

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN
DE UN
INSTRUMENTO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS
DE
CUIDADOS PROLONGADOS
A

**PERSONAS
MAYORES**

**PERSONAS CON
ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER**

COMISIÓN CONJUNTA
INTERDISCIPLINARIA E INTERPROFESIONAL DE GERONTOLOGÍA,
ADMINISTRACION PÚBLICA
Y EMPRESAS DEL SECTOR

ÍNDICE:

| | |
|---|-----------|
| <i>Introducción. Conveniencia y justificación</i> | 2 |
| <i>Antecedentes de este Proyecto</i> | 3 |
| <i>Escenario para la acreditación</i> | 5 |
| <i>Especificidades del sector</i> | 5 |
| <i>La acreditación de centros en países de referencia</i> | 6 |
| <i>Objetivos de esta Comisión Conjunta</i> | 8 |
| <i>Estructura de la Comisión Conjunta</i> | 9 |
| <i>Metodología. Pasos</i> | 10 |
| <u>1º paso</u> Evaluación de instrumentos, ya existentes, utilizados en otros países, o para otros fines. | 10 |
| <u>2º paso</u> Diseño de un instrumento propio, adecuado a nuestra realidad | 12 |
| <u>3º paso</u> Validación del instrumento elaborado | 13 |
| <i>Papel futuro de la Comisión Conjunta</i> | 13 |
| <i>Conclusiones previas</i> | 14 |

INTRODUCCIÓN.- CONVENIENCIA Y JUSTIFICACIÓN

La acreditación es un proceso de confianza para la sociedad, y de normalización y tranquilidad para los profesionales y empresas de servicios.

Está basado, en cuanto al mundo sanitario se refiere, en la aplicación de instrumentos de acreditación diseñados al efecto de evaluar las estructuras, procesos y resultados asistenciales de cualquier tipo de centro de cuidados, ya sea un hospital de alta tecnología, ya sea una residencia de ancianos, ya sea un consulta de un dentista ya sea un centro de personas con retraso mental. Eso sí cada instrumento es específico de ese tipo de centro, que se va a evaluar. Pero ahí no acaba la cosa, esta basado también en una metodología de aplicación del instrumento muy concreta y obligada para evitar sesgos, en unos evaluadores perfilados para esa función, detrás de todo lo cual debe haber una agencia, u organización, independiente y de gran credibilidad social.

Todo eso permite que tras el proceso, un centro sea acreditado o no y que eso signifique algo para la sociedad potencial usuaria de sus servicios. Como es lógico para que todo eso funcione como es debido, debe ser un proceso totalmente transparente para todos los partícipes.

La gran aportación de esos procesos, dada su gran evolución en muchos países, es que se cuenta con instrumentos poderosos capaces de medir objetivamente el desempeño de una organización de cuidados, estandarizándolo, de manera que la propia organización puede usarlo de referencia para sus planes de mejora.

Para que el fenómeno de acreditación se dé en su amplio sentido, son necesarias una serie de condiciones que en nuestro medio no se cumplen aún. Esas condiciones podemos resumirlas en:

- ❑ Equilibrio entre la oferta y la demanda
- ❑ Leyes de mercado (aunque sea un mercado fuertemente controlado)
- ❑ Equilibrio entre la oferta pública y privada
- ❑ En el sector público, separación entre financiación y provisión de servicios
- ❑ Preocupación de los profesionales que trabajan en el sector
- ❑ Demanda de la sociedad por que se ordene el sector

La acreditación tiene una fuerte connotación de elemento de competitividad allí donde se da, además de otras como las garantías de calidad frente al cliente.

En España no se encuentran todas las condiciones propiciatorias en ningún territorio. Véase que se requiere cierta cultura social al respecto, pudiendo darse fenómenos de acreditación generalistas, con escaso eco social. Las organizaciones no se animan a acreditarse por la falta de eco, y la sociedad no desarrolla cultura por la escasez del fenómeno y la falta de especificidad sobre aspectos que realmente preocupan y son ignorados.

Así, en España no se da ninguna experiencia de acreditación sociosanitaria. Es obligado citar la experiencia de “evaluación externa de la calidad de centros sociosanitarios” que se da en Cataluña, de la mano de la Fundación Avedis Donabedian.

Las perspectivas de futuro, sin embargo, son buenas. Concretamente en el sector de cuidados prolongados a personas Mayores (PP.MM.), se dará un incremento importante de la oferta, que se será eminentemente privada, con lo cual se darán 2 condiciones de las antedichas. Por un lado se equilibrarán la oferta y la demanda y por otro se equilibrarán los sectores público y privado, lo que propiciará la mas que saludable competencia y libre elección.

Hoy ya se ve una cada vez mayor preocupación de la sociedad por el cuidado de sus mayores. También puede apreciarse entre las corporaciones mas importantes e implantadas en el sector privado de cuidados prolongados a PP.MM., una preocupación por distinguirse de otras organizaciones que causan alarma social.

Con todo, cabe suponer que en los próximos años (3-5 años), el interés por la acreditación en el desempeño de los cuidados crezca, y sería muy interesante que para entonces los técnicos y responsables del sistema se hayan puesto de acuerdo en un instrumento de acreditación válido para nuestro medio, creíble, y solidamente respaldado.

Es por tanto el momento ideal y oportuno para iniciar ese camino, elaborando un instrumento adecuado, y validándolo en el campo, y es también lo ideal que todos los agentes del sistema estén representados y participen en su elaboración y validación (comisión conjunta), tal y como se han elaborado en otros países donde el fenómeno está fuertemente implantado.

ANTECEDENTES DE ESTE PROYECTO

La persona promotora de la idea y que se propone como coordinador del trabajo de la Comisión Conjunta se especializa en Acreditación de Centros Sanitarios y Sociosanitarios, en la Universidad de Valladolid y con la participación de la Joint Commission.

Al finalizar esa formación realiza un proyecto, de fin de especialización, sobre el diseño de un instrumento “accreditation like” útil para la evaluación interna de la calidad de centros sociosanitarios o de cuidados prolongados, al coincidir en aquel momento con su responsabilidad al frente de todos los centros públicos de la Comunidad de Madrid, Coordinador de Centros Asistenciales del Servicio Regional de Bienestar Social (SRBS).

Así, se pone en marcha una comisión interprofesional e interdisciplinaria en el seno de aquel Servicio Regional para la elaboración del instrumento.

Si bien los desarrollos sirven para el trabajo de la Universidad, su finalización se ve frustrada por cuestiones organizativas y coyunturales.

Esa experiencia sirve para aprender la dinámica de trabajo necesaria y para madurar una idea más trascendente como es la elaboración de un instrumento de acreditación de centros válido para nuestro medio.

Así, el promotor de la idea se pone manos a la obra con los siguientes fundamentos:

- ❑ Conseguir aglutinar a profesionales expertos en cuidados prolongados en centros específicos
- ❑ Conseguir aglutinar a técnicos y expertos en distintas estructuras y procesos de los centros de cuidados prolongados, incluido el control de calidad
- ❑ Aglutinar a líderes de las organizaciones
- ❑ Aglutinar a empresas privadas representativas del sector
- ❑ Conseguir que esté representada la Administración competente
- ❑ Conseguir que estén representados los usuarios y sus familiares
- ❑ Conseguir que estén representadas las organizaciones profesionales que operan en el sector

Todo ello con la pretensión de que sea una Comisión representativa de todo el sector, de tal manera que su producto tenga credibilidad y genere, en el futuro, confianza en la sociedad, no solo el producto sino la organización que hay tras de él.

En este momento, de la presentación del proyecto, ya se han hecho los contactos con la mayoría de representantes, de los que cabe destacarse que están todos interesados y esperando el inicio del trabajo. No olvidemos que constituir una sólida Comisión, es una de las claves del éxito de este proyecto.

La documentación generada en aquel proyecto del SRBS, y la experiencia acumulada por sus participantes, se pone ahora al servicio de este proyecto más ambicioso.

ESCENARIO PARA LA ACREDITACIÓN.- PRESENTE Y FUTURO INMEDIATO

Lo hemos venido apuntando, la acreditación en “sensus strictus” para que ofrezca realmente sus utilidades necesita de un escenario que le sea propicio y estimulante, de lo contrario su uso solo será una parafernalia teatral que nadie se creará.

Así, el escenario que le es propicio y estimulante es:

- ❑ Leyes de mercado en el ámbito a acreditar, que estimule la competencia entre proveedores de servicios, sin desequilibrios. Esas leyes de mercado se basan en:
 1. Equilibrio entre la oferta y la demanda
 2. Ausencia de monopolios de provisión. Representados en la mayoría de escenarios españoles por la oferta pública.

- Sector bien diferenciado y centros normalizados y basados en un conocimiento específico.
 1. Sector que cumpla con lo que le es específico (ver más adelante)
 2. Profesionales preocupados por su imagen y prestigio
- Sector regulado en lo básico, 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 por parte de los centros
- Sociedad educada en acreditación, sensibilizada y preocupada por el servicio a acreditar. En este caso, sensibilizada por los problemas de las personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo.

ESPECIFICIDADES DEL SECTOR

Metodología asistencial propia de los cuidados prolongados.- Un abordaje integral, individualizado e interdisciplinario, a través de una valoración multidimensional y la planificación de cuidados para un período de tiempo prefijado, son claves de la metodología específica.

Lenguaje común Propio.- Imprescindible para el control de calidad y para un sistema de información que introduzca elementos de racionalización, a través del análisis de la casuística atendida. Un lenguaje propio común, basado en un CMD adecuado y específico, es un importante motor de definición de este tipo de asistencia y sus productos.

Elementos mínimos de Garantía de Calidad.- Deben existir criterios específicos para este sector, que se apliquen en la *autorización o certificación* para los centros que se dediquen a este tipo de asistencia. También debe existir un cuerpo de inspección formal y oficial que vele por unas garantías mínimas.

**La evidencia internacional
nos enseña que éste debe ser
un sector
fuertemente regulado desde instancias públicas**

**LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE CUIDADOS PROLONGADOS EN PAÍSES DE
NUESTRO ENTORNO SOCIOECONÓMICO**

(análisis preliminar efectuado por el coordinador de diseño)

En cuanto a procesos que miran al desempeño y resultados asistenciales solo podemos destacar la acreditación que encuadraremos, por consenso internacional, en el modelo anglosajón de acreditación, por cuanto el fenómeno está ampliamente extendido en esos países. El modelo de referencia de todos ellos es el de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Esa entidad comienza a acreditar hospitales de los EE.UU. y Canadá, en 1954, habiéndose convertido en una autoridad mundial en acreditación.

Otros países como el propio Canadá, que creó su propio consejo acreditador hace ya muchos años, así como el Reino Unido y Australia tienen una fuerte tradición acreditadora de instituciones sanitarias y sociosanitarias. Analizaremos a continuación algunos de esos sistemas.

Análisis del Modelo de Estados Unidos

El modelo analizado es el de la Joint Commission. Referente obligado, en cuanto a la acreditación se refiere, la Joint Commission presenta algunos déficits en la evaluación de centros para cuidados prolongados, por causas ajenas a dicha institución.

El examen generalista de sus instrumentos y metodología de aplicación, así como de la solidez de sus criterios y estándares, pone en evidencia las grandes fuerzas de su producto para la acreditación. Su construcción y metodología, sometida al análisis de algunos expertos de la Comunidad de Madrid, es la que ha recibido mejor acogida y reconocimiento.

La extrapolación directa al contexto español presentaría importantes problemas de fondo, que pueden deducirse a continuación.

El Sistema de los Estados Unidos de cuidados prolongados, con una oferta de provisión eminentemente privada, y una financiación separada claramente, y a expensas de seguros públicos estatales o seguros privados muy desarrollados, hace que se den diferencias de fondo determinantes, con respecto a nuestro medio.

Pero en el contexto de los Estados Unidos se da una diferencia aún más importante, que condiciona las posibilidades de valía o extrapolación, nos referimos a la importante y sólida legislación que afecta a los cuidados prolongados en aquel contexto, que arranca de la OBRA '87, que ha tenido un importante desarrollo a partir de entonces, y que a través de las administraciones públicas de aquel país establece unas garantías de calidad

de obligado cumplimiento, considerables como muy buenas y que en gran medida secuestra las posibilidades de un sistema independiente y libre de acreditación.

Los centros de cuidados prolongados, con cumplir las leyes, requerimientos y normas federales, ya cumplen muchas cosas de forma obligada, como para someterse a un sistema de acreditación añadido, que además debe ser pagado por ellos.

El resultado es que, en la práctica, la proporción de centros de cuidados prolongados, tipo nursing home, que han accedido a un sistema libre de acreditación en los últimos años no superaba el 2-3% por año. Esto sometió a la sección de la Joint Commission, que se encarga de este sector, a una profunda crisis, que le obligo a replantearse su trabajo, reconduciéndolo a una fuerte colaboración con las agencias gubernamentales.

Todo ello hace que la suma de los criterios de sus instrumento de acreditación sea algo débil, frente a las necesidades de nuestro contexto, tan escasamente normalizado, legislado y controlado por las autoridades de las Administraciones competentes.

Ahora, recientemente se ha vuelto a publicar un nuevo instrumento fruto de acuerdos de colaboración con el gobierno. Será trabajo de esta Comisión, analizarlo.

Análisis del Modelo Canadiense de Acreditación

Podemos decir que el sistema asistencial canadiense es, en términos generales, algo más próximo al modelo español que el de Estados Unidos.

La Canadian Council of Accreditation, ha desarrollado y consolidado un instrumento de acreditación específico para los cuidados prolongados muy experimentado en la práctica y de gran prestigio y vigencia actual en aquel país.

El desarrollo legislativo y normativo es mucho mayor que el español pero no tan denso como el de los Estados Unidos.

Los centros de cuidados prolongados canadienses están más integrados en el sistema sociosanitario, tal y como se tiende en las iniciativas españolas y en contra de lo que ocurre en los Estados Unidos.

La Canadian Council of Accreditation cuenta con un importante cuerpo de inspectores para la acreditación, muy formados y uniformizados, lo que permite que su instrumento sea poco descriptivo de los estándares o niveles de cumplimiento de los criterios a evaluar. Esto es percibido por algunos expertos como un déficit de subjetividad del instrumento para su aplicación en nuestro contexto.

Aún no contando con una legislación tan desarrollada como la de Estados Unidos, Canadá cuenta con una seria legislación que no se corresponde con la nuestra. Eso induce a que el instrumento de acreditación sea subsidiario de esa legislación y por lo tanto no observe o lo haga indirectamente, algunos aspectos clave del funcionamiento de organizaciones para cuidados prolongados. Para su aplicación estricta en el contexto Español, hace que tenga ciertas debilidades importantes.

Modelo de evaluación de normas factibles del King's Fund Centre

Aplicado para la evaluación estandarizada del cumplimiento de normas por la City and Hackney Health Authority, a partir de 1987, nos aporta una visión básica y de amplio espectro.

Referidos al instrumento original, observamos que el instrumento pretende un abordaje muy básico y generalista incidiendo en aspectos de estructura y menos en las funciones, lo que le hace especialmente interesante como referente a la hora de extrapolarlo al contexto Madrileño, tan necesitado de normas básicas estructurales factibles, que establezcan garantías.

OBJETIVOS DE ESTA COMISIÓN CONJUNTA

(propuesta inicial)

Actualmente no se cuenta con ningún instrumento para la evaluación objetiva de las estructuras, procesos y resultados de centros de cuidados prolongados, lo cual se traduce en que las residencias hacen una labor a ciegas, sin referentes, ni de garantías, ni de mejora mensurables.

Los objetivos intermedios son:

- ❑ Testar en nuestro medio la valía de los instrumentos más sólidos existentes, con la finalidad de adoptar los criterios y estándares más contrastados y que demuestren su valor para evaluar nuestros centros,
- ❑ poner en evidencia los déficit de esos instrumentos para nuestro contexto poco legislado y normalizado, que nos permita,
- ❑ generar criterios y estándares propios, necesarios para hacer una evaluación más profunda de nuestras estructuras y procesos.

El producto final será un instrumento misceláneo compuesto por criterios de solvencia internacional demostrada y criterios considerados por expertos españoles como fundamentales y ausentes en instrumentos de referencia, que sirva para la evaluación de centros, y que su aplicación y refinamiento en el tiempo, le constituya en un futuro instrumento de acreditación de centros de cuidados prolongados, cuando el escenario o marco de referencia lo permita. Válido, en suma, para centros generalistas de cuidados prolongados a Personas Mayores y para centros específicos de cuidados a Personas con enfermedad de Alzheimer.

Véase que estos centros comparten muchas estructuras y muchos procesos asistenciales, por lo que se diseña un mismo instrumento, que luego lleva algunos añadidos específicos para el Alzheimer, en cada uno de sus apartados. Esto mismo es lo que se hace por la Joint Commission.

ESTRUCTURA DE LA COMISIÓN CONJUNTA

las siguientes entidades estarán representadas en la comisión:

- ❑ Una Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer
- ❑ Una asociación representativa de los usuarios de Residencias de Personas Mayores
- ❑ Departamento de ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos
- ❑ Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica
- ❑ Asociación de Médicos de Residencias
- ❑ Colegio profesional de Trabajo Social de Madrid
- ❑ Servicio Regional de Bienestar Social
- ❑ Quavitae.- Área de Servicios Residenciales a Personas Mayores
- ❑ Grupo Eulen.- Área de Servicios Residenciales a Personas Mayores
- ❑ Fundación de Estudios SocioSanitarios (FESS)
- ❑ Organizaciones de Fisioterapia y Terapia ocupacional, del ámbito de la gerontología. En su defecto, profesionales de esas disciplinas que participen en representación de colegios profesionales. (por concretarse)

la composición final queda sujeta a las decisiones de la primera junta y a voluntad de los primeros constituyentes y promotores

coordinador general del diseño del instrumento
ANTONIO ANDRÉS BURGUEÑO TORIJANO
(FESS)

A partir de esa representación se constituirá una **COMISIÓN CONJUNTA** de expertos para el desarrollo de un instrumento de acreditación de centros, centrado en las estructuras, funciones y resultados de organizaciones para los cuidados prolongados a personas mayores. Constituida por:

- ❑ Directores de residencias
- ❑ Jefes de Área Técnico Asistencial o equivalente a responsable asistencial
- ❑ Usuarios y familiares de usuarios
- ❑ Trabajadores Sociales
- ❑ Médicos
- ❑ Terapeutas Ocupacionales y Físicos
- ❑ Enfermería
- ❑ Técnicos de Coordinación
- ❑ Responsables de calidad
- ❑ Otros

se crearán subcomisiones de trabajo específico

y se elegirá

un

presidente de la Comisión Conjunta

en la primera sesión.

METODOLOGÍA.- Pasos

1º paso

Evaluación de instrumentos, ya existentes, utilizados en otros países, o para otros fines.

Se analizarán, en principio, dos modelos de acreditación nacionales y dos modelos regionales, siendo uno de ellos un sistema accreditation-like, adaptado en formato de evaluación externa de la calidad, y el otro un sistema basado en normas generales factibles con fines evaluativos.

A todos los miembros de la Comisión se les dará unas directrices para que elaboren una relación de determinantes de la calidad de las estructuras con funciones y funciones centradas en los residentes, en formato de “writing storm” y en un plazo determinado de tiempo, tras el cual deberá hacerse una puesta en común en un encuentro prefijado.

Revisión a fondo de referencias externas. Se procede a la traducción de los instrumentos de referencia, y en manos de los expertos se analizan en un plazo determinado de tiempo.

Reunión para la puesta en común del análisis efectuado, poniendo el énfasis en los déficit o problemas que todos los instrumentos de referencia puedan presentar para la extrapolación directa. Se elegirá un instrumento para ponerlo a prueba, respetándolo íntegramente en su contenido y metodología, y así obtener una base práctica para el desarrollo de un instrumento de diseño a la medida de nuestras necesidades y realidades.

el evaluador, para la puesta a prueba de los instrumentos, en el campo

En la práctica asistencial de un centro sociosanitario existen matices metodológicos específicos, que son los propios de centros de cuidados prolongados.

La metodología asistencial de cuidados a largo plazo exige que el abordaje de los residentes se efectúe con una valoración multidimensional integrada, que ponga el foco en aspectos funcionales y de necesidades del sujeto, de forma individualizada, y que permita la detección de problemas y el análisis de factores causales. A partir de esa información se formula un plan de cuidados a plazo cierto, tras el cual o ante cambios significativos en el estatus del Residente se reevalúa con el mismo sistema inicial.

Gran parte del proceso de recogida y aseguramiento de la información para la valoración es dirigida o tutelada por un responsable de Enfermería, por representar al colectivo cuidador directo y continuado, de más alto nivel de formación, y que por tanto tiene el contacto más longitudinal durante el proceso de evaluación.

El profesional de Enfermería, aglutinando la información sobre el Residente, con ese enfoque multidimensional, aglutina igualmente al equipo interdisciplinario frente al caso individual para su estudio y planificación de cuidados.

Por otro lado, muchas intervenciones a realizar con el Residente son prescritas por un facultativo, y aunque puedan ser discutidas en un equipo interdisciplinario son su responsabilidad, la adecuada y oportuna indicación. Las intervenciones de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc, también deben ser prescritas y supervisadas por un facultativo.

Igualmente, no podemos olvidar una vertiente asistencial fundamental en los cuidados prolongados o atención sociosanitaria, hablamos del trabajo social, y el papel que deben representar estos profesionales en este tipo de centros y servicios, en términos de representación de sus intereses y conveniencia, e incluso de sus derechos.

Con esas bases, se pensó que los “evaluadores” podrían ser:

Un profesional experto de la enfermería

Un profesional experto de la medicina

Un profesional experto de trabajo social

Dichos profesionales deberán ser ajenos a la Residencia evaluada, por evitar sesgos de interpretación y/o influencias normales de un trabajador del centro.

La Comisión elegirá a los evaluadores idóneos de entre los candidatos formados a tal efecto.

Análisis del test efectuado, con el fin de ver un resultado evaluativo y detectar las lagunas clave que dejan su espectro y estructura. Se hará un contraste de resultados con una comisión del centro evaluado, creada a tal efecto.

Análisis de conclusiones y bases para el diseño del instrumento propio. Propuesta de nuevos criterios y estándares y estructura del instrumento.

2º paso

Diseño de un instrumento propio, adecuado a nuestra realidad

El proceso de diseño propuesto es:

1. Servirnos de criterios consolidados en experiencias, de referencia, internacionales. Lo que nos aporta una estructura y criterios base que dan solidez a nuestro instrumento, de partida, aún contando con criterios nuevos que han de validarse en nuestro contexto.

2. Con el afán de mantenerse fiel a los criterios consolidados, desarrollar nuevos criterios de especial peso en los resultados asistenciales y existenciales para los sujetos objeto de atención, y que pueden haber sido obviados por los instrumentos de referencia.
3. Incorporación de criterios propios. Teniendo en cuenta la realidad funcional, estructural y de resultados de nuestros centros, así como los vacíos legales de garantías mínimas, incorporar criterios estandarizados de diseño propio que nos permita una evaluación más productiva, respecto del establecimiento de mínimos admisibles y de referencias de mejora.
4. Con un listado de criterios seleccionados, adoptados y nuevos, confeccionar su estandarización, con el siguiente método:
 - a. Repartir el listado entre los miembros de la comisión para que identifique el estándar correspondiente al cumplimiento actual de su centro de trabajo. Lo que nos permitirá contar con una muestra significativa del total de centros de la Comunidad de Madrid.
 - b. Con la misma documentación, invitar a los miembros de la comisión a formular el estándar de cumplimiento óptimo o excelente para cada criterio y a su juicio, basándose en su experiencia. Con ello tenemos una visión conjunta de distintos directores, mandos intermedios y disciplinas.
 - c. De igual manera y en otra rueda, invitar a los miembros de la comisión a formular el estándar de cumplimiento aceptable a corto/medio plazo.
 - d. Finalmente se haría una comparación con las escalas internacionales de estándares.

3º paso

Validación del instrumento elaborado

Tras ese proceso de confección, que ya da un alto grado de validez a criterios y estándares, se debe poner el instrumento a prueba, evaluando una muestra de centros, con la siguiente metodología de validación:

- Seguir la metodología de evaluación de centros del sistema de acreditación que mejor refleje los resultados y que mejor asegure la información.
- Contrastar el resultado de la evaluación con una comisión de cada centro evaluado, para medir el nivel de concordancia con la realidad percibida por ellos.
- Estimar la fiabilidad del instrumento. Hacer evaluaciones cruzadas, en un solo centro piloto, y con distintos evaluadores con las que analizar la congruencia entre distintas evaluaciones (con los estadísticos convencionales Kappa y Kappa ponderado).

PAPEL FUTURO DE LA COMISIÓN CONJUNTA

(propuesta del coordinador de diseño)

Deberá constituirse una comisión permanente, tras acabar el trabajo, para hacer el seguimiento de las aplicaciones que se hagan del instrumento, así como para asesorar a todas las organizaciones e instituciones que estén interesadas en la acreditación. El instrumento deberá publicarse, para lo cual se buscará el patrocinio de una institución comprometida socialmente.

Sería importante que evolucionara a una organización independiente y sin ánimo de lucro que se encargara de realizar las evaluaciones y dar las acreditaciones correspondientes, que pudieran solicitarse, dada la propiedad intelectual que tendría sobre el instrumento, y la experiencia acumulada, de sus técnicos y evaluadores.

CONCLUSIONES PREVIAS

En España se hace necesario contar con un instrumento validado para la evaluación de las estructuras, funciones y resultados de las organizaciones dedicadas a la provisión de cuidados prolongados a personas mayores.

La extrapolación estricta y automática de los instrumentos de acreditación validados en otros países de referencia, no sería eficaz, por inadecuación importante a un contexto como el nuestro, de grandes déficit normativos y legislativos, y lo que es más importante, con una baja cultura de la Administración y de la sociedad sobre este aspecto, aún muy lejana al concepto de acreditación de aquellos países.

Esa necesidad y realidad, nos impone como técnicos del sistema, la obligación de diseño y validación progresiva de un instrumento propio.

El diseño de ese instrumento no puede hacerse de espaldas a las grandes referencias internacionales, ni a los agentes del sector español.

Tomadas como referencia, experiencias externas, pero siendo conscientes de nuestra realidad y conociendo la situación de nuestras estructuras y funciones, se formulará un instrumento de partida, sabedores de que deberá sufrir un importante rodaje de algunos años, para que comience a perfilarse como un instrumento base para un futuro sistema de acreditación.