

Programas de calidad en la rehabilitación socio-sanitaria

M.L. REY PITA, A. TOBIO IGLESIAS, J. ARMENTEROS PEDRERO, M. VEIGA SUÁREZ y M.J. ÁLVAREZ VÁZQUEZ

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Resumen.—En los últimos años se ha producido un incremento en el número de personas mayores que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia. La atención socio-sanitaria es el conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia. Los diferentes programas socio-sanitarios han diseñado diferentes instrumentos de evaluación para medir las necesidades de cuidados asistenciales de las personas mayores, y dentro de éstas, existe también la preocupación por la medición de la calidad.

En el presente trabajo la calidad se define desde diferentes ópticas y se desarrollan brevemente distintos programas de calidad que se aplican en el ámbito socio-sanitario. Es de esperar que en estos programas se establezcan unos objetivos a cumplir basados en la igualdad de oportunidades y unos mínimos de obligado cumplimiento. Creemos necesario el establecimiento de un sistema de valoración de dependencia único para todas las comunidades autónomas.

Palabras clave: *Calidad. Rehabilitación. Atención socio-sanitaria. Escalas de valoración.*

QUALITY PROGRAMS IN SOCIO-HEALTH CARE REHABILITATION

Summary.—In recent years, there has been an increase in the number of elderly persons who spend the last years of their lives in dependence situations. The socio-health care is the integrated combination of services and social and health care services that are aimed at rehabilitation and care of persons who are in different dependence situations. The different socio-health care programs have designed different assessment instruments to measure the needs of health care of elderly persons, and within these, there is also the concern for quality measurement.

In the present work, we define quality from different views and we briefly develop different quality programs that are applied in the socio-health care scope. It is to be expected that, in these programs, some objectives to be fulfilled are established based on equality of opportunities and some minimum ones that must be fulfilled. We believe it is necessary to establish a single assessment system of dependence for all the regional communities.

Key words: *Quality. Rehabilitation. Socio-health care. Assessment scales.*

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de todos los países de nuestro entorno vienen experimentando un proceso de envejecimiento sin precedentes históricos. Esto se ha traducido en un aumento del número de personas mayores que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia y/o aquejados de una o varias enfermedades crónicas que llevan asociadas pobres estados de salud y para las que no existen más que tratamientos paliativos.

Ante esta situación, los países llevan algunos años preguntándose si las necesidades de asistencia médica de estas personas pueden resolverse mediante unas estructuras sanitarias (hospitales, centros de salud), que se han ideado para proporcionar una respuesta asistencial a individuos aquejados de enfermedades agudas, o si más bien habría que optar por otros tipos de recursos capaces de ofrecer una asistencia ligada también a los problemas de dependencia.

La dependencia se define como la necesidad de apoyo personal y/o instrumental para realizar actos básicos o vitales de la vida cotidiana^{1,2}. Estos apoyos pueden ser formales y/o informales. Cuando son informales nos referimos sobre todo al apoyo de la familia de manera “gratuita”, aunque con altos costes (tiempo, ocio, salud y trabajo). Cuando nos referimos a la atención formal estamos hablando de la atención socio-sanitaria como un conjunto de servicios y prestaciones sociales y sanitarias integrado que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia. Una concepción integral de la atención socio-sanitaria comprende no sólo el nivel formal, sino también el nivel informal apoyando al cuidador, ya que la dependencia afecta, al menos, a cinco áreas de cuidados: capacidad funcional, salud física, salud mental, apoyo informal y vivienda². No obstante, una de las asig-

naturas pendientes en casi todas partes sigue siendo la efectiva coordinación entre la atención médica que proporcionan los servicios sanitarios y los cuidados de larga duración provistos por los llamados servicios socio-sanitarios³. Éste no es un problema que se circunscriba solamente al territorio español; de hecho, ha llevado a muchos países a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención.

En España el debate sobre la necesidad de aunar esfuerzos y coordinar actuaciones entre los sistemas social y sanitario se remonta prácticamente a los últimos 5 años (exceptuando el programa "Vida als Anys" catalán) a pesar de que éste es un tema que se contempla en documentos anteriores: el Informe de la Comisión Abril (1992), el Plan de Convergencia (1992) y el Plan Gerontológico (1993)⁴⁻⁷.

No obstante, esta breve historia de la atención socio-sanitaria ha dado lugar a diferentes modelos, incluso divergentes, de reorganización de los sistemas sanitario y social y de sus métodos de gestión y financiación de servicios. Las iniciativas y propuestas formuladas hasta el momento se pueden agrupar en dos grandes bloques de alternativas:

– *Coordinación socio-sanitaria*. Intenta optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

– *Red de atención socio-sanitaria*. Entendida como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención socio-sanitaria de las personas mayores dependientes. Su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención socio-sanitaria. Se trata, por lo tanto, de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de atención socio-sanitaria. Esto implica a su vez importantes cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación para que este sistema tenga entidad propia.

Todo este proceso de cambio y de conocimiento de los diferentes modelos de intervención pasa necesariamente por una primera fase: el análisis de la realidad. Los sistemas de información en sanidad se utilizan con el fin de formular objetivos asistenciales y mejorar las diferentes prestaciones a los ciudadanos. Utiliza los análisis de los diferentes procesos y, en función de ellos, establece los costes y la asignación de los recursos y, a la vez, valorar la calidad.

Los servicios sociales tienen una cultura de recogida de información y de análisis de los datos, pero fundamentalmente de intervención social. En los últimos

años surge la necesidad de recoger datos de otro tipo que ayuden a determinar los niveles de dependencia. Los diferentes programas socio-sanitarios desarrollados en las diferentes autonomías han diseñado y adaptado diferentes instrumentos de evaluación para recoger la información necesaria para medir las necesidades asistenciales y de cuidados de las personas mayores. Dentro de estos diferentes sistemas de información, en todos ellos existe la preocupación por la medición de la calidad.

CALIDAD, CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD SUBJETIVA

La puesta en marcha de estrategias de calidad que permitan ofrecer las suficientes garantías para la consecución de los objetivos asistenciales suscita cada vez más interés. La calidad constituye, por lo tanto, una herramienta de gestión que tiende a una nueva forma de relación usuario(cliente)-proveedor del servicio, basada en la confianza del primero hacia su proveedor.

¿Qué se entiende por calidad asistencial? Esta definición implica irremisiblemente establecer el sujeto que la estimará. La calidad puede contemplarse desde diferentes niveles, y se articula en múltiples planos de definición.

Muchos autores han definido la calidad de diferentes formas; sin embargo, el elemento común a todas ellas es que la calidad debe establecerse en torno a las necesidades del cliente y a las expectativas que éste tenga⁸⁻¹⁰. En general, la calidad puede definirse como la adecuación para el uso o como el cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente. Otro tanto ocurre en el terreno socio-sanitario: la satisfacción de los profesionales y de los usuarios cada día adquiere mayor peso y relevancia^{11,12}.

Definir la calidad conlleva establecer una norma, es decir, que la definición que se adopte debe ser defendible en los terrenos normativos. En este sentido, lo mejor sería referirse a sus componentes que hablar de calidad:

– *Accesibilidad*: facilidad con que la "población diana" puede recibir la atención que necesita en relación con las barreras económicas, estructurales, organizativas, sociales y culturales.

– *Eficacia*: probabilidad de que un programa o servicio pueda obtener un beneficio o conseguir un objetivo en condiciones ideales.

– *Efectividad*: probabilidad que tiene un determinado programa o servicio de obtener los objetivos, previamente establecidos, en condiciones de aplicabilidad normales.

– *Adecuación*: medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente (Joint Commis-

sion on Accreditation of Healthcare Organizations), es decir, relación entre la disponibilidad de los servicios, las necesidades de la población y la demanda que realiza esta población.

– *Coordinación*: proceso mediante el cual los elementos y las relaciones de la atención, durante cualquier secuencia de ésta, se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

– *Continuidad*: falta de interrupción de la atención y del mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la misma. Supone, pues, un sistema de asistencia integrado.

– *Satisfacción del usuario*: medida en que la atención prestada y el estado de salud resultante consuman las expectativas del paciente.

– *Satisfacción de los profesionales*: introduce el concepto de “cliente interno” como aquel que, para la provisión de un servicio final, recibe a su vez servicios de otras partes de la organización.

– *Eficiencia*: relación entre el servicio prestado, los resultados obtenidos y el coste. Persigue que la asistencia se preste por el coste óptimo, no por el coste mínimo. Significa el grado en que es posible obtener el máximo de calidad posible con los recursos disponibles.

– *Calidad científico-técnica*: competencia profesional o capacidad de los proveedores de la asistencia para utilizar el mayor nivel de conocimientos alcanzado, tanto científicos como de relaciones interpersonales, para abordar los problemas de los clientes, es decir, producir salud y satisfacción en los usuarios.

La calidad asistencial y el coste no pueden separarse. Todo proceso de atención conlleva un coste económico y la misma calidad significa, a su vez, un determinado coste, pero en su determinación es necesario contemplar diversos factores. Existe y debe existir una estrecha vinculación entre cantidad y calidad. La atención escasa, además de mala, es costosa, al no conseguir establecer los mínimos de eficacia exigibles. La atención excesiva resulta más cara y de peor calidad por innecesaria, cuando no dañina. Los profesionales deben adquirir conciencia acerca del coste económico que conlleva la atención prestada, para gestionar de forma óptima los recursos que son públicos y limitados. Una escasa concienciación sobre los costes implica que tanto profesionales como usuarios se vean abocados a reivindicar lo que entienden por la máxima calidad de los servicios, provocando un incremento innecesario en los costes (lo que ha conducido a una revisión de los modelos de financiación y de prestación de los sistemas asistenciales)^{13,14}.

La calidad de vida, como concepto, es de definición imprecisa. Analizar la “calidad de vida” de una sociedad significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran. Exige, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de

existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, y evaluar el grado de satisfacción que se consigue.

Levi y Anderson¹⁵ señalan que un alto nivel de vida objetivo (ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre), puede ir acompañado de un elevado índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es biunívoca. Para ellos, “por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el ‘ajuste’ o la ‘coincidencia’ entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe”.

Pero, además, en la valoración de este componente subjetivo esencial entran en juego una serie de elementos en principio relacionados con las necesidades del individuo, pero que van tomando, cada vez más, un matiz social y comunitario. Hablar de calidad de vida como una referencia compleja al bienestar nos acerca indefectiblemente a la misma definición de salud que ha propuesto la Organización Mundial de la Salud (OMS): “No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social”.

Sin embargo, definir y medir la calidad de la asistencia en una residencia de ancianos, por ejemplo, es una tarea compleja. La valoración completa del residente, codificada a través de un formulario, proporciona un conjunto de información estandarizada recogida de manera periódica que facilita el seguimiento del residente y de la residencia a lo largo del tiempo, pero transformar esta información en indicadores de calidad que reúnan los criterios necesarios de validez, utilidad, estabilidad y valor pronóstico es uno de los principales desafíos en este ámbito¹⁶⁻¹⁹.

PARÁMETROS OBJETIVOS DE CALIDAD. JOINT COMMISSION. “Q” DE EXCELENCIA. ISO 9000. PROGRAMA DE CALIDAD DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE RESIDENCIAS

Se entiende por programa de calidad la estructura organizativa, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad o, como señala Saturno²⁰, el conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad.

La política de calidad se puede definir en dos conceptos fundamentales:

– El nivel de calidad definido por aspectos externos (autorización y acreditación por la administración, otros procesos acreditativos por entidades cualificadas

como la certificación) y aspectos internos (procedimientos, instrucciones de trabajo y los protocolos clínicos, estándares a perseguir, normativa de funcionamiento del sistema o de los recursos, normas de actuación de las unidades asistenciales operativas e índices o indicadores).

– Control de la calidad, establecido en tres niveles: de proceso (el control de los estándares y el análisis de situaciones: sesiones clínicas o bibliográficas, grupos de trabajo); de resultado final (la comisión de historias, la terapia, la investigación y la formación); de usuario (medidas para la información de los usuarios y para la recepción de quejas, de reclamaciones y de sugerencias e implantación de estudios de seguimiento).

La evaluación de la actividad asistencial y la mejora de la calidad pueden hacerse desde dos enfoques: el interno (autoevaluación realizada por los propios profesionales que son quienes promueven, de forma activa, las estrategias de mejora de la calidad) o el externo (la iniciativa de la calidad parte de terceros –auditorías–).

La Joint Commission International se anuncia como una mejora en la calidad de servicios de salud, ofreciendo servicios de consultoría, programas educativos, acreditación, publicaciones y productos multimedia y evaluación de calidad. En todo el mundo las naciones están trabajando para establecer servicios de salud eficaces para sus ciudadanos y se enfrentan al desafío de reformar los sistemas de salud, sin dejar de tener en cuenta el interés de los accionistas, los pacientes, los empresarios privados y las regulaciones gubernamentales que en conjunto constituyen el sistema de salud^{13,21}.

Se facilita el desarrollo de nuevos sistemas de evaluación de la calidad que se puedan utilizar para la acreditación, licenciatura, certificación u otros propósitos reglamentarios, incluyendo: la selección de un modelo de evaluación, estándares específicos para el país o la región, desarrollo de indicadores y medidas de la actuación y el desarrollo de los procesos de evaluación y acreditación.

Se busca la mejora del funcionamiento mediante análisis de mercado y servicios de remisión; procedimientos y protocolos clínicos; estándares de actuación para la prestación de cuidado médico; gestión de la información; liderazgo y educación para el personal, y planificación del entorno y el espacio de la organización.

La acreditación busca alcanzar reconocimiento como uno de los prestadores de servicios de salud de calidad dedicados a la excelencia mediante estándares internacionales desarrollados en consenso; compromiso a la continua mejora y eficiencia de los servicios de salud y evaluaciones válidas y fiables.

En 1988 se creó la European Foundation for Quality Management (EFQM), que desarrolló un modelo europeo de gestión de calidad en 1992, que se ha divulgado ampliamente desde entonces con una expansión verti-

ginosa, basándose en la gestión de calidad total. La EFQM publicó su modelo de servicios sanitarios en 1996. Este modelo europeo está llamado a ser el canon de la calidad en nuestro país. Una de sus aportaciones más importantes es la inclusión de la responsabilidad social en la definición de calidad y la extensión de los conceptos de gestión total de calidad a un gran número de campos que tienen incidencia directa en el desarrollo y en la gestión de las organizaciones, incluyendo los resultados de la propia gestión²².

Normativa ISO

Por otro lado, la International Standards Office (Organización Internacional de Normalización), federación mundial de organismos nacionales, que trabaja en el establecimiento de las especificaciones normalizadas de calidad, configuró la normativa ISO, que constituye la referencia de normalización internacional del establecimiento y del desarrollo de la calidad. La normativa ISO en la serie 9.000 establece una serie de normas para la gestión de calidad y criterios para los sistemas de calidad que se han adoptado en España, como las normas nacionales bajo la denominación UNE. La serie de normas UNE/UN/ISO 9.000 constituye un acercamiento hacia las normas básicas para la implantación de un sistema o programa de calidad bajo el concepto de gestión de calidad total, lo que conduce hacia la “excelencia” que representa el modelo europeo de calidad total²³.

Programa de calidad de la sociedad Española de Médicos de Residencias

La Sociedad Española de Médicos de Residencias, en su página web, facilita un documento de “Elaboración y validación de un instrumento de acreditación de centros de cuidados prolongados a personas mayores y personas con enfermedad de Alzheimer”, mediante una comisión conjunta interdisciplinaria e interprofesional de gerontología, Administración pública y empresas del sector con los objetivos de evaluar los instrumentos ya existentes, poner de manifiesto el déficit de estos instrumentos y generar criterios y estándares propios²⁴.

NORMATIVAS AUTONÓMICAS. INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

Las normativas autonómicas con los diversos requisitos para la asistencia sociosanitaria, realizada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, pueden verse en su página web y se transcriben en el anexo I²⁵. En ellas se establecen mínimos en diversos aspectos

TABLA I. Indicadores de calidad

Incidencia de fracturas nuevas
Prevalencia de caídas
Prevalencia de trastornos de comportamiento que afectan a los demás
Prevalencia de síntomas de depresión
Prevalencia de depresión sin tratamiento antidepresivo
Uso de nueve o más medicamentos distintos
Incidencia del deterioro cognitivo
Prevalencia de incontinencia urinaria o intestinal
Prevalencia de incontinencia urinaria o intestinal ocasional o frecuente sin un plan de aseo
Prevalencia de sondas vesicales
Prevalencia de retención fecal
Prevalencia de infecciones urinarias
Prevalencia de uso de antibióticos/antiinfecciosos
Prevalencia de pérdida de peso
Prevalencia de alimentación por sonda
Prevalencia de deshidratación
Prevalencia de residentes encamados
Incidencia del deterioro de AVD de pérdida tardía
Incidencia del deterioro del rango de movilidad
Falta de instrucción/prácticas de habilidades o rango de movimiento en residentes no independientes en cuanto a movilidad
Prevalencia de uso de medicamentos antipsicóticos, en ausencia de psicosis o trastornos relacionados
Prevalencia de dosis diarias de antipsicóticos por encima de la recomendada en los protocolos
Prevalencia del uso de ansiolíticos/hipnóticos
Prevalencia del uso de hipnóticos más de dos veces en los últimos siete días
Prevalencia del uso de cualquier benzodiacepina de larga duración
Prevalencia de uso diario de sujeciones físicas
Prevalencia de escasa o ninguna actividad
Falta de acción correctiva en relación con problemas sensoriales o de comunicación
Prevalencia de úlceras por presión 1-4
Diabetes dependiente de insulina sin cuidado de los pies

Tomada de "Conxunto Mínimo de Datos Sociosanitarios". Xunta de Galicia, 1999.

como puede ser aspectos arquitectónicos y funcionales del edificio, *ratios* de plantilla, gestión del personal, etc.

En el año 1999, el Defensor del pueblo publica un informe sobre la atención sociosanitaria en España y aspectos conexos. En él se establecen los objetivos no alcanzados del plan gerontológico, y las diferentes iniciativas en las diferentes autonomías²⁶⁻²⁸.

Con fecha 29 de agosto de 2003 el Consejo de Ministros aprobó el Plan de Acción de Personas Mayores 2003-2007 en el que se establecen unos objetivos que se desean conseguir en el ámbito de las personas mayores basadas en la igualdad de oportunidades, conteniendo unos mínimos de obligado cumplimiento y con

evaluación bienal de la idoneidad del Plan y de los objetivos cumplidos^{29,30}.

ESCALAS DE VALORACIÓN COMO PARÁMETRO DE CALIDAD

Ya en el informe del Defensor del pueblo del año 1999 se reseña en las conclusiones que el modelo debe establecer un *sistema de valoración de la dependencia*, único, para todas las comunidades autónomas, que se llevaría a cabo por equipos multidisciplinares (médico/a, psicólogo/a, enfermero/a y trabajador/a social).

Para el control de calidad y para un sistema de información, es imprescindible un lenguaje propio común basado en un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) adecuado y específico.

Las diferentes comunidades autónomas han desarrollado sistemas de valoración diversos a pesar de la recomendación del Defensor del pueblo, basados en las grandes referencias internacionales.

Son trabajos reseñables, entre otros, los realizados por la Región Sanitaria Costa de Ponent, y la realizada por el Servicio Galego de Saude (SERGAS)^{19,31-33}.

Los médicos rehabilitadores estamos familiarizados con las escalas de valoración funcional³⁴, que en el anciano evalúan actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y estado mental. Esta multiplicidad de instrumentos suscitó la necesidad de una herramienta global que valorase las áreas problemáticas de la persona mayor y que incluyese también sus capacidades residuales. En 1984 se desarrollaron en Estados Unidos los Resources Utilization Groups (RUG) tomando como medida de consumo de recursos el tiempo de dedicación relativa del *staff* a cada enfermo. La versión más utilizada actualmente es la RUG-III, que se estructura en siete categorías jerárquicas: rehabilitación (con cuatro subcategorías), tratamientos extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y dependencia de funciones físicas^{35,36}. En Estados Unidos en 1987 se desarrolla el Resident Assessment Instrument Nursing Home (RAI-NH), o Instrumento de Valoración de Residente, con la finalidad de mejorar y hacer más homogéneo el trabajo en las residencias de ese país. Es un instrumento de evaluación multidimensional global basado en el estado funcional de la persona mayor, que sirve para guiar al evaluador, detectando los problemas que deben ser tenidos en consideración a la hora de planear los cuidados de una forma individualizada^{19,37,38}.

Un problema inherente a un sistema de indicadores de calidad es que la información recogida es información sobre el pasado. En el momento de contratar servicios, tanto la administración como los familiares y los mismos residentes quieren información fiable sobre qué centros le van a proporcionar servicios y cuidados de ma-

yor calidad. Si de mes en mes los indicadores de calidad de cada centro suben y bajan de forma descuidada, ninguna conclusión se puede sacar acerca de la calidad relativa de éstos. La estabilidad y el valor pronóstico de los indicadores dependen de encontrar factores que se puedan medir, que cambien de forma predecible, según cambia la calidad de los cuidados prestados, y que no sean demasiado sensibles a factores ajenos o acontecimientos esporádicos. En la tabla I pueden verse los indicadores del RAI-NH¹⁹. Se puede observar que algunos indicadores miden la prevalencia de un problema, mientras que otros miden la incidencia.

Cabe destacar que todos los indicadores son “negativos”, es decir, señalan áreas de posibles problemas de calidad y no áreas de buena calidad. Aunque sería deseable que ningún anciano padeciese ninguno de los problemas recogidos en la tabla, es bastante inevitable en la población en cuestión. Existen índices que señalan porcentajes mínimos y máximos de residentes afectados por el problema, que ayudan a orientarse acerca del grado de calidad.

CONCLUSIONES

– Debe hacerse hincapié en la efectiva coordinación entre los niveles social y sanitario.

– En la calidad deben valorarse la accesibilidad, eficacia, efectividad, adecuación, coordinación, continuidad, satisfacción del usuario, satisfacción de los profesionales y eficiencia. La calidad y el coste no pueden separarse.

– Es de esperar que se establezcan unos objetivos a cumplir basados en la igualdad de oportunidades y unos mínimos de obligado cumplimiento.

– En relación con las escalas de valoración, es preciso establecer un sistema de valoración de la dependencia único para todas las comunidades autónomas.

– Es necesaria la presencia del médico rehabilitador formando parte del equipo interdisciplinar, así como en el diseño de diferentes programas en el que la medicina de rehabilitación tiene un papel relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO, 1999.
2. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias. N.º 2. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
3. Casado D. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España. Barcelona: Servicios de estudios de La Caixa, 2001.
4. Fontanals MD, Martínez F, Vallés E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa “Vida als Anys”. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995; 30:189-98.
5. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. El model d'atenció sociosanitaria a Catalunya. Pla de salut. Quadern n.º 5, 1994.
6. Plan de mayores. Factores que determinan la autonomía/dependencia de las personas mayores. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid: Comunidad de Madrid, 1998.
7. Aiguabella J, González M. Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1996.
8. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
9. Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
10. Juran JM, Gryma FM, Bingham RS. Manual de Control de la Calidad, 2.ª ed. Barcelona: Reverté, 1990.
11. WHO Regional Office for Europe. The principles of Quality Assurance. European Reports and Studies 94. Copenhagen, 1985.
12. Palmer RH. Evaluación en la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Planificación Sanitaria, 1989.
13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). The transition from QA to CQI: An introduction to quality improvement in health care. Chicago: JCAHO, 1991.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseño de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
15. Levi y Anderson L. La tensión psicosocial. Población Ambiente y Calidad de Vida. México: El Manual Moderno, 1980.
16. García-Altés A, et al. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. Gac Sanit 2000;14:48-57.
17. Cathy Ch. Sistema de clasificación de los residentes de Alberta para centros de media y larga estancia. Rev Gerontol 1994;3:189-98.
18. Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E. Envejecimiento y clasificación de pacientes (II). Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33:363-73.
19. Conxunto Mínimo de Datos Sociosanitarios. Estudio descriptivo en centros de personas mayores. Xunta de Galicia. Noviembre, 2000.
20. Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad. En: Tratado de la calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
21. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para hospitales, 1996. Barcelona: SG Editores, 1995.
22. Lorenzo S. Evidencias de la aplicación del modelo EFQM de excelencia del sector sanitario en nuestro medio. Rev Calidad Asistencial 2000;15:129-30.
23. Bohigas LI. El premio Europeo a la calidad, las normas ISO y la acreditación. Rev Calidad Asistencial 1998;13:4-5.
24. Elaboración y validación de un instrumento de acreditación de centros de cuidados prolongados a personas

- mayores y personas con enfermedad de Alzheimer. Comisión conjunta interdisciplinaria e interprofesional de gerontología, administración pública y empresas del sector. Disponible en: <http://www.medicosderesidencias.com/semer/html/secciones/acreditacion centros.htm>. Consultado en mayo 2003.
25. Grupo de la SEGG de "criterios de calidad en Servicios Sociosanitarios para personas mayores". Disponible en: <http://www.segg.es>
 26. Defensor del Pueblo. La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e Informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid: Ed. Defensor del Pueblo, 2000.
 27. Defensor del Pueblo. Residencias públicas y privadas de la tercera edad. Madrid: Ed. Defensor del Pueblo, 1990.
 28. Defensor del Pueblo. "Recomendación sobre las residencias públicas y privadas de la Tercera Edad". Madrid: Ed. Defensor del Pueblo, 1990.
 29. Plan Galego de Personas Maiores 2001-2006. Xunta de Galicia. Conselleria de Asuntos Sociais, Emprego e Relacions Laborais. 2002.
 30. Plan de acción de personas mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Agosto 2003.
 31. García Ameijeiras C, Roige Cortadelles T, Elías Aldosa T, Vinas Folch P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológico multidisciplinar en la asignación de recursos sociosanitarios. *Aten Primaria* 1997;20:506-10.
 32. Validación del instrumento de valoración sociosanitaria Costa de Ponent. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000.
 33. Calvo López L, Gómez Fernández JR, Gómez Tato I, Mateo Rodríguez R, Rubio Vidal MJ, Salinas Buján MP. Conjunto mínimo de datos sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria II* 1999;(3):95-107.
 34. Monográfico Rehabilitación. Escalas de Valoración Funcionales. Rehabilitación (Madr) 1994;28.
 35. García Altes A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evaluación y perspectivas de futuro. *Gac Sanit* 2000;14:48-57.
 36. Carrillo E, García Altés A, Peiro S, Portella E, Mediano C, Fries B, et al. Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups Versión III. Validación en España. *Rev Gerontol* 1996;6:276-84.
 37. Achterberg W, Van Campen C, Pot A, KerKstra A, Ribbe M. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scand J Rehab Med* 1999; 31:131-7.
 38. Formulario básico para a avaliación do residente en centros de persoas maiores e seguimento dos coidados. Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais.

Correspondencia:

M.^a L. Rey Pita
 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
 Complejo Hospitalario de Pontevedra. Mourente-Montecelo
 36071 Pontevedra
 Correo electrónico: lreypit@telefonica.net