

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. DETERMINANTES DE LA CALIDAD Y FACTORES DE GRAN IMPACTO. ANÁLISIS DE ESCENARIOS

Antonio A. Burgueño

Médico, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
Especialista en Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios y Sociosanitarios

Dirección para correspondencia

Correo-e < aburgueno.hgugm@salud.madrid.org >

Introducción

Si se quiere conseguir un Sistema de Atención a la Dependencia¹ de calidad es imprescindible actuar sobre los determinantes y crear los escenarios que les sean propicios. Si los determinantes no están presentes y si actuando de la forma adecuada no sólo no se logra la calidad, sino que aparecen perversiones o efectos indeseados en el sistema, éstos pueden arrastrarlo a una corrupción de los cuidados², siendo la solución compleja, como ya nos ha enseñado el clásico sistema de atención social especializada español, que en gran medida será heredado por el nuevo Sistema de Atención a la Dependencia.

Existe un único determinante que no debe ser manipulado, la propia persona objeto de atención, que según su estatus funcional determina sus necesidades.³⁻⁵

De hecho, el papel que juega esa persona objeto de atención, como cliente o usuario, es clave, de forma que sus posibilidades de elegir, escoger respecto de un amplio abanico de posibilidades y alternativas, se conoce como el principal estímulo de la com-

Resumen

La calidad asistencial puede ser determinada, a través de algunos factores sobre los que se puede actuar. Los determinantes de la calidad son bien conocidos, así como los factores que, sin ser determinantes, tienen un fuerte impacto sobre ella. La persona objeto de atención ha de ser el principal determinante, alrededor de la cual debe girar todo el sistema asistencial y los procesos de calidad. Para que los determinantes existan y actúen en el sentido pretendido, será necesario contar con un importante cuerpo legislativo que regule el sistema, que obligadamente tomará como referencia a la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia". En este trabajo se pretende ayudar a conocer bien los determinantes y factores de gran impacto, así como los escenarios propicios, para hacer más sencilla la realización del análisis de lo que cabe esperar de la calidad del sistema de atención a la dependencia. Propongo un sistema basado en responder a una serie de preguntas. Partimos de una precaria realidad, que está lejos de la deseable. Aún siendo un tema complejo, es posible y necesario trabajar para ir creando los escenarios que propician las garantías de calidad y su mejora continua. La pasividad paternalista, de los poderes públicos, ante esta realidad puede traducirse en una corrupción progresiva de los cuidados, de difícil solución. Será una responsabilidad eminentemente de las Administraciones Autonómicas.

Palabras clave: Determinantes de la calidad; Calidad; Acreditación; Dependencia; Escenarios; Corrupción de los Cuidados

petencia basada en la calidad.⁶ La pre-ocupación por la calidad asistencial en el ámbito de la dependencia es algo claramente expresado en España. Las distintas manifestaciones de ello se han venido a concretar, en el ámbito estatal, en la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia".

Se consideran "determinantes de la calidad" aquellos factores que con toda seguridad influyen en ella⁶, es decir, aquellos que con toda seguridad favorecen la calidad, propiciando que se conserve y mejore de forma continuada. Los determinantes, admitidos como tales, son:

1. Las leyes del mercado con equilibrio entre la oferta y la demanda y, la competencia entre los proveedores como base.
2. La legislación/ la regulación específica.

3. El conocimiento/ la capacidad de los profesionales.

La competencia entre proveedores es clave, si bien deben de existir unas "reglas de juego" que la propicien. Y ello sobre la base de la calidad y no sobre la base de la capacidad de supervivencia, tratos de favor de las Administraciones, o cualquier otro estímulo mas o menos perverso.

La regulación con impacto en la calidad es la que, por un lado, se refiere a la autorización de los centros, fijando los requisitos para operar en el sector, así como la que, por otro lado, ordena a las profesiones que en él ejercen, y la que permite el control asistencial estrecho de los centros proveedores, mediante las adecuadas inspecciones y un sistema de información, basado en la recogida sistemática de un conjunto mínimo de datos de los usuarios atendidos.⁷⁻¹⁰

Como quiera que el potencial usuario de un "sistema de atención a la Dependencia" es un usuario altamente vulnerable, será necesario contar con una adecuada regulación que permita y propicie el libre mercado, pero que permita que sea un mercado fuertemente controlado por los poderes públicos⁶, responsables de la defensa de los intereses de los ciudadanos. Habrá que esperar a ver qué desarrollo se hace de la Ley de Dependencia.

“La competencia entre proveedores es clave, si bien deben de existir unas “reglas de juego” que la propicien. Y ello sobre la base de la calidad y no sobre la base de la capacidad de supervivencia, tratos de favor de las Administraciones, o cualquier otro estímulo mas o menos perverso”.



© CARMEN SUBIRÁ.

En cuanto a la capacidad profesional, basada en la ordenación profesional¹¹⁻¹⁴ también debe ser regulada. Esa regulación, además, ha de promover, la estabilidad, la formación continuada efectiva y la prevención del burn-out.

Existen otros “factores de gran impacto” en la calidad, cuya efectividad depende de los determinantes, que también serán utilizados en este análisis. Son los siguientes:

1. El control de la calidad.^{15, 16}
2. El sistema de pago a proveedores.¹⁷
3. La comparación pública¹⁸, y como variante especial, la acreditación.¹⁹⁻²¹

Sobre esa base, y sobre la base de mi propia experiencia y conocimientos de la realidad, a continuación plantearé el análisis de escenarios, a modo de propuesta a los agentes del sector, a fin de aportar una sistemática que les ayude a analizar lo que es esperable en cuanto a calidad se refiere.

Material. Detalles conceptuales

Se propone realizar el análisis sobre la base de los siguientes criterios:

1. Valoración de la Persona Objeto de Atención.

Para que la persona dependiente sea el principal determinante de la calidad y que todo el sistema gire entorno a ella, es necesario arrancar de una adecuada valoración, y que todas las decisiones asistenciales que se tomen estén siempre condicionadas por valoraciones. Así, mediremos la importancia que se da a la valoración de la persona objeto de atención sobre la base de:

- a. Que exista una norma que la regula.
 - b. Que el resultado sea válido para elaborar el plan de cuidados y el plan de atención.
 - c. Que de ella se pueda extraer un Conjunto Mínimo de Datos universal.
 - d. Que la valoración se realice periódicamente y ante cambios significativos de la persona objeto de atención.
 - e. Que sirva para estimar los recursos necesarios para atender a la persona en los distintos dispositivos asistenciales.
2. Leyes de mercado: Sobre la base de los siguientes factores:
 - a. Equilibrio entre la oferta y la demanda.

b. Libre competencia. Existencia de monopolios de provisión.

c. Separación entre financiadores y proveedores.

3. Legislación/Regulación específica: Sobre la base de que existan regulaciones sobre:

- a. Autorización específica para operar en el sector de cuidados a la dependencia.
- b. Control de calidad.
- c. Requisitos sobre el personal, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

4. Sistema de pago a proveedores.

5. Conocimiento/Capacidad de los profesionales: Sobre la base de que exista:

- a. Ordenación Profesional Específica.
- b. Medidas de prevención del burn-out.

6. Control de la calidad: Sobre la base de que exista un sistema de información único, basado en un Conjunto básico de Datos común para todo el territorio español, que sea de obligado cumplimiento por parte de los centros proveedores de los cuidados.

7. Sistema de pago a proveedores: Teniendo en cuenta todas las posibles variantes de pago, se sabe que los sistemas que más favorecen la mejora de calidad son los:
- a. Basados en:
 - I. El status y necesidades de las personas atendidas.
 - II. Los cuidados administrados.
 - III. Un sistema de información asistencial. Grupos de Isoconsumo de recursos
 - b. Pagos prospectivos
8. Comparación pública y Acreditación: Sobre la base de que exista:
- a. Transparencia de la información sobre calidad asistencial
 - b. Acreditación, sobre la base de:
 - I. Cuerpo/s de acreditación, reconocido/s, no gubernamental/es.
 - II. Estándares, públicos, aplicables, y preestablecidos.
 - III. Que sea un proceso voluntario.
 - IV. Que el usuario sea el centro del proceso de acreditación.
 - V. Que exista una sociedad sensibilizada, preocupada por el servicio, y educada en acreditación.

Método de Análisis de Escenarios. Propuesta

Para cada una de las materias expuestas en el apartado anterior, se propone realizar el siguiente análisis, con las siguientes preguntas:

Valoración de la Persona Objeto de Atención

Para que la persona objeto de atención sea efectivamente un determinante de la calidad, debe estar presente siempre una norma que la regule, con todo lujo de detalles. La valoración de cada persona nos permite analizar, caso por caso, si existe un plan de cuidados, y plan de atención, adecuados. ¿Existe una normativa adecuada? No tiene sentido la calidad si el servicio no se adecua a la necesidad.

Esa valoración, ya lo hemos dicho, ha de nutrir un sistema de información, de forma que pueda rendir una serie de necesarias servidumbres. Servidumbres que exhaustivamente se expresan en el siguiente cuadro 1.

Cuadro 1.- SERVIDUMBRES deseables de un CMD (conjunto mínimo de datos)

Ha de ser la base para un Sistema de Información, que a su vez sea la base para:

- Un control y garantía de calidad.
- El análisis de la casuística atendida.
- La predicción del consumo de recursos.
- La planificación de los cuidados (ideal).
- La continuidad de los cuidados (coordinación sociosanitaria).
- La evaluación de resultados asistenciales.
- La investigación epidemiológica.
- La racionalización/ la distribución de recursos.
- La toma de decisiones políticas/ la Planificación sociosanitaria.

Podemos, pues, hacernos las siguientes preguntas, sobre un sistema de información centrado en la persona dependiente, ¿Lo utiliza la Comunidad

Autónoma (CC. AA.), para esos fines? Los del *cuadro 1*. ¿En qué medida?

El estatus funcional y necesidades de la persona objeto de atención es va-

riable a lo largo del tiempo y puede variar de forma imperceptible a la observación no exhaustiva, o hacerlo de forma drástica, con cambios significativos evidentes. Las valoraciones se han de realizar con una estrategia para detectar esos cambios e identificarlos con detalles. Así cabe preguntarse, ¿se ha establecido una periodicidad de las valoraciones? ¿Se realizan, en tiempo y forma?

Leyes de mercado

El equilibrio entre oferta y demanda, y la competencia entre proveedores como base, para que el usuario potencial pueda elegir. Las empresas proveedoras deben de luchar por conseguir clientes, como fórmula para sobrevivir.

Los poderes públicos han de establecer unas reglas de juego para que la competencia entre proveedores (oferta) sea leal, y no basada en el poder económico o político de algunas entidades.

Debe haber una clara separación entre financiación y provisión, como clave para que la financiación, o el pago a proveedores, sirva como estímulo a las garantías de calidad, y a la mejora continua.

Así, cabe hacerse las siguientes preguntas: ¿Existe equilibrio entre la oferta y la demanda? Lo que ha de ser comprobado para cada una de las distintas versiones de servicios necesarios. ¿Puede, el potencial usuario, elegir entre las distintas opciones y empresas de servicios? ¿Compiten las empresas para conseguir clientes?

¿Existen monopolios de provisión? Públicos o privados. ¿Existen entidades privadas con fuerte influencia en los poderes públicos? En un escenario de monopolios, o entidades de especial influencia, no tienen cabida pequeños proveedores que puedan competir y estimular la mejora continua. Está claro que los monopolios no necesitan competir para lograr a sus clientes.

Legislación/ Regulación específica

La "Autorización Específica" para operar en el sector de cuidados a la dependencia es algo que está ahora en pleno proceso de discusión. He de decir aquí que el texto de la "Ley de Dependencia" ha dado pie a confundir la autorización especial con la acreditación, ya que de ella habla dicho texto, cuando realmente se está refiriendo a requisitos para operar en el sector y eso no tiene que

“Para que la persona objeto de atención sea efectivamente un determinante de la calidad, debe estar presente siempre una norma que la regule, con todo lujo de detalles. La valoración de cada persona nos permite analizar, caso por caso, si existe un plan de cuidados, y plan de atención, adecuados. ¿Existe una normativa adecuada? No tiene sentido la calidad si el servicio no se adecua a la necesidad”.



ver con un sistema de acreditación, que será detallado mas adelante.

En definitiva la “Ley de Dependencia” ya habla de la necesidad de regular esa autorización especial que será competencia de las CC. AA., con lo cual lo que procede es preguntarse, ¿existe una regulación específica en las CC. AA. sobre requisitos para que los centros y servicios puedan operar en el sistema de atención a la dependencia?

Para que realmente se pueda realizar un “Control de calidad”, es necesaria una norma que obligue a los centros a proporcionar la información necesaria. Cabe, pues, preguntarse ¿existe ese tipo de norma?

Por otro lado hay que preguntar **¿existe una norma que establezca mínimos de personal?**, tanto desde el punto de vista cualitativo, como del cuantitativo.

El “sistema de pago a proveedores”, ¿está regulado por norma de forma que los criterios de pago sean únicos y transparentes?

Conocimiento/ Capacidad de los profesionales

¿Existe una Ordenación Profesional Específica para el sector asistencial de la Dependencia, con rango de norma, que contempla estándares de desempeño, conocimientos y técnicas, necesarios para los profesionales sociosanitarios y que regula la necesaria formación continuada?

Respecto de la formación básica, cabe la pregunta ¿existe un sistema especial de acceso de los profesionales a este tipo de centros? Un sistema basado en una especialización en cuidados prolongados para los asistenciales y en gestión de este tipo de centros, para los directores y otros mandos.

La capacidad profesional está muy relacionada con la “estabilidad en el empleo”, por lo que es necesario que existan fórmulas que incentiven la estabilidad, de las que se habrán de preocupar los poderes públicos autonómicos. ¿Existen esas fórmulas? Y, ¿son útiles?

Es necesaria la prevención del burn-out en este sector, con mayor énfasis que en otros sectores, ya que aquí el riesgo es mayor. Este asunto se plantea aquí por su relación con las condiciones del empleo y la formación básica y continuada. El hecho de que las personas objeto de atención sean especialmente vulnerables, hace aún

mas necesario dicha prevención del burn-out, si además queremos prevenir los abusos, negligencias y maltrato. ¿Existen medidas de prevención del burn-out?, y ¿son útiles?

Control de la calidad:

Un sistema de información único, basado en un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) común para todo el territorio español, que sea de obligada cumplimentación periódica por parte de los centros proveedores de los cuidados, solo es realidad si existe una norma que regule su existencia y todos los términos planteados. ¿Existe una norma en ese sentido?

Sistema de pago a proveedores

El Sistema de pago a proveedores debe estar “basado en el status y necesidades de las personas atendidas”. Ello es fundamental para promover la calidad, pues se paga de forma acorde a lo que realmente la persona necesita, o a los “cuidados administrados”, que se han planificado de acuerdo con aquel status. Se ha admitido en el mundo, tras analizar las experiencias existentes referidas en la introducción, que es el sistema más justo, y que más incentiva el trabajo asistencial centrado en el mantenimiento de la autonomía, o su mejora, así como en la calidad de vida de la persona objeto de atención. Para ello, es necesario diferenciar Grupos de Isoconsumo de Recursos, sobre la base de los cuales se abona al centro el trabajo asistencial que está realizando. Los sistemas mas avanzados son los que se traducen en pagar más en los casos en los que los centros y servicios aplican más tratamientos de rehabilitación o cuidados especiales.

Una “tarifa plana” puede ser más injusta, pues se paga lo mismo por cualquier persona, suponga la carga de trabajo que suponga, lo que en unos casos puede ser rentable, pero en muchos será gravoso para quien realiza la tarea, viéndose forzado a recortar gastos, que suelen repercutir directamente en la calidad de los cuidados.

La clave es que los centros y servicios de atención a la dependencia tengan los recursos que realmente van a necesitar y, en ese sentido, puede ser útil el “pago prospectivo”, lo que evita que las entidades de pequeño tamaño asuman riesgos financieros excesivos.

Con todo, cabe preguntarse sí o no:

- ¿El sistema de pago a proveedores está regulado por ley?

- ¿Se basa o no en un sistema de análisis de la casuística atendida?
- ¿El pago es por adelantado?

Comparación pública y Acreditación

Para que exista competencia basada en la calidad es fundamental que los agentes sepan que la información disponible, sobre la calidad asistencial, es asequible para todos, de modo que cualquiera puede examinarla y compararla, de forma que la “transparencia de la información sobre calidad asistencial”, se perciba como una necesidad.

De nuevo es preciso pues, preguntarse:

¿Existe información sobre calidad asistencial, asequible para todos?

¿Existe información sobre algunos aspectos de la calidad de cada centro o servicio?

¿Es posible comparar los centros entre sí con criterios de calidad asistencial?

“La acreditación es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización no gubernamental (ONG), valora y reconoce que una organización cumple con unos estándares, públicos, aplicables, y preestablecidos”. Sirva esa definición sencilla, dada por the U.S. Agency for International Development (USAID), en el contexto de su Quality Assurance Project, como punto de partida para hablar de un fenómeno que se irá implantando en todos los países avanzados.

Los estándares de acreditación se consideran óptimos y factibles, y son diseñados para fomentar la mejora continuada de las organizaciones acreditadas.

La decisión acerca de la acreditación de una Organización específica se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de profesionales y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser algo exigido por la ley.

En los sistemas más maduros se ha venido imponiendo el enfoque en el cual se ubica al usuario como el centro y la razón de ser de los sistemas asistenciales y de los procesos de acreditación.

Podemos hablar de tres grandes modelos diferentes de acreditación, vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico, o en el nuestro.

- El modelo de acreditación de planes de calidad (EFQM y AENOR)
- El modelo de normas específicas para la organización de residencias (AENOR)
- El modelo anglosajón de acreditación (con la JCAHO como principal referencia)

El primero se basa en la aplicación del modelo de calidad de la European Foundation for Quality Management (EFQM), en el diseño de planes estratégicos de calidad, que luego se evalúan.

El segundo se basa en unas normas básicas de organización y funcionamiento de las residencias (normas UNE: 158.000) confeccionadas por AENOR (Agencia Española de Normalización), modelo ISO, que deben ser cumplidas para recibir esa acreditación.

El tercero, el modelo anglosajón es el más evolucionado de todos, desde el punto de vista de la especificidad para centros y servicios de salud y sociosanitarios, y desde el punto de vista de poner al usuario en el centro del sistema y del proceso.

Los 2 primeros modelos descritos miran más a las organizaciones, que al usuario. Con todo ello, cabe preguntarse de nuevo:

- ¿Existen cuerpos de acreditación independientes creíbles para la sociedad?
- ¿Existen, y se pueden conocer, criterios y estándares de acreditación?

Dónde se aplica un sistema de acreditación:

- ¿Es un proceso voluntario?
- ¿Es el usuario el centro del proceso?
- Y la sociedad ¿está educada en acreditación? Es decir, ¿los poderes públicos se han preocupado de garantizar que los ciudadanos conocen el proceso de acreditación, y de que sepan en qué consiste?

Características fundamentales (modelo anglosajón)

Voluntaria
 criterios profesionales
 evaluación profesional
 (enfoque multiprofesional)
 externa / entidad creíble
 temporal
 transparente
 imagen pública / prestigio
 incentivadora de la mejora continua

Algunos apuntes generales sobre el escenario español actual

Es interesante comentar algunas características que tiene, en general, el sector de atención social especializa-



© CARMEN SUBIRÁ.

da, que será heredado por el futuro sistema de atención a la dependencia. Se trata de mirar de dónde venimos para saber a dónde vamos. El sector de cuidados a las personas dependientes presenta hoy día, a mi criterio, las siguientes características:

1. *Cautividad del usuario:* Que no tiene posibilidad de elegir con total libertad y respecto de todas las opciones posibles. La claudicación sociofamiliar previa al acceso al sistema que suele darse, actúa como agravante de este problema. Así, los usuarios son cautivos frente al sistema, en cuyas instituciones ven aplastadas sus expectativas y marginadas sus necesidades.

2. *Cautividad de los profesionales sanitarios:* Su desarrollo profesional se ve cautivo en un nuevo marco, que está por definirse claramente y desarrollarse en España, con un modelo específico, y que, por tanto, aún no contempla el crecimiento técnico específico de esos efectivos humanos.

3. *Insolvencia técnica:* Las instituciones clásicamente sociales (residencias, etcétera), se han visto forzadas a asumir una casuística cada vez más compleja, a veces rechazada-derivada por el sistema sanitario, sin posibilidad de dotarse adecuadamente de los recursos necesarios, lo que se traduce en la práctica, en que se atiende a esa casuística con un mayor o menor grado de insolvencia técnica.

4. *Falta de una metodología asistencial propia de los cuidados prolongados:* Un abordaje integral, individualizado, a través de una valoración multidimensional y la planificación interdisciplinaria de cuidados para períodos de tiempo fijos, son las claves de la metodología específica. Estas claves no se cumplen rigurosamente en la mayoría de los centros, si bien la teoría es conocida por muchos profesionales.

5. *Falta de un lenguaje común:* Como base de un sistema de información que introduzca elementos de racionalización asistencial, a través del análisis de la casuística atendida y, en definitiva, un lenguaje que permita la comparación objetiva y rigurosa.

6. *Falta de coordinación social y sanitaria:* Lo que convierte a esos centros de cuidados en compartimentos estancos o bolsas de drenaje final.

7. *Crecimiento tutelado y temeroso de la oferta privada:* Dicho crecimiento

se ha venido dando de forma muy dependiente de los recursos públicos, y así seguirá siendo. Los conciertos han estado muy condicionados a presupuestos limitados y oscilantes, presiones de agentes sociales y a sistemas de pago a proveedores que no contemplan el consumo de recursos variables según las características de los usuarios.

En cuanto a residencias de personas mayores se refiere, muchos españoles tienen la idea de que su calidad deja mucho que desear, salvo las honrosas excepciones.

Discusión

En resumen el escenario idóneo para que existan garantías de calidad y estímulos de mejora, mostraría:

- Un equilibrio entre la oferta y la demanda, que permite que impere una competencia entre centros y servicios por ganarse a los clientes.
- Un sistema especial de acceso de los profesionales a este tipo de centros, basado en:
 - Una especialización en cuidados prolongados para los profesionales asistenciales.
 - Una especialización en gestión de este tipo de centros para los directores y otros mandos.
- La existencia de:
 - Leyes específicas para proteger los derechos de personas especialmente vulnerables.
 - Reglas/ Normas de obligado cumplimiento (autorización con requisi-

tos mínimos) que sean base de inspecciones rutinarias.

- Una sociedad:
 - Sensible a los problemas de las personas dependientes.
 - Compuesta por ciudadanos informados al respecto.

La capacidad de establecer determinantes o de actuar sobre ellos reside eminentemente en los poderes públicos que han de promover las normas y las políticas adecuadas. Así podemos afirmar que los poderes públicos tienen la mayor responsabilidad. Igual ocurre con el escenario propiciatorio para la mejora continua de la calidad. La calidad técnico-asistencial debe ser una preocupación de los responsables máximos de los servicios. Las personas objeto de atención no tienen que preocuparse de medirla, sino que deben recibir la seguridad de que los poderes velan por ella.

Podemos decir que, en general y salvo muy raras excepciones, no existe aún equilibrio entre la oferta y la demanda. Así, hoy en día el usuario tiene poco o ningún margen de elección. El hecho de que sea una asistencia financiada o cofinanciada por la Administración, en la práctica se traduce en que es la Administración la que decide qué centros o servicios son los que concierne y a qué centro o servicio ha de acudir el usuario. Ello nos lleva a un escenario donde los proveedores luchan por conseguir conciertos públicos y no por conseguir clientes. Así, con cumplir los requisitos mínimos que marcan dichos conciertos es suficiente y no hay estímulo a la mejora continuada.

“Podemos decir que, en general y salvo muy raras excepciones, no existe aún equilibrio entre la oferta y la demanda. Así, hoy en día el usuario tiene poco o ningún margen de elección. El hecho de que sea una asistencia financiada o cofinanciada por la Administración, en la práctica se traduce en que es la Administración la que decide qué centros o servicios son los que concierne y a qué centro o servicio ha de acudir el usuario. Ello nos lleva a un escenario donde los proveedores luchan por conseguir conciertos públicos y no por conseguir clientes. Así, con cumplir los requisitos mínimos que marcan dichos conciertos es suficiente y no hay estímulo a la mejora continuada”.



© CARMEN SUBIRÁ.

En España existen múltiples elementos que desdibujan la libre competencia. Los principales son:

- La fuerte intervención pública, no regulada, que puede llegar a ejercer una presión insostenible para algunos proveedores, que no tienen defensa, dados los vacíos legales existentes.

La intervención pública debe existir, y ha de ser intensa, pero basada en normas transparentes, como las que se han comentado anteriormente.

- Los tratos de favor o preferencias por ciertos proveedores, especialmente los más grandes

En gran medida porque son más capaces de responder a las expectativas de las Administraciones.

- La dificultad para sobrevivir en el sector.

Lo que induce a una lenta pero sostenida desaparición de pequeñas entidades, que son fagocitadas por las más poderosas, e induce también a que las entidades se asocien con el fin de buscar sistemas de supervivencia.

Así, el afán por competir se ve sustituido por el afán de sobrevivir.

En los próximos años cabe esperar una evolución favorable, en España, de algunos de los determinantes, en los términos que comento a continuación. En primer lugar, la oferta crecerá hasta igualarse a la demanda, allí donde aún es insuficiente. Incluso puede que transitoriamente la oferta pase a ser superior a la demanda durante algunos años de ajustes y para algunas variantes de servicios. En segundo lugar, se evolucionará hacia que estas organizaciones se basen en el conocimiento técnico, especialmente porque sus servicios también tenderán a especializarse. Así sus profesionales deberán tener conocimientos y dominar técnicas especiales para manejar esa problemática, y se tenderá a exigir o demandar cierto grado de especialización o capacitación especial. En tercer lugar, según vaya incrementándose la presión social y se acerque el equilibrio oferta-demanda, las Administraciones se verán estimuladas a regular ese servicio

con más detalle y, sobre esas bases, se verán más animadas a inspeccionar sistemáticamente a todos los centros. Las Administraciones se verán obligadas a responder a la demanda social y no tendrán miedo a cerrar centros inaceptables, a sabiendas de que existen otros que pueden absorber esa demanda.

En cuanto a la acreditación se refiere, será necesario un escenario que le sea propicio y estimulante, es decir, que cumpla los siguientes criterios:

- Que existan leyes de mercado en el ámbito.
- La presencia de un sector bien diferenciado y centros normalizados y basados en un conocimiento específico.
- Que el sector esté regulado en lo básico (garantías mínimas), dejando un margen de libertad de actuación que sea el que "se trabaje" la acreditación. La excelencia no se puede regular pero sí se puede pretender. Una vez que una mayoría de centros cumplan con los requisitos mínimos, en-

“Considero que no trabajar sobre los determinantes de la calidad es una actitud paternalista de los poderes públicos, que erróneamente creen que pueden lograr la confianza ciega de la sociedad a la que han de servir. Algunos desprecian los factores determinantes porque consideran que pueden influir poco sobre ellos, ya que requieren que se trabaje a medio y largo plazo, lo cual es políticamente difícil. A cambio, se invierten muchos recursos en los factores de bajo impacto, porque son más asequibles, y permiten hacer ver que se está haciendo algo, a pesar de que se sabe que no lograrán cambiar resultados”.

trará en escena con fuerza la acreditación, como elemento diferenciador.

- La existencia de una sociedad educada en acreditación, sensibilizada y preocupada por el servicio.

En el contexto español podemos decir que no se cumplen, en sentido estricto, todas esas características, existiendo grandes diferencias territoriales

La “Ley de Dependencia” ha establecido las bases para que las Administraciones Autonómicas se vean obligadas a “mojarse”, en el sentido de decir qué centros están acreditados para operar en el sector de cuidados a personas dependientes, pero eso no ha de ser confundido con el establecimiento de un sistema de acreditación.

Considero que no trabajar sobre los determinantes de la calidad es una actitud paternalista de los poderes públicos, que erróneamente creen que pueden lograr la confianza ciega de la sociedad a la que han de servir. Algunos desprecian los factores determinantes porque consideran que pueden influir poco sobre ellos, ya que requieren que se trabaje a medio y largo plazo, lo cual es políticamente difícil. A cambio, se invierten muchos recursos en los factores de bajo impacto, porque son más asequibles, y permiten hacer ver que se está haciendo algo, a pesar de que se sabe que no lograrán cambiar resultados.

En cierto modo se admite que no se pueden cambiar las cosas, pero con el ejercicio de hipocresía de dar a entender que se hace lo que se puede.

Referencias bibliográficas:

1. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Publicada en el BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006
2. Wardhaugh, J. Wilding, P. Towards an explanation of the corruption of care. *Critical Social Policy*:1993; 13: 4-31
3. Burgueño, AA. (2002) Cuidados Prolongados: Continuidad de los Cuidados. Claves y Retos. *Revista Agathos - Atención sociosanitaria y bienestar* 2002: 3; 34-42
4. Morris, J.N., Hawes, C., & Fries, B.E. (1990). *Designing the national resident assesment instrument for nursing homes*. *The Gerontologist*, 30(3), 293-307.
5. Burgueño A.A.; Rodríguez, M. Ramos, P. Hernando, A. Evaluación del pilotaje de implantación del RAI en las residencias públicas de la Comunidad de Madrid. *Agathos: revista de atención sociosanitaria y bienestar*. 2001, 1 (1): 30-37
6. Hawes, C. (1986) *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. Report of the Institute of Medicine (IOM). http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=646&page=R1
7. Carrillo E, Burgueño AA.- (1994) *Conjuntos Mínimos de Datos uniformes en centros de media y larga estancia*. Todo Hospital, Atención Sociosanitaria (monografía); 106(mayo):35-43.
8. Carrillo, E., Fries, B. E., Burgueño, A.. (1996) *Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia; Los Resource Utilization Groups versión III. Validación en España*.- *Rev. de Gerontol.*; 6: 276-284.
9. Calvo, L., Gómez, J.R., Gómez, I., Mateo, R., Rubio, M.J. (1999) *Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios*. *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 3 nº 11: 471-483.

10. Carrillo, E. Burgueño, A.A. Abad, F.García A. Dupasquier, J. Fries, B. Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación en Case-Mix: perspectivas actuales. *Revista de gerontología*. 1996, 6 (4): 285-293
11. Comisión Técnica SRBS (1998) *Documento de Carrera profesional Médica en Residencias del Servicio Regional de Bienestar Social (SRBS)* de Madrid.
12. Gonzalo, E. Val, A. Flo, AM. Moragas, R. Sánchez, R. de Martí, J. (2000) *V Jornadas de Derecho y Obligaciones legales de la Residencias Geriátricas. Regulación del Personal*
13. Burgueño, A.A. Implicaciones del aseguramiento de la dependencia para los profesionales y responsables sociosanitarios. *Agathos: revista de atención sociosanitaria y bienestar*. 2001, 1 (4): 36-48
14. Burgueño Torijano, AA. (2002). *Ordenación Profesional en el Ámbito SocioSanitario.- Estándares de desempeño, conocimientos, y técnicas necesarios para Directores de centros y Servicios Socio-Sanitarios*. *Agathos* 2002: 2; 34-41
15. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991;6: 60-64.
16. Phillips C, Zimmerman D, Bernabei R et al. Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes. *Age Ageing* 1997; 26: 77-82.
17. Evaluation of the Nursing Home Case-mix and Quality Demonstration. HCFA Contract No: 500-94-0061 - *Final Report - Revised*. June 28, 2002
18. <http://www.medicare.gov/NHCompare/Static/Related/ImportantInformation.asp?dest=NAVHome>AboutNursingHomeCompare>
19. The Intertational Society for Quality in Health Care. *International Standards and Accreditation for Health Care*. Feasibility Paper - Final. December 1997.
20. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. <http://www.jcaho.org/>
21. AENOR (2000). Normas UNE 158001-2-3-4-5-6 sobre gestión de servicios en las residencias de mayores.

