una **baja formación profesional** que en muchas ocasiones se ve teñida por la ideología personal de cada trabajador y de **preconcepciones** de su formación inicial.

A las barreras que dificultan el proceso de autodeterminación (personales y profesionales), cabría añadir aquéllas que aparecen generalmente en todo proceso de institucionalización y que van a ser potentes barreras contra las que habrá que pelear para ayudar a que las personas se autodeterminen y consigan una Calidad de Vida conforme a sus expectativas:

1. Confusión entre el espacio privado y público.
2. Rutinización de las actividades.
3. Relaciones con el exterior infrecuentes: autosuficiencia institucional.
4. Despersonalización: “objetos animados”.
5. Confidencialidad de la información.
6. Uniformidad temporal: ahistoricismo.
7. Finalidad asistencial.

Para combatir contra estos tres agentes que dificultan la autodeterminación de las personas existen entre otros los siguientes **apoyos a dicho proceso**:

(Ver esquema en la página siguiente).

Apoyos al proceso de autodeterminación

CUIDADOR: mediador, compañero, intermediario, facilitador...

Criterios:

- Adaptarse a las necesidades de cada usuario.
- Centrarse en las potencialidades, en lo que las personas quieren hacer y son capaces de hacer.
- Utilizar lenguajes naturales del entorno.
- Asegurar que las personas ejerzan el control sobre sus vidas y en su hogar.

¿Cómo?

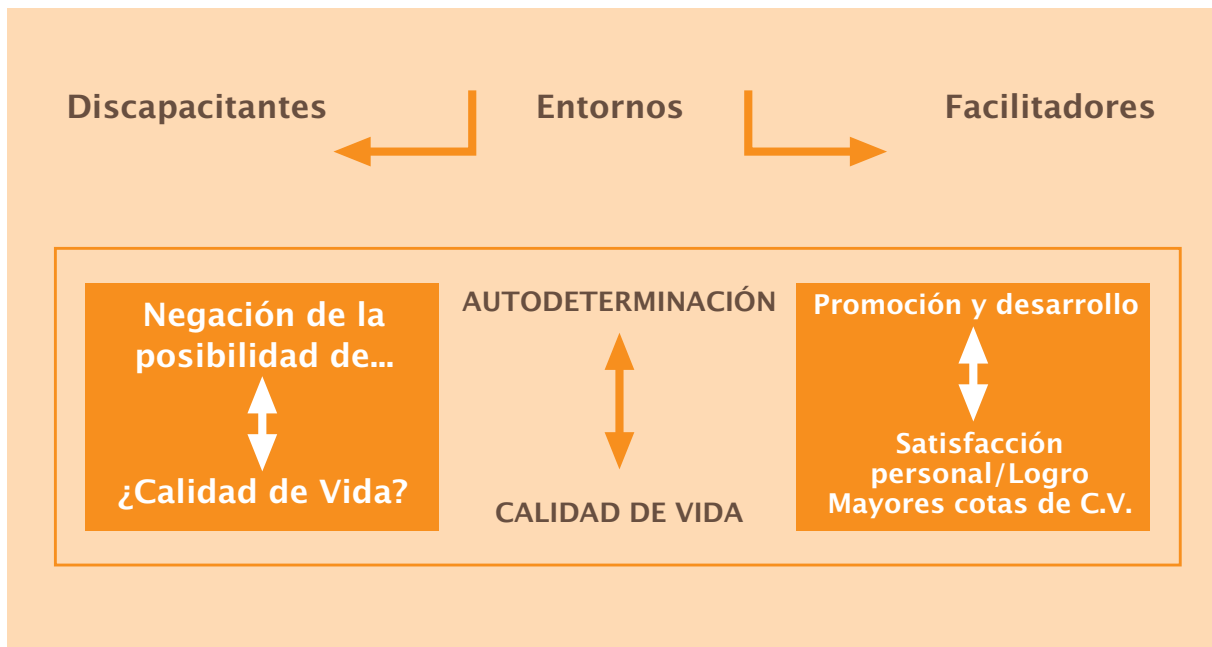
- Observar, mirar, escuchar qué sucede a su alrededor.
- Recoger información.
- Responder a las demandas, necesidades, deseos o expectativas.
- Seguir las respuestas.
- Reflexionar sobre las decisiones adoptadas.
- Dar valor a lo esencial.
- Preguntar, dejar tiempo en las respuestas, arriesgar...
- Dar a conocer, informar, facilitar el descubrimiento.
- Adaptar los materiales y los recursos a las necesidades individuales.
- Repetir, insistir, ser constante.
- Respetar al otro, asegurar su intimidad.
- Buscar, ensayar, construir nuevas propuestas.

¿Para qué?

- Cubrir necesidades básicas.
- Crear condiciones de vida valiosas.

Para concluir, se podría resumir en el siguiente esquema los elementos que intervienen de forma positiva o negativa en la autodeterminación de las personas que se encuentran en situación de dependencia y que será necesario considerar para ofrecer una Calidad de Vida.

(Ver esquema en la página siguiente).



Pero, ¿cómo medir todos estos indicadores? En el año 1998, la Diputación Foral de Álava, Departamento de Bienestar Social –y adaptado a la versión castellana por el Centro de Documentación y Estudios S.I.I.S.– publica un documento: **“Las residencias son para vivir. Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Inspección de servicios sociales. Department of Health. Social Services Inspectorate”**, donde se publica una parrilla de indicadores que ayudan a medir **6 indicadores fundamentales para gozar de Calidad de Vida**.

Según los autores de los indicadores que más adelante se detallan, **las evaluaciones de calidad deben centrar la atención en los valores que para la mayoría de las personas son sinónimo de Calidad de Vida:**

- **La posibilidad de elegir un estilo de vida propio.**
- **El respeto a los derechos humanos fundamentales.**

Los factores que contribuyen a garantizar una buena Calidad de Vida pueden agruparse en torno a alguno de estos seis VALORES básicos:

1. **Intimidad:** Derecho de las personas a estar solas y a no ser molestadas, libres de intromisiones en sus asuntos.
2. **Dignidad:** Reconocimiento del valor intrínseco de la persona independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y dándole un trato respetuoso.
3. **Autonomía:** Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
4. **Elección:** Posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes.
5. **Derechos:** Mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano.
6. **Satisfacción:** Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de la vida cotidiana.

(Ver Cuadro en la página siguiente).

Evaluación de la calidad de vida

	Intimidad	Dignidad	Autonomía	Elección	Derechos	Satisfacción	
Entorno Físico							Entorno Físico
Práctica Asistencial							Práctica Asistencial
Personas							Personas
Formación del personal							Formación del personal
Procedimientos							Procedimientos
Ficha técnica e historiales							Ficha técnica e historiales
Comidas y horario de comidas							Comidas y horario de comidas

Entre los años 2002/2003, R. Schalock y M.A. Verdugo, publicaron los siguientes indicadores de Calidad de Vida más usados en las 8 dimensiones que estos autores consideran fundamentales de satisfacer para tener Calidad de Vida.

LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA MÁS USADOS EN CADA DIMENSIÓN R. Schalock y M.A. Verdugo (2002/2003)

Área	Indicador
Bienestar Emocional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción: Estar satisfecho, feliz y contento 2. Autoconcepto: Estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso 3. Ausencia de estrés: Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede hacerlo
Relaciones Interpersonales	<ol style="list-style-type: none"> 4. Interacciones: Estar con diferentes personas, disponer de redes sociales 5. Relaciones: Tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos 6. Apoyos: Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas
Bienestar Material	<ol style="list-style-type: none"> 7. Estatus económico: Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta 8. Empleo: Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado 9. Vivienda: Disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo
Desarrollo Personal	<ol style="list-style-type: none"> 10. Educación: Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles 11. Competencia personal: Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales 12. Desempeño: Tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo

<p>Bienestar Físico</p>	<p>13. Salud: Tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad</p> <p>14. Actividades de la vida diaria: Estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc.</p> <p>15. Atención sanitaria: Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios</p> <p>16. Ocio: Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos</p>
<p>Auto Determi- nación</p>	<p>17. Autonomía / Control personal: Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable</p> <p>18. Metas y valores personales: Disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones</p> <p>19. Elecciones: Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos</p>
<p>Inclusión Social</p>	<p>20. Integración y participación en la comunidad: Acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad</p> <p>21. Roles comunitarios: Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad</p> <p>22. Apoyos sociales: Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite</p>
<p>Derechos</p>	<p>23. Derechos humanos: Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad</p> <p>24. Derechos legales: Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos</p>

Como conclusión a esta ponencia, creo que en la actualidad los profesionales que operamos en el amplio abanico de la atención a la dependencia, contamos con herramientas suficientes para iniciar un camino muy importante dirigido a satisfacer de una manera más generosa las necesidades de los usuarios y sus familias. Una manera generosa que contemple la acción encaminada a promover conductas y actitudes dirigidas a crear entornos que velen por proporcionar una Calidad de Vida más que una Calidad Asistencial. Este camino sin ninguna duda requerirá de renunciaciones por parte de los profesionales en pro del respeto por los criterios de los usuarios y en muchas ocasiones los operadores deberán renunciar a conceptos en demasiadas ocasiones teñidos de un falso esteticismo, en pro de entornos destinados a trabajar, ya desde un principio, los programas de reminiscencia de las personas dependientes.

Por último creo que difícilmente la organización podrá cuestionar los términos de: “Autodeterminación y Derechos” sin antes no haber puesto en marcha un proceso de reflexión que les permita iniciar el ya mencionado cambio de paradigma e intentar pasar de la Gestión por Objetivos a la Gestión por Valores.

Bibliografía

Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencia desde un hogar de grupo

Tesis Doctoral. Susana Rojas Pernia
Barcelona, 2004. Universitat autònoma de Barcelona. Departament de Pedagogia Aplicada. Facultat de Ciències de l'Educació

Calidad de vida y calidad de vida familiar

Miguel Ángel Verdugo Alonso. Universidad de Salamanca
II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío. Medellín, Colombia; 23-25 de septiembre de 2004. CALIDAD DE VIDA 2. M.A. Verdugo

Catálogo de Servicios Residenciales para personas mayores

Diputación Foral de Gipuzkoa

La Dirección por valores. 2ª ED.

Salvador García Sánchez; Shimon Dolan
Editorial McGraw-Hill. 2003

Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad

Antonio-León Aguado Díaz y María Ángeles Alcedo Rodríguez
Universidad de Oviedo
Psicothema. 2004. Vol. 16, nº 2, pp. 261-269

Las residencias son para vivir

Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Inspección de servicios sociales. Department of Health. Social Services Inspectorate. Edita: Diputación Foral de Álava. Departamento de Bienestar Social. Adaptación versión castellano: Centro de Documentación y Estudios S.I.I.S. 1998

conclusiones


En este documento, se ha analizado la calidad de atención a las personas dependientes desde los diferentes prismas y perspectivas: liderazgo y habilidades directivas, modelos, evaluación, calidad total, calidad asistencial y calidad de vida de las personas; se ha tratado sobre las particularidades de los servicios personales persona a persona y los requerimientos que éstos plantean; se han presentado sistemas de evaluación y gestión.

Se han analizado, además, diferentes aspectos relacionados con la Ley de Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, y se ha visto entre otros temas:

- La necesidad de liderazgo institucional, de un nuevo liderazgo basado en las personas.
- La necesidad de prepararnos en una nueva manera de gestionar estos servicios desde los afectos, los vínculos y las relaciones.
- La necesidad de reflexionar sobre los modelos que utilizamos.
- La necesidad de integrar los modelos de atención (especialmente los modelos psicosociales y sociosanitarios) y los modelos de gestión (ISO, EFQM, Calidad de Atención, modelo de Calidad de Vida).
- La necesidad de implantar modelos centrados en las personas: p.e. los modelos de Calidad de Vida centrados en promover el equilibrio entre la autodeterminación, la seguridad y los derechos.
- La necesidad de dar más papel a los protagonistas: clientes y personas que se dedican a la atención.
- La necesidad de mejorar en la evaluación de programas y de los propios sistemas.

- Necesidad de integrar mejor los sistemas social y sanitario.
- Necesidad de avanzar desde los modelos basados en la inspección y auditoría al acompañamiento y las autoevaluaciones para la mejora progresiva de los centros y servicios.
- Necesidad de integrar:
 - > Calidad total organizacional.
 - > Calidad de atención.
 - > Calidad de vida.
- Necesidad de avanzar en sistemas, instrumentos y metodología ad hoc, adaptando las existentes a este entorno.
- Necesidad de profundizar en las diferentes dimensiones de la calidad de vida como concepto integrador de la asistencia desde todas las perspectivas: social, sanitaria, gestores, proveedores, clientes, afectados y familias, asociaciones, etc.
- Necesidad de operacionalizar dimensiones, estándares, indicadores, etc., de manera más o menos homogénea y compartida.
- Necesidad de acompañamiento desde las instituciones en la mejora progresiva de centros, recursos, programas y servicios, implicando a los afectados.
- Necesidad de avanzar y promover la formación e investigación en estos aspectos.

Los retos que se plantean en este momento con la oportunidad de la “Ley de Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia” deben ser un estímulo para la mejora continua de los servicios y programas, el incremento de la cobertura e intensidad de los mismos, pero especialmente para el



logro de la orientación al cliente, y a las personas, además de la orientación a los resultados, a una atención cada vez más eficaz y más eficiente para lograr la mejor calidad de vida de las personas atendidas y sus familias, verdaderos sujetos del sector.



referencias bibliográficas

- Baltes MM y Wahl H. (1990a). Dependencia en los ancianos. En LL Carstensen y B.A. Edelsten (Eds). Gerontología clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez-Roca.
- Baltes PB y Baltes MM (1990b). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En PB Baltes y MM Baltes (Eds.) Successful aging: perspectives from the behavioural sciences. The European Science Foundation.
- Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (eds.) (1990). Successful aging: perspectives from the behavioural sciences. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press (Trad. Cast: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Paidós, 1987).
- Carp FM (1987). Environment and Aging. En D. Stokols e I. Altman (eds.), Habook of Environment Psychology, pp. 329–360. Nueva York: Wiley.
- Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (2000). Centros de día para personas mayores con dependencias. Colección documentos de política social; Nº 8 Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales del Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (2001). De los centros ocupacionales a los centros de apoyo a la integración. Colección documentos de política social, Nº 12; Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales del Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (2003). El plan general de intervención en residencias para personas mayores. Colección documentos de política social, Nº 13; Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales del Gobierno del Principado de Asturias.

- European Foundation for Quality Management (EFQM) (1999). Modelo EFQM de excelencia 1999.
- Fernández Ballesteros R. (1986). Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad. En: M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (dirs.), *Psicología evolutiva*, vol. 3, Madrid: Alhambra.
- Fernández- Ballesteros R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. En *Anuario de Psicología*, 73.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000): *Gerontología Social*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Gobierno de Francia. Carta de los derechos y libertades de la persona institucionalizada. www.journal-officiel.gouv.fr.
- IMSERSO (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2006). Servicios sociales para personas mayores en España. Observatorio de personas mayores. Perfiles y tendencias, nº 22. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kahana E., Liang JY y Felton BJ (1980). Alternative models of person-environment fit. *Journal of Gerontology*, 35, 584-595.
- Lawton MP (1986). *Environment and Aging*. Nueva York: Center for Study of Aging.
- Leturia F.J.; Yanguas J.J.; Arriola, E.; Uriarte, A. (2001): *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Ed. Caja Madrid. Cáritas.

- Little A. (1988) Psychological aspects of working with elderly clients. En Squiries, AJ (ed.). Rehabilitation of the older patient, Sydney, Croom Helm.
- Montorio Cerrato, Ignacio; LOSADA BALTAR, Andrés (2004). “Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional”. Madrid.
- Moos RH y Lemke S. (1979). Multiphasic Environment Assessment Procedure.
- Nehrke MF, Turner RR, Cohen SH, Withbourne SK, Morganti JB y Hulicka IM (1981). Toward a model of person–environment congruence. Experimental Aging Research, 7, 363–379.
- OMS (2002). Envejecimiento activo, un marco político. Madrid: Organización Mundial de la Salud. Palo Alto, CA: Stanford University Medical Center.
- Rodríguez P. (1999). Residencias para personas mayores. Manual de orientación, 2ª ed. Madrid: Panamericana.
- Rodríguez P. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia; Madrid: Fundación Alternativas.
- Rowe JW y Kahnl (1987). Human aging: Usual and successful. Science, 233, 1771–1276.
- San Juan C. (1998): Ambientes institucionales. En JI Aragonés y M. Américo (eds.) Psicología Ambiental. Madrid: Pirámide.
- Shalock RL y Verdugo MA (2003). The concept of quality of life in human



services: a handbook for human service practitioners, Washington DC, American Association on Mental Retardation.

- Shalock, R.L. y Verdugo, M.A., Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid, Alianza, 2003.
- Yanguas, J.J.; Leturia F.J. Conceptualización. En AAVV: Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Barcelona. SG, 1995.

