

Calidad asistencial en centros gerontológicos

Marta Álvarez de Arcaya Vitoria

Fundación Matía. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

RESUMEN

Los centros gerontológicos constituyen un nivel asistencial de cuidados de larga duración, destinados de forma prioritaria a pacientes de edad avanzada, con dependencia física y/o psíquica, comorbilidad y problemática social.

La asistencia en estos centros deberá ser planificada centrándose en la persona y en su seguridad. Los profesionales cualificados, implicados y en número suficiente son la piedra angular en la estructura de una atención de calidad. La asistencia deberá monitorizarse y evaluarse de forma continua, implantando acciones innovadoras para mejorarla.

La mejora en la calidad de la asistencia prestada deberá dar como resultado la mejora en la calidad de vida de sus residentes.

Palabras clave

Centro gerontológico. Residencia de personas mayores. Calidad de atención. Planificación. Monitorización. Calidad de vida.

Quality assurance in nursing homes

ABSTRACT

Geriatric centers provide long-term care to elderly individuals with physical and/or psychological dependency, comorbidity and social problems.

Care planning in these centers should focus on residents and their safety. An adequate number of qualified and committed professionals are the cornerstone of the structure of a high-quality care system. Care should be monitored and continuously evaluated with implementation of innovative actions for improvement.

Improvement in the quality of the care provided should increase residents' quality of life.

Key words

Geriatric center. Nursing home. Quality of care. Planning. Monitoring. Quality of life.

Correspondencia: Dra. M. Álvarez de Arcaya Vitoria.
Directora Médica. Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matía.
Camino de los Pinos, 35. 20018 Donostia-San Sebastián.
Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: malvarez@matiaf.net

INTRODUCCIÓN

Los centros gerontológicos prestan atención en su mayoría a personas con enfermedad crónica y limitación funcional, mental y social en situaciones en las que el hecho destacable es la dependencia de otras personas para la realización de las actividades cotidianas. La implantación de metodología de calidad y la implicación de los profesionales de los equipos interdisciplinarios en la mejora de la asistencia son pilares fundamentales para incrementar el bienestar de las personas mayores.

Según Avedis Donabedian, la atención de calidad es el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, teniendo en cuenta todas las partes del proceso de atención.

Una atención sanitaria de calidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios a estas necesidades de una manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite¹.

Las dimensiones de la calidad que influirán de manera decisiva en la conceptualización de esta disciplina² se encuentran integradas en la siguiente propuesta efectuada por la OMS: la atención centrada en la persona y la seguridad de los pacientes constituyen los ejes de la atención sobre los que se integran la efectividad clínica, la eficiencia de producción, las necesidades del personal y la responsabilidad social³ (fig. 1).

La calidad en la atención en el medio residencial hemos de entenderla e intentarla colocando la calidad de vida de la persona mayor en todas sus dimensiones como eje de ésta.

Existen aspectos de esta calidad asistencial que resultan protocolizables y medibles, con mayor o menor dificultad, como son las características generales de las infraestructuras, los *ratios* de personal, la existencia de procedimientos asistenciales, o algunos resultados de la aplicación de éstos, como la incidencia de úlceras por

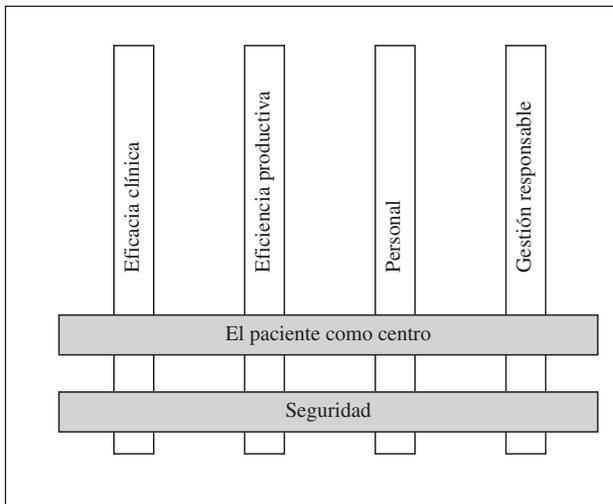


Figura 1. Definición de calidad según la Organización Mundial de la Salud.

presión o caídas. Otros aspectos son menos tangibles, como la calidez de los ambientes, el universo de las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad o la autonomía en la toma de decisiones, pero no por ello hemos de olvidarlos al diseñar e introducir acciones de mejora en nuestro proceso asistencial, pues todos ellos son importantes para maximizar el bienestar de nuestros residentes.

Tampoco debemos olvidar, al hablar de calidad de atención de los mayores, sus familias, pilares importantes en su vida. Éstas necesitan nuestro apoyo, formación e información.

CONTROVERSIAS Y RETOS EN CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad está de moda y corremos el riesgo de su utilización superficial para vestir y hacer más atractivos planteamientos vacíos de contenido⁴. En este campo, es importante mantener una línea de rigor científico y promover una metodología de trabajo adecuada, evitando la utilización banal del término calidad asistencial.

Otro interrogante que debemos plantearnos es la validez de los modelos genéricos de gestión de la calidad en el sector residencial, siendo discrepante la opinión de diferentes autores. Mientras que unos opinan que la aplicación de sistemas genéricos de calidad ha servido para la mejora de la calidad sanitaria de las residencias⁵, otros investigadores afirman que el esfuerzo realizado en la aplicación de los sistemas no se ha visto reflejado en la calidad del servicio⁶.

Según algunos especialistas, hay que descartar la idea de que haya estándares de calidad aplicables a todos los sectores y hay que preguntarse cuáles han de ser los estándares de calidad en este sector⁷.

La difusión de una verdadera cultura de calidad es, sin duda, el principal objetivo para cuya consecución es imprescindible que sus conceptos se extiendan a todos los profesionales y conseguir su convencimiento y compromiso.

Un gran reto en la actualidad es coordinar los esfuerzos de las diferentes organizaciones presentes en el sector, lideradas por las sociedades científicas que tienen en su mano la definición de estándares de actuación e indicadores, además del prestigio y la autoridad moral para difundir las correctas prácticas asistenciales entre los profesionales, hacia el objetivo común de definir, extender y sistematizar la utilización de criterios de calidad asistencial en la atención a las personas mayores que reciben cuidados de larga duración⁴.

En esta línea podemos citar el documento «Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores: 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores», elaborado por un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, en el que se ha intentado sintetizar la legislación producida por las administraciones públicas, así como las propuestas de trabajo e investigación sobre calidad, su evaluación y modelos que en los últimos años han proliferado en Europa y también en nuestro país⁸, o «Estándares de cuidados para personas mayores», publicado por la Sociedad Británica de Geriatria⁹.

Otra iniciativa de aunar criterios de evaluación de la calidad de atención geriátrica puede partir de las instituciones públicas presentes en el sector. Un ejemplo lo constituye el informe técnico «Servicios sociosanitarios. Indicadores para mejorar los criterios de calidad en la atención al paciente y familia», realizado por un numeroso grupo de expertos del sector con el apoyo técnico de la Fundación Avedis Donabedian, por iniciativa de la Dirección General de Planificación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, o el de «Indicadores de evaluación de calidad para residencias asistidas para personas mayores», propuesto para la evaluación externa de calidad de los centros del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.

Un reto aún mayor para los que trabajamos en este medio es conceptualizar la atención de calidad centrándola en la persona mayor, con su gran heterogeneidad en situación física, funcional, cognitiva y social, con sus diferentes valores, experiencias, gustos y expectativas. A este respecto, la Nacional Quality Forum dispone ya de estándares consensuados en diferentes ámbitos de cuidados continuados teniendo en cuenta esta dimensión¹⁰.

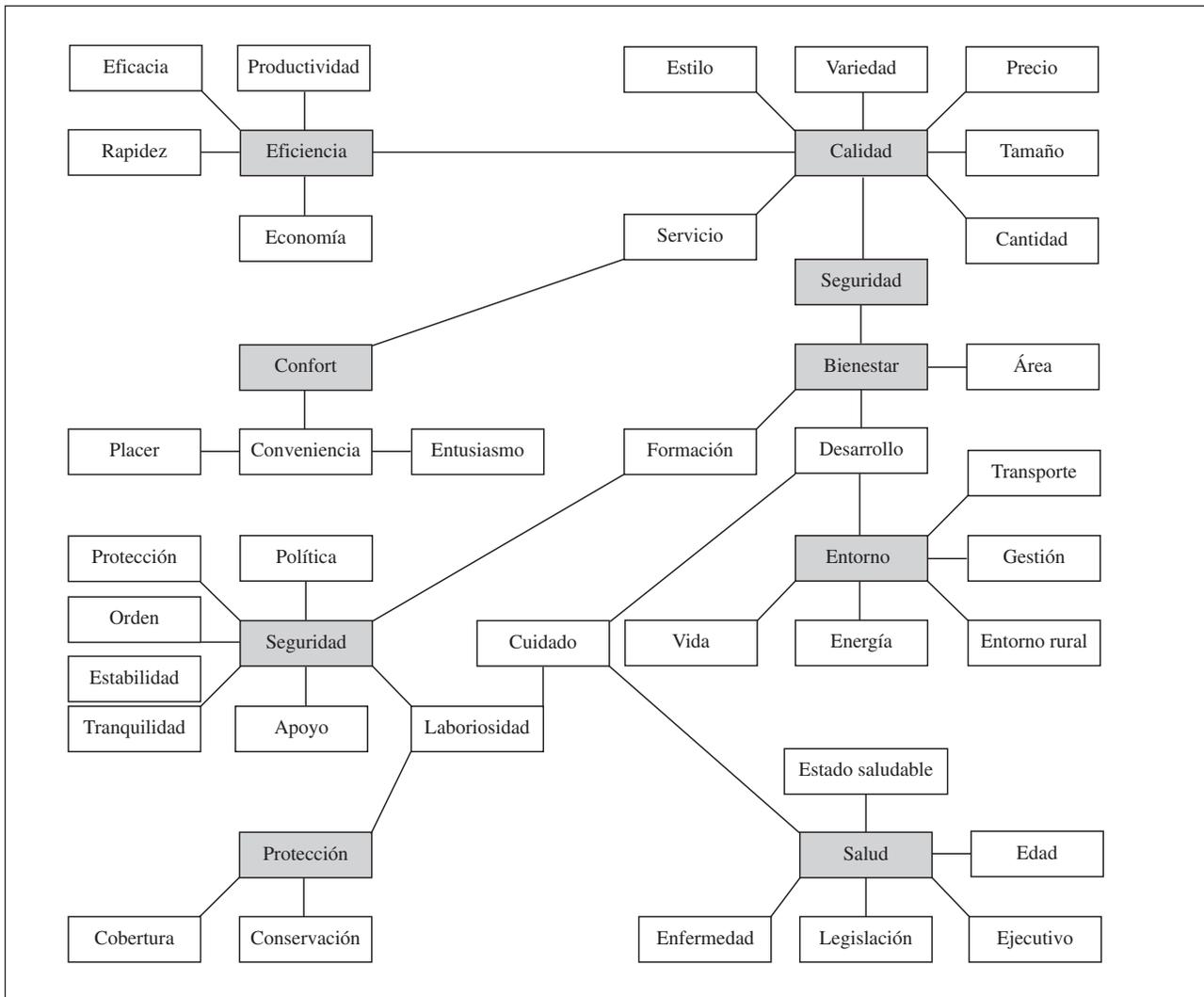


Figura 2. Los significados de seguridad (Grupo Infomap, CSLI, Universidad de Stanford).

Siguiendo las actuales tendencias y los ejes de calidad asistencial propuestos por la OMS resulta prioritaria la mejora de la seguridad como un elemento clave de la mejora de la calidad de atención (fig. 2).

Son muchos los riesgos inherentes a la situación de este grupo poblacional. El Instituto de Medicina propone la activación de estrategias preventivas con el fin de evitar los errores humanos¹¹. En los objetivos del JCAHO para el 2006 en materia de seguridad, en atención a los pacientes en ámbitos sociosanitarios, incluyen la adecuada identificación de los pacientes, la mejora de la comunicación entre el equipo de atención interdisciplinario, la mejora de la seguridad en la prescripción y utilización de la medicación, la reducción de riesgo asociado a la infección, la reducción de riesgos relacionados con las caídas de los pacientes, la mejora de la cobertura vacunal y la prevención de lesiones por presión, entre otras¹².

El impacto de la atención prestada al paciente y a la familia en este entorno se debe medir en términos de percepción de calidad de vida¹³. La búsqueda de indicadores o estrategias que tengan una repercusión real en la calidad de vida del paciente, y que ésta pueda ser medida en términos de evidencia científica, supone uno de los retos más difíciles de alcanzar en el momento actual.

PLANIFICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

La atención de calidad no puede ser algo casual, sino que debe planificarse en función de unos objetivos y unos resultados a alcanzar. La gestión por procesos es un método que puede ayudarnos en la planificación. Proceso, según el modelo EFQM, es la «secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determi-

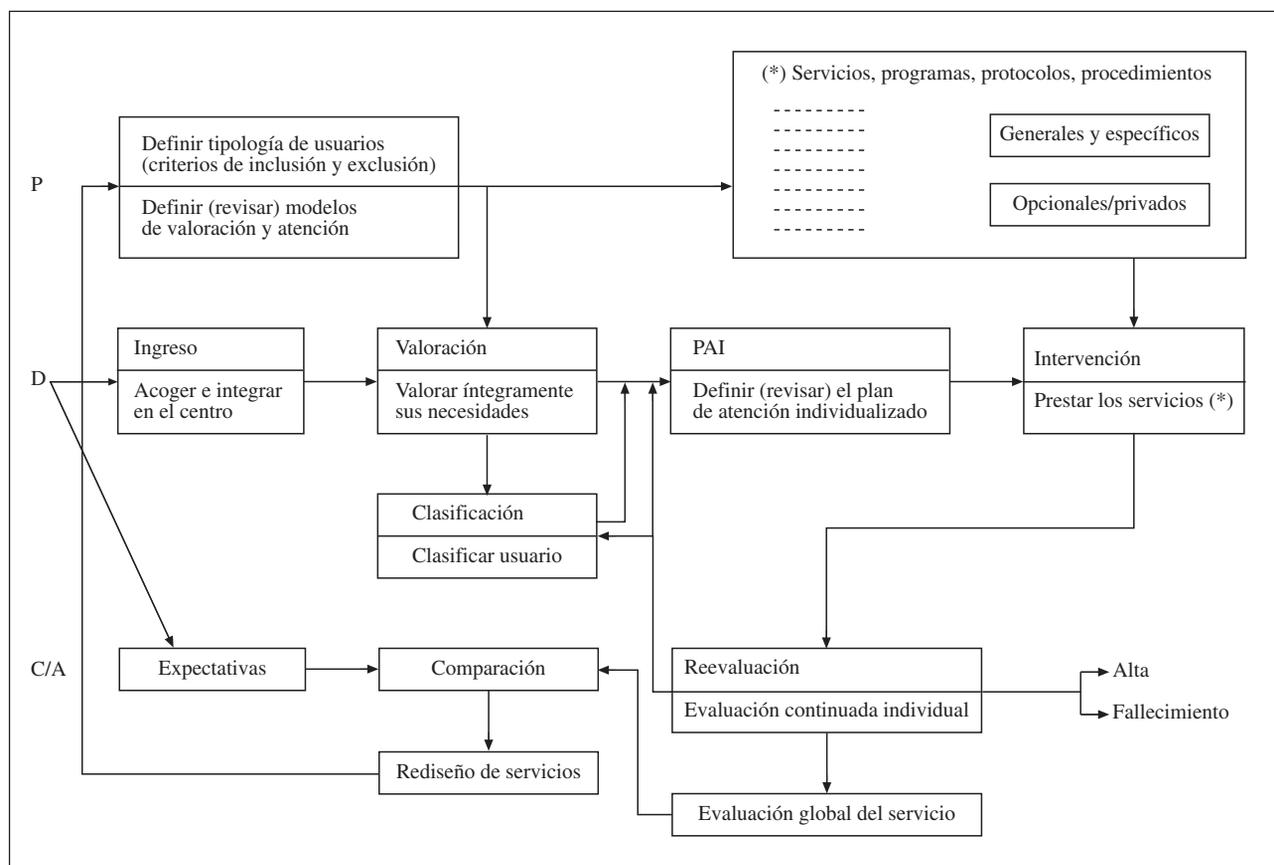


Figura 3. Diagrama del proceso de atención. Fundación Matía.

nado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones»¹⁴. El hecho de considerar las actividades agrupadas entre sí, constituyendo procesos, nos permite orientarlas a la consecución de resultados (fig. 3).

Cuando planifiquemos el proceso de atención en un centro gerontológico es prioritario que definamos claramente los objetivos a alcanzar en función de las características de los usuarios de ese centro. Objetivos comunes en este entorno pueden ser: el mantenimiento o mejora de su autonomía, el mantenimiento o mejora de su capacidad funcional¹⁵, el control de su afección crónica y la prevención de sus complicaciones¹⁶, la detección precoz de enfermedades prevalentes en este grupo poblacional (depresión)¹⁷, la prevención de riesgos inherentes a su situación, la integración y el mantenimiento de relaciones sociales y familiares, la creación de un entorno estructural y de atención que fomente su satisfacción. Sin olvidarnos de objetivos por grupo de pacientes (control de pacientes afectos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.) o individualizados, que serán gestionados por el equipo interdisciplinario.

A continuación, es fundamental que definamos de forma sistemática las actividades o programas que componen este proceso. Estas actividades deben contar con un apo-

yo estructural y estar debidamente protocolizadas teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías de buena práctica clínica, basadas en el grado de evidencia científica existente en el momento de su publicación. Son numerosas las guías existentes respecto a la atención a enfermedades o riesgos que sufren con frecuencia los pacientes ingresados en estas instituciones¹⁸⁻²³. Sin embargo, la existencia de un protocolo no asegura su cumplimiento, por ello es importante que aseguremos su conocimiento por parte de los profesionales asistenciales y que los responsables de los equipos velen por su cumplimiento.

Las actividades o los programas fundamentales que nunca debieran faltar en un proceso de atención residencial son:

- Evaluación geriátrica integral y multidisciplinaria (biomédica, nutricional, cognitiva, afectiva, funcional y social), al ingreso y con una periodicidad definida por el propio centro, que no debiera ser inferior a un año, y siempre que se produzca algún cambio sustancial en las condiciones del paciente.

- Evaluación sistemática al ingreso mediante escala validada o acordada de los riesgos fundamentales (riesgo

Caídas			
(Incluirlo en un grupo)			
C-1	Normal o bajo	Camina con destreza, estabilidad y soltura En silla mantiene buena postura, no hay movilidad excesiva sin control Encamados con movilidad muy reducida	
C-2	Elevado	Camina autónomo, pero inestable, inseguro, poca soltura En silla con postura y/o movilidad no controlada Encamado con bastante movilidad Difícil de manipular por cualquier motivo Camina con ayuda, pero con iniciativa de hacerlo por sí solo	
C-3	Muy elevado	Intenta caminar solo en situación de gran inestabilidad En silla con gran descontrol postural, hiperactivo o agitado Encamado con deterioro cognitivo, agitación y gran movilidad Incapaz de caminar, pero intenta hacerlo repetida y persistentemente	
Ingreso	Fecha	Fecha	Alta

Plan de cuidados:

Figura 4. Detección de riesgo de caídas. Fundación Matía.

de úlceras por presión, caídas, pérdidas o fugas, atragantamientos, errores en la toma de medicación, etc.)²⁴⁻²⁶, que al igual que la anterior se debiera repetir de forma anual o ante modificaciones en las condiciones del paciente (fig. 4).

- Información de sus derechos y obligaciones, así como de todos los detalles del funcionamiento que puedan ser de su interés²⁷.

- Elaboración de un plan de cuidados interdisciplinario. La valoración del paciente siempre debe seguirse de un plan individualizado de intervención destinado a la mejora de su salud y su autonomía, a la minimización de riesgos y a la satisfacción de todas sus necesidades, desde las más básicas, como la higiene y alimentación, hasta las lúdicas, relacionales, culturales, etc. Este plan de cuidados también debe revisarse periódicamente²⁸.

- Existencia de un plan de información, apoyo y educación para las familias.

Existen igualmente otras acciones más rutinarias que también deben estar debidamente claras en cuanto a procedimiento, como la higiene, movilización, alimentación por sonda, utilización de superficies antipresión, cambios posturales, etc.

Otras actuaciones frecuentes que también deben estar protocolizadas son la derivación a consultas o urgencias hospitalarias (¿Quién le debe acompañar?, ¿Qué información debe aportar?, ¿Cómo se organiza el desplazamiento?); también es muy deseable la existencia de protocolos de coordinación interniveles asistenciales, en los que se puede decidir el ámbito más adecuado para la atención de una determinada afección en función de la cartera de servicios²⁹.

Estas iniciativas se están desarrollando por diferentes grupos como el Sagessa y se denominan Programas Asistenciales Interniveles (PAI). Éstos son guías de práctica clínica que contienen las afecciones más prevalentes en el área de atención, elaboradas por profesionales de base que se dedican a la asistencia, con el apoyo metodológico de expertos, avaladas por expertos externos en la materia antes de su publicación y revisadas y difundidas periódicamente. Cada guía establece criterios de derivación interniveles y se fijan indicadores para monitorizar si los cambios de nivel son adecuados^{30,31}.

Actuaciones menos frecuentes, pero importantes también, deben recogerse en un procedimiento científico, consensuado y conocido como actuación ante infecciones por gérmenes multirresistentes³², actuación ante brotes epidémicos, vacunaciones, etc.

Para implementar las acciones que nos proponemos en el proceso asistencial y alcanzar los resultados esperados es preciso que dispongamos de una estructura, entendiendo como tal «aquellos atributos que tienen que estar disponibles para desarrollar las actividades o programas de forma adecuada».

Estas necesidades estructurales que abarcan, además, los procedimientos o protocolos ya comentados, sustentan el proceso asistencial. Una barrera para su implementación resulta ser con frecuencia que, en general, requieren más personal del que normalmente está disponible³³. En un programa de implementación de un protocolo de mejora de la incontinencia urinaria, se demostró que era necesario de 4 a 6 veces más tiempo de atención directa para estas tareas de lo normalmente establecido³⁴.

La propia estructura arquitectónica del centro es importante, con ausencia de barreras, suelos antideslizantes,

baños asistidos, asideros y espacios individuales y colectivos adecuados a las características de los pacientes y a los programas de intervención diseñados³⁵.

La dotación de útiles necesarios para la buena atención y seguridad como los sistemas de comunicación, alarmas, colchones antipresión, grúas y cuantas medidas puedan ayudar a mejorar la calidad de la atención y minimizar los riesgos.

Muchos criterios de estructura descansan en regulaciones estatales, autonómicas o provinciales; éstas han ayudado a la mejora arquitectónica de muchas residencias geriátricas en los últimos años.

Otra necesidad estructural más importante aún que las anteriores, y peor regulada por las instituciones, son los propios profesionales. Éstos constituyen la piedra angular en una atención de calidad. No sólo es importante la multidisciplinariedad del equipo (médico, enfermera, auxiliar, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, psicólogo, etc.) o la regulación de funciones de todos sus miembros como establece JCAHO^{36,37}, ni que el *ratio* de personal sea el adecuado en cada una de las disciplinas, sino que además resulta fundamental que los profesionales tengan la titulación adecuada y estén debidamente formados. La gestión del conocimiento o del aprendizaje es la mejor ventaja competitiva³⁸, sin olvidarnos de que la formación no garantiza que el trabajo desarrollado sea de calidad, a menos que exista un reciclaje continuo. Por ello, parejo al diseño del proceso asistencial en una residencia y a la dotación de profesionales para desarrollarlo debe existir un plan de formación, que se debe revisar y actualizar periódicamente.

La motivación y la calidad humana de los profesionales, junto con su organización, son valores que, aun siendo difíciles de evidenciar objetivamente, resultan básicos para que la atención prestada sea de calidad.

Se han propuesto 3 estrategias para mejorar la calidad asistencial a través del personal que trabaja en los centros y servicios de larga duración²⁸:

- Incrementar el personal: los cocientes de personal mínimos están definidos en las regulaciones de las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, éstos no siempre obedecen a criterios de calidad asistencial y suelen variar de unas comunidades a otras. En numerosos estudios se ha demostrado una asociación directa entre el cociente de personal (especialmente de enfermería) y la mejora de resultados de calidad³⁹. Un informe al Congreso realizado en el 2002 por los Center for Medicare and Medicaid Services en EE.UU. ha demostrado que existe una asociación estadística clara entre bajos niveles de personal y cuidados de mala calidad, y los autores del estudio recomiendan un mínimo de 4,1 h/día de cuidado directo por residente/estancia de larga duración²⁸. Los incrementos sobre el mínimo necesario pue-

den conllevar un incremento en costes que puede no ser asumible; además existen dificultades en la contratación, dada la escasez de profesionales en este sector en el momento actual.

- Formación: mejorar la formación de todos los profesionales implicados resulta una estrategia clara de mejora de la calidad, máxime si se tiene en cuenta que cada vez se atiende a más usuarios médicamente complejos.

- Otras condiciones laborales: la escasa financiación de estos servicios respecto a otros servicios similares (sanitarios) hacen difícil reclutar y mantener al personal⁴⁰; esta situación empeora a medida que disminuyen las tasas de desempleo en el sector. Los bajos sueldos del personal han llevado a algunas administraciones a incrementar la financiación para mejorar este aspecto. Sin olvidar que la remuneración del personal no ha demostrado ser un determinante de la calidad asistencial hasta el momento, lo que sí parece lógico es que la equiparación salarial con otros sectores similares colocaría a los centros gerontológicos en un mercado competitivo para poder conseguir profesionales de calidad.

En la implantación de una cultura de calidad se precisa la implicación de las personas, es frecuente que la implantación fracase si la realizan directivos, y no líderes, que, dominando modernos sistemas de gestión, no sean capaces de entender el objeto principal de la atención en organizaciones sociosanitarias⁴¹.

Para una implantación exitosa es necesaria la presencia de líderes transformacionales, con credibilidad para convencer a los profesionales asistenciales de nuestras organizaciones, que con frecuencia orientan prioritariamente su intervención a ofrecer la mejor asistencia, y no incorporan en su día a día conocimientos ligados a la gestión y mejora de sus servicios.

La innovación debe estar presente en la planificación. No debemos pensar que, por tratarse básicamente de atención directa, no podemos innovar. Las nuevas tecnologías van a proporcionarnos herramientas de comunicación, ayudas a la dependencia, sistemas de prevención de riesgos para pacientes y profesionales hoy en día insospechados. Es importante posibilitar entornos creativos propicios a la innovación, no sólo en productos o servicios, sino también en el propio proceso, en la organización y en las relaciones con el entorno. Las ideas se deben transformar en propuestas de atención^{42,43}.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El círculo de calidad, PDCA, comienza con la planificación⁴⁴, seguida de la implantación de las actuaciones propuestas, monitorizando el cambio, para finalmente poder consolidar la práctica diaria y evaluar los resultados.

Un sistema de monitorización incluye la medida y evaluación, de manera periódica, de los aspectos que consideremos relevantes de la atención. Tras un primer diseño de las áreas de trabajo, hemos de crear el indicador que permita evaluar su funcionamiento.

La medida periódica de los indicadores nos permite tener una visión de conjunto de la calidad del servicio y actuar de forma rápida cuando se observen desviaciones.

El diseño de indicadores válidos, sensibles y específicos para la monitorización de la calidad asistencial en los centros gerontológicos es difícil, ya que a la dificultad intrínseca que conlleva el diseño de un buen indicador se añade la heterogeneidad ya comentada de las personas mayores atendidas en ellos.

Es importante que dimensionemos lo que queremos medir y seleccionemos sus aspectos más relevantes y conociendo estos dos parámetros diseñemos los indicadores. No siempre será posible medir toda la población, por lo que se deberá recurrir en ocasiones a muestras aleatorias.

Tras el diseño de un indicador siempre es importante la fijación de un estándar o nivel considerado deseable de cumplimiento de un criterio. La fijación de estándares tampoco es tarea fácil en este sector, por la escasez de evidencia científica que los apoye.

La búsqueda de otras organizaciones similares líderes en atención nos puede resultar de ayuda en este campo. En otras ocasiones, pueden ser los consensos entre expertos los que ayuden a fijar esos estándares.

Los indicadores pueden ser de 3 tipos:

– De estructura: hacen referencia tanto a los recursos humanos como a los arquitectónicos, tecnológicos o protocolos. Algunos son fáciles de definir y medir, aunque con frecuencia resultan difíciles de modificar por estar supeditados a decisiones políticas con sus correspondientes partidas presupuestarias.

– De proceso: monitorizan la manera en que se desarrolla la atención. Nos pueden resultar de ayuda en la monitorización de los cambios y nos informan de en qué medida la atención se está realizando de acuerdo a como la hemos planificado.

– De resultado: miden las consecuencias de la atención.

En estos últimos años se ha hecho un gran esfuerzo en la búsqueda de sistemas que permitan obtener evidencias de mejora en los procesos de atención por la implantación de distintas metodologías. Asimismo, distintos autores trabajan en la búsqueda de información básica (Minimum Data Set, MDS) que permita obtener indicadores, de recogida razonablemente sencilla en centros de

cuidados de larga duración, que nos permitan conocer y comparar entre distintos centros la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

Se han definido y publicado indicadores para la gestión de condiciones médicas y síndromes geriátricos de residentes en centros gerontológico⁴⁵⁻⁴⁸.

El MDS, desarrollado en EE.UU., es un conjunto de datos clínicos y funcionales de todos los usuarios en el momento del ingreso, con cada cambio clínico y cada cuatrimestre; desde 1990, es obligatorio para todos los usuarios de residencias de ancianos⁴⁵. Ha servido de base para el diseño de indicadores de calidad sobre accidentes, problemas emocionales y de comportamiento, problemas cognitivos, empleo de psicofármacos, úlceras por presión, restricciones físicas, pérdidas de peso e infecciones.

De las variables contenidas en el MDS, 108 se usan por el algoritmo RUG (Resource Utilization Groups) para establecer el *case-mix*. Este sistema se aplica en un corte transversal en un momento determinado del ingreso y se basa en la situación funcional del paciente, la presencia de ciertos diagnósticos, la necesidad de determinadas técnicas de enfermería y los minutos de rehabilitación aplicados^{49,50}. Este sistema se está utilizando de forma sistemática desde 1999 en los recursos del Programa Vida als Anys catalán. También se están realizando experiencias piloto en otras comunidades autónomas.

Algunos autores como Arling et al⁵¹, del Instituto Coonkingham de Kansas, se muestran críticos con la validez del uso de los indicadores empleados en los últimos 10 años para la concertación de los servicios, mejora de la calidad, realización de investigaciones, etc., y proponen medidas para acercar más esos indicadores a herramientas reales de mejora de los servicios.

En una revisión de 21 estudios relacionados con la implantación de estrategias para mejorar la calidad en residencias de personas mayores, sólo en 11 se relaciona esta implantación con resultados para los clientes, utilizándose grupos control sólo en 4 casos⁵⁶.

Además, a la hora de comparar servicios con mejores o peores prácticas es fundamental el ajuste por complejidad, pues en caso contrario nos puede llevar a lecturas equivocadas.

Una aproximación a la medida de calidad asistencial la ofrece el proyecto CONQUEST⁵³, que es una base de datos que contiene medidas de proceso y de resultado asociadas a diferentes problemas de salud que son usadas por diferentes organizaciones sanitarias de reconocido prestigio en el ámbito norteamericano: Ministerio de Sanidad, la JCAHCO, la Administración de Veteranos, etc. Contiene 1.197 indicadores de calidad asociados a 57 enfermedades o problemas de salud.

Se han visto resultados reales en algunas áreas de atención en organizaciones con una buena planificación estratégica⁵⁴, en organizaciones con el equipo-*staff* involucrado en la mejora continua⁵⁵ y, sobre todo, en organizaciones que implantan procedimientos estándares en la atención^{52,56}.

El diseño de indicadores que midan el impacto real de la asistencia en las personas atendidas, y que éste sea demostrado de forma científica, es uno de los actuales retos en calidad asistencial.

Los indicadores para medir la calidad de atención al paciente y familia en un centro gerontológico sociosanitario deben tener en cuenta las siguientes áreas relevantes: atención al residente, relaciones y derechos del residente, confort, entorno y servicios hoteleros, organización⁵⁷, satisfacción y formación del personal.

Son numerosos los indicadores diseñados para medir la calidad en este ámbito de los cuidados continuados; algunos hacen referencia a la existencia de protocolos estructurales o a la medida de implantación de esos protocolos, que pueden asegurar la calidad, y otros a resultados derivados de la asistencia^{9,12,57,58}. Algunos ejemplos son:

1. Indicadores de la atención.

- Existencia de una valoración integral al ingreso.
- Existencia de un programa de prevención de caídas (monitorización de caídas, hora, factores de riesgo existentes, medidas preventivas aplicadas, circunstancias y consecuencias, cuantificación anual, análisis de factores relacionados, propuestas de mejora).
- Existencia de protocolo de prevención y atención a las úlceras por presión.
- Existencia de protocolos de atención al paciente con incontinencia urinaria, fecal, cateterización vesical permanente, programas de reentrenamiento vesical e intestinal.
- Número de pacientes a los que se ha aplicado un plan de educación individualizada ajustado a la valoración de necesidades educativas.
- Existencia de instrumentos y sistemas que ayuden al abordaje de la bioética en el centro (comité de ética, guías, protocolos, pautas de actuación, consentimiento informado y voluntades anticipadas, acciones para preservar los derechos de personas que requieren protección especial como incapacitados o maltratados, registro de casos en los que ha existido intervención o protección especial).
- Número de pacientes trasladados con informe de traslado completo.

- Número de pacientes a los que se revisa el tratamiento pautado de manera periódica.

- Prevalencia de uso de algunas benzodiazepinas de larga duración.

- Incidencia de úlceras por presión.

- Existencia de programa de atención a la familia (información, educación, medidas de contención, capacidad cuidadora, ayuda en el proceso de aceptación de la nueva situación).

- Existencia de una evaluación periódica de los programas para el mantenimiento y la mejora de la autonomía funcional, psicológica y sociocultural.

2. Indicadores de confort, entorno y servicios hoteleros.

- Las habitaciones compartidas deben disponer de un sistema de separación entre camas que garantice la intimidad de los residentes.

- El centro debe disponer de un entorno adecuado y señalizado que favorezca la localización de las diversas áreas y servicios por parte de los residentes.

- Los residentes deben tener objetos personales en sus habitaciones.

3. Indicadores de satisfacción: la evaluación de la satisfacción del residente es fundamental en la evaluación de la calidad asistencial de los centros gerontológicos. El nivel de satisfacción de los usuarios está directamente relacionado con el grado en que se cumplen sus expectativas. Sin embargo, la satisfacción por sí sola no es suficiente para evaluar la calidad de un servicio⁵⁹. El grado de información que recibe un usuario y el mantenimiento de contacto frecuente con el paciente y familia son factores que influyen positivamente en la percepción de la calidad de un servicio⁶⁰.

Las encuestas de satisfacción están muy extendidas como forma de monitorización de la calidad percibida por el usuario. Un problema frecuente en este grupo de población lo constituye la selección de la muestra, dada la presencia frecuente de deterioro cognitivo entre los pacientes de centros geriátricos. Algunos profesionales del sector³⁷ solventan este problema estratificando la situación cognitiva de los pacientes y pasando la encuesta sólo a aquellos con una situación cognitiva que hace factible un nivel de comprensión y valoración. También debemos tener en cuenta que enfermedades frecuentes en este colectivo, como la depresión, las enfermedades crónicas cardíacas o pulmonares y los problemas de movilidad, disminuyen la satisfacción⁶¹.

4. Indicadores de calidad de vida: si hemos definido la calidad de atención como la que maximiza el bienestar,

resulta lógico que un indicador del impacto de nuestra atención sea la calidad de vida⁶². Según la OMS, la calidad de vida es «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno».

Dos aspectos son claros en su medida:

– Es subjetiva, influida por la educación, experiencia, valores y expectativas.

– Es multidimensional e influyen la función física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y la satisfacción personal.

Los parámetros clínicos que nos ofrecen una información para la valoración del paciente pueden tener escasa correlación con la sensación subjetiva percibida por él. Los parámetros funcionales tampoco nos resultan suficientes, existiendo pacientes con un mismo grado de movilidad en los que su grado de autonomía es diferente, al igual que su percepción vital.

En la medida de calidad de vida se pueden utilizar diferentes instrumentos⁶³, unos que intentan medir varios aspectos globales del concepto calidad de vida como *Sickness Impact Profile*, que incluye una dimensión física (deambulación, movilidad, cuidado personal), psicosocial (interacción social, comunicación, comportamiento emocional) y varias categorías independientes, como sueño, tareas recreativas, etc. Otros, como el *EuroQol-5D*, hacen referencia a 5 áreas del estado de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión). Otros son más específicos, dirigidos a pacientes con determinadas enfermedades o a grupos poblacionales determinados (ancianos frágiles). La situación cognitiva hace muchas veces imposible determinar el bienestar del paciente. El diseño y la validación de escalas destinadas a estos pacientes son algunos de los campos a desarrollar.

Es importante que incluyamos estos instrumentos en la medida de calidad asistencial a nuestros usuarios; el porcentaje de usuarios a los que se ha aplicado alguna escala de calidad de vida validada o de consenso es uno de los indicadores propuesto por expertos del sector.

5. Indicadores de formación: la gestión del conocimiento entre los profesionales es un área relevante que también debe monitorizarse^{64,65}. Ésta debe planificarse para el equipo asistencial y se debe medir su grado de cumplimiento.

El indicador de asistencia de los miembros del equipo a actividades de formación, docencia o realización de estu-

dios vinculados a su ámbito asistencial realizado sobre el programado también se debe incluir en la medida de calidad asistencial.

Con frecuencia, los indicadores de calidad asistencial se han diseñado con la idea de permitir un control técnico de la calidad asistencial por parte del propio centro o por parte de instituciones concertantes de servicios^{66,67}.

Una vez reconocida la garantía de realizar un control de calidad por parte de los poderes públicos, y que ese control se ha de basar en la información de los estándares acordados, no debemos olvidar que la verdadera finalidad de la medida de la calidad es conocer la situación real de cada centro, con el fin de identificar las áreas en las que debamos y podamos mejorar e implantar acciones para ello. El seguimiento del indicador nos dirá si las acciones implantadas han resultado efectivas y suficientes para alcanzar el objetivo que nos hemos propuesto.

En conclusión, para mejorar la calidad asistencial en los centros gerontológicos resulta fundamental:

1. Planificar la asistencia según los objetivos a alcanzar.

2. Contar con la estructura física, tecnológica, de procedimientos y, fundamentalmente, profesional adecuada en número, cualificación e implicación.

3. Contar con unos indicadores básicos, de obtención factible, que alcancen las áreas relevantes de la asistencia y nos permitan su monitorización.

4. Garantizar un proceso de aprendizaje que permita la adecuación y mejora de todas las personas de la organización.

5. Mantener una continua innovación en los procesos asistenciales que nos permita implantar acciones de mejora en base a las necesidades de los usuarios detectadas.

6. Centrar siempre la asistencia en la mejora del bienestar de las personas que atendemos y buscar la evidencia en su mejora de calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO working group. The principles of quality assurance. *Qual Assur Health Care*. 1989;1:79-95.
2. Palmer R, Heather MB, Hargraves J, Orav E, Wright E, Louis T. Leadership for Quality Improvement in Group Practices. *Med Care*. 1996;34 Suppl:40-51.
3. WHO EURO, Barcelona. Measuring hospital performance: defining the sub dimensions and a framework for selecting evidence-based indicators Barcelona, WHO 2003.
4. Humet C. Reflexiones sobre la calidad asistencial en el cambio de siglo. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:5-7.
5. Conti C. Human and social implications of excellence models: are they really accepted by de business community? *Manag Serv Q*. 2002;12:151-8.

6. Larsen H. ISO 9000 quality assurance in extreme situation. *Manag Serv Q*. 1999;9:23-31.
7. Howard H. *Creating and sustaining Quality Social Work environments*; 1998.
8. Criterios de calidad asistencial en Servicios Sociosanitarios para personas mayores. 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Disponible en: www.segg.es/segg/pdf/guias
9. Sociedad Británica de Geriátria. *Cuidados intermedios: orientación para los mediadores y dispensadores de asistencia sanitaria y social* 2001. Disponible en: www.bgs.org.uk
10. NQF National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance. A Consensus report. National Quality Forum. Washington 2004. Disponible en: <http://www.qualityforum.org/txNCFI-NALpublic.pdf>
11. Institute of Medicine. *To err is Human: Building a Safer Health System*. En: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington: National Academy Press; 2000. Disponible en: <http://www.iom.edu/report.asp?id=5575>
12. JCHCO. Long Term Care National Patient Safety Goals. Joint Commission Accreditation Healthcare Organization, 2006. Disponible en: <http://www.jcho.org/accredited+organizations/long+term+care/npsg/06npsg-itc.htm>
13. Schallock R, Verdugo MA. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial; 2002.
14. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM, 1991.
15. Berg K, Sherwood S, Murphy K, Carpenter G, Gilgen R, Philips CD. Rehabilitation in nursing Homes: A cross-national comparison of recipients. *Age Ageing*. 1997;26 Suppl 2:37-42.
16. Yu W, Ravelo A, Wagner TH, Barnett PG. The relationships among age, chronic conditions, and healthcare costs. *Am J Manag Care*. 2004;10:909-16.
17. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard JC, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *J Geriatr Psychiatr*. 2005;20:471-8.
18. Post-stroke rehabilitation: assessment, referral, and patient management. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin Pract Guide. Quick Ref Guide Clin*. 1995;16:1-32.
19. Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein HC, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 Clinical practice guidelines for management of diabetes in Canada. Canadian Diabetes Association. *CMAJ*. 1998;159 Suppl:1-29.
20. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis*. 1998;140:199-270.
21. Managing acute and chronic urinary incontinence. AHCPR Urinary Incontinence in Adults Guideline Update Panel. *Am Fam Physician*. 1996;54:166-72.
22. Pressure ulcer treatment. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin Pract Guide Quick Ref Guide Clin*. 1994;15:1-25.
23. Eccless M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence-based guideline development project: summary version of guidelines for the choice of antidepressants for depression in primary care. North of England Anti-depressant Guideline Development Group. *Fam Pract*. 1999;16:103-11.
24. González Oliveras JL, Alaba J, Alderete C, Olaizola A. Actitud ante las caídas en los ancianos. Parte II: El anciano que se nos cae. *Geriatrka*. 2005;21:195-200.
25. Genua MI, Herranz R, Miró B. Atención farmacéutica geriátrica. *Geriatrka*. 2005;21:205-15.
26. Berlowitz DR, Becerra HQ, Brandeis GH, Kader B, Anderson JJ. Are we improving the quality of nursing home care: the case of pressure ulcers. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:59-62.
27. Molinero Aguilera S. Derechos y libertades en las instituciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1992;27:37-8.
28. García Navarro JA. Organización Asistencial y calidad en cuidados de larga duración. Año Gerontológico. Barcelona: Editorial Glosa; 2006.
29. Fairfield G, Hunter D, Mechanic D, Rosleff F. Managed care origins, principles and evolution. *BMJ*. 1997;314:1823-6.
30. Carbonell JM, Suñol R, Colomé L, Nualart L, Guix J, Hernández R. Plan de atención integrada del Grupo Sagessa: una apuesta por la coordinación inter niveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:321-8.
31. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Supl 1:97-105.
32. Guía de actuación ante el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en centros gerontológico, sociosanitarios y unidades de media-larga estancia. Matia Fundazioa. Osakidetza-Servicio Vasco de salud. Centro Sociosanitario Cruz Roja. Donostia, San Sebastián; 2004.
33. Rogers JC, Hala MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM, et al. Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1049-57.
34. Schnelle JF, Cruise PA, Rahman A, Ouslander JG. Developing rehabilitative behavioral interventions for long-term care: technology transfer, acceptance, and maintenance issues. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:771-7.
35. Cassinello AM. Conceptos arquitectónicos básicos de la asistencia geriátrica institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29 Supl 3:29-37.
36. Accreditation Manual on Long-Term Care. Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations, 1999
37. Saliba D, Solomon D, Rubenstein L, Young R, Schenelle J, Roth C, et al. Quality indicators for the management of medical condition in nursing home residents. *J Am Dir Assoc*. 2005;6:S36-48.
38. Nonaka I. La empresa creadora de conocimiento. Harvard Business Review. Gestión del conocimiento. Bilbao: Deusto; 2000.
39. Harrington C, Zimmerman D, Karon SL, Robinson J, Beutel P. Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55:S278-87.
40. Saliba D, Solomon D, Rubenstein L, Young R, Schnelle J, Roth C, et al. Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2005;6:S36-48.
41. Genua MI, Alberdi N, Beraza G, Aguirre JA. Gestión y calidad en atención a personas mayores y/o discapacitadas. *Geriatrka*. 2005;21:121-36.
42. Yanguas JJ, Leturia FJ. Unidades de convivencia: una nueva alternativa residencial para las personas mayores dependientes. *Rev Document Soc*. 1998;112:285-96.
43. Yanguas JJ, Buiza C, Etxebarria I, Galdona N, González MF, Arriola E, et al. Estudio Longitudinal Donostia en enfermedad de Alzheimer. San Sebastián: Ediciones Témpera; 2006.
44. Juran's Quality Handbook. 5th ed. Juran JMAB, editor. New York: McGraw-Hill; 1999.
45. Zimmerman DR. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *J Geriatr Psychiatr*. 2003;18:250-7.
46. Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, Clark BR, Collins T. Development and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financ Rev* 1995;16:107-27.
47. Mor V, Angelli J, Jones R, Roy J, Moore T, Morris J. Inter-rater reliability of nursing home quality indicators. *US BMC Health Serv Res*. 2003;3:3-20.
48. Arling G, Karon SL, Sainfort F, Zimmerman DR, Ross R. Risk adjustment of nursing home quality indicators. *Gerontologist*. 1997;37:757-66.
49. Fries BE, Cooney LM. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care*. 1985;23:110-22.
50. Fries BE, Schneider DP, Foley WS, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III). *Med Care*. 1994;23:668-85.
51. Arling G, Kane RL, Lewis T, Mueller C. Future development of nursing home quality indicators. *Gerontologist*. 2005;45:147-56.
52. Warner C, Van der Wal G, Groenewegen PP, De Barkker DH. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Qual Health Care*. 2001;10:211-7.
53. CONQUEST 2.0 Summary. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville. Agosto 1999. Disponible en: <http://www.ahcpr.gov/qual/conquest.htm>
54. Castle NG. Strategic groups and outcomes in nursing facilities. *Health Care Manag Rev*. 2003;28:217-27.
55. Dyck MJ. Evidence-based administrative guideline: quality improvement in nursing homes. *J Gerontol Nurs*. 2005;31:4-10.
56. Haizmann JJ, Clerc AO. *Rev Med Swiss Romande*. 2000;120:897-902.
57. Evaluación externa de calidad de los centros de ICASS. Residencias asistidas para personas mayores, 1999. Indicadores de evaluación de calidad.
58. García Navarro JA. Calidad asistencial en unidades de media estancia y convivencia geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000;35 Supl 6:47-60.
59. Mui Gray Ja, editor. Evaluación de los resultados obtenidos. Atención Sanitaria Basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
60. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 1996;124:497-504.

61. Broe GA, Jorm AF, Creasey H, Grayson D, Edelbrock D, Waite LM, et al. Impact of chronic systemic and neurological disorders of disability depression and life satisfaction. *J Geriatr Psychiatr*. 1998;13:667-73.
62. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Using quality improvement tools in a health care setting. Oakbrook Terrace Ill; 1992.
63. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *An Intern Med*. 1993;118:622-9.
64. Joint Commission International. Estándares sobre cualificación y formación del personal. Disponible en: <http://www.jcinc.com/international.asp?durki=530>
65. Burgueño AA. Ordenación Profesional en el Ámbito SocioSanitario. Estándares de desempeño, conocimientos y técnicas necesarios para Directores de centros y Servicios Sociosanitarios. *Agathos*. 2002;2:34-41.
66. Carrillo E, Burgueño AA. Conjunto Mínimo de Datos uniformes en centros de media y larga estancia. *Todo Hospital, Atención Sociosanitaria*. 1994;106:35-43.
67. Calvo L, Gómez JR, Gómez I, Mateo R, Rubio MJ. Conjunto Mínimo básico de datos sociosanitarios. *Rev Adm Sanit*. 1999;3:471-83.