



**INFORME COMPILACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE CENTROS  
DE CUIDADOS DE PERSONAS MAYORES Y PROCESOS DE REGISTRO,  
ACREDITACIÓN Y MONITOREO**

Gestión de Centros de Día y de Larga Estadía en la nueva realidad  
generada por la COVID-19 (BID: ATN/OC-18458-RG):

## ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Contexto	8
2.1 El reto del envejecimiento poblacional	8
2.2 El marco de derechos	9
2.3 Lo que quieren las personas. El marco de la Atención Centrada en la Persona	11
2.4 Perspectiva de género y calidad	13
2.5 La calidad en los cuidados de larga duración	16
3. Marco conceptual de la gestión de la calidad en servicios sociales, en la atención a las personas mayores y a la dependencia	27
3.1 Modelos de cuidados. Características de los sistemas que afectan a la gestión de la calidad	27
3.2 Los diferentes modelos e instrumentos para la promoción de la calidad en los cuidados de larga duración	34
3.3 La autorregulación de la calidad mediante modelos y estándares, genéricos o específicos, de gestión de la calidad	36
3.4 Definición de Centros de cuidados	43
3.4.1 Centros de Larga Estadía	43
3.4.2 Centros de día	45
4. Modelos internacionales analizados (Escocia, Suecia, Islandia y España)	48
4.1. Metodología	48
4.2 Escocia	51
4.3 Suecia	68
4.4 Islandia	84
4.5 España	100
4.5.1 Modelo Gipuzkoa	102
4.5.2 El Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD (2022)	116
4.6 Otras experiencias de interés a nivel internacional	119
4.6.1 Inglaterra. Estándares de atención	119
4.6.2 Inglaterra. La persona en el centro ¿Qué puedo esperar?	121
4.6.3 Inglaterra. La información periódica y permanente de los proveedores y usuarios del sistema	122
4.6.4 Alemania: el nuevo proceso de evaluación y los acuerdos de transparencia	124
4.6.5 Escocia. Personas voluntarias se suman a la inspección	126
4.6.6 Francia. La autoevaluación y los indicadores de calidad	127
4.6.7 Estados Unidos. Nursing Home Compare	129

4.6.8. Estándares de atención para centros residenciales de personas mayores. Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias (2021)	134
4.6.9 Los indicadores de calidad para la evaluación de los centros residenciales y centros de día de Cataluña (2010)	137
4.6.10. Modelo de Acreditación de Calidad la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)	141
4.6.11. La calidad en centros de día	143
5. Modelos Nacionales analizados (Uruguay, Colombia y Costa Rica)	145
5.1. Uruguay	145
5.1.1. Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Uruguay.	145
5.1.2. Personas mayores institucionalizadas.	146
5.1.3. Legislación y Normativa	146
5.1.4. Sistema de garantía de la calidad:	146
5.1.4.1. Agentes implicados y roles.	146
5.1.4.2. Fases: Habilitación, registro, monitoreo.	147
5.1.4.2.1. Procedimiento de habilitación de CLE:	147
5.1.4.2.2. Monitoreo de CLE:	148
5.1.4.2.3. Procedimientos respecto a Centros de Día:	149
5.1.5. Modelos de certificación de la calidad.	149
5.1.6. Herramientas.	149
5.1.6.1. Recomendaciones a la hora de elegir un CLE (SNIC)	149
5.1.6.2. Pliego de Licitación Pública (SNIC)	150
5.1.7. Estándares de calidad.	150
5.1.7.1. Centros de Larga Estadía	150
5.1.7.2. Centros de DÍA (Licitación Pública Nº 38/2019)	152
5.1.7.3. Valoración respecto a Estándares de Calidad en Uruguay	153
5.2. Colombia	155
5.2.1. Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Colombia.	155
5.2.2. Legislación y Normativas.	156
5.2.3. Sistema de garantía de la calidad	156
5.2.3.1. Agentes implicados y roles.	156
5.2.3.2. Registro, puesta en funcionamiento y/o habilitación.	156

5.2.3.2.1.	Registro y puesta en funcionamiento de los CLE y CD como Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios.	156
5.2.3.2.2.	Registro y habilitación de los CLE y CD como Prestador de Servicio en Salud	157
5.2.3.3.	Monitoreo	159
5.2.3.3.1.	Monitoreo de los CLE y CD como Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios.	160
5.2.3.3.2.	Monitoreo de los CLE y CD como Prestadores de Servicio en Salud	161
5.2.4.	Modelos de certificación de la calidad.	161
5.2.5.	Herramientas.	162
5.2.6.	Estándares de calidad.	162
5.3.	Costa Rica	163
5.3.1.	Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Costa Rica.	163
5.3.2.	Legislación y normativa	165
5.3.3.	Sistema de garantía de la Calidad	166
5.3.3.1.	Instancia reguladora	166
5.3.3.2.	Fases: Habilitación registro y monitoreo	166
5.3.3.2.1.	Procedimiento de habilitación	166
5.3.4.	Monitoreo:	168
5.3.5.	Modelos de certificación de la calidad.	168
5.3.6.	Herramientas	168
5.3.7.	Estándares de calidad	169
6.	Conclusiones de los modelos nacionales e internacionales analizados	169
6.1.	Conclusiones generales y relacionadas con el proceso de autorización, registro y monitoreo y el establecimiento de estándares y de indicadores de calidad	169
6.2.	Referencias identificadas respecto a la eficacia de los diferentes sistemas de promoción de la calidad en los cuidados de larga duración.	185
7.	Consideraciones finales	195
8.	Referencias y bibliografía	197
9.	Actividades realizadas	207

**Equipo:**

Este informe ha sido elaborado por el equipo del proyecto Compilación de estándares de Calidad de centros de cuidados de personas mayores y procesos de registro, acreditación y monitoreo. Han participado en su elaboración: Maria Francesca Cerdó, Alberto Uriarte, Arantza Gutierrez y Elisa Berrios (Consultoría Internacional - España), con los aportes de Marisol Rapso (Costa Rica), Carlos Arturo Robledo (Colombia) y Valentina Seferian (Uruguay).

**Resumen:**

El presente documento corresponde al informe conjunto del subproyecto Compilación de Estándares de Calidad de Centros de Cuidados de Personas Mayores y Procesos de Registro, Acreditación y Monitoreo perteneciente al Proyecto global de Gestión de Centros de Día y de Larga Estadía en la nueva realidad generada por la COVID-19 (BID: ATN/OC-18458-RG) desarrollado por Fundación ASTUR. Este proyecto tiene un alcance de 3 países: Uruguay, Colombia y Costa Rica y ha sido realizado por el equipo conformado por las consultorías de cada país junto con una consultoría internacional.

Ha consistido en el análisis de la realidad de cada país en relación a los procesos de registro, acreditación y monitoreo y a los estándares que cada país utiliza para garantizar y promover la calidad en los centros de cuidados a personas mayores, así como las buenas prácticas del panorama internacional. Este estudio incorpora las voces de los protagonistas del sistema: personas usuarias de los servicios, sus familias, las profesionales del cuidado, prestadores, organismos públicos y expertos del mundo académico.

Fruto del trabajo realizado se presentan una serie de recomendaciones para la revisión de los sistemas actuales y dos guías, una de indicadores y estándares de calidad y otra sobre el Sistema de Información, que puede dar soporte al sistema. Estos documentos han sido elaborados de forma conjunta y se presentan como ANEXOS TÉCNICOS

ANEXO TÉCNICO 1 - RECOMENDACIONES Y ACCIONES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO, ACREDITACIÓN Y MONITOREO

ANEXO TÉCNICO 2 - PROPUESTA DE PRINCIPALES ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LOS CENTROS DE CUIDADOS DE PERSONAS MAYORES

ANEXO TÉCNICO 3 - GUÍA PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Documentos que completan este trabajo:

- Resumen ejecutivo del proyecto - elaboración conjunta
- Informe y Resumen ejecutivo - Costa Rica
- Informe y Resumen ejecutivo - Colombia
- Informe y Resumen ejecutivo - Uruguay
- Presentación para la divulgación del proyecto - elaboración conjunta

## 1. Introducción

El presente documento corresponde al Informe Extenso previsto para el subproyecto de Compilación de Estándares de Calidad de Centros de Cuidados de Personas Mayores y Procesos de Registro, Acreditación y Monitoreo perteneciente al Proyecto global de Gestión de Centros de Día y de Larga Estadía en la nueva realidad generada por la COVID-19 (BID: ATN/OC-18458-RG) Desarrollado por Fundación ASTUR. Este proyecto tiene un alcance de 3 países: Uruguay, Colombia y Costa Rica.

Dicho proyecto global se estructura en tres líneas o subproyectos:



El desarrollo de cada uno de los subproyectos se realiza por un equipo conformado por tres



consultorías nacionales y una consultoría internacional. En este caso:

El documento aborda en el apartado de contexto algunas definiciones y conceptos clave relacionados con la calidad y los cuidados. En el apartado de Marco Conceptual de la gestión de la calidad se analizan diferentes modelos e instrumentos internacionales utilizados en la gestión de la calidad, como las Normas Iso, el Modelo EFQM, el modelo Fundibeq (de la fundación Iberoamericana para la gestión de la calidad) y el Modelo de la Joint Commission. Seguidamente se aborda el análisis de los

Modelos internacionales de Escocia, Suecia, España e Islandia, que son descritos en profundidad, al igual que los modelos de Costa Rica, Colombia y Uruguay. En el análisis de cada uno de ellos se aborda la descripción de las principales características, legislación y sistemas de calidad, y una descripción del proceso de habilitación, registro y monitoreo. También se aportan otras buenas prácticas relevantes a nivel internacional como las de Inglaterra, Alemania, Francia y Estados Unidos. Se cierra el documento con los aspectos clave de los modelos analizados y las conclusiones preliminares que dan pie a la elaboración de las guías, presentadas a parte como Anexos Técnicos.

## 2. Contexto

### 2.1 El reto del envejecimiento poblacional

Las tendencias demográficas internacionales indican explícitamente que la población mundial está envejeciendo. En el año 2015 se estimaba que el número de personas mayores de 60 años rondaba los 900 millones y se prevé que en los próximos 15 años aumente a unos 2.100 millones (Lutz et al., 2018). Según el *World Population Prospects 2019*, la población de edad avanzada (mayores de 65 años) superó en tamaño a la población de menos de cinco años en 2018 por primera vez en la historia y se espera que su tamaño se duplique entre 2019 y 2050. En el reciente documento *Envejecer en América Latina y el Caribe* aporta información relevante sobre el rápido envejecimiento de la región. En la actualidad, Latinoamérica y Caribe tiene un índice promedio de población mayor de 65 años similar al promedio mundial (9,3%) y considerablemente inferior a regiones de ingresos altos como son Europa (19,1%) y Norteamérica (16,8%). No obstante, el envejecimiento de la población es más rápido en América Latina y el Caribe que en cualquier otra región. Se prevé que en el año 2091, el índice de población mayor en Europa y en América Latina se iguale y sean ambas las poblaciones más envejecidas del planeta (más del 30% tendrá 65 o más años) (Aranco et al. 2022).

Este envejecimiento poblacional se produce como resultado de varios factores entre los que se encuentra la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida. El aumento de la esperanza de vida se debe, entre otros aspectos, a los avances médicos, el fomento de hábitos saludables y a otros factores como la mejora de la dieta, como la mediterránea, en algunos países (Foreman et al., 2018). No obstante, la demencia se está convirtiendo en uno de los mayores retos asociados al envejecimiento de la población. Si las tendencias demográficas actuales se mantienen, se estima que en el 2050 se haya duplicado la tasa de personas con demencia en los países de la OCDE pasando de los 21 millones actuales a 42 (OCDE, 2021). Si bien el aumento de la esperanza de vida no siempre va asociado a un aumento de las situaciones de dependencia, ya que la población también está ganando en años de vida saludables (OCDE, 2015), no cabe duda de que esta tendencia conlleva un reto a nivel social y político en materia de los cuidados de larga duración.

Afrontar este reto en el marco de los cuidados de larga duración, supone atender y comprender las necesidades de cuidado de las personas mayores pues, pese a que hayan mejorado muchas de las condiciones asociadas a la calidad de vida, la tasa de dependencia se va a ver alterada, así como las características de dicha dependencia. Atendiendo a esta heterogeneidad de situaciones de dependencia o necesidades de cuidado, las políticas y normativas que definen los modos en los que se deben establecer los cuidados de los países, tienen que ser revisadas, actualizadas y adaptadas a la realidad actual de la población general y de personas mayores, en particular.

Además de las tendencias demográficas, otro aspecto a tener en cuenta en el diseño de modelos de atención a personas mayores, es el cambio en la forma de cuidar y en el rol de las personas cuidadoras. El cuidado de las personas mayores ha sido principalmente responsabilidad de las familias, pero la tendencia actual es una disminución de los cuidados informales, como resultado de la evolución de la sociedad, como la creciente movilidad de la población, la mayor participación de las



mujeres en el mercado laboral y el aumento de la edad de jubilación (Cès y Coster, 2019). Por tanto, en las próximas décadas se prevé un crecimiento de la demanda de cuidados de larga duración.

## 2.2 El marco de derechos

Atendiendo a esta tendencia de la población, en la que el aumento de la esperanza de vida conlleva que cada vez más personas mayores van a vivir con deterioro funcional y cognitivo y sean dependientes de la ayuda de otros, la preocupación por la protección de una vida digna en la vejez se está convirtiendo en una prioridad política internacional (OCDE/CE, 2013). En este sentido, conviene profundizar en la Convención Interamericana Sobre La Protección de los Derechos Humanos De Las Personas Mayores<sup>1</sup> que tiene como objeto promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, por lo que está asociado a la contribución de su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Los principios generales aplicables a la Convención son:

- A. La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- B. La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- C. La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- D. La igualdad y no discriminación.
- E. La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- F. El bienestar y cuidado.
- G. La seguridad física, económica y social.
- H. La autorrealización.
- I. La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- J. La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- K. El buen trato y la atención preferencial.
- L. El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- M. El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- N. La protección judicial efectiva.
- O. La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Por tanto, según el artículo 4 de esta Convención, los Estados Parte de la misma se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, algunos de los cuales son<sup>2</sup>: igualdad y no discriminación por razones de edad, derecho a la vida y a la dignidad en la

---

<sup>1</sup>[https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)

<sup>2</sup> Para leer todos los derechos y su desarrollo, consultar la Convención Interamericana Sobre La Protección de los Derechos Humanos De Las Personas Mayores

vejez, derecho a la independencia y a la autonomía, derecho a la participación e integración comunitaria, derecho a la privacidad y a la intimidad.

En este contexto, se considera de especial relevancia la definición del derecho de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, que se resume como el derecho a un sistema integral que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Se especifica que los Estados Parte, deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores/as mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de las familias y la plena participación de la persona mayor en la toma de decisiones.

Asimismo, deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Para ello, para que se preserven los derechos de las personas mayores en los servicios de cuidado de larga duración, debe haber un compromiso para:

- a. Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
- b. Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- c. Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
  - I. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.
  - II. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelven, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.
  - III. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.
  - IV. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.

V. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.

d. Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.

e. Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

### 2.3 Lo que quieren las personas. El marco de la Atención Centrada en la Persona

En la última década, el término Atención Centrada en la Persona (ACP) se ha convertido en el marco de referencia para gran parte de los servicios de atención a personas, incluidos los servicios de cuidado a largo plazo. Es un cambio de enfoque impulsado también por la OMS a través de la denominada *Global strategy on people-centred and integrated health services* que la propia organización define como una llamada al cambio de paradigma fundamental en la forma en la que se gestionan, financian y se prestan los servicios de salud (OMS, 2015).

El origen del término Atención Centrada en la Persona se vincula con el psicoterapeuta Carl Rogers, enmarcado en la corriente de la psicología humanística, pues fue quien desarrolló la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1966). Este modelo parte de la asunción de que nadie tiene más conocimiento de uno mismo que la propia persona, por lo que ésta cuenta con las claves para autodirigir su vida.

Se trata de un enfoque reconocido como una estrategia especialmente beneficiosa en los servicios de ámbito residencial para las personas y sus familias, la comunidad, los equipos profesionales y los sistemas de salud (OMS, 2015). Por este motivo, diversas administraciones públicas y entidades privadas de diferentes países han optado y están optando por este modelo para dar el cambio hacia servicios más deseables y amigables para las personas que reciben cuidados o conviven en los diferentes tipos de centros. De hecho, a nivel internacional son muchos los países (países nórdicos, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, entre otros) que han ido adaptando y modificando sus modelos de atención y, por tanto, normativas, hacia este modelo de atención (Martínez, 2013).

Este cambio busca alejarse de los servicios tradicionales de marcado carácter hospitalario e institucional, para acercarse más a los deseos y preferencias de las personas que reciben cualquier tipo de atención o cuidado, es decir, para asociarse a una personalización de los servicios y recursos. Bajo este marco, se sitúa en el centro de la intervención y de la atención a la persona primando sus intereses, su dignidad, su autonomía y sus decisiones (Martínez, 2011; Martínez, 2013) y no las enfermedades (OMS, 2015). Por ello, se requiere del apoyo adecuado para que las personas tomen sus propias decisiones y participen en su propio cuidado, tal y como destaca la OMS (OMS, 2015).

Entre los principios en los que se basa la ACP destacan: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de la biografía de cada persona, el fomento de la autonomía y la interdependencia de las personas mayores con el entorno (Nolan et al., 2004). Por su parte, la OMS (2015) defiende que, si bien existen diferentes enfoques que pueden adaptarse para lograr una

prestación de servicios de salud integrados y centrados en la persona, las reformas asociadas a la ACP deben basarse en un conjunto de principios de comunes y expone que los servicios de salud integrados y centrados en las personas deben ser:

- Integrales: ofrecer atención integral y adaptada a las necesidades de salud cambiantes de las personas, con un compromiso con la cobertura universal de salud.
- Equitativos: brindar atención accesible y disponible para todos.
- Sostenibles: dar atención que sea eficiente, eficaz y contribuya al desarrollo sostenible.
- Coordinados: garantizar que la atención se integre en torno a las necesidades de las personas y se coordine de manera efectiva entre diferentes proveedores y entornos.
- Continuos: brindar atención y servicios a lo largo de la vida.
- Holísticos: centrados en el bienestar físico, socioeconómico, mental y emocional.
- Preventivos: abordar los determinantes sociales de la mala salud mediante acciones que favorezcan la salud pública y la promoción de la salud.
- Empoderadores: apoyar a las personas para que gestionen y asuman la responsabilidad de su propia salud.
- Orientados a objetivos en términos de cómo las personas toman decisiones asociadas con la atención, evalúan los resultados y miden el éxito.
- Respetuosos con la dignidad de las personas, las circunstancias sociales y las sensibilidades culturales.
- Colaborativos: apoyar la creación de relaciones, el trabajo en equipo y la práctica colaborativa en la atención primaria, secundaria y terciaria, y con otros sectores.
- Coproducidos mediante asociaciones activas con personas y comunidades a nivel individual, organizacional y de políticas.
- Dotados de derechos y responsabilidades que todas las personas deben ejercer y respetar.
- Gobernados a través de la responsabilidad compartida de los proveedores de atención por la calidad de la atención y los resultados de salud.
- Basados en evidencia para que las políticas y estrategias estén guiadas por la mejor evidencia posible y respaldadas a lo largo del tiempo por la evaluación de objetivos medibles para mejorar la calidad y los resultados.
- Éticos para asegurarse de que la atención optimice la relación riesgo-beneficio en todas las intervenciones, respete el derecho del individuo a tomar decisiones autónomas e informadas, proteja la privacidad y asegure la distribución justa de los recursos.

En esta misma línea, Martínez (2013) resume en un decálogo de 10 asunciones que pueden resumir el enfoque de la ACP aplicado a la atención de las personas mayores de la siguiente manera<sup>3</sup>:

1. Todas las personas tienen dignidad
2. Cada persona es única
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y el bienestar subjetivo de las personas
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas
9. Las personas son interdependientes
10. Las personas son multidimensionales y experimentan cambios

Por tanto, desde este enfoque de atención, cobra especial relevancia el proyecto de vida y el modo en el que la persona quiere vivir, independientemente de la situación y del lugar en el que viva. Por este motivo, en lo que respecta a alojamientos o viviendas para personas mayores que precisan cuidados, todo va en la línea del diseño de lugares hogareños que favorezcan la continuidad de dicho proyecto de vida. Alejándose, como se comentaba anteriormente, de espacios de carácter y aspecto hospitalario o institucional.

Respecto al modo en el que las personas quieren vivir, cabe señalar que existe una preferencia clara de las personas mayores a “querer envejecer en casa” (OCDE, 2011). En respuesta a esta situación, atendiendo, por un lado, a las preferencias de las personas mayores y, por otro, a las tendencias de cambios en los modelos de atención, deben desarrollarse cambios en las políticas en torno a los servicios de atención a personas mayores.

#### 2.4 Perspectiva de género y calidad

Además de tener en cuenta las necesidades de las personas mayores y las tendencias actuales en la atención, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, a día de hoy no se puede obviar el hecho de que, al menos, parte de estas necesidades están condicionadas por el género. Esta disparidad en las necesidades responde, en gran medida, a la situación actual de desigualdad entre géneros presente en gran parte de la sociedad mundial.

Estas diferencias entre géneros son consecuencia de diversos factores relacionados tanto con cuestiones biológicas como sociales que, de una forma u otra, repercuten en el sector de los cuidados.

---

<sup>3</sup> Este decálogo se puede consultar en toda su extensión en <http://www.acpgerontologia.net/>

Por este motivo, deben ser contempladas a la hora de diseñar servicios de cuidados y sus sistemas de calidad asociados.

En el ámbito de los cuidados, tanto en las personas que los prestan o apoyan en los cuidados como en las personas que los reciben o necesitan estos apoyos, existen marcadas diferencias en cuestión de género. En primer lugar, no cabe duda de que es un sector feminizado ya que, tanto a nivel profesional como informal, los cuidados recaen en mayor medida en mujeres. Esta feminización de los cuidados es, además, más acusada en el medio rural (Gómez y Navarro, 2018). La denominada democratización de los cuidados, que supone plantear una organización social que favorezca tanto a las personas que los reciben como a quienes los proporcionan, según Ezquerro y Mansilla (2018), pasa por cuatro ejes, uno de los cuales hace referencia a la perspectiva de género, ya que busca repartir el cuidado entre mujeres y hombres para eliminar la división sexual del trabajo. En segundo lugar, en cuanto a las personas que reciben los cuidados o precisan apoyos, existen diferencias entre géneros causadas por diferentes factores.

Cabe destacar que un porcentaje elevado de las personas que necesitan o reciben cuidados, especialmente los de larga duración, son mujeres. Este hecho responde, entre otros, a dos factores: por un lado, a que la esperanza de vida de las mujeres es más elevada que la de los hombres (Crimmins et al., 2019); y, por otro lado, a que las mujeres sufren, en mayor medida, enfermedades y trastornos crónicos (Nair et al., 2021) que se pueden asociar con mayor probabilidad con situaciones de dependencia (de los Santos y Carmona, 2018). Sin embargo, los hombres son más propensos a enfermedades que requieren hospitalización.

El primer factor mencionado, la esperanza de vida de las mujeres, influye en diversos aspectos relacionados con el cuidado. Las mujeres tienen mayor probabilidad de llegar a estar en situación de viudedad, por lo que viven solas con más frecuencia (Soler, Teixeira & Jaime, 2015), lo cual puede aumentar la demanda o necesidad de recursos para el cuidado en caso de necesitarlos o estar en situación de dependencia, a diferencia de los hombres que tienen menos probabilidades de enviudar y más de casarse (Del Bono et al., 2007). Asimismo, se debe tener en cuenta que las situaciones de discriminación vividas por las mujeres durante la juventud, u otras etapas, se multiplican en la vejez (Soler, Teixeira & Jaime, 2015). Todo ello se traduce en que las mujeres tienen un mayor índice de fragilidad, tanto social como física, que se asocia a una mayor vulnerabilidad a la enfermedad (Nair et al., 2021).

El segundo factor, la prevalencia de las enfermedades y trastornos crónicos, es el que más se asocia a situaciones de dependencia y, por tanto, a la necesidad de servicios de cuidados. No obstante, se debe señalar que, desde el feminismo, se han estudiado de manera insuficiente las condiciones de vida de las mujeres mayores y que el envejecimiento es un proceso que recorre todo el curso vital que depende de variables del contexto social, lo cual remarca la heterogeneidad de las personas mayores entre sí (Toro, 2018). Por tanto, desde este enfoque resulta difícil generalizar, si bien algunas investigaciones han obtenido resultados significativos en los datos anteriormente expuestos.

Las situaciones de dependencia están principalmente caracterizadas por dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria que, en muchas ocasiones, son consecuencia de enfermedades como la demencia. A medida que aumenta la esperanza de vida, aumentan las tasas de prevalencia de la

demencia, por lo que es más frecuente en mujeres que en hombres (Nair et al., 2021). Teniendo en cuenta las necesidades de cuidados de las personas que tienen algún tipo de demencia y el claro aumento de la población que la presenta (OMS, 2017), es evidente la tendencia a tener en cuenta las demencias u otras enfermedades o aspectos que puedan condicionar la autonomía e independencia de las personas a la hora de diseñar sistemas de calidad eficientes y coherentes que respondan a la situación actual de los cuidados.

Por otro lado, atendiendo a la relación entre los cuidados y la esfera social de las personas, se deben señalar algunas diferencias a nivel social entre las personas mayores y personas de otros rangos de edad y entre mujeres y hombres. En primer lugar, la situación de inclusión y participación social se considera un aspecto cambiante o dinámico a lo largo de la vida, si bien en personas mayores es algo más estable y no varía tanto debido a la reducción de movilidad geográfica (Del Bono et al., 2007). Además, otro aspecto clave en esta variabilidad del área social de las personas según la edad es la relación entre la producción, asociada, principalmente, a la vida laboral, y la inclusión social. La producción y la vida laboral marcan en gran medida la posición a nivel social y la inclusión, por lo que, en personas mayores, al haberse retirado de la vida laboral, esa posición e inclusión cambia significativamente. Este punto también tiene diferencias en cuestión de género, pues la inclusión de la mujer en el mundo laboral no deja de ser un hecho relativamente reciente. Por tanto, todos estos factores, la inclusión social y su relación con la movilidad geográfica y la producción, así como la reciente inserción de la mujer en el mundo laboral, son clave a la hora de entender la realidad de las personas mayores y la diferencia entre géneros.

Teniendo en cuenta la perspectiva de género y las diferencias entre mujeres y hombres recién mencionadas, tanto a nivel social como biológico, es claro el reto que se les presenta a las instituciones en general y a los recursos y organismos asociados al cuidado, en concreto. Por este motivo, la perspectiva de género y la igualdad deben ser objetivos de las organizaciones, traducidos en un compromiso tanto con la sociedad en general como con las personas receptoras de los servicios que ofrecen. Esto es lo que se puede definir como misión de la organización y debe ser redactada en función de los beneficios, igualmente, de la sociedad o la ciudadanía y de dichas personas receptoras de servicios (Gómez Torralbo, 2006). En este punto, en la redacción, tanto de la misión como de los criterios o estándares de calidad, cobra especial relevancia el lenguaje ya que, por un lado, puede hacer explícito ese compromiso y, por otro, es una importante herramienta de cambio.

Asimismo, también es necesario que se explicita con claridad la igualdad entre mujeres y hombres en la cultura organizacional, ya que de no ser así difícilmente se logrará el objetivo. Se debe tener en cuenta que su ausencia puede ser perjudicial en la consecución de objetivos, ya estén directa o indirectamente relacionados con la igualdad, y que puede generar sintomatología diversa dentro de la organización, que se mejorará implantando mejoras de gestión de la calidad y de igualdad de género (Gómez Torralbo, 2006). En caso de desigualdad de género, son precisamente las mujeres quienes más van a sufrir las consecuencias por diversos motivos, algunos de los cuales han sido mencionados anteriormente. Este hecho puede generar que estén sujetas a un rol de subordinación y a una carencia de autonomía personal (García, Cruz y Mejía, 2022).

Mantener esta misión y la consecución de objetivos asociados a la igualdad de género conlleva un proceso de cambio intenso que debe tener presente las necesidades y expectativas de mujeres y hombres, y que debe ser diseñado para satisfacerlas. Es importante identificar dichas necesidades y expectativas prestando especial atención a las personas usuarias de los servicios y analizándolas respecto a la igualdad de oportunidades (Gómez Torralbo, 2006). Este proceso requiere, por tanto, una mejora continua y una valoración de los resultados diferenciales que obtienen hombres y mujeres.

Todo ello, va acompañado a nivel social de los movimientos que buscan cambiar los constructos sociales que siguen restringiendo y discriminando a la mujer, condicionando su poder decisorio y su participación (García, Cruz y Mejía, 2022), lo que conlleva, por otro lado, agregar el enfoque de género, con una perspectiva interdisciplinaria y desde la totalidad, para lograr el objetivo de la igualdad. De hecho, hay estudios que han destacado la necesidad de involucrar a las organizaciones de derechos de las mujeres y a los defensores de la igualdad de género en la elaboración de políticas de atención a largo plazo con el fin de tener en cuenta las cuestiones de género (Nair et al., 2021).

## 2.5 La calidad en los cuidados de larga duración

### **Evolución del concepto de calidad en los cuidados de larga duración**

Antes de hablar de la evolución del concepto de calidad en los cuidados de larga duración, cabe hacerlo del cambio que se ha dado en la atención a la dependencia.

Ha pasado de ser un sector eminentemente vinculado a la beneficencia y a lo público a ser un sector en el que han entrado otros agentes, como son las entidades del tercer sector, no lucrativas, y las entidades privadas, que ven en la actividad una oportunidad de negocio. De ser un sector minoritario, dado que el cuidado se brindaba en el entorno familiar, a ser un sector en crecimiento importante ante la necesidad de dar respuesta a las necesidades de cuidado crecientes. Por otro lado, conforme aumenta la esperanza de vida, cada vez son más las personas que tienen que vivir con deterioro cognitivo y funcional, cambiando también el perfil de personas a las que hay que brindar apoyos, haciéndose necesaria la especialización para dar respuestas a las necesidades derivadas de la demencia y a niveles mayores de dependencia y/o fragilidad. Finalmente, el modelo de atención a la dependencia, está cambiando. De estar centrado en la organización y el servicio a estar centrado en la persona, en sus necesidades y deseos de vida.

La calidad en los Cuidados de Larga Duración, también ha ido evolucionando conforme lo han hecho los sistemas de cuidados y la sociedad. La calidad entendida como el acceso a los servicios cuando estos son necesarios, la calidad como la garantía de que los servicios cumplen con los requisitos mínimos establecidos, la calidad como los mecanismos que permiten que las prácticas sean seguras y la calidad de vida, entendida en términos de cómo los servicios cubren las necesidades de las personas que los usan y se adaptan a sus preferencias. Al analizar los modelos existentes se observa cómo todos estos aspectos coexisten en la práctica.



Los países han establecido diferentes herramientas y estrategias para promover la calidad de los centros de cuidados. El establecimiento de requisitos mínimos de calidad que deben cumplir los centros es el más habitual.

### **La calidad en los cuidados de larga duración desde diferentes perspectivas**

Si bien la calidad empieza por aquello que para la persona es importante, no puede obviarse que incorpora más matices, matices que puede que la persona usuaria no perciba, como son aquellos relacionados con la organización del servicio o con el personal. Desde este punto de vista, cuando se habla de calidad en los centros de cuidados, cabe verla desde diferentes perspectivas o dimensiones (European Social Network, 2020):

- La de la persona: cómo el servicio me permite seguir controlando mi vida
- La de los proveedores: cómo la mejora continua me permite seguir prestando el servicio
- La de la administración: cómo garantizar que todas las personas accedan a aquello que necesitan desde un marco de calidad establecido
- La de la inspección (pensando que es el agente que certifica dicha calidad): en qué medida los servicios están cumpliendo con su cometido

Cès y Coster (2019) nos hablan de la dificultad en la definición de la calidad en los cuidados de larga duración, y, al hilo de lo anterior, también señalan cómo tiene acepciones diferentes desde la óptica desde dónde se mira:

La óptica o perspectiva que más se tiene en cuenta es la de la persona y existe amplio consenso en el marco de la Unión Europea que la calidad para la persona tiene que ver con la garantía de derechos, la igualdad y no discriminación, el respeto a la dignidad, la seguridad de los cuidados, el enfoque centrado en la persona, la participación de la persona en su plan de atención, la libertad de elección y la autonomía (por ejemplo, en Finlandia, las personas tienen que definir de antemano lo que valoran y esperan en su vida diaria para que la propuesta de servicios se adecue a sus preferencias) y, finalmente, la consecución de resultados en las personas (subjettivos como bienestar, calidad de vida, sentirse parte, etc. y objetivos, por ejemplo los relacionados con la salud).

Desde la perspectiva de otro de los actores principales, las personas cuidadoras informales, familiares o allegadas, la calidad puede diferir de la de la persona. Pocos países, según las autoras, contemplan la perspectiva de la calidad desde el punto de vista del familiar.

La perspectiva de los profesionales tiene que ver con la propia percepción de calidad de la atención prestada, con el grado en que la práctica se basa en la evidencia y en el conocimiento y también con las buenas condiciones de trabajo, como necesarias para que se dé calidad en la atención.

Finalmente, desde la óptica de los gestores, la calidad significa también garantizar la buena atención en el marco de los recursos disponibles.

Como puede observarse, la calidad en los sistemas de cuidados es un concepto que se ve influenciado por la diversa gama de puntos de vista, valores, expectativas y preferencias de las diferentes partes

interesadas (Zigante y King, 2019) y, grosso modo, puede decirse que la calidad en servicios sociales tiene que ver con el equilibrio de tres componentes fundamentales (ESN, 2020):

- La experiencia individual de las personas que reciben atención y apoyo, sus necesidades y expectativas y los resultados en términos de calidad de vida.
- Centros y servicios que aplican normas y regulaciones para el bienestar individual, para aquello que hace que las personas se sientan apoyadas y seguras.
- Procesos que garantizan la eficacia de los servicios, su rentabilidad y la consecución de resultados para los que se han diseñado.

La calidad así entendida se convierte en el pilar para el modelo de cuidados de larga duración y/o guía para su transformación.

### **La preocupación por la calidad**

Son varias las razones por las que la calidad en los cuidados está en las agendas políticas a nivel internacional. Entre ellas destacan la creciente exigencia de quienes usan los servicios, los costos asociados a la creciente demanda de cuidados y el deber de protección de los estados a las personas frágiles y vulnerables que precisan apoyos (OCDE, 2013). En el año 2010, la calidad, y concretamente, el establecimiento de estándares de calidad para los cuidados de larga duración era la segunda prioridad de los países miembros de la OCDE, detrás de su sostenibilidad económica y financiación y a la par que la prestación de cuidados en los hogares (Colombo et al., 2011).

Como señalan Malley et al. (2015), en las sociedades que envejecen no solo es importante el acceso a los cuidados de larga duración sino también su seguridad, eficacia y capacidad de respuesta. Unos servicios de buena calidad pueden hacer que las personas estén bien, más tiempo con mejor salud e independencia funcional mientras que unos servicios de mala calidad, pueden causar graves daños en las personas (físicos y morales). Los servicios de calidad pueden y deben ayudar a las personas que necesitan apoyos a conservar mejor su autonomía, a que puedan continuar participando en la sociedad y en definitiva a mantener el control sobre su vida.

Por otro lado, para los países que están diseñando sus sistemas de cuidados, el establecimiento de mecanismos de garantía de la calidad de los mismos, se convierte en uno de los cuatro aspectos clave a tener en cuenta, junto con la definición de los beneficiarios del sistema, la definición de los servicios de cuidados y su financiación (Medellín et al., 2018). En un informe reciente, los organismos internacionales reconocen la oportunidad de incorporar la calidad en la construcción de los sistemas de cuidados, de tal forma que su diseño e implementación se nutra y sea influenciado de la manera deseada, aprendiendo de las experiencias de otros, tanto de los éxitos como de los fracasos (OECD et al., 2018).

Otro aspecto relevante cuando hablamos de preocupación por la calidad tiene que ver con los episodios de negligencia y abusos asociados a la relación de cuidado. Los gobiernos tienen la responsabilidad de proteger a las personas mayores vulnerables, quienes son víctimas de malos tratos y abusos tal y como demuestra la evidencia internacional. Depender de otros para las actividades de la

vida diaria puede hacer que las personas sean más vulnerables al abuso (OECD, 2013). A su vez, la forma en la que se prestan los cuidados puede ser una fuente de trato inadecuado. Los efectos negativos que la institucionalización lo demuestran (Goffman, 2001). Se entiende por institución cualquier recurso en el que las personas están aisladas de la comunidad y obligadas a vivir juntas, las personas tienen escaso control sobre sus vidas y los requisitos de la gestión del recurso están por encima de las preferencias y estilos individuales. El estudio realizado en un centro de larga estadia peruana por Zegarra (Zegarra, 2021) muestra cómo la falta de medios y los aspectos vinculados a la institucionalización (deshumanización, estandarización) tienen un efecto devastador en las personas que reciben cuidados, así como en los profesionales que los dispensan.

Por otro lado, la pandemia, también ha puesto de manifiesto las graves deficiencias en la gestión de la Covid y las consecuencias que ello ha tenido en la vida y en los derechos de las personas que precisan apoyos. Son numerosas las publicaciones que recogen los ocurrido durante la pandemia en los centros de larga estadia y centros de día, sus efectos en las personas y los profesionales y los aprendizajes al respecto (Rodríguez, 2021; Ortega et al., 2021; Bofill et al., 2021; Ouslander, 2020).

En Estados Unidos, el reciente informe *The national imperative to improve nursing home quality*, expone en su introducción como “la pandemia de COVID-19 levantó el velo, revelando y amplificando las deficiencias existentes desde hace tiempo en la atención en las residencias de personas mayores, como son los niveles inadecuados de personal, el mal control de las infecciones, los fallos en la supervisión y la regulación, deficiencias que, sin duda, provocan daños reales a las personas”. (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2022).

Como señalan Cès y Coster (2019) en el marco del Informe *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU European Social Policy Network*, en el contexto actual de incremento de la demanda de cuidados de larga duración, es vital garantizar una atención de calidad para evitar consecuencias adversas importantes. En efecto, una calidad insuficiente de los cuidados a largo plazo puede poner en grave riesgo a los beneficiarios de los mismos (por ejemplo, un grave deterioro de su salud a causa de las necesidades no satisfechas), al tiempo que puede afectar a otros aspectos de su bienestar (por ejemplo, el aislamiento social) (Cès y Coster, 2019). A su vez, los organismos internacionales reconocen la calidad como una premisa básica para el desarrollo de los sistemas sociosanitarios, sistemas que deben llegar a toda la población, lo que va a permitir sociedades y economías más productivas y equitativas. Se deben contemplar los cuidados de larga duración de alta calidad, no como un lujo, sino algo para todos los países. Para ello, el liderazgo, la planificación y la implementación son fundamentales (OECD et al. 2018).

### **Ausencia de una definición compartida**

Desde que Reerink planteara la pregunta “Defining quality of care: mission impossible?” (Reerink, 1990) e intentase recoger las definiciones y consensos internacionales al respecto, sigue sin existir una definición única de Calidad. En el análisis realizado por Zigante y King (2019) se constata como no existe una definición oficial global de la calidad de los cuidados de larga duración a nivel nacional en ningún país de la UE.

A pesar de la ausencia de una definición específica de la calidad, en la mayoría de los Estados miembros, el enfoque global de la calidad de la asistencia sanitaria de larga duración puede describirse utilizando las amplias definiciones de calidad existentes aplicables a los servicios de asistencia sanitaria y social o los elementos previstos en la normativa o las recomendaciones oficiales. Aun no existiendo una única definición, todos los países, en sus reglamentaciones establecen que los servicios serán de buena calidad y que la calidad debe desarrollarse y garantizarse de forma sistemática y continua. La calidad se convierte en muchas ocasiones en un derecho de la persona usuaria de los cuidados de larga duración. A continuación se aportan diferentes referencias que ilustran esta diversidad de conceptualizaciones de la calidad en los cuidados.

“Las personas reciben servicios de acuerdo con sus necesidades en el momento correcto y del proveedor de servicios correcto” Finlandia.

“Una atención de calidad es aquella que es eficaz, segura, eficiente, centrada en la persona, equitativa y oportuna” (CMS, 2020).

La Agency for Healthcare Research and Quality (EEUU) define la mejora de la calidad como: “El marco que utilizamos para mejorar sistemáticamente la forma en que se presta la atención a las personas. Los procesos tienen características que se pueden medir, analizar, mejorar y controlar. La mejora de la calidad implica esfuerzos continuos para lograr resultados estables y predecibles de los procesos, es decir, para reducir la variación de los procesos y mejorar los resultados de estos procesos tanto para las personas como para la organización y el sistema de atención sanitaria. Lograr una mejora de la calidad sostenida requiere el compromiso de toda la organización, en particular de la alta dirección” (AHRQ, 2013).

El comité de expertos que ha elaborado el informe que evalúa la calidad de los cuidados en las residencias estadounidenses, aporta un marco conceptual de la calidad que tiene en cuenta tres componentes clave - insumos, atención prestada en el centro y resultados - (haciendo uso del modelo de Donabedian) y presenta una definición de lo que significa la atención de alta calidad en los centros de larga estada: *“una atención centrada en la persona, culturalmente sensible y respetuosa, que atiende a los determinantes sociales de la salud a la vez que una atención dirigida por la persona, que satisface sus necesidades, que mantiene su dignidad, mantiene su independencia, equilibra la autonomía y la seguridad y permite el establecimiento y mantenimiento de relaciones significativas.* (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2022).

En el marco del diseño de la estrategia para la mejora de la calidad de los cuidados de larga duración en el seno de la unión europea (WeDO, 2012), se definen las características y las actuaciones que debe promover una atención de calidad:

Una atención de calidad debe contribuir a:

- Prevenir y combatir los malos tratos
- Empoderar a las personas mayores que necesitan cuidados y crear oportunidades de participación
- Garantizar unas buenas condiciones y entorno de trabajo

- Desarrollar una infraestructura física adecuada
- Desarrollar un enfoque de colaboración
- Desarrollar un sistema de buena gobernanza
- Desarrollar una buena comunicación

La agencia escocesa para la calidad en los servicios sociales, identifica como un servicio de calidad a aquel en el que la persona se siente segura y en el que recibe cuidados de alta calidad que responden a sus preferencias, necesidades y deseos (Care Inspectorate, 2022).

Teresa Martínez nos habla de que la calidad en los centros residenciales y centros de día para personas mayores debe darse en dos planos: el organizativo y el de la planificación individual. Dos caras de una misma moneda e imprescindibles ambas para conseguir procesos asistenciales de calidad. Ambos niveles son irremplazables para lograr una intervención de calidad y para lograr el necesario equilibrio entre la organización del recurso y la adaptación de las propuestas técnicas a las necesidades y preferencias de las personas que allí son atendidas (Martínez, 2011).

Por otro lado, la organización mundial de la salud define la calidad como una atención eficaz, segura, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente. (OECD, WHO y WBG, 2018), en línea con Malley et al. para quienes la calidad en los CLD tiene múltiples dimensiones, entre las cuales destacan la seguridad, la experiencia de las personas y la eficacia. Se entiende por eficacia aquel cuidado que promueve la calidad de vida (Malley et al. 2019).

Finalmente, cada vez son más los países que incorporan, en sus declaraciones y principios, la atención de calidad para personas con demencia que precisan cuidados, entendida esta como el apoyo para que la persona alcance su bienestar personal y sus resultados, entendidos como las cosas importantes de su vida en línea con el plan de acción para la demencia de la OMS 2017-2025 (WHO, 2017).

### **La gestión de la calidad y la garantía de la calidad y la calidad, términos que se complementan**

El término gestión de la calidad se atribuye al método que utiliza una organización para mejorar las estructuras, los procesos y los resultados de la atención y supone la aplicación de un ciclo periódico permanente que consiste en la definición de objetivos, acciones y recursos para conseguirlos, su puesta en práctica, la evaluación de resultados y la aplicación de correcciones cuando sea necesario. La gestión de calidad incluye actividades y procesos que permiten a la organización velar por el cumplimiento de los requisitos que le afectan.

Por otro lado, la garantía de la calidad hace referencia a la responsabilidad y mecanismos de control que el gobierno articula para garantizar que los proveedores de servicios, respetan las normas. A nivel de administración, es habitual pues que se establezcan los requisitos específicos para que los proveedores demuestren el cumplimiento de la calidad.

Finalmente, y volviendo a lo mencionado con anterioridad respecto a las diferentes perspectivas de la calidad, el concepto de calidad es una construcción social, cuya percepción puede diferir de un actor a otro, en función de sus valores, preferencias, expectativas y, en este caso, su concepción del cuidado.

## **La calidad para las personas que reciben cuidados**

Habitualmente, cuando se habla de cuidados en la vejez, estos se plantean como sinónimo de atención a la dependencia y esta, a su vez, como sinónimo al apoyo instrumental a través del cual una persona cuidadora apoya a otra para contrarrestar las dificultades en el desempeño de actividades relacionadas con el autocuidado y la subsistencia. Pero el cuidado instrumental se solapa con otros tipos de cuidado, como son el cuidado emocional, basado en el vínculo, la confianza y la empatía, el cuidado informacional, basado en el intercambio de información necesaria para los cuidados y para la toma de decisiones sobre la propia vida (HelpAge, 2021). Estos cuidados se dan necesariamente en el marco de un proceso relacional en el que aspectos como la competencia, la confidencialidad, la confianza, la conciencia y la compasión son esenciales (Brykczynska, 1992) son esenciales para que la relación, y por ende, el cuidado, sea de calidad.

Tal y como señalan Malley y sus colaboradoras en la revisión de los instrumentos políticos para la promoción de la calidad (Malley et al., 2015), a la hora de definir la calidad en los cuidados de larga duración (CLD), se debe empezar por la relación cuidador-cuidado, que constituye la unidad básica de los cuidados. Comprender la naturaleza de esta relación es fundamental para desarrollar medidas de calidad relevantes para los CLD. Al centrarnos en esta relación, podemos además excluir de nuestra definición de calidad, aspectos que tienen que ver más con el rendimiento, la eficiencia, la accesibilidad, etc. (que corresponden pues, a otros parámetros de evaluación).

Al hilo de lo anterior, en los cuidados, la parte emocional no puede ser desvinculada de la tarea física o instrumental ya que ambas se dan entremezcladas. Se trataría, según plantea Carmina Puig, de “poner en valor aquellos aspectos relacionales y afectivos como son la palabra, las caricias, la presencia y la atención plena, que están presentes en la acción de cuidar” ya que estos forman parte de la relación y en consecuencia, determinan la calidad de la misma (Puig, 2021).

Por otro lado, cada vez son más los estudios que indagan la calidad desde la perspectiva de la persona usuaria que recibe cuidados en los centros residenciales. Schweighart et al. (2022) a través de una revisión sistemática, han identificado 12 grandes temas que recogen necesidades y deseos de personas con y sin demencia que viven en centros residenciales.

1. Actividades, ocio y tiempo libre y rutinas cotidianas
2. Autonomía, independencia, elección y control
3. Muerte, proceso de fallecimiento y fin de vida
4. Disponibilidad de recursos y seguridad económica
5. Entorno, condiciones estructurales, momento de la comida y alimentos
6. Condiciones de salud
7. Medicación, cuidados, tratamientos e higiene
8. Relaciones entre iguales, compañía y contacto social
9. Privacidad
10. Seguridad psicológica y emocional
11. Religión y espiritualidad
12. Sexualidad

Traducción propia de Schweighart et al. (2022)

Cada tema agrupa conjuntos amplios de necesidades y deseos diferentes, poniendo en evidencia la diversidad existente entre las personas mayores. Es por ello que las autoras subrayan la “necesidad de enfoques adaptados y centrados en las personas para garantizar el bienestar y la calidad de vida a largo plazo en los centros de larga estada” (Schweighart et al., 2022).

Por otro lado, una exhaustiva revisión de la literatura reciente en torno a calidad de atención desde la perspectiva de las personas mayores ha identificado los siguientes 9 aspectos clave:

- El tratamiento de la persona mayor con respeto y dignidad
- El reconocimiento y el apoyo a su identidad espiritual, cultural, religiosa y sexual
- Las habilidades y la formación del personal
- Las relaciones entre la persona mayor y el personal
- Las relaciones sociales y la comunidad
- El apoyo a la persona mayor para tomar decisiones informadas
- El apoyo a la salud y el bienestar
- La garantía de una atención segura en un entorno de servicio cómodo
- La capacidad de presentar quejas y ser escuchado por parte de la organización

Fuente: traducción propia de Cleeland et al. 2022

Asimismo, Nygaard et al. (2020) indagaron en las percepciones y experiencias de las personas con demencia que viven en centros de larga estadía y sobre lo que les importa en la vida diaria. A través de unas entrevistas en profundidad a personas con demencia, concluyó que lo que más importa a las personas es sentirse seguras, poder disponer de espacios privados con sus propias pertenencias, realizar actividades con sentido y poder mantener rutinas que tenían en sus casas.

Al hablar de los CLD también tenemos que tener presente que, aunque algunas personas necesitan atención sanitaria especializada, la mayor parte y en mayor medida, requieren apoyo para las actividades básicas de la vida diaria, apoyo continuo y diario, que requiere de una estrecha cercanía y relación de la persona con su cuidadora ya que muchas de las tareas son íntimas (como ducharse, vestirse) ... Por todo ello, las medidas de calidad no deben únicamente incluir variables sanitarias, sino que deben reflejar el carácter relacional y experiencial del cuidado (cobran relevancia los temas no clínicos, de confianza, de comportamiento de las personas cuidadoras, la capacidad de respuesta y la calidad de vida). No obstante, tradicionalmente los dominios de la calidad en los centros han sido separados, por un lado está la calidad de la atención, y por otro, la calidad de vida. Mayormente se ha asimilado la calidad en los cuidados de larga duración a la seguridad y la salud y los indicadores sanitarios han sido los que se han monitorizado con mayor frecuencia (caídas, úlceras, etc.). Aspectos como la capacidad de elección, el sentirse seguros, la personalización, el respeto a la dignidad, el trato del personal, las actividades del día a día, etc. vinculados a la calidad de vida, no han sido estudiados de forma integrada con los anteriores a pesar de que, para la mayor parte de las personas, una vida con sentido es más importante que la salud y la seguridad (Kane 2001).

Finalmente, y un aspecto menos estudiado y que afecta a la calidad de los cuidados, es que esta no está influenciada solo por el cuidador sino que también interviene la persona cuidada (las capacidades de autocuidado y su compromiso determinan también los procesos y los resultados) (Malley et al., 2015; Hoffmann et al., 2011), por lo que reconocer su participación en el cuidado, en su diseño y evaluación es fundamental.

Aspectos como la calidad relación con los profesionales, la posibilidad de mantener el control sobre la propia vida, el mantenimiento de las actividades, rutinas y relaciones significativas y el entorno de cuidados son los aspectos relevantes para las personas y por ello deben ser promovidas y monitorizadas desde cualquier modelo de promoción de la calidad, más allá de lo que se ha promovido tradicionalmente, desde una perspectiva principalmente sanitaria.

### **La medición de la calidad**

La calidad de la asistencia se suele discutir en términos de la distinción de Donabedian (1980) entre los aspectos de estructura, proceso y resultado de la calidad. Los aspectos de la calidad relacionados con la estructura consisten en "lo que se tiene" (factores que pueden definirse como las condiciones previas para lograr una buena calidad en las operaciones), la calidad del proceso se refiere a "lo que se hace" (cómo se presta realmente la atención), mientras que la calidad del resultado es el resultado real. Castle adapta los términos de Donabedian a la atención a personas en situación de dependencia y define la estructura como las condiciones necesarias para que se dé el servicio, los procesos como



las actuaciones que los profesionales llevamos a cabo para las personas y los resultados como aquello que deseamos que suceda o que no suceda a raíz de la intervención (Castle, 2010). El modelo de Donabedian está ampliamente aceptado en la literatura académica, aunque se ha producido un cambio gradual del enfoque de los aspectos estructurales de la calidad a los aspectos de proceso y resultado (Jongen et al., 2015) así como a la experiencia del receptor de los cuidados. Aunque es la tendencia actual y necesaria, resulta más compleja la obtención de medidas tanto de proceso como de resultado (SIIS, 2020).

Tradicionalmente los modelos de medición de la calidad en los cuidados se han centrado principalmente en las estructuras (ratio y formación del personal, características de las infraestructuras, dotación, etc.), aspectos que, si bien se consideran importantes para la calidad de la atención, no son suficientes ya que son indicadores indirectos de dicha calidad. Los resultados en las personas en términos de salud (calidad clínica) y en bienestar (calidad de vida) han sido reconocidos por los marcos de medición de la calidad de los países referentes aportados en este análisis internacional.

Respecto a la calidad clínica, se observa convergencia internacional en torno a 6 aspectos (OCDE/UE 2013):

1. Caídas y fracturas
2. Restricciones físicas
3. Medicación
4. Úlceras por presión
5. Nutrición
6. Depresión

No obstante, y teniendo en cuenta los países con mayor tradición en la medición de la calidad, no siempre se cuenta con información al respecto. Úlceras, restricciones y caídas son los datos más disponibles mientras que los relativos a nutrición y depresión (más difíciles de medir) los menos. La cobertura de los datos y la disponibilidad de series temporales es, en general, limitada (OCDE/UE 2013). Los registros nacionales, como es el caso de Suecia, son herramientas de gran utilidad que pueden solucionar este problema.

Respecto a la coordinación de cuidados entre niveles asistenciales y acceso a la atención tampoco hay información comparable. Finalmente, en relación a la calidad de vida, existen países que han incorporado la medida en sus sistemas de medición de la calidad en los centros de larga estada, fundamentalmente a través de encuestas a la persona o a su red de apoyo (Suecia, Escocia, Alemania, etc.), encuestas de experiencia de usuario y de satisfacción. En Inglaterra se ha puesto en marcha una iniciativa, ASCOT que recoge los resultados de los cuidados desde la perspectiva de las personas usuarias. En cualquier caso, no hay métricas ni indicadores comparables entre países. Algunos países no exigen estas medidas y si lo hacen lo dejan en manos del proveedor, que elige qué y cómo medir (como es el caso de España hasta el momento).

Existen estudios que destacan la necesidad de utilizar instrumentos cualitativos más que los cuantitativos (que reducen las opciones de respuesta y limitan que las personas reflejen lo que de verdad les importa) para conocer cuál es la calidad de la atención experimentada por las personas, tal

y como demuestran Sion et al. (2020) que, a través de una revisión sistemática, señalaron que para evaluar y mejorar la calidad de la atención es necesaria la comprensión de las experiencias de atención de las personas manteniendo conversaciones con ellos/as mismos/as. Otra limitación de los cuestionarios suele ser que plantean mayor dificultad y, por tanto, excluyen, a las personas con deterioro cognitivo o, en el caso de que las respondan su red de apoyo, sus percepciones no siempre coinciden con la de sus seres queridos.

Además de qué medir, en la atención a personas que precisan apoyos, uno de los retos cuando se habla de calidad en los cuidados tiene que ver con la co-existencia de principios de calidad contradictorios, como hemos vivido en esta época pasada con la COVID. Se evidencia tensión entre seguridad y autonomía y cómo desde las entidades que regulan y apoyan a los centros no existe orientación para equilibrar estos principios, sobre los que acaba prevaleciendo la seguridad (Zigante y King, 2019). En relación a esto mismo, Schweighart señala cómo aquello que es importante para una persona puede no serlo tanto para otra “las necesidades en el ámbito de la enfermería pueden ser las más importantes para algunas personas, mientras que otras consideran que las necesidades de autonomía y autodeterminación son las más importantes” (Schweighart et al. 2022). La European Social Network, en las conclusiones de su congreso de 2019 indica que “los parámetros de calidad fundamentales son aquellos que las personas que utilizan los servicios han acordado previamente con los profesionales” y por lo tanto hay que medirlos. De alguna forma, se incorpora una cierta organicidad y dinamismo en la medición de la calidad, la cual también debe ser sensible a aspectos culturales, de género, étnicos, etc. de las personas que reciben atención y apoyos (ESN, 2020).

Cada vez más, las preferencias de las personas y su participación en la atención (elección, diseño y evaluación) son un componente clave de la calidad de los servicios. Sin embargo, hay dificultades importantes en torno a este punto de vista por las dificultades para la participación de las personas con deterioro cognitivo, por los escasos márgenes reales que existen para la elección y el cambio, por la cultura organizacional, anclada en modelos paternalistas donde los profesionales deciden. Estos aspectos limitantes a la participación, deberían ser medidos en aras de conocerlos para poder incorporar acciones tendentes a cambiarlos.

Otra de las cuestiones que plantea dificultades en la medición de la calidad es que las personas mayores no siempre comunican sus necesidades, deseos y opiniones respecto a su vida en los centros de cuidados. Entre las razones de mantenerse calladas, descritas por Schweighart et al. (2022), están el paternalismo en los cuidados y la relación, la percepción y experiencia de que aquello que se comunica no tiene efectos y el no querer ser una carga para terceros. Las autoras reflejan la importancia de mantener espacios de conversación y diálogo que permitan la comunicación de aquello que es importante para ellos.

Aunque existen diferentes marcos para medir la calidad y aproximaciones desde diferentes dimensiones, existe consenso en que resulta difícil medir la calidad, principalmente lo que tiene que ver con la práctica (proceso) y los resultados en términos de calidad de vida y bienestar y en que, aunque la medición esté plagada de dificultades, sesgos y barreras habrá que lidiar con ellas ya que la medición y la evaluación son elementos centrales de cualquier estrategia de promoción de la calidad.

### 3. Marco conceptual de la gestión de la calidad en servicios sociales, en la atención a las personas mayores y a la dependencia

#### 3.1 Modelos de cuidados. Características de los sistemas que afectan a la gestión de la calidad

La forma en que cada país promueve la calidad en su modelo de atención a la dependencia está estrictamente ligada al diseño y a las características generales del sistema. La regulación, los procesos de autorización, registro y monitoreo y los sistemas para la estandarización y evaluación de la atención se ven influenciados por las características que configuran el sistema de atención a la dependencia (Malley et al., 2015).

Para poder ilustrar un amplio abanico de herramientas y buenas prácticas hemos elegido ilustrar diferentes sistemas y políticas de 8 países del panorama internacional cuyos sistemas de dependencia difieren en una variedad de características. Para la obtención de la información, se han utilizado fuentes oficiales de los diferentes países analizados y el documento *Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia* (SIIS, 2020).

	ALEMANIA	SUECIA	ESPAÑA	EEUU	FRANCIA	INGLATERRA	ESCOCIA	ISLANDIA
<b>Población</b>	83,7 millones El 22% son personas mayores de 65 años, de las cuales el 66% son mujeres (especialmente del grupo de mayor edad)	10,4 Millones	47,4 Millones El 20% es mayor de 65 años, de los cuales el 56% son mujeres	331,4 Millones El 16,8% de la población es mayor de 65 años	67,8 Millones El 27% es mayor de 60 años, de los cuales el 55% son mujeres	56,4 Millones El 18% es mayor de 65 años, de los cuales el 47,6% son mujeres	5,2 Millones El 16,8% de la población es mayor de 65 años	376.248 personas El 14,91% es mayor de 65 años, de los cuales el 51,83% es mujer
<b>Número de centros y plazas</b>	13.633 centros residenciales y 952.367 plazas	1.972 centros residenciales y 77.972 plazas	5.567 centros y 384.251 plazas	15.600 centros residenciales y 1.655.400 plazas 31.400 comunidad vida asistida y atención residencial y 1.18360 plazas 4.200 centros de día y 283.200 plazas	10.601 centros y 751.990 plazas	15.746 centros residenciales y 462.035 plazas	800 centros residenciales y 30.552 plazas	++ No se han encontrado datos

<b>Gobernanza y competencia a servicios sociales</b>	Mixto (Autorregulación) Compartida a nivel federal, regional y municipal Los Länder son responsables del sistema sanitario, los municipios de los servicios sociales	Descentralización y amplio margen de autonomía local Ayuntamientos responsables servicios sociales	Mixto, compartida entre la Administración Central y las Comunidades autónomas, con la colaboración de las corporaciones locales	Mixto, compartida entre la administración federal y estatal	Mixto, compartida a nivel estatal, regional, departamental y municipal Las regiones responsables de la sanidad. Los Departamentos y municipios de los servicios sociales	Mixto, compartida a nivel estatal, regional y municipal Sistema social y sanitario depende del Departamento de Salud y Servicios Sociales, en coordinación con Sistema Nacional de Salud y los ayuntamientos o local authorities	Mixto, compartida a nivel estatal, regional y municipal Servicios sociales y sanitario depende del Gabinete de Salud y asistencia social. Los servicios para las personas mayores son prestados y financiados por los ayuntamientos o <i>local authorities</i> en coordinación con <i>Servicio Nacional de Salud</i>	Centralizado, a nivel estatal; el papel de las autoridades locales es reducido Los servicios institucionales para personas mayores dependen del Ministerio de Salud
<b>Regulación</b>	Extensa. Desigualdad territorial	Laxa y genérica Marco normativo básico a nivel estatal, regulan municipios	Extensa, regula en detalle Desigualdad territorial	Extensa, regula en detalle y difiere entre estados	Laxa y genérica. Marco normativo básico a nivel estatal	Laxa y genérica Marco normativo básico a nivel estatal, regulan municipios	Laxa y genérica Marco normativo básico a nivel estatal, regulan municipios	Regula en detalle por el estado
<b>Fuente de financiación</b>	Seguros de cuidado o Dependencia	90% administración territorial, 5% administración central y entre 4-5% personas usuarias	Basado en nivel de renta y patrimonio	Basado en nivel de renta	Prestación económica denominada Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Basado en el nivel de renta, patrimonio	Basado en el nivel de renta, patrimonio	Presupuestos nacionales
<b>Criterios de acceso</b>	Universal Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Universal Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Universal Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Apoyo público a la asistencia sanitaria a largo plazo (MEDICAID) y Universal para personas mayores (MEDICARE) Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Universal Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Ayudas públicas a la dependencia, cuidados universales de enfermería y prestaciones universales por discapacidad Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Ayudas públicas a la dependencia, cuidados universales de enfermería y prestaciones universales por discapacidad Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso	Universal Necesaria Valoración de necesidades previa al acceso

<b>Tipos de prestadores</b>	Mixta Público-privada Principalmente privado, sin ánimo de lucro residencias personas mayores	Mixta Público-privada, con predominio del sector público en residencia personas mayores, pero sector mercantil en ascenso	Mixta Público-privada, Principalmente privado y residencias personas mayores	Mixta Público-privada Principalmente privado, con ánimo de lucro residencias personas mayores y Principalmente, privado sin ánimo de lucro en centros de día	Mixta Público-privada Principalmente , público residencias personas mayores	Mixta Público-privada Principalmente e privado, con ánimo de lucro residencias para mayores	Mixta Público-privada Principalmente privado, con ánimo de lucro	Mixta Público-privada Públicos y privados
<b>Calidad</b>	Regulada. Control de calidad interno y externo. Transparencia de la información Libertad elección individuo	Variedad de sistemas de indicadores y registros. Control de calidad interno y externo. Transparencia de la información Libertad elección individuo	Regulación estatal aplicada por las Comunidades Autónomas de manera desigual	Regulada. Control de calidad interno y externo.	Regulada. Control de calidad interno y externo. Libertad elección individuo Apoyo al cuidador informal	Evaluación de calidad interno y externo, destaca <b>Care Quality Comisión</b> en regulación, registro, inspección, evaluación, estandarización y apoyo en la mejora	Basada en Estándares Nacionales de cuidado (redactados en primera persona).Evaluación de calidad interno y externo, destaca <b>Care Inspectorate</b> en regulación, registros, inspección, evaluación, estandarización y apoyo en la mejora. Transparencia de la información y difusión de conocimiento	Regulada. Control de calidad interno y externo. Variedad de sistemas de indicadores (RAI) y registros nacionales de salud. Transparencia de la información y difusión de conocimiento
<b>Orientación del Sistema</b>	Desinstitucionalización. Reforzar los servicios domiciliarios y apoyo al cuidador. Coordinación socio-sanitaria avanzada	Desinstitucionalización Prioriza asistencia en domicilio. Coordinación socio-sanitaria avanzada	Desinstitucionalización Extensión servicios domiciliarios y mejora de la medida de la calidad	Desinstitucionalización. Coordinación socio-sanitaria avanzada	Desinstitucionalización. Prioriza asistencia en domicilio.	Desinstitucionalización. Prioriza asistencia en domicilio Coordinación socio-sanitaria avanzada	Desinstitucionalización. Prioriza asistencia en domicilio. Coordinación socio-sanitaria avanzada	Desinstitucionalización. Prioriza asistencia en domicilio. Coordinación socio-sanitaria avanzada. Reforma del sistema de medición calidad servicios sociales.

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas: Alemania: Revisión internacional de modelos de atención residencial. Alemania (Junta de Castilla y León, 2020); Suecia: Revisión internacional de modelos de atención residencial. Suecia (Junta de Castilla y León, 2020); España: [Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia 2020](#) (CSIC, enero 2021); Estados Unidos: [Estudio Nacional de Proveedores y usuarios de servicios de atención postaguda y a largo plazo en los Estados Unidos, 2017–2018](#) (Centro Nacional de Estadísticas en Salud, 2022); Francia: Revisión internacional de modelos de atención residencial. Francia (Junta de Castilla y León, 2020); Inglaterra: [Revisión internacional de modelos de atención residencial. Reino Unido \(Junta de Castilla y León, 2020\)](#); Escocia: censo de residencias para mayores en escocia (2012-2022) (Public Health Scotland, 2022)

Respecto a las características de la población, observamos diferencias en el porcentaje de población mayor de 65 años de los países analizados tras analizar fuentes estadísticas oficiales de los respectivos

países. Así identificamos países con un porcentaje superior al 20% de la población como es el caso de España, Francia y/o Alemania (este último, destaca por su elevado % de mujeres en este rango de edad), frente al resto que se sitúa entre el 14-18%, como es el caso de Inglaterra, Escocia e Islandia (este último, con el porcentaje menor de población mayor de 65 años de los países analizados).

Como se observa en la tabla, el volumen de centros para personas mayores y plazas es muy diversa e igualmente difiere entre los países analizados. En este aspecto es necesario destacar la orientación generalizada de los países por la desinstitucionalización en su sistema de cuidados. Según el censo de residencias para personas mayores en Escocia el número de centros disminuyó un 13% en el periodo 2012-2022 (de 916 a 800 centros)(Public Health Scotland, 2022) . La tendencia generalizada de los países analizados es a reforzar el servicio de atención domiciliaria, lo que deriva a su vez, en potenciar la coordinación socio-sanitaria en sus sistemas.

Por otro lado, también identificamos una amplia diversidad institucional y territorial respecto a la gobernanza, competencias y regulación en lo que respecta al modelo de cuidados a largo plazo. Así, se observan diferencias notables en cuanto al detalle y tipo de requisitos que incorpora la normativa respecto a lo que deben cumplir los centros y servicios (sistemas ex-ante con normas que detallan ampliamente los requisitos estructurales, como es el caso de España) frente a regulaciones más laxas (como en Suecia, Escocia) que ponen el énfasis en los procesos y los resultados de la atención en las personas y que establecen directrices para la evaluación y comparación de resultados (sistemas ex post). En concreto, identificamos casos tales como:

**Suecia** como ejemplo de un sistema caracterizado por la descentralización. Los ayuntamientos son los responsables de la gestión de los servicios sociales –incluyendo los servicios de atención residencial para las personas mayores–, en un marco normativo relativamente laxo, que deja un amplio margen para la autonomía local. Las herramientas para la definición del modelo de atención se caracterizan por su simplicidad, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios, ni existe tampoco un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones, ya sean internas o externas.

El modelo de cuidados de larga duración en **Islandia**, por el contrario, se encuentra muy centralizado en su estructura de gobierno, gestión, regulación, implementación y financiación; y el papel de las autoridades locales es realmente reducido. Desde el punto de vista competencial, la Dirección de Salud es responsable de regular los cuidados a largo plazo, la calidad de la atención y la vigilancia del cumplimiento de los controles dentro del marco del Plan Nacional de Salud. Ya que debido a su población relativamente pequeña, Islandia carece de la estructura administrativa local intermedia en el sistema de salud (Olafsson, 2014).

La tendencia general en el resto de países analizados, como es el caso de Alemania, España, EE.UU, Francia, Inglaterra y Escocia, es disponer de un sistema mixto. En el que el gobierno central establece un marco regulador básico de la atención a las personas con dependencia y luego es responsabilidad, fundamentalmente, de las regiones desarrollar una regulación más específica (si lo consideran necesario), la financiación (aunque pueda ser completada por el gobierno central), la prestación de los servicios, así como garantizar la calidad de los mismos. El hecho de generar un desarrollo normativo y

regulador por región, puede generar diferencias sustanciales entre las regiones, como es el caso de España y Alemania.

En **España**, el sector residencial está fuertemente regulado, aunque existe una elevada disparidad normativa entre provincias respecto a los requisitos del servicio, las instalaciones y el personal. La coordinación con el sector sanitario también varía ampliamente entre provincias.

En **Alemania** predomina un sistema mixto, pero con la particularidad de que se autorregula, ya que el poder se encuentra compartido por la administración central, la regional y los agentes sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios. Teniendo en cuenta la libertad de elección de las personas, las federaciones de seguros de dependencia negocian con las organizaciones de proveedores, en cada región, los precios de los servicios y firman acuerdos que detallan las condiciones de prestación del servicio y los elementos relacionados con la calidad de la atención, así como de funcionamiento. La administración no se responsabiliza por tanto de la provisión del servicio, y su función se centra en la cofinanciación del mismo y las labores de regulación, inspección y evaluación.

En **Inglaterra y Escocia**, la normativa no establece ratios de personal ni requisitos funcionales específicos. Las ordenanzas son muy genéricas y en todo momento se refieren a que los servicios y centros tienen que ofrecer una atención adecuada dependiendo de las características del centro (número de personas usuarias atendidas, dimensión del establecimiento, etc.). Aquí, destacamos el **Care Inspectorate** en Escocia y el **Care Quality Commission (CQC)** en Inglaterra, como organismos autónomos responsables de la regulación, el registro y la inspección de los centros residenciales, así como de las labores de evaluación y aseguramiento de la calidad.

Desde el punto de vista de financiación y criterios de acceso, también observamos diferencias entre los países, aunque en todos los países, previamente al acceso al recurso, se realiza una valoración de las necesidades de cada persona (el organismo o entidad que realiza esta valoración difiere en cada país).

En el caso de **Alemania**, se articula en torno al Seguro de Cuidados o de Dependencia, que es un pilar dependiente de la Seguridad Social, y está funcionalmente adscrito a los seguros de enfermedad (Krankenkassen). Además de un sistema de financiación específico –articulado en torno a una cotización de las empresas y los trabajadores que asciende actualmente al 2,55% del salario–, este modelo implica el protagonismo de las cajas o entidades gestoras del seguro de dependencia (Pflegekassen) en la gestión del sistema. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por las necesidades reales, sino que operan con cuantías fijas, independientes del caso concreto. Tienen carácter de cobertura parcial e incluyen el copago por parte del asegurado. La cobertura de estos seguros alcanza a toda la población.

En **Suecia**, el modelo de atención a las personas mayores dependientes se define por su carácter universal, en la medida en que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) no está determinado por el nivel de renta de las personas usuarias y está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Destaca el elevado gasto público que se destina a

los servicios sociales de atención a las personas mayores y los reducidos niveles de copago establecidos. La atención residencial en Suecia tiene un nivel de copago muy bajo. Se calcula en ese sentido que el 90% del coste asistencial de las plazas residenciales es financiado por la administración territorial, mientras que el 5% es financiado por la administración central y entre el 4% y el 5% restante por las personas usuarias. Las personas que acceden a un alojamiento especial pueden optar como se ha dicho por acceder a una plaza directamente provista por las autoridades municipales o por elegir directamente un centro, en aplicación de Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos.

En **España**, la participación económica depende del nivel de renta y patrimonio de las personas usuarias, de forma que las personas que tienen un nivel de renta o patrimonio suficiente abonan el 100% del precio público establecido, mientras que las personas con niveles de renta o patrimonio reducido solo pagan una parte de ese precio público o incluso el 0%. El acceso a los servicios es de carácter universal y se garantiza a través de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y toda su normativa de desarrollo. El acceso a esos centros o servicios se entiende en ese sentido como un derecho social –independientemente del nivel de cofinanciación que se pueda imponer a las personas usuarias. Sin embargo, cuando la oferta de plazas es inferior a la demanda o cuando las personas no cumplen los requisitos de acceso a las plazas públicas, es también posible acceder a plazas de gestión y financiación enteramente privadas.

En **Estados Unidos** el sistema de atención a la dependencia estadounidense se caracteriza por el protagonismo de dos programas de ámbito nacional –*Medicare* y *Medicaid*–, a través de los cuales se financia aproximadamente el 60% del coste de estos servicios. El acceso a los centros residenciales para personas mayores en Estados Unidos viene determinado, fundamentalmente, por las normas establecidas para la financiación de los servicios que dependen, a su vez, de la valoración de las necesidades de atención sanitaria. En el caso de que se determine una situación de dependencia que requiere una atención sanitaria intensa, se accede a una *nursing home*. Por el contrario, cuando se determina que la persona dependiente no requiere de una atención tan intensa como en las residencias, se accede a las *Assisted Living Facilities*, en las que se ofrece apoyo, pero no atención de enfermería ni médica de manera permanente.

En **Francia**, el modelo de cuidados viene muy condicionado por la Prestación económica denominada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). Se trata de una prestación no contributiva, financiada principalmente, vía impuestos; de ámbito nacional, cuyas condiciones están definidas de manera idéntica en todo el territorio. El acceso es universal, no depende del nivel de renta. La cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona (oscila en torno al 0%-90% del costo total de la tarifa de dependencia). Es la persona usuaria la que elige la entidad que quiere que le preste el servicio, en función de sus preferencias y de la oferta disponible en su zona. Esa oferta puede ser tanto pública como privada.

En **Inglaterra**, en torno al 25% de las plazas están exclusivamente financiadas por las personas usuarias y en torno al 8% están específicamente financiadas por el Servicio Nacional de Salud o *National Health Service* (NHS). Cerca de la mitad están íntegramente financiadas por las administraciones locales, mientras que en el resto de las plazas la persona usuaria co-financia una



parte del servicio y el ayuntamiento y/o otra el Servicio Nacional de Salud. Respecto al acceso a los servicios en Inglaterra al igual que en Islandia o en Estados Unidos, podemos hablar de dos situaciones:

a) Situación de dependencia sin problemas de salud severos: se accede a un **centro residencial convencional**.

b) Cuando se determina que –además de las necesidades vinculadas a la dependencia– existen problemas de salud severos se accede a los **centros residenciales con enfermería**.

En Escocia, los servicios para las personas mayores dependientes son prestados y financiados por los ayuntamientos o local authorities en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (NHS). La gestión de los servicios se realiza, en general, mediante los denominados Health and Social Care Partnerships, diseñados para facilitar una mejor coordinación de la atención social y sanitaria. En 2014 se introduce el Self Directed Support o Apoyo Autodirigido, según el cual las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes. Por último, es necesario destacar la gratuidad de los servicios de cuidado personal y cuidados de enfermería mediante el llamado free personal care, siempre y cuando haya sido valorado por la autoridad local e identifique que la persona presenta necesidades que requieren de este tipo de cuidados.

En **Islandia**, la atención a largo plazo, supone el 33% del gasto destinado a atención total en salud del país. Los servicios de atención para personas mayores en situación de fragilidad o para personas que requieren cuidados a largo plazo son responsabilidad colectiva del gobierno, las autoridades locales y las organizaciones voluntarias del tercer sector (principalmente sin fines de lucro). Los gobiernos financian principalmente los servicios (tanto a nivel central como local), pero también para las organizaciones del tercer sector que, con frecuencia, reciben contratos con el gobierno pagando los costos operativos (es decir, cargos por cama/persona por día).

Respecto a las características del tipo de prestadores, también existen diferencias entre los diferentes países. En general, la tendencia es mixta, los centros residenciales pueden estar gestionados tanto por entidades públicas como por entidades privadas, con y sin fin de lucro, si bien la provisión privada con fines de lucro de los servicios resulta mayoritaria en casi todos los países analizados. Además, se observa que en algunos países se está produciendo una concentración empresarial en lo que se refiere a la estructura de propiedad de los centros residenciales, en el que empresas privadas aglutina la gestión de un elevado porcentaje de centros y plazas, como en el caso de Inglaterra (cinco empresas privadas presentes en el sector gestionan el 15% del total de las plazas disponibles) e incrementándose progresivamente en Suecia (70% de todas las plazas privadas están gestionadas por cinco empresas privadas).

**Tabla. Características del tipo de prestadores**

	ALEMANIA	SUECIA	ESPAÑA	EEUU	FRANCIA	INGLATERRA	ESCOCIA	ISLANDIA
<b>Tipos de prestadores</b>								
<i>Privado sin ánimo de lucro</i>	52,76% centros residenciales gestionan el 53,81% de plazas		70,50 % de los centros son de titularidad privada y 73,22% plazas privadas, de las cuales aprox. el 34% son plazas concertadas.	23,2% centros residenciales 52,8% centros de día	28,3% centros residenciales	12% de plazas residenciales gestionados por entidades sin fines de lucro	10% de centros gestionan el 8% de plazas	**
<i>Privado con lucro</i>	42,72% centros residenciales gestionan 40,57% plazas	15% plazas residenciales (el 70% están gestionadas por 5 empresas multinacionales, ej. Attendo) (cuidados a largo plazo)	1/3 de las plazas privadas son gestionadas por entidades del tercer sector	70% de centros residenciales 42,3% centros de día	19,2% centros residenciales	78% de plazas residenciales gestionados por entidades con fines de lucro	76% de centros residenciales gestionan el 82 % de plazas	**
<i>Público</i>	4,52% centros residenciales gestionan el 6% plazas	83% centros residenciales gestionan el 79% plazas (cuidados a largo plazo)	29,50% centros residenciales gestionan el 26,78% de plazas	6,8% centros residenciales 4,8% centros de día	52% centros residenciales	9% de las plazas residenciales son gestionados por entidades públicas	15% de centros residenciales gestionan el 10% de plazas	**

Fuentes: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

### 3.2 Los diferentes modelos e instrumentos para la promoción de la calidad en los cuidados de larga duración

Malley, Trukeschitz y Trigg, en el libro Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures (Fernández et al., 2015) describen y comparan los instrumentos y enfoques políticos utilizados por algunos países de la OCDE para promover la calidad de los servicios de atención a la dependencia. El estudio se basa en las medidas directas de promoción de la calidad y no en las indirectas, entendiendo estas últimas como aquellas que, no directamente vinculadas a la calidad, pretenden influir en ella (en este caso la formación de las personas profesionales del cuidado sería una de estas medidas indirectas).

Las medidas se estudian desde diferentes perspectivas, la primera es la naturaleza o tipo de medida, la segunda es desde dónde se promueve (de arriba abajo o de abajo a arriba) y la tercera es la fuerza vinculante de la misma (grado de obligatoriedad). En cuanto al tipo de medidas se identifican tres: la regulación (el palo), los incentivos (la zanahoria) y las medidas relacionadas con el conocimiento y la información (el sermón).

Las medidas de regulación de la calidad son las que se determinan a través de las normativas y reglamentos para los servicios que obligan a los proveedores a actuar de determinada manera. En este nivel tenemos la legislación y su orientación (más enfocada a la estructura, a los procesos o a los resultados) con diferencias notables entre países como se verá a lo largo del presente informe, las formas en las que se vigila el cumplimiento de esta normativa (inspecciones de despacho, documentales, de observación in situ, inspecciones que se realizan con los destinatarios de la atención, inspecciones ante quejas, etc.) y finalmente cuáles son los métodos para asegurar el cumplimiento de la calidad en caso de que se observen incumplimientos y su orientación (en un continuo que va desde la asesoría para la mejora y solución de problemas hacia la sanción como única medida).

Los instrumentos que derivan de la regulación tienen una fuerte vinculación y, por otro lado, suelen ser descendentes aunque cada vez más se delegan a nivel local, generando un marco vinculante pero más acorde con el lugar donde se tienen que aplicar (Escocia y Suecia son ejemplos de ello). La participación de las personas en los diseños de los servicios y en su evaluación y revisión también forma parte de mecanismos de descentralización cada vez más presentes en países que abogan por la transformación de la cultura de los cuidados.

La autorregulación (que consiste en la implantación voluntaria de sistemas de gestión de la calidad, ISO, EFQM, etc.) tiene un peso importante también como instrumento para la promoción de calidad. En algunos países como España han sido el instrumento más importante en la evolución de la calidad de los servicios para personas mayores.

Los instrumentos económicos son aquellos que pretenden la mejora de la calidad desde el establecimiento de incentivos o desincentivos. Si bien en el ámbito de la salud es muy frecuente el establecimiento de incentivos para, o ante, la mejora de la eficiencia (reducción de listas de espera, estancia media, etc.) en el caso de los cuidados de larga duración, éstos suelen enfocarse a la promoción de la calidad. En este punto entran los “reembolsos”, que según Cès y Coster (2019) son poco frecuentes en los sistemas de atención a la dependencia cuando se superan ciertos requisitos de calidad, la incorporación de criterios de calidad (no solo precio) en concursos públicos (España, Suecia, etc.) y los pagos por rendimiento (EEUU). También entran aquí los procesos de homologación o acreditación que exigen, para poder recibir fondos públicos, el cumplimiento de requisitos adicionales de calidad a los proveedores de servicios (España, EEUU, Francia) y las subvenciones para la aplicación de estándares de calidad (como se ha realizado en algunas comunidades autónomas españolas).

Finalmente, los instrumentos de conocimiento e información, que son aquellos que pretenden influir en los servicios desde la transferencia de conocimiento y la información. En este grupo, las autoras incluyen las orientaciones sobre mejores prácticas (conocimiento) y también la opinión de los agentes principales (personas usuarias, familias, profesionales y sociedad) sobre la calidad de los servicios

(información). En este grupo de instrumentos también están los organismos para la defensa de los derechos de las personas, círculos de benchmarking y desde no hace mucho, la información pública de cumplimiento de requisitos, de resultados y de opiniones de las personas que usan los servicios. Como se verá más adelante, este último grupo de instrumentos está muy presente en los países analizados (Suecia, Escocia, EEUU, Alemania, Reino Unido, etc.). La vinculación de estos instrumentos, es decir, el grado en que las entidades los aplican, suele ser baja cuando estos no están recogidos en la legislación, no son públicos y/o no se exigen en la inspección.

Murakami y Colombo (2013), proponen otra clasificación que agrupa las políticas y modelos de promoción de la calidad en tres grandes grupos:

- Aquellos que imponen controles regulatorios externos para garantizar y controlar la calidad. Típicamente se enfocan en controlar los inputs (cualificación y dotación de personal, infraestructuras, etc.) estableciendo normas de mínimos y luego controlándolas.
- Aquellos que se enfocan en el desarrollo de estándares que buscan garantizar la práctica del cuidado de forma deseable y luego monitorear indicadores de calidad que permitan asegurar que los resultados coinciden con los deseados.
- Y, finalmente, aquellos que pretenden estimular la calidad a través de incentivos y el fomento de la competencia (pago por rendimiento, políticas orientadas a incentivar la elección por parte de las personas usuarias, informes públicos y calificaciones, etc.).

Otra tríada ampliamente utilizada es la de Mor, Leone y Maresso la cual diferencia los modelos según su enfoque (Mor et al., 2014):

- Modelo profesionalista: son las organizaciones profesionales las que dictan los estándares de calidad de la atención. Las administraciones no establecen los estándares de calidad, sino que delegan esta función al nivel más competente para ello.
- Modelo basado en la inspección reglamentaria: la calidad se promueve desde un marco de inspección y evaluación ampliamente detallado.
- Modelo basado en la medición de datos y publicación de resultados: la calidad se promueve desde el análisis comparativo de datos y desde la competencia.

Comprender cuáles son los instrumentos y enfoques que promueven la calidad en los cuidados de larga duración puede ayudar al diseño y a la revisión de los sistemas cuando se persigue la mejora de los mismos. En el capítulo 6 se exponen las referencias encontradas en relación a la evaluación de la eficacia de los diferentes tipos de instrumentos.

### 3.3 La autorregulación de la calidad mediante modelos y estándares, genéricos o específicos, de gestión de la calidad

La garantía de la calidad en los servicios sociales viene determinada por la regulación de los sistemas y de los requisitos y estándares que la administración determina para sus centros y servicios. No obstante, igual que ha ocurrido en otros sectores, las organizaciones han optado, bien por iniciativa propia o por requerimiento de la propia administración, por la adopción de sistemas de gestión de la

calidad estandarizados que son objeto de verificación y reconocimiento externo. Como plantean Malley y sus colaboradores (2015), la implantación de sistemas de gestión de la calidad por iniciativa de las propias organizaciones supone en cierta manera una forma de regulación, en este caso, autorregulación y que viene siendo habitual en el panorama internacional. Según Nies et al. (2010) las razones que subyacen a la implantación de sistemas de calidad desde la propia organización tiene que ver con razones estratégicas y de mercado y con exigencias de transparencia. En el ámbito sanitario, su implantación tiene una amplia trayectoria (EFQM, ISO y Joint Commission) y en el ámbito social o sociosanitario, destacan iniciativas que proponen modelos adaptados al sector.

Algunos países, entre ellos Alemania y Francia, requieren a las entidades que certifiquen con una agencia externa su sistema de gestión de la calidad. En la certificación (ISO, EFQM u otra) el sistema es evaluado por un agente externo acreditado que emite un certificado de que la organización cumple con los requisitos que define su norma. A veces no se requiere, pero es valorado en las contrataciones y en los concursos públicos para la gestión de centros de personas mayores, como es el caso de España.

Cualquiera de los sistemas que se aportan a continuación buscan que la organización se comprometa con la mejora continua y que lleve a cabo actividades para la mejora de las actividades y los resultados de la atención, más allá de los estándares mínimos que habitualmente se exigen por ley. Abogan por la incorporación de una cultura de gestión de la calidad. En esta línea responde a la necesidad detectada por la Academia Nacional de las Ciencias de Estados Unidos en su informe *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff*, donde establece que no es suficiente con medir y controlar la calidad, sino que lo importante es el establecimiento de una cultura de calidad, un compromiso con la mejora continua de la misma, con el aprendizaje (National Academy of Science, Engineering and Medicine, 2022).

A continuación, se exponen los más relevantes por su implantación a nivel internacional y una experiencia de ámbito nacional (España) relevante para este estudio. Los tres primeros (ISO 9001, Modelo EFQM y Modelo Iberoamericano) son genéricos (de aplicación para cualquier sector) y los dos siguientes, específicos para las entidades que se dedican a los cuidados de larga duración (Joint Commission y las normas UNE 158001).

## **Norma ISO 9001:2015 de Sistema de Gestión de la Calidad**

Esta norma internacional especifica los requisitos genéricos para un sistema de gestión de la calidad. La Norma ISO 9001 es un estándar internacional que establece los criterios para implantar un sistema de gestión de calidad cuando una organización quiere demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfacen los requisitos legales y los de sus clientes, cuya satisfacción, a su vez, aspira a aumentar a través de la aplicación eficaz del sistema de mejora continua.

Puede ser utilizada por cualquier organización, grande o pequeña, pública y privada, independientemente de su campo de actividad. De hecho, hay más de 900.000 entidades certificadas en más de 190 países (ISO Survey 2021)<sup>4</sup>.

Este estándar se basa en una serie de principios de gestión de calidad, comunes a otros estándares, como son: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora continua, toma de decisiones basada en la evidencia y gestión de las relaciones con los grupos de interés. Por otro lado, su implantación se fundamenta en:

- El enfoque a procesos permite a una organización desarrollar y mejorar sus actividades en base a los resultados que se esperan conseguir, que se establecen desde la planificación (ciclo PDCA de mejora continua)
- El pensamiento basado en riesgos y oportunidades, que permite a una organización determinar aquello que podría hacer que sus resultados se desviaran para poner en marcha controles que minimicen dicha posibilidad y/o sus efectos. A su vez, fuerza a las organizaciones a identificar aquellas oportunidades que le van a permitir sacar el máximo beneficio y, por ende, debe gestionar.

Este estándar exige a las organizaciones que se auto evalúen internamente y también que se sometan a auditorías externas de certificación (año 0) y de revisión (años 1 y 2), en ciclos de 3 años. En base a dicha conformidad se concede la certificación, reconocida internacionalmente.

El sistema sueco de atención a la dependencia exige a las organizaciones la implementación sistemática de la gestión de la calidad, mediante un sistema descrito en una directriz nacional del Consejo de Salud y servicios Sociales (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen, 2011). Los requisitos que debe contemplar este sistema se inspiran en la norma ISO 9001, fundamentalmente en aspectos tales como: la identificación de procesos y actividades básicas, la normativa y requisitos a cumplir, el análisis de riesgos y oportunidades, la incorporación y análisis de la voz de las personas, los requisitos en cuanto a documentación, la necesidad de autoevaluarse y la organización de la mejora en torno al ciclo de mejora continua. Si bien no existe obligatoriedad de estar certificado en la norma ISO 9001 ni en ningún otro estándar genérico, desde el Consejo se entiende el sistema de gestión de la calidad como la herramienta que permite desarrollar y asegurar de manera sistemática y continua la calidad en los cuidados.

En España, diferentes administraciones autonómicas han impulsado a través de subvenciones y/o regulación, la certificación de las organizaciones de servicios sociales a través de este estándar como es el caso del País Vasco, que reguló subvenciones en la década del 2000 para que las entidades prestadoras de servicios sociales implementasen este estándar.

La presencia de este estándar en el sector sociosanitario difiere mucho entre países. España tiene una alta implantación (más de 2220 entidades certificadas en 2021) mientras que en los países nórdicos y anglosajones es más residual (34 en Suecia, 218 en Reino Unido). En LAC destaca su implantación en

---

<sup>4</sup> <https://www.iso.org/the-iso-survey.html>

Colombia (627 organizaciones en 2021) mientras que en Uruguay y Costa Rica es relativamente escasa (91 y 3 respectivamente).<sup>5</sup>

## **European Foundation Quality Management (Modelo EFQM)<sup>6</sup>**

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM por sus siglas en inglés) es una fundación sin ánimo de lucro con sede en Bruselas, establecida en 1989 para aumentar la competitividad de la economía europea. La fundación ha desarrollado un modelo para la gestión de la calidad para todo tipo de organizaciones que ha sido referencia para el desarrollo de modelos similares en otros territorios (ver siguiente apartado). Este modelo ha ido evolucionando, aunque sus principios no han variado y sigue proponiendo la necesidad de:

- Centrarse en los grupos de interés (además de los clientes, en la administración, los trabajadores y la sociedad) con una perspectiva a largo plazo
- Comprender las relaciones causa-efecto entre lo que hace la organización, cómo lo hace y los resultados que logra

El Modelo EFQM se fundamenta en una lógica sencilla, que responde a tres cuestiones:

- ★ ¿Para qué existe la organización? ¿Qué propósito cumple? (Dirección)
- ★ ¿Cómo va a cumplir con su propósito y estrategia? (Ejecución)
- ★ ¿Qué ha logrado hasta ahora? ¿Qué quiere lograr en el futuro? (Resultados)

Y se organiza en torno a 7 criterios (Propósito, Cultura, Implicación de los Grupos de Interés, Creación de valor sostenible, Gestión de las actividades y su transformación, resultados de percepción y resultados operativos) para los que define orientaciones (en cierto modo pueden considerarse estándares de gestión) para su desarrollo (subcriterios).

Las organizaciones que quieren obtener un reconocimiento EFQM deben autoevaluarse, presentar los resultados de su evaluación para ser posteriormente evaluadas por un equipo externo de evaluadores expertos voluntarios que conocen en profundidad el sector de actividad de la organización. La evaluación es altamente procedimentada y sirve como herramienta de aprendizaje y mejora.

Tanto en las evaluaciones externas como en las autoevaluaciones EFQM la organización obtiene una puntuación global sobre un máximo de 1.000 puntos y una puntuación para cada uno de los siete criterios. Esto ofrece la oportunidad de compararse con otras organizaciones que utilizan el mismo modelo y compartir buenas prácticas y aprendizajes.

Este modelo es el que sirve de base para la elaboración del modelo escocés de evaluación de los servicios sociales.

---

<sup>5</sup> <https://www.iso.org/the-iso-survey.html>

<sup>6</sup> [www.efqm.org](http://www.efqm.org)

Su implantación en organizaciones del sector de la salud y servicios sociales es amplia en países como España (más de 300 organizaciones). Otros países analizados en este estudio no disponen de datos relevantes en la implantación de este estándar en el sector sociosanitario.

## **FUNDIBEQ. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión<sup>7</sup>**

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión es creado por FUNDIBEQ en 1999, que es una Fundación independiente y abierta, compuesta por empresas públicas, privadas y organizaciones de la Administración Pública, cuyo fin es contribuir a la mejora de la competitividad e imagen del tejido económico y social de la Comunidad Iberoamericana. Concretamente, su misión es encargarse del movimiento iberoamericano de difusión de la cultura de la Excelencia en la Gestión en todas las organizaciones de la región. Esto lo consigue promoviendo y gestionando, en colaboración con otros agentes, actuaciones para mejorar la gestión de las organizaciones.

Por su estructura el Modelo de FUNDIBEQ tiene clara inspiración en el modelo europeo EFQM (en su versión anterior a la vigente). Se compone de 9 criterios, cinco de ellos facilitadores como son el Liderazgo y Estilo de Gestión (1), la Estrategia (2), el Desarrollo de Personas (3), los Recursos, Proveedores y Alianzas (4) y los Procesos y Clientes (5), y cuatro criterios que miden los resultados, en los clientes, en las personas, en la sociedad y los resultados globales. En cada uno de los criterios facilitadores, se tiene en cuenta: el Planteamiento, Despliegue y la Evaluación y Revisión, lo que es el ciclo de mejora continua (rasgo que comparte con los dos modelos vistos anteriormente).

En 2019, se llevó a cabo una revisión del Modelo en la que se mantuvo su estructura y el marco, y lo que hizo fue reforzar los criterios relacionados con tres áreas clave para la región: la transformación digital, el futuro de los negocios y nuevas formas de trabajo y los objetivos de desarrollo sostenible.

El sistema de autoevaluación y evaluación externa por expertos es compartido con el modelo EFQM. Desde el año 2000 se han reconocido por su gestión a más de 200 organizaciones públicas y privadas, de diferentes sectores y países (destacando en número de reconocimientos a la gestión, México y Colombia). La implementación en el sector sociosanitario es escasa, y ligeramente superior en el sector salud (<https://www.fundibeq.org/premio-iberoamericano/historico/organizaciones-ganadoras>).

## **Joint Commission. Estándares para los cuidados de larga duración<sup>8</sup>**

La Joint Commission (JC) es una organización de Estados Unidos, casi centenaria, privada e independiente sin ánimo de lucro. Acredita y certifica organizaciones y programas sanitarios y sociosanitarios en todo el mundo a través de Joint Commission International (JCI), creada en 1996. Tiene un amplio reconocimiento e implantación a nivel mundial en materia de calidad médica y seguridad del paciente. La JC elabora estándares de calidad de la atención y la gestión. Estos

---

<sup>7</sup> [www.fundibeq.org](http://www.fundibeq.org)

<sup>8</sup> <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>



estándares son la base de la evaluación de la organización que quiere acreditarse. Para asegurar la aplicabilidad internacional de los estándares, éstos se consensúan con expertos de los cinco continentes y se realizan pruebas piloto en Europa, Latinoamérica y Oriente Medio.

La acreditación con este estándar internacional está muy extendida en EEUU y tiene también presencia notable a nivel internacional. Actualmente acredita a cerca de 20.000 organizaciones (la mayor parte en EEUU) a nivel mundial que solicitan la acreditación voluntaria. Muchos países europeos disponen de socios de la JC que apoyan a las organizaciones del país en su proceso de acreditación. En el caso español, la entidad social es la Fundación para la Acreditación y desarrollo Asistencial (FADA) y actualmente hay 23 entidades acreditadas. En América Latina y el Caribe hay países con tradición de implantación de este estándar como es Brasil, que cuenta con 63 entidades acreditadas, Perú con algo más de 40, mientras que en Colombia hay 5 y Costa Rica y Uruguay no disponen de ninguna entidad acreditada.

La mayor parte de los estándares elaborados están destinados a la acreditación de la atención sanitaria en diferentes entornos (hospitales, atención primaria, atención ambulatoria, atención en domicilio) aunque existen también estándares para la acreditación de centros de larga estancia (JC, 2012). El grado de implantación es significativamente menor, dada su exigencia, que en las organizaciones sanitarias. La JCI ha acreditado a 19 entidades que prestan cuidados a largo plazo mientras que son más de 600 los hospitales que han obtenido dicha acreditación.

La acreditación de los cuidados de larga duración contempla los estándares y los elementos medibles para las organizaciones de atención a largo plazo, aquellos que tienen que ver con la organización y aquellos que tienen que ver con la atención centrada en la persona.

- Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.
- Acceso y evaluación de las personas residentes.
- Derechos y responsabilidades de las personas residentes.
- Cuidado de Residentes y Continuidad de Cuidado.
- Gestión de medicamentos para personas residentes.
- Educación de personas residentes y sus familias.
- Mejora en la Calidad y Seguridad de las personas residentes.
- Prevención y Control de Infecciones.
- Gestión y Seguridad del Medio Ambiente.
- Calificaciones y educación del personal.
- Gobernanza y Liderazgo.
- Gestión de la Información y la Comunicación.

Cada categoría dispone de sus estándares y estos a su vez de su definición y de sus elementos e indicadores de medida. Para la versión de centros de cuidados, propone un centenar de estándares sobre algunas de las áreas clave para la calidad de la atención, principalmente lo que tiene que ver con el buen cuidado y seguridad del paciente, sin desdeñar los estándares relativos a los derechos y a la gestión y gobernanza de la organización.

Mediante un proceso de evaluación independiente se certifica que se cumplen los requisitos de este estándar internacional. La acreditación suele convertirse en la herramienta que permite a las organizaciones mostrar su compromiso con la mejora de la atención prestada a las personas y por la generación de un entorno seguro que minimiza los riesgos para las personas como para los equipos.

## **Normas UNE 158000<sup>9</sup>**

Las normas UNE (cuyas siglas corresponden a Una Norma Española) son aquellas especificaciones técnicas creadas por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). La familia de normas UNE 158000 se creó para poder certificar el cumplimiento de requisitos específicos del sector de atención a personas mayores, en el marco de la aprobación de la Ley de Dependencia (LAPAAD en 2006). Actualmente, dispone de cuatro normas certificables:

- UNE 158101: 2015 Gestión de los centros residenciales y centros residenciales de día o centro de noche integrado.
- UNE 158201: 2015 Gestión de Centros de Día y de Noche.
- UNE 158301: 2015 Gestión del servicio de ayuda a domicilio.
- UNE 158401: 2019 Gestión del servicio de teleasistencia.

Todas ellas están concebidas para regular aspectos de las instalaciones, equipamiento, información y comunicación de los usuarios, atención, recursos humanos y gestión de la calidad.

Son normas que se asemejan mucho a la norma ISO 9001 en su estructura y requisitos, aunque en este caso, al ser específicas para el sector, describen con mayor detalle tanto los estándares en las actividades como los indicadores a medir (16) y que deben orientar la mejora de la calidad de la atención.

A grandes rasgos, se establecen los objetivos de los servicios, cómo deben ser las actividades de acompañamiento a la persona desde el inicio hasta que causa baja del servicio, la documentación necesaria, los protocolos que debe tener la entidad como, por ejemplo: el protocolo de protección de la intimidad, el de cuidados personales, de caídas y otros riesgos de las personas usuarias, etc. También los programas de actividades y de atención sanitaria y psicosocial, los canales de comunicación e información con las familias, cómo debe ser la evaluación de la persona, la evaluación del servicio, etc.

---

<sup>9</sup> <https://www.aenor.com/certificacion/sanidad-y-servicios-sociales/servicios-sociales>

Las entidades que quieren implantar y certificarse en esta norma de calidad para centros de larga estada o para centros de día deben someterse a una auditoría externa de certificación cada tres años y a auditorías externas de revisión anuales. También deben evaluar internamente su actividad de forma periódica.

Los indicadores de las normas para centros de día y para centros residenciales y que han sido usados para este estudio.

Algunas consideraciones respecto a la evaluación de la eficacia de la certificación en base a estándares y sistemas de gestión de calidad y la calidad de la atención se aportan en el capítulo 6 de este informe.

### 3.4 Definición de Centros de cuidados

En la diversidad de países analizados, mucho más amplia si incorporamos a todos los países no analizados en este trabajo, se expresa una riqueza de modelos de servicios en los que se plasman variables culturales, socioeconómicas e históricas que conforman los enfoques, estructuras y características que los definen actualmente.

Además, entendiendo estos modelos como cambiantes en cada uno de los países a lo largo de la historia, están tomados para este análisis en un momento concreto, el actual, ya expresa un perfil e idiosincrasia de valores, pero asumiendo que estos modelos son dinámicos, este momento actual probablemente no sea más que una etapa en un camino, del que ya se ha realizado recorrido pero del que, a buen seguro, quedan nuevas etapas por cubrir de su desarrollo.

En esta riqueza de modelos de servicios, se hace patente también la diferente tipología de centros y servicios, enfocados a cubrir las necesidades de determinados sectores, perfiles y/o colectivos de la población, existente en cada uno de los países.

Esto hace que encontremos entornos en los que existe diversidad en la tipología de centros, porque así están pensados para cumplir objetivos específicos en las distintas etapas del recorrido asistencial, y entornos en los que la diversidad de tipología de centros se concreta en una o dos. Encontramos, por ejemplo, centros residenciales, centros polivalentes, centros de día y de noche.

#### 3.4.1 Centros de Larga Estada

Entre los de larga estada, o residenciales, encontramos centros en los que se atiende a personas de un rango de edad más concreto (>60 años), u otros en los que este rango es más amplio o flexible. Centros en los que se atiende a personas de diferente capacidad o necesidad de apoyo, unos enfocados solamente a personas dependientes y/o gran dependientes, personas mayores y/o personas con discapacidad, y otros en los que conviven personas con mayor grado de autonomía pero con falta de apoyo social y/o económico. Centros que se estructuran y organizan en unidades y/o perfiles específicos (según grado de autonomía/dependencia, trastornos cognitivos y/o de

comportamiento, tamaño, etc.) y los que todas las personas residentes comparten el común de espacios y servicios.

Parece lógico, en esta realidad, que países que tienen largo recorrido en la apuesta por el valor del mantenimiento de las personas en su entorno, hayan ido desarrollando estructuras y servicios para su apoyo, y los centros de larga estadía queden circunscritos a perfiles más concretos.

Esta diversidad y riqueza existente es un valor en el presente trabajo porque nos permite ampliar el espectro descriptivo, conocer diferentes realidades y caminos recorridos, analizar y extraer los aspectos clave y ponerlos a disposición de los países participantes y objetivo de este trabajo. Pero también supone un reto para el análisis comparativo en la medida en que todos estos diferentes modelos de servicios y tipologías de centros expresan una diversidad cultural, sociodemográfica, económica e histórica, que difícilmente se puede reducir a unas cuantas variables de análisis.

Encontramos que en la consideración de Centros de Larga Estadía pueden definirse haciendo referencia a los servicios que prestan: Los Centros de Larga Estadía son “hogares o residenciales, que brindan, en forma permanente, cuidado a persona mayores. Ofrecen vivienda, alimentación, actividades y servicios” (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2019).

Algunas definiciones aluden a la integralidad de la atención, a la garantía de derechos y el respeto a los valores, y a la continuidad de los cuidados en interacción con los servicios sociales y de salud de su entorno: son “un centro social o sociosanitario para las personas mayores a quienes ofrece atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario en función de la situación de dependencia y las necesidades específicas de apoyo, en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno. La residencia es un lugar de alojamiento que facilita un espacio de convivencia y propicia el desarrollo de las relaciones personales, garantizando sus derechos y el respeto a los valores individuales” (IMSERSO, s.f.).

Otras definiciones mencionan los motivos que generan la necesidad y la consideración de que son un espacio de protección: son “Residencias o centros de apoyo para personas mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, s.f.).

Y también encontramos definiciones que sitúan al recurso de alta intensidad reservado para las personas que no han podido satisfacer su necesidad de apoyo en el entorno habitual o en recursos asistenciales de menor intensidad: El centro residencial es un “Servicio de alojamiento destinado a servir de vivienda habitual, temporal o permanente a personas mayores en situación de dependencia que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades en su entorno habitual, o en otros alojamientos de carácter más ligero, por requerir apoyos de mayor intensidad, en el que se promueve una atención individualizada e integral” (Diputación Foral de Álava, s.f.).

Encontramos también definiciones de recursos que hacen referencia en su carácter de finalidad empresarial con o sin ánimo de lucro. Se denominarán “residencias”, los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de

interrelación. Y se denominan Hogares cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores” ([Ley N° 17066](#))

Con esta muestra queremos reflejar simplemente tanto la variedad de la tipología de recursos existente, como la diversidad de las definiciones y matices de los centros de larga estadía que nos ocupan con especial atención en este trabajo.

### 3.4.2 Centros de día

Desde una perspectiva amplia, se observa una gran diversidad de conceptos de centros de día a nivel internacional, lo cual aporta un valor añadido al ampliar el abanico de características de los modelos de servicios. No obstante, también supone una dificultad a la hora de estudiar este servicio debido a la diversidad de conceptos y términos. Incluso hay autores (Manthorpe y Moriarty, 2014) que plantean que definir el contenido de este servicio es complejo ya que, en función del enfoque, el término se refiere más a una localización que a un servicio o tipo de intervención. Además, este tipo de servicio no está estandarizado a nivel internacional e incluso en muchos casos dentro de un mismo país, tanto en el término para hacerles referencia como en su estructura u organización (Tretteteig, et al, 2016).

Estas diferencias se dan no sólo a nivel de concepto del servicio, sino en el propio término también, pues en la literatura internacional se observa una amplia variedad de términos para referirse a este recurso, si bien cabe señalar que las propias características del recurso o servicio también varían de un país a otro, no solamente el término o la definición.

Orellana et al. (2018) hicieron una revisión sobre los “day centre” y recogieron diversidad de términos y definiciones de diferentes países, en la que también se pueden ver los diferentes términos dentro de un mismo país. A continuación, se muestran algunos de esos términos con sus respectivas definiciones<sup>10</sup>

País	Término	Definición
Canadá	Senior centre	Lugares para que los adultos mayores socialicen o compartan intereses específicos con sus iguales. El objetivo principal es cumplir con las necesidades de los jubilados.
	Adult day service	Un lugar en el que las personas mayores pueden participar en actividades supervisadas, sociales, recreativas y terapéuticas durante el día que ofrecen monitoreo de la salud, cuidado personal, administración de medicamentos, comidas y actividades sociales/recreativas. Están situados en los servicios de apoyo domiciliario, que están diseñados para apoyar a las personas mayores con deterioro funcional y/o cognitivo para que puedan seguir viviendo en su casa.

<sup>10</sup> Para consultar revisión completa consultar: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/day-centres-for-older-people-a-systematically-conducted-scoping-review-of-literature-about-their-benefits-purposes-and-how-they-are-perceived/8469C5AB75F8540BE4617E6B11E753C1>

Japón	Day care	Un programa de atención de enfermería, terapias de rehabilitación, supervisión y socialización que permite a las personas mayores frágiles, que tienen problemas de salud, comorbilidades y diversas discapacidades físicas y mentales, permanecer activas en la comunidad".
Noruega	Senior centre	Espacio para apoyar el mantenimiento de la actividad física y psicológica, la salud funcional, promover la autosuficiencia y prevenir la soledad y el aislamiento para personas mayores de 60 años.
Singapur	Day care center	Término general que abarca "centros de atención para personas mayores", "centros de atención diurna (social)", "centros de actividades para personas mayores", centros de rehabilitación de día, atención diurna para personas con demencia, atención diurna psiquiátrica, atención diurna para enfermos terminales y atención diurna médica multidisciplinaria.
Estados Unidos	Adult Day Service (ADS) centres	Brindan apoyo a personas con limitaciones funcionales para permanecer en la comunidad y reducir la carga del cuidador utilizando tres modelos: social (comidas, actividades recreativas y algunos servicios de salud); médico/sanitario (actividades sociales, servicios sanitarios y terapéuticos); y especializada (atención a grupos específicos, por ejemplo, demencia, problemas de aprendizaje)
	Adult Day Health Centre (ADHC)	Ofrecen un enfoque de equipo multidisciplinario que incluye enfermería especializada y terapia de rehabilitación además de los servicios del modelo social.
	Multipurpose centre	Proporciona una variedad de servicios de apoyo social, como actividades de salud, nutricionales, educativas y recreativas, y promueve oportunidades para la interacción y participación social
	Senior centre	Centrado en la socialización y el ocio; a menudo dirigido por voluntarios y con un alcance intergeneracional. Tienden a ser sin fines de lucro y financiados con fondos públicos.

Fuente: elaboración propia a partir de Orellana et al. (2018).

Como se puede observar, algunas de las definiciones de centro de día, o términos similares, ponen el foco en el tipo de servicios que ofrecen, mientras que otros se centran más en el enfoque del recurso, si es comunitario, sociosanitario o sanitario, o bien en el perfil de las personas beneficiarias del servicio. Algunos de los principales aspectos comunes o frecuentes en las definiciones son: asistencia diurna, dirigido a personas mayores con limitaciones o dificultades funcionales y la oferta de servicios sanitarios, como rehabilitación o enfermería, o sociales como actividades de ocio o de fomento de las relaciones sociales.

No obstante, independientemente del enfoque, a nivel internacional existe un creciente interés en el desarrollo de este recurso ya que tiene un papel importante en el continuum de los cuidados a largo plazo desde diferentes perspectivas (Colacce, 2019); en primer lugar, desde la perspectiva de la persona en situación de dependencia, permite preservar su autonomía, ayuda a envejecer en su lugar de referencia y cubre parte de las necesidades de cuidado; en segundo lugar, desde la perspectiva de

la familia, los centros de día son servicios de respiro que reducen la carga de cuidado y el estrés que puede implicar; y en tercer lugar, desde la perspectiva de la sociedad, permiten reducir el gasto a través del retraso o la prevención de la institucionalización y la mejora de los/as familiares cuidadores/as. Esta diversidad de beneficios tanto para la persona usuaria como las familias o entorno se asocia, en parte, a los diferentes objetivos que se plantean desde este servicio que, según Orellana et al. (2018), podrían resumirse como: proveer servicios sociales y preventivos, fomentar la autonomía de las personas usuarias, promoción de la salud y de las actividades de la vida cotidiana y facilitar o permitir un respiro o descanso a las familias cuidadoras, así como su permanencia en el empleo.

Partiendo del análisis de los objetivos de los centros de día, se puede concluir que una de las características de este servicio es que combinan funciones de naturaleza social con elementos sanitarios y de apoyo familiar. Así, los centros de día son un recurso mixto, pues ofrecen servicios sociales y sanitarios, son servicios institucionales, pero orientados a la permanencia de la persona en su hogar y cubre necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras. En esta línea, Dabelko y Zimmerman (2008) definieron tres modelos de centros de día: el médico que tiene el objetivo asociado al tratamiento y la rehabilitación, el social que provee de servicios de socialización y preventivos, y el modelo combinado que tiene elementos de ambos y se centra en las necesidades de la persona usuaria.

## 4. Modelos internacionales analizados (Escocia, Suecia, Islandia y España)

En este capítulo se presentan en profundidad los modelos internacionales analizados Escocia, Suecia, Islandia y España así como las buenas prácticas de interés, para el propósito de este trabajo, identificadas en otros países analizados (Estados Unidos, Alemania, Francia e Inglaterra).

Los estándares e indicadores de algunos de estos países se incorporan igualmente a la información que va a ser tenida en cuenta para la propuesta de estándares e indicadores de calidad de Costa Rica, Colombia y Uruguay.

Las razones que subyacen a la identificación de estos países son la diversidad de modelos que representan en cuanto a su sistema de cuidados y a las fórmulas que prevén para la mejora de la calidad y por otro lado, por compartir una creciente asunción del paradigma de la atención centrada en la persona el cual impregna sus estándares de calidad e indicadores.

A nivel particular, y en relación a los países analizados en profundidad, han sido elegidos por la orientación y el valor de sus procesos de inspección y evaluación, por los estándares e indicadores de calidad, por el peso que otorgan a las personas usuarias y por estar inmersos, en el caso de España, en un proceso de transformación hacia la desinstitucionalización cuyas líneas principales (así como las lecciones aprendidas en relación al modelo preexistente) pueden ser de gran utilidad para este estudio.

### 4.1. Metodología

En este apartado se analizan las características principales de los sistemas, la legislación y las normativas, el sistema de garantía de la calidad, los modelos de certificación de la calidad y las herramientas para la garantía de la calidad de los países Escocia, Suecia, Islandia y España. Para su realización se ha llevado a cabo una revisión de la literatura de fuentes secundarias que abarca la información disponible sobre cada uno de estos apartados en los países analizados.

Si bien el grado de centralización en cuanto a políticas, normativas o prestaciones de servicios de cada uno de los países condiciona, en cierta medida, la ubicación de la información relativa a este apartado, en su gran mayoría ha sido extraída de las páginas gubernamentales o de organismos oficiales. También se han utilizado diferentes informes y trabajos que recopilan experiencias internacionales en relación a la promoción y medición de la calidad en los centros de cuidados a personas mayores. Por otro lado, con el objetivo de complementar la información de dichas páginas web y justificar con evidencias parte de la información más asociada a resultados, se ha desarrollado una revisión de la literatura publicada sobre los temas de este apartado en bases de datos como Web of Science, ProQuest o SIIS.net.



Tabla resumen de principales características vinculadas a los instrumentos para la promoción de la calidad (coger última versión):

Aspecto	Escocia	Suecia	Islandia	España (Gipuzkoa)
<b>Regulación</b>	Laxa y genérica en cuanto a requisitos estructurales. Pone el peso en los estándares de atención y en los apoyos autodirigidos.	Laxa y genérica en cuanto a requisitos estructurales. Pone el peso en la protección de los derechos de las personas y la libre elección.	Regula requisitos mínimos de funcionamiento, indicadores de calidad a utilizar y la obligatoriedad de seguir un Plan de calidad diseñado por la Dirección de Salud	Exhaustiva. Basada en los requisitos que se deben cumplir a nivel de infraestructuras, dotación, personal, documentación y procesos asistenciales.
<b>Registro y autorización</b>	Existe registro y procedimiento de autorización basado en la solvencia técnica y económica. La autorización no tiene periodo de vigencia.	Solo se someten a autorización los centros privados. Se basa en la validación de la solvencia técnica y económica. La autorización no tiene periodo de vigencia.	Existe un registro (no público) y procedimiento de autorización necesario, previo al inicio de la actividad	Existe registro y procedimiento de autorización.
<b>Inspección</b>	Tiene un papel relevante. Orientada a evaluación de resultados en las personas de cada centro. Rol acompañante más que control.	Tiene un papel relevante. Orientada a la prevención del riesgo, al seguimiento de la calidad de la atención y de la persona.	Basada en Plan de Calidad para servicios de Salud, Indicadores de calidad nacionales (basado en sistema RAI), Registros médicos obligatorios, Quejas/reclamaciones y Notificación de eventos adversos. Existe acompañamiento en la mejora.	No tiene un papel relevante. Orientada a la comprobación de requisitos.
<b>Autoevaluación</b>	Se promueve la autoevaluación	Se promueve dentro del marco de la gestión de la calidad	Es obligatoria la auditoría interna con la misma herramienta de inspección	No se promueve
<b>Publicación de resultados de inspección</b>	Se publican los informes de las inspecciones.	No se publican los informes de las inspecciones.	Se publican informes de auditorías/ inspecciones y resultados indicadores RAI	No se publican los informes de las inspecciones.
<b>Estructuras de conocimiento</b>	La administración promueve la	La administración promueve la	La Dirección de Salud elabora y	Las entidades elaboran sus

	recopilación y puesta a disposición de conocimiento y formación a las entidades y a los profesionales. Se evalúa la incorporación del conocimiento en la organización.	recopilación y puesta a disposición de conocimiento y formación a las entidades y a los profesionales. Se evalúa la incorporación del conocimiento en la organización.	pone a disposición de los prestadores procedimientos y guías de buenas prácticas. Se evalúa la incorporación del conocimiento en la organización. El centro también debe demostrar que ha aprovechado las innovaciones surgidas en la atención y servicios de las personas mayores y con enfermedades crónicas.	procedimientos y se dedican a captar el conocimiento y a organizar la formación. No existen estructuras institucionales que apoyen esta labor.
<b>Mecanismos para la comparación de centros</b>	Dispone	Dispone	Dispone. A través de comparativa de resultados de indicadores RAI entre centros.	No dispone a excepción del registro que aportan información básica.
<b>Libre elección</b>	De opción de cuidado y de entidad.	De opción de cuidado y de entidad.	Es necesaria evaluación previa necesidades. De opción de cuidado y entidad.	De opción de cuidado y entidad entre un rango de opciones limitadas.
<b>Indicadores</b>	En el marco de la evaluación de centro. Son principalmente cualitativos y están relacionados con los estándares de atención. Son públicos.	En el marco de las comparaciones abiertas municipales. Monitorean aspectos que se han identificado que contribuyen a la calidad. Son públicos.	Disponen de batería de indicadores basados en el sistema RAI	En el marco de la concertación. Son de proceso. No se publican.
<b>Indicadores (tipo)</b>	Proceso Resultado	Estructura Proceso Resultado	Estructura Proceso Resultado	Estructura Proceso
<b>Resultados públicos agregados de calidad del sistema</b>	Dispone	Dispone de forma exhaustiva y trazable en cuanto a comparaciones abiertas, registros y encuestas.	Dispone de informes de auditoría/inspección públicos y resultados de indicadores RAI	No dispone a excepción de informes puntuales.
<b>Voz de las personas</b>	En la inspección En la evaluación de su plan En encuestas anuales En quejas y	En la inspección En la evaluación de su plan En encuestas anuales En quejas y	En la inspección En la evaluación de su plan En encuestas anuales En quejas y	No está presente

	reclamaciones.	reclamaciones.	reclamaciones.	
<b>Certificaciones de calidad</b>	No se exige certificación.	No se exige certificación.	No se exige certificación.	No se exige certificación pero se valora para la concertación.
<b>Sistemas de información</b>	Disponen de registros nacionales. También sistemas para compartir información entre centro/administración	Disponen de registros nacionales para diferentes áreas (demencia, paliativos, cuidados mayores) que permiten gestión con dato único. También sistemas para compartir información entre centro/administración	Disponen de un sistema electrónico de información, entre la Dirección de Salud y el prestador de Servicios, que les permite comunicar datos y documentación.	Sistema de información que soporta las actividades de registro, autorización, inspección y acreditación de la calidad para la concertación

## 4.2 Escocia

### a. Descripción de las principales características

**Escocia** es uno de los cuatro países que forman parte del Reino Unido, ocupa el tercio norte de Gran Bretaña y está compuesto por casi 800 islas pequeñas (Scotland, s.f). Su población se estimaba en 5.479.900 habitantes en 2021 (Public Health Scotland, 2022). Su capital es Edimburgo mientras que Glasgow es la ciudad más grande y su área metropolitana concentra el mayor porcentaje de la población escocesa.

Según los datos de población publicados en el [Censo de Residencias para Adultos en Escocia 2012-2022](#) (Public Health Scotland, 2022), desde mediados de 2012 hasta mediados de 2021, la población escocesa total aumentó un 3,1%. Sin embargo, durante este mismo periodo el porcentaje de personas mayores de 65 años aumentó en un 12,47% y el porcentaje de personas menores de 65 años disminuyó en un -2,63%. A pesar del envejecimiento de la población, la tasa estimada de personas mayores de 65 años en centros de larga estancia disminuyó, observándose el descenso más acusado en la franja de edad de personas mayores a partir de los 85 años, pasando de 148 por 1000 a 118 por 1000.

Tomando como referencia, lo indicado en el estudio [Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia](#) (SIIS, 2020):

- Los servicios para las personas mayores dependientes son prestados y financiados por los ayuntamientos o **local authorities** en coordinación con el **Servicio Nacional de Salud (NHS)**. La gestión de los servicios se realiza, en general, mediante los denominados **Health and Social Care Partnerships**, diseñados para facilitar una mejor coordinación de la atención social y sanitaria
- En 2014 el gobierno escocés publica una nueva Ley sobre el Apoyo Auto dirigido o [Self Directed Support](#), lo que confiere especial importancia a la **autonomía y autodeterminación**

**de las personas usuarias**, según la cual las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes: 1) una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa; 2) un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria; 3) un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local (opción mayormente elegida por las personas mayores de 65 años, según informe elaborado por el gobierno escocés en [2017](#)); o 4) una combinación de las tres opciones anteriores.

- La regulación, inspección, evaluación y estandarización de la atención se desarrolla a través de una agencia específica, llamada [Care Inspectorate](#) (Care Inspectorate, s.f), teniendo presente, entre otros elementos, unos [Estándares Nacionales de Cuidados](#) publicados en 2018 y que constituyen la base del modelo de evaluación y garantía de la calidad
- Al igual que en otros países, tales como Alemania, Reino Unido o Estados Unidos, el sistema de calidad escocés se caracteriza por la **publicación de los informes de evaluación** de todos los centros y servicios , **así como en el sistema de notas o calificaciones que cada centro** obtiene en el marco de esas evaluaciones.
- Por último, es necesario destacar la **gratuidad de los servicios de cuidado personal** y de enfermería mediante el llamado [free personal care](#) (Scottish Government, 2019) De esta forma, las personas mayores de 65 años reciben cuidados personales de forma gratuita en el marco de los servicios de asistencia domiciliaria y residencial, estableciéndose un pago –en función de la renta– únicamente para los servicios de atención doméstica, en el caso del servicio de ayuda a domicilio, y de alojamiento y manutención, en el caso de la atención residencial.

#### b. [Legislación y Normativas](#)

En general, el sistema de cuidados escocés se caracteriza por un alto nivel de descentralización y un amplio margen de autonomía local. La normativa es flexible, se basa principalmente en unos [Estándares Nacionales de Cuidados, de atención social y de salud](#) (Scottish Government, 2019) **redactados en primera persona**. No establece ratios de personal ni requisitos funcionales específicos. Las ordenanzas son bastante genéricas y en todo momento se refieren a que los servicios y centros tienen que ofrecer una atención adecuada dependiendo de las características del centro –número de personas usuarias atendidas, dimensión del establecimiento, etc. (SIIS, 2020).

La principal normativa que afecta a los centros de cuidados en Escocia es la siguiente:

Escocia	Descripción	Interés para este estudio
<a href="#">Ley de reforma de los servicios públicos (Escocia) de 2010</a>	Ley del Parlamento escocés	Alto
<b>Reglamento de 2011 sobre la mejora de la asistencia social y el trabajo social en Escocia (registro) (SSI 2011/28)</b>	El presente Reglamento establece lo siguiente: quien no puede solicitar el registro de un servicio de atención, los registros que debe llevar un proveedor de un servicio de atención y el registro de información y certificados de registro relacionados con los servicios de atención.	Alto
<b>La Orden de 2011 sobre la Mejora de la Asistencia Social y el Trabajo Social de Escocia (Aplicaciones) (SSI 2011/29)</b>	Esta Orden especifica la información que debe proporcionar una persona que presenta una solicitud de registro de un servicio de atención, Y también especifica la información que debe proporcionar una persona que presente una solicitud para la variación, eliminación o adición de una condición de registro relacionada con el registro de un servicio de atención o la cancelación de un servicio de atención.	Alto
<a href="#">Reglamento de 2011 sobre la mejora de la asistencia social y el trabajo social en Escocia (requisitos para los servicios de atención) (SSI 2011/210)</a>	Estas Regulaciones establecen requisitos que deben cumplir los proveedores de servicios de atención en base a unos principios generales	Alto
<a href="#">Estándares de Salud y Atención Social: mi apoyo, mi vida (2017)</a>	Normas que establecen lo que las personas deben esperar al utilizar los servicios de salud, atención social o trabajo social en Escocia.	Muy Alto

Fuente: elaboración propia

### c. Sistema de garantía de la calidad

La garantía de la calidad en los servicios sociales escoceses se basa principalmente en el cumplimiento de los [Estándares de Salud y Atención Social](#) (Scottish Government, 2019) que constituyen la base del modelo de evaluación y garantía de la calidad (SIIS, 2020).

Además, también se encuentran a disposición de los centros y servicios unas [guías para la autoevaluación](#) (Care Inspectorate, 2019) y, muy recientemente, una serie de documentos denominados “marcos de calidad” (Care Inspectorate, s.f) centrados en servicios específicos, que concretan los estándares previamente señalados y estructuran las visitas de evaluación. El gobierno escocés cree que estos marcos de calidad son una forma útil de apoyar a los servicios de atención para que evalúen su rendimiento con respecto a las expectativas de resultados para las personas, como parte de su propia garantía de calidad.

En el caso del [marco de calidad para las residencias de adultos y mayores](#) (Care Inspectorate, 2022), se han definido lo que denominan “**garantías básicas**” ya que tras la experiencia adquirida cuando las cosas van mal en los servicios de atención, a menudo tienen relación con una serie de áreas clave. Tal y como se indica en este mismo documento, la teoría y las investigaciones sobre cuando falla la atención han resaltado las áreas que son importantes de monitorear porque pueden identificarse como indicadores tempranos de daño para las personas que usan los servicios.

Según el gobierno escocés estas áreas clave o garantías básicas son esenciales para que un servicio sea seguro y se utilizan para identificar situaciones de riesgo que provocan a su vez inspecciones no programadas.

<b>Cuadro Garantías Básicas</b>	
<b>General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se exhibe un certificado de registro que contiene información precisa sobre el servicio</li> <li>● Se exhibe un certificado de seguro válido (excepto los servicios de las autoridades locales).</li> <li>● Existe una declaración escrita de los fines y objetivos que describe con precisión las condiciones de registro y el servicio que se ofrece a las personas.</li> </ul>
<b>Protección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existe una política y un procedimiento de protección de la persona mayor</li> <li>● El personal está capacitado en protección de la persona mayor confía en saber cuándo y cómo hacer derivaciones, incluida la notificación a la Inspección de Cuidados.</li> <li>● Cuando sea necesario, hay evidencia de que se han hecho y seguido las referencias apropiadas de protección de adultos.</li> </ul>
<b>Prevención y control de infecciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todo el personal está capacitado y puede demostrar que comprende y aplica los principios de prevención y control de infecciones contenidos en el Manual de prevención y control de infecciones para personas mayores y residencias para adultos, de acuerdo con su función.</li> <li>● Hay una persona líder designada que tiene la responsabilidad de la prevención y el control de infecciones.</li> <li>● El servicio cuenta con procesos de gobernanza y garantía de calidad para la prevención y el control de infecciones.</li> <li>● Los líderes se aseguran de que el personal tenga acceso a equipos adecuados y productos de limpieza apropiados. Se lleva a cabo una sólida evaluación de riesgos y se aprueba a través del gobierno local cuando esto no se puede implementar.</li> </ul>

<b>Sistema de medicación y registros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las personas están protegidas por políticas y prácticas de manejo seguro de medicamentos.</li> <li>● La legislación y la guía de buenas prácticas se siguen cuando se apoya a las personas que no tienen la capacidad para tomar medicamentos, cuando los medicamentos se administran de forma encubierta y cuando se recetan medicamentos "según sea necesario".</li> <li>● Cuando hay errores de medicación, los servicios realizan las notificaciones correspondientes y aprenden de ellas para mejorar la práctica de la medicación.</li> </ul>
<b>Manejo de las finanzas de las personas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los bienes personales y las finanzas de las personas se gestionan y protegen de conformidad con la legislación.</li> <li>● Se documentan y evidencian en la práctica políticas y procedimientos financieros claros para la gestión del dinero y las posesiones de las personas.</li> <li>● Cuando las decisiones se toman en nombre de un adulto que carece de capacidad, se siguen los principios de la legislación y la guía de buenas prácticas.</li> </ul>
<b>Registros de accidentes e incidentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se lleva un registro de todos los accidentes e incidentes ocurridos en el servicio y, en su caso, se comunican a la Inspección y/o al organismo correspondiente/autoridad. Existen procesos de garantía de calidad en torno a accidentes e incidentes y evidencia de aprendizaje de estos.</li> </ul>
<b>Plan de desarrollo/mejor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existe un plan de desarrollo/mejora actualizado que se basa en los comentarios del personal y las personas que usan el servicio y/o sus familiares. Este plan se utiliza activamente para impulsar la mejora en el servicio.</li> </ul>
<b>Quejas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las quejas e inquietudes de cada persona, su familia, defensor o representante y visitantes son escuchadas y atendidas y existe un procedimiento de apelación efectivo.</li> <li>● Las personas son conscientes de inmediato del resultado de cualquier queja y existen procesos para implementar el aprendizaje de las quejas. Se lleva un registro de todas las quejas, respuestas y resultados y detalles de cualquier investigación formal realizadas.</li> <li>● El proceso de quejas es fácil de usar y accesible.</li> </ul>
<b>Procedimientos de selección/contratación de personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existen prácticas de contrataciones seguras y eficaces para contratar personal de acuerdo con las buenas prácticas y la guía nacional de contratación segura.</li> </ul>
<b>El entorno físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El servicio es limpio, ordenado, acogedor y libre de ruidos y olores evitables e intrusivos.</li> <li>● El diseño del entorno y la calidad del mobiliario y los accesorios satisfacen las necesidades y deseos de las personas.</li> </ul>

<p><b>Registros de mantenimiento de los equipos de seguridad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las personas tienen acceso a equipos apropiados, incluidos equipos de un solo uso, que promueven su independencia y comodidad. Cuando el equipo no es de un solo uso, se limpia entre usos y se almacena de forma segura.</li> <li>● El equipo es adecuado para su propósito y existe un proceso para garantizar que todo el equipo se instale, use, mantenga, pruebe, repare y reemplace correctamente.</li> <li>● El personal está capacitado para usar el equipo.</li> <li>● El establecimiento cuenta con los correspondientes certificados de seguridad, incluyendo controles de gas y agua, y otros según corresponda.</li> <li>● Se lleva a cabo la prueba y el mantenimiento de los equipos y sistemas de seguridad contra incendios y se lleva a cabo una evaluación del riesgo de incendio. El personal y las personas que viven en el servicio saben qué hacer en caso de incendio, incluida información sobre quienes necesitan apoyo para evacuar y cómo hacerlo de manera segura.</li> </ul>
<p><b>Atención y apoyo planificados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El plan personal se basa en una evaluación integral continua de las necesidades y fortalezas del individuo y se enfoca en los resultados. Se implementa, evalúa y revisa, refleja las necesidades cambiantes de la persona y describe el apoyo necesario para maximizar su calidad de vida de acuerdo con sus deseos.</li> <li>● Las personas participan activamente en su proceso de planificación personal y se observa que la atención se centra en la persona y se brinda de acuerdo con el plan individual de cada persona.</li> <li>● Los planes personales son accesibles para las personas y el personal que les brinda atención y apoyo, asegurando que se satisfagan sus necesidades y deseos.</li> </ul>
<p><b>Supervisión de la gestión y gobernanza</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existen sistemas de gobernanza y supervisión para identificar riesgos y garantizar que se tomen las medidas adecuadas para mejorar los resultados para las personas. Estos incluyen comportamientos de líderes que crean el entorno adecuado para una atención segura y de calidad.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la traducción del documento [A quality framework for care homes for adults and older people](#) (Care Inspectorate, 2022)

También, destaca la publicación realizada por el Servicio de Inspección Escocés, respecto al detalle de los [Registros que deben disponer todos los servicios de atención](#) (Care Inspectorate, 2020), sobre diferentes aspectos: **Personas que utilizan el servicio, Personal, Medioambiente y seguridad, Reclamaciones, Medicación, Finanzas, Planes de atención y despliegue**. Las entidades prestadoras deben compartir con la administración, a través de estos registros, información que luego es tenida en cuenta en la inspección. Igualmente, existe obligatoriedad de notificar en plazo a la Autoridad competente determinados aspectos relacionados con:



<b>Resumen de aspectos obligatorios a notificar a la autoridad competente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accidentes, incidentes o lesiones de una persona que utiliza un servicio</li> <li>● Brote de enfermedad infecciosa</li> <li>● Covid-19: ratio de personal, ausencias de personal, muerte de un miembro del personal, fin de brote, cambio de circunstancias</li> <li>● Muerte de una persona que utiliza un servicio de asistencia</li> <li>● En caso de abuso en relación a una persona que utiliza un servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ante casos de mala conducta por parte de un proveedor o de cualquier persona empleada en los servicios de atención</li> <li>● Condenas penales con resultado de incapacidad del gerente</li> <li>● Incapacidad del proveedor</li> <li>● Nombramiento de un gestor</li> <li>● Incumplimiento pacto bancario</li> <li>● Cuentas anuales no aprobadas</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la traducción de la publicación [Records that all registered care service must keep and guidance on notification reporting](#) (Care Inspectorate, 2020)

#### i. Agentes implicados y roles

Siguiendo lo indicado en el estudio [Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia](#) (SIIS, 2020), los principales organismos en lo que se refiere a la gestión de la calidad en el ámbito de los Servicios Sociales en Escocia son:

- **Care Inspectorate:** organismo independiente oficial responsable de la regulación y la inspección de los servicios sociales y de salud, así como de la mejora de la calidad de la atención en estos servicios. Su función es la de inspeccionar si los servicios cumplen con los estándares establecidos y la de acompañar a las entidades prestadoras de servicios en los procesos de mejora, al objeto de que todas las personas usuarias reciban una atención segura y de alta calidad, adaptada a sus necesidades, derechos y opciones. Tiene la potestad para adoptar medidas sancionadoras y/o para requerir la adopción de cambios en las condiciones en las que se presta el servicio, en el caso en los que se detectan incumplimientos de la normativa o prácticas inadecuadas. También, es competente en relación al conjunto de los servicios sociales –personas mayores, personas con discapacidad, desprotección de menores y atención infantil, enfermedad mental, etc.–, así como algunos servicios en el ámbito de la justicia y la educación infantil. Cuenta con una plantilla de 600 personas y con 14 delegaciones en todo el territorio escocés, inspecciona anualmente alrededor de 14.000 centros y servicios, y atiende en torno a 1.400 quejas. Del total de centros, 826 son residencias para personas mayores y 1.030 empresas de asistencia domiciliaria. (Care inspectorate, s.f).
- **Scotland Social Services Council** (Consejo Escocés de Servicios Sociales): tiene como objetivo regular la formación y las condiciones de acceso al empleo de los profesionales de los servicios sociales en Escocia. Para ello, sus actividades se centran en el registro de los profesionales, el establecimiento de códigos o estándares profesionales de conducta y la formación

especializada de las personas profesionales, así como en la elaboración de estadísticas relativas al personal que trabaja en el ámbito de los servicios sociales.

## ii. Fases: **Habilitación, registro, monitoreo**

Los procesos de habilitación, registro y monitoreo de los servicios de atención a la dependencia son competencia del *Care Inspectorate*. El sistema que establece esta entidad, en torno a estos aspectos, se articula a través los siguientes elementos básicos: el registro de las entidades y de las personas profesionales, las inspecciones o evaluaciones de servicios e inspecciones conjuntas, la publicación de estos resultados, y la gestión de quejas y reclamaciones.

### 1. El registro de las entidades

Todas las entidades que prestan servicios sociales y sanitarios están **obligadas por ley a registrarse** en el *Care Inspectorate*. **El registro equivale a la autorización del servicio**, pero no a la concertación, en la medida en que las autoridades públicas pueden utilizar otros mecanismos para la contratación de la provisión de los servicios. El proceso de registro requiere:

- Describir las características básicas del servicio (objetivos, servicios, tarifas, sistema de quejas...).
- Describir el sistema de gestión del personal y su cualificación, así como los sistemas de control respecto al expediente del personal contratado.
- Describir los sistemas existentes para la elaboración de los planes personales de atención y la definición del servicio mediante un contrato individualizado.
- Garantizar la posibilidad de proporcionar un servicio que se pueda adaptar a las preferencias personales y sociales de cada individuo.
- Garantizar las competencias necesarias en el uso de las ayudas técnicas y los equipamientos profesionales.
- Garantizar la existencia de sistemas para proteger a los usuarios, como evaluaciones de riesgo y protección contra el acoso o la intimidación.
- Demostrar respeto por las creencias sociales, culturales, religiosas y la vida privada de los usuarios.

El registro **puede realizarse on line** a través de la página web del *Care Inspectorate* (existe a disposición una [guía con orientaciones](#) para realizarlo). Una vez realizada la solicitud del registro, el *Care Inspectorate* analiza la solicitud y determina si se cumple con los requisitos para la prestación del servicio (tanto físicos o estructurales como respecto al contenido del servicio o la viabilidad económica del mismo), en un plazo máximo de 6 meses. (Care Inspectorate, s.f).

### 2. El registro de las personas profesionales

Además del registro de los centros, los profesionales de la atención también deben acreditarse ante el *Scotland Social Services Council*. Se trata de un registro público, consultable *on line*, en el que actualmente están registrados más de 100.000 profesionales. La inscripción en el registro puede ser revocada en caso de que se detecten y acrediten casos de mala práctica en el ejercicio de las tareas profesionales (Scottish Social Services Council, s.f). Para los profesionales de atención directa que no tienen certificada su formación, este registro incorpora la exigencia de que en un plazo de 5 años desde la inscripción, la persona debe de haber realizado dicha formación. Las entidades deben favorecer que dicha formación se realice. El gobierno utiliza este registro para promover las acciones formativas necesarias por territorios.

### 3. Las inspecciones de los servicios

Una vez registrado el servicio e iniciado su funcionamiento, debe someterse por parte del *Care Inspectorate* a una **inspección anual**, diseñada a partir de los Estándares de Salud y Atención Social. Aunque el modelo de evaluación se adapta a los distintos servicios respecto a los que el *Care Inspectorate* tiene competencias, el modelo común de inspección se basa en cinco grandes ámbitos o preguntas: **¿Cómo apoyamos el bienestar de las personas?, ¿Cómo es nuestro liderazgo?, ¿Cómo es nuestro personal?, ¿Cómo son nuestras instalaciones? y ¿Cómo están planificados nuestros servicios?**. Una sexta pregunta –**Cuál es nuestra capacidad general de mejora**– se incluye en el marco para ayudar a los servicios de atención en la planificación de su proceso de mejora. (Care Inspectorate, s.f)

Además, de las preguntas clave hay algunas cosas que siempre van a revisarse en las Inspecciones, las denominadas **“garantías básicas”**(ver. Apdo. c. *Sistema de garantía de la calidad*. Cuadro Garantías Básicas)

La inspección se realiza mediante **visitas al centro**, realizadas **sin previo aviso**, durante las cuales se observa el funcionamiento del centro y se mantienen **entrevistas** tanto con las personas profesionales como con las personas usuarias, sus familiares y partes interesadas relevantes. Se realiza un muestreo de políticas, procedimientos, documentación (ej. actas, programaciones, etc.), registros y herramientas/prácticas utilizadas. Además, tienen en consideración diversos aspectos definidos que ayudan a evaluar cada indicador, fundamentalmente, desde un punto de vista cualitativo.

La realización de la inspección autoriza a los centros a colocar en sus documentos e instalaciones un **logo o certificado que le acredita como centros registrado e inspeccionado**, y desde el cual –en los documentos digitales– se accede a los informes relativos a la inspección (**Widget**).

La inspección realizada concluye con una calificación general de seis puntos que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”. Concretamente, la escala utilizada es la siguiente: **Excelente (6)**. Sobresaliente o líder del sector, **Muy bien (5)**. Grandes fortalezas, **Bien (4)**. Fortalezas importantes, con áreas de mejora, **Adecuado (3)**. Algunas fortalezas, superadas por las debilidades, **Débil (2)**. Debilidades importantes. Se requieren acciones correctoras e **Insatisfactorio (1)**. Grandes debilidades. Se requieren acciones correctoras urgentes.

#### 4. Inspecciones conjuntas o *joint inspections*

Las [inspecciones conjuntas](#) son realizadas por el equipo de inspección estratégica de la Inspección de Atención, que forma parte de la Dirección de Escrutinio y Aseguramiento. Analizan, entre otros servicios, los destinados a personas mayores. Se centran en monitorizar, la garantía y la mejora de los servicios prestados y analizan cómo se promueven y defienden los derechos de las personas, hasta qué punto se les permite ejercer la elección y el control sobre cómo se les brinda su apoyo y los resultados que experimentan a nivel local. Son inspecciones que evalúan la cobertura, la coordinación y calidad de los servicios que se reciben las personas desde diferentes administraciones en un territorio determinado (Escocia cuenta con 32 municipalidades).

Respecto a las [inspecciones conjuntas de los servicios para adultos](#) (Care Inspectorate, s.f) desde abril de 2017, care Inspectorate y Healthcare Improvement Scotland han tenido la responsabilidad legal conjunta de inspeccionar y apoyar la mejora en la planificación estratégica y la puesta en marcha de enfoques integrados. En 2019, el [Grupo Estratégico Ministerial \(GMP\) para la Salud y la Atención Comunitaria](#) (Scottish Government, 2019) pidió que se desarrollaran aún más las **inspecciones conjuntas para centrarse en cómo la integración de la atención social y sanitaria impacta en los resultados de las personas** y para garantizar un enfoque equilibrado en la prestación de atención médica y social.

Las inspecciones pueden durar varios meses. Para llevarla a cabo, pueden recopilar información de varias formas: solicitando información a la asociación, hablando con las personas usuarias de los servicios de salud y asistencia social y sus cuidadores no remunerados, hablando con el personal, gerentes y líderes y/o mediante la lectura de registros. Durante el proceso, se comunican regularmente con la asociación y les trasladan los hallazgos. Una vez finalizada la inspección, se publica un informe con los resultados en la web del *Care Inspectorate y Healthcare Improvement Scotland* y en función de los resultados, se acuerda un plan de mejora con la asociación para dar respuesta a los hallazgos.

Siempre que sea posible, **involucran a [personas voluntarias](#)** (Care Inspectorate, s.f) **y con experiencia** vivida en el uso de servicios, o en el cuidado de alguien que lo hace. La Inspección de Atención tiene un equipo de participación que recluta y apoya a los voluntarios para trabajar en las inspecciones.

#### 5. Publicación de resultados

El **resultado de las evaluaciones de cada centro se publica en la web del *Care Inspectorate***, de forma que cualquier persona interesada puede acceder a la información relativa a cada servicio. Para ello, el *Care Inspectorate* ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio. El informe de evaluación de cada centro detalla con cuántas personas se realizaron las entrevistas y cuáles son las conclusiones de la inspección y el resultado correspondiente a cada ámbito, así como, en su caso, las medidas de corrección propuestas.

## 6. Gestión de quejas y reclamaciones

Además de las inspecciones, el *Care Inspectorate* es responsable de gestionar y dar respuesta a las quejas o reclamaciones planteadas por parte de las personas usuarias o sus familiares. Estas quejas pueden ser planteadas –si se desea de forma anónima– por escrito, por teléfono o de forma virtual. (Care Inspectorate, s.f)

### d. Modelos de evaluación de la calidad

Como hemos mencionado anteriormente, en el apartado c. *Sistema de Garantía de calidad*, la garantía de la calidad en los servicios sociales escoceses se basa principalmente en el cumplimiento de los [Estándares de Salud y Atención Social](#) (Scottish Government, 2017) que constituyen la base del modelo de evaluación y garantía de la calidad.

Si bien **el sistema escocés no exige una certificación de calidad** para los centros residenciales y centros de día, **el objetivo principal del sistema escocés, es ayudar a los centros y servicios a evaluar su propio rendimiento**, a través de la autoevaluación. En por ello que ponen a su disposición unas [guías para la autoevaluación](#) (Care Inspectorate, 2019) y, muy recientemente, una serie de documentos denominados **“marcos de calidad”** (Care Inspectorate, s.f) centrados en servicios específicos, que concretan los estándares previamente señalados y estructuran las visitas de evaluación. Los inspectores utilizan el mismo marco para proporcionar garantía sobre la calidad de la atención y los cuidados. Creen que usar el mismo marco favorece el desarrollo de una comprensión compartida de lo que constituye un buen cuidado y apoyo y contribuye a la apertura y la transparencia del proceso de inspección.

Esta herramienta de autoevaluación está basada en el Modelo EFQM de Excelencia. Han adaptado el modelo para su uso en entornos de atención y apoyo y han utilizado los nuevos Estándares de Atención Social y de Salud para ilustrar la calidad que esperan ver. Esta herramienta fue validada en más de 80 residencias para personas mayores entre noviembre de 2017 y enero de 2019, con el fin de escuchar los puntos de vista de las personas que reciben atención, sus cuidadores y los proveedores de atención (Care Inspectorate, 2019).

### e. Herramientas

- **Portal digital de Care Inspectorate** para servicios y proveedores de atención. Algunas de las principales características de portal digital incluyen la capacidad de ver la información de cada servicio, incluidas las condiciones de registro, descargar su certificado de registro y **realizar cambios en sus datos de contacto** sin requerir aprobación, asegurando que siempre dispongan de la información más actualizada sobre su servicio. También puede solicitar realizar cambios en el registro: **solicitar una variación**, **solicitar quedar inactivo** o incluso **cancelar el registro**.
- **Widget:** es un logotipo con algo de codificación detrás de él, que se puede mostrar en cualquier sitio web. Cada servicio de atención registrado tiene su propio widget y puede conectarse directamente a sus propias páginas de información en el sitio web de *Care*

*Inspectorate*. Cuando los visitantes del sitio web del servicio de atención hagan clic en el widget, se abrirá una nueva ventana que muestra la página de información de *Care Inspectorate* para su servicio.

- **Gestión del conocimiento y difusión de la información:** el *Care Inspectorate* ha desarrollado un portal web –[The Hub](#)– especialmente orientado a la gestión del conocimiento y la difusión de la información en el ámbito que la institución cubre. La web es, básicamente, una biblioteca virtual que ofrece recursos virtuales de todo tipo orientados a la mejora de la calidad de la atención (estadísticas, manuales, estándares, materiales audiovisuales, etc.).
- **Encuestas de Satisfacción:** Escocia realiza encuestas nacionales a los usuarios de los centros y servicios, lo cual permite la comparación de resultados en todo el país o territorio y se utiliza como fuente de información para las inspecciones. La encuesta escocesa está redactada en primera persona y siguiendo parámetros de accesibilidad cognitiva ([How good is your care](#), Care Inspectorate, 2019).
- **Care Opinion:** es un sitio web independiente donde las personas que utilizan los servicios, y sus cuidadores, pueden compartir sus experiencias con los servicios de salud y asistencia social del Reino Unido (Care opinion, s.f).

#### f. Estándares de Calidad

En 2002, el Gobierno de Escocia aprobó los primeros Estándares Nacionales de Cuidados con el objetivo de mejorar la inspección y evaluación de los Servicios Sociales en el país. En 2018, el Gobierno aprobó un nuevo marco de **Estándares de Salud y Atención Social**, que se diferencia del anterior fundamentalmente por su carácter integral: mientras el marco original establecía criterios o estándares para los diferentes servicios, el marco actual ofrece una serie de estándares comunes al conjunto de los servicios sociales. (Scottish Government, 2017)

El nuevo marco busca también facilitar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios y, fundamentalmente, impulsar un nuevo modelo de evaluación e inspección, **más orientado a los resultados que a los procesos, y más orientado a la calidad de vida que a la calidad de la atención**. Desde ese punto de vista, el modelo de inspección y evaluación escocés apuesta por un cambio de enfoque que va **de la comprobación de los requisitos a la evaluación de los resultados** (*from checking inputs to assessing outcomes*).

Los estándares, redactados en primera persona, se sustentan en cinco principios –**dignidad y respeto, compasión, inclusión, atención y apoyo sensibles, y bienestar**– y en cinco resultados principales, planteados en primera persona del singular:

- *Recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí.*
- *Participó plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo.*
- *Tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan.*
- *Tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo.*

- *El servicio se presta en un entorno de alta calidad, en el caso de que el servicio se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora.*

Cada uno de los resultados principales se analiza desde la perspectiva de los principios señalados, planteándose en total en [torno a 140 criterios o estándares](#) a partir de los cuales se plantea la evaluación del conjunto de los centros y servicios.

Estos estándares son utilizados por el Care Inspectorate para realizar las inspecciones. Además, esta entidad pone también a disposición de los centros y servicios unas **guías para la autoevaluación** y, muy recientemente, una serie de documentos **denominados “marcos de calidad”** centrados en servicios específicos. Entre otros marcos publicados, destacamos el [Marco de calidad para centros residenciales para personas adultas y personas mayores](#) (Care Inspectorate, 2022)

Este marco de calidad se articula en torno a una serie de preguntas clave, utilizadas igualmente por la Inspección. La primera de ellas es: **¿En qué medida apoyamos el bienestar de las personas?**. Para intentar comprender qué contribuye a ello, hay otras cuatro preguntas clave:

- ¿En qué medida es bueno nuestro liderazgo?
- ¿En qué medida es bueno nuestro equipo de personal?
- ¿Cuál es la calidad de nuestro entorno?
- ¿En qué medida está bien planificada nuestra atención?

La última pregunta clave es: **¿Cuál es nuestra capacidad global de mejora?**. La respuesta a esta última pregunta clave requiere un juicio global basado en evidencias y evaluaciones de todas las demás áreas clave.

En mayo de 2020, desarrollaron la pregunta clave **¿Cómo de buena es nuestra atención y apoyo durante la pandemia de COVID-19?**, con tres indicadores clave asociados. Sin embargo, tras la publicación de la nueva versión del marco de calidad para residencias para adultos y personas mayores, en abril de 2022, esta pregunta clave ha sido sustituida por un indicador de calidad específico **1.5 La salud y el bienestar de las personas se benefician de prevención y control de infecciones prácticas y procedimientos**, para garantizar que cuando haya brotes de enfermedades infecciosas la salud y el bienestar de las personas continúen siendo respaldados y protegidos por infecciones, prevención y prácticas de control.

En cada pregunta clave puede haber hasta cinco indicadores de calidad. Cada indicador de calidad dispone de áreas clave, breves puntos que aclaran las áreas de práctica que cubre. En total, en el caso de los centros residenciales, se establecen **17 indicadores específicos** con los que se intentan definir los estándares previamente señalados.

En concreto, el marco de preguntas clave e indicadores de calidad para servicios residenciales para personas mayores y para personas adultas, es el siguiente:

<b>Pregunta clave 1: ¿Cómo apoyamos el bienestar de las personas?</b>	<b>Pregunta clave 2: ¿Cómo es nuestro liderazgo?</b>	<b>Pregunta clave 3: ¿Cómo es nuestro personal?</b>	<b>Pregunta clave 4: ¿Cómo son nuestras instalaciones?</b>	<b>Pregunta clave 5: ¿Cómo están planificados nuestros servicios?</b>
1.1. Las personas experimentan compasión, dignidad y respeto.	2.1. La visión y los valores orientan positivamente la práctica	3.1. El personal ha sido bien seleccionado, contratado.	4.1 La gente disfruta de instalaciones de alta calidad	5.1 La evaluación y la planificación de los cuidados reflejan los intereses y los deseos de las personas
1.2. Las personas disfrutan al máximo de la vida.	2.2 La garantía y la mejora de la calidad están bien dirigidas.	3.2. El personal tiene los conocimientos adecuados, competencia y desarrollo para cuidar y apoyar a las personas	4.2. El entorno promueve la independencia de las personas	5.2. Se les anima a participar a los cuidadores, amigos y familiares
1.3. La salud de las personas se beneficia de su cuidado y apoyo	2.3. Los líderes colaboran para apoyar a las personas	3.3 Los ratios de personal son correctos y el personal trabajan bien juntos	4.3. Las personas pueden estar conectadas y participar en la comunidad	
1.4. Las personas experimentan un contacto significativo que satisface sus resultados, necesidades y deseos.	2.4. El personal está bien dirigido			
1.5 La salud y el bienestar de las personas se benefician de prevención y control de infecciones prácticas y procedimientos				
<b>Pregunta clave 6: ¿Cuál es la capacidad global de mejora?</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de la traducción del documento [Marco de calidad para las residencias de adultos y mayores](#) (Care Inspectorate, 2022)

Cada indicador de calidad se acompaña de **ilustraciones de calidad**, que describen lo que se espera ver en un servicio de atención que funciona con un nivel de calidad “muy bueno” y lo que podemos ver en un servicio que funciona con un nivel de calidad “débil”. Son el vínculo con los Estándares de Atención Sanitaria y Social y están alineados con la legislación y las buenas prácticas nacionales relevantes.

Ejemplo de desarrollo de **ilustraciones de calidad** para el indicador de calidad **1.1: Las personas experimentan compasión, dignidad y respeto.**



Las **áreas clave** incluyen la medida en que las personas experimentan: *compasión, dignidad y respeto por sus derechos como individuos y ayuda para defender sus derechos como ciudadanos sin discriminación.*

<b>Ilustraciones de calidad para el indicador 1.1 <i>Las personas experimentan compasión, dignidad y respeto.</i></b>	
<b>Muy bueno</b>	<b>Débil</b>
<p>Las personas experimentan la atención y el apoyo con compasión porque existen relaciones cálidas, alentadoras y positivas entre el personal y las personas que viven en la residencia. Esto ayuda a las personas a lograr sus resultados individuales.</p> <p>Las personas se sienten respetadas y escuchadas porque sus deseos y preferencias se utilizan para dar forma a la forma en que reciben apoyo, incluso si desean rechazar un aspecto de su apoyo.</p> <p>Las personas experimentan un apoyo que promueve la independencia, la dignidad, la privacidad y la elección. Se sienten conectados, ya que pueden mantener y desarrollar relaciones dentro y fuera de la residencia de personas mayores.</p>	<p>El personal interactúa con las personas de manera impersonal o abrupta. El personal puede parecer apurado y no tener tiempo para una interacción significativa con las personas.</p> <p>Las opiniones y preferencias de las personas no se buscan activamente al planificar y brindar atención y apoyo. Las opiniones y preferencias de las personas no se reflejan en la práctica diaria. La atención y el apoyo se brindan en torno a rutinas y tareas sin tener en cuenta las necesidades y deseos individuales.</p> <p>No se promueven los derechos de las personas para tomar decisiones y mantener su independencia, por ejemplo, la libertad de circulación, y prevalece un enfoque de aversión al riesgo.</p>
<p>Se respetan los derechos de las personas. Reciben un trato justo y el personal desafía activamente cualquier forma de discriminación. Cuando la independencia, la elección y el control de las personas están restringidos, están bien informados al respecto, y existen arreglos legales y apoyos apropiados. Las restricciones se mantienen al mínimo y se llevan a cabo con sensibilidad.</p> <p>El bienestar y el sentido de valía de las personas se ven reforzados por el personal que conoce y valora la diversidad.</p> <p>Cuando el comportamiento de las personas puede verse como un desafío para los demás, el personal brinda un apoyo sensible para reducir el impacto.</p>	<p>Hay una gama limitada de oportunidades para que las personas participen en las decisiones sobre el hogar de cuidado. Cuando se recopilan puntos de vista, las personas todavía sienten que no se les escucha y hay pocas pruebas que demuestren cómo se han tenido en cuenta sus puntos de vista.</p> <p>Cuando se imponen restricciones a la libertad de movimiento, elección o independencia de las personas, éstas no están diseñadas para beneficiar al individuo o no están vinculadas al riesgo. Las restricciones no están claramente documentadas y no se implementan con la participación y el consentimiento de las personas relevantes.</p>
<p>Las personas están bien informadas sobre sus derechos ciudadanos, incluido el voto. Reciben apoyo activo para ejercer estos derechos y el personal demuestra los principios de los estándares de atención social y de salud en su práctica diaria.</p> <p>Las personas están involucradas en las decisiones sobre el hogar de cuidado en formas que son significativas para ellas.</p> <p>Las personas se sienten empoderadas porque se escucha su voz y se toman medidas, incluidas las oportunidades para utilizar la defensa independiente.</p>	<p>El personal no tiene claro el propósito de obtener el consentimiento, o no busca activamente el consentimiento de las personas o sus representantes.</p> <p>El personal no sabe sobre la Salud y Estándares de Atención Social, o no tienen claro cómo los principios deben informar de su práctica.</p> <p>Las personas pueden experimentar el estigma o sentir que son juzgadas o no valoradas debido a sus circunstancias.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la traducción del documento *A quality framework for care homes for adults and older people.* (Care Inspectorate, 2022)

Además, en cada indicador de calidad, se incluye una **caja de herramientas de apoyo y mejora**, que describen las acciones que la Inspección puede utilizar para evidenciar la calidad de la prestación del

servicio, en función de la siguiente estructura: **Observación, Entrevistas, Muestreo y Consideraciones**. También contiene enlaces a recursos clave de mejora disponibles en The Hub.

Ejemplo de desarrollo caja de herramientas del Indicador de calidad **1.1: Las personas experimentan compasión, dignidad y respeto**

Herramientas de apoyo y mejora para el indicador 1.1 <i>Las personas experimentan compasión, dignidad y respeto.</i>
<p><b>Recursos clave para la Mejora:</b> Los recursos clave de mejora están disponibles en The Hub  <a href="#">Recursos: Marco de calidad para hogares de cuidado para adultos y personas mayores   Centro de inspección de atención (careinspectorate.com)</a></p>
<p><b>Acciones de apoyo para el control y la mejora:</b></p> <p><i>Observación de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias de las personas en el servicio</li> <li>- Prácticas del personal</li> <li>- Comunicación e interacciones</li> <li>- Observación formal SOFI 2</li> </ul> <p><i>Entrevistas con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas que viven en residencias</li> <li>- Visitantes, como familiares, amigos y cuidadores de personas que viven en el servicio</li> <li>- Profesionales visitantes</li> </ul> <p><i>Muestreo de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas/procedimientos y prácticas para la restricción de la libertad</li> <li>- Actas de revisión/reunión, planes de acción y cambio de evidencia en la práctica</li> <li>- Registros del Deber de Sinceridad</li> </ul> <p><i>Consideración de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué información proporcionar el servicio sobre cualquier limitación o restricción de elección como resultado del uso del servicio en los documentos de admisión o bienvenida</li> <li>- Cómo se utilizan las herramientas de apoyo a la comunicación para recopilar los puntos de vista y la toma de decisiones de las personas</li> <li>- Cómo las políticas, procedimientos y prácticas aseguran que las personas no estén sujetas a discriminación basada en características protegidas, incluyendo discapacidad, género, edad, sexualidad</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la traducción del documento *A quality framework for care homes for adults and older people*. (Care Inspectorate, 2022)

### ¿Cómo se utiliza este marco de calidad en las inspecciones?

Los inspectores, además de las **Garantías básicas**, evalúan una selección de los indicadores de calidad. Cuáles y cuántos indicadores dependerán del tipo de inspección, la calidad del servicio, el conocimiento que tengan sobre el servicio y los factores de riesgo que puedan identificar. Se apoyan en las ilustraciones de calidad, para realizar las evaluaciones sobre la atención y el apoyo observado.

Realizan una evaluación general para cada una de las preguntas clave que se inspeccionan, utilizando la escala de seis puntos que va de insatisfactorio (1) a excelente (6). Esto deriva de los indicadores de calidad específicos inspeccionados. Cuando se inspecciona un indicador de calidad por pregunta clave, la evaluación de ese indicador de calidad se corresponderá con la evaluación de la pregunta clave. Cuando se inspeccione más de un indicador de calidad por pregunta clave, la evaluación general de la pregunta clave se corresponderá con el más bajo de los indicadores de calidad para esa pregunta clave específica.

## ¿Cómo pueden utilizar este marco de calidad los prestadores de servicios?

El *Care Inspectorate* ha trabajado con los prestadores de servicios y los organismos del sector para crear la guía de autoevaluación de los marcos de calidad: "[Self-evaluation for improvement - Your Guide](#)" (Care Inspectorate, 2019) La autoevaluación es una parte fundamental de la garantía de calidad y del apoyo a la mejora. No se trata de una actividad puntual para preparar la inspección, sino de un proceso continuo a lo largo del año que conduce a la mejora continua.

**No hay una forma establecida de llevar a cabo la autoevaluación** y debe adaptarse en función del tamaño y tipo de servicio. El **proceso de autoevaluación** está basado en la respuesta a tres preguntas:

**1. ¿Qué tal lo hacemos?:** Esta pregunta debería ayudar a identificar los puntos fuertes de cualquier servicio y a empezar a considerar posibles áreas de mejora. Cada prestador podría preguntarse qué diferencia está marcando para las personas. *¿Puede ver el impacto del trabajo a través de personas que experimentan una atención y un apoyo de alta calidad, con seguridad y compasión adaptadas a sus necesidades, derechos y elecciones?* También proponen reflexionar sobre otra serie de cuestiones: *¿En qué medida es eficaz [xx], ¿En qué medida nos comprometemos con [xx]?, ¿En qué medida son eficaces nuestros procesos para hacer [xx]?, ¿Qué diferencia hay entre [xx] y [xx]?*

**2. ¿Cómo lo sabemos?:** *¿Tienes pruebas para demostrar lo bueno que eres?* La autoevaluación se basa en la obtención y evaluación de pruebas. Los indicadores de calidad, junto con las opiniones de las personas que reciben atención y apoyo, y sus cuidadores, pueden ayudar en la evaluación. También, se deben tener en cuenta los datos de rendimiento recopilados a nivel nacional o por el propio prestador. Una forma de hacerlo es mediante la **triangulación**: comparar una fuente de pruebas con una segunda y una tercera. Por ejemplo, si está evaluando su programa de aprendizaje y desarrollo del personal, podría tener en cuenta las evaluaciones del personal sobre su aprendizaje y desarrollo y una evaluación posterior del impacto que tuvo en su práctica. A continuación, podría compararse estos resultados con las experiencias de los usuarios del servicio.

**3. ¿Qué pensamos hacer después?:** *¿Cuál es su plan de mejora?* Comprender el rendimiento del servicio ayudará a ver lo que funciona bien y lo que se debe mejorar. A partir de ahí, cada prestador de servicio debería ser capaz de desarrollar y priorizar planes de mejora basados en prácticas eficaces, orientaciones, investigaciones y pruebas disponibles para la mejora.

Como **conclusión general** respecto al modelo de cuidados escocés, podemos destacar la **incorporación de la voz de las personas** en el diseño de sus políticas y de su sistema de cuidados, tal y como refleja la elaboración de unos Estándares de calidad, redactados en primera persona, que especifican cómo quieren las personas ser cuidadas y articula a todos los agentes implicados en el sistema de cuidados alrededor de los mismos. También, es un sistema que destaca por la **transparencia de la información**, mediante la publicación de indicadores, estadísticas e informes de inspección, así como por la **difusión del conocimiento** sobre buenas prácticas en el cuidado.

Un solo organismo aglutina la mayoría de las actividades vinculadas a la regulación, autorización, registro, inspección y evaluación, el **Care Inspectorate**. Pero también, proporciona un

acompañamiento a la **mejora continua**, con el objetivo de que todas las personas reciban un servicio adaptado a sus necesidades y de acuerdo a los estándares definidos.

Como resultado de esta cultura, actualmente, Escocia se encuentra inmersa en el diseño y confección de un **Servicio Nacional de Atención**. Para ello, ha elaborado un proyecto de Ley, que permitirá a los ministros escoceses transferir la responsabilidad de la asistencia social de las autoridades locales y también funciones de atención médica del NHS a este Servicio Nacional de Atención. La intención del gobierno escocés es diseñar este sistema contando con la opinión de todas las personas involucradas en el mismo (usuarios de los servicios, familiares, trabajadores, cuidadores no remunerados, proveedores de los servicios). (The Scottish Parliament, s.f)

### 4.3 Suecia

#### a. Descripción de las principales características del sistema sueco

El modelo sueco de atención a la dependencia (a personas mayores) se basa en 4 elementos clave: la **universalidad** en la medida que el derecho a los servicios no está determinado por el nivel de renta y está abierto a cualquier persona que acredita un nivel determinado de necesidad, la provisión mayormente **pública** de los servicios, la amplia **autonomía de los gobiernos locales** en la gestión de los servicios dado que el marco regulador estatal es mínimo y quienes determinan las condiciones de servicio son mayormente los municipios y la **desinstitucionalización**, en la medida que se prioriza, desde los años 60, la prestación de servicios de atención domiciliaria frente a los residenciales, que, a su vez, son de pequeña escala y más parecidos a viviendas asistidas que a centros de larga estada a uso. Ya en los años 60 inicia, en aras a la normalización, la transformación del modelo de cuidados.

En relación a esto último, en Suecia (país con 10,35 millones de habitantes) existen 82.000 plazas residenciales en 2019, lo que representa un nivel de cobertura del 4,04% de la población mayor de 65 años (SIIS, 2020). En cuanto a centros de día la cobertura es del 0,9% y en domicilio la tasa de cobertura es del 0,9% en personas mayores de 65 (Lindström, 2018). El número de personas beneficiarias de atención domiciliaria está en torno a las 143.000, lo que supone un 64% de la población atendida por el sistema de atención a personas mayores. El 66% de las personas son mujeres. El tiempo medio de una persona en los centros es de 720 días. Desde los años 90 se viene experimentando un descenso significativo de la institucionalización como muestran los datos del Consejo Sueco de Salud y Bienestar pasando del 24% de cobertura para mayores de 80 años en el año 1993 al 11% en el 2020 (SIIS, 2020; Linström 2018).

En Suecia, desde una resolución parlamentaria y la ley marco para la vivienda, desde el año 1985 las personas mayores que precisan apoyos y las personas con discapacidad tienen derecho a una “vivienda completa”, incluso cuando van a vivir a una residencia. En consecuencia, en Suecia no hay habitaciones compartidas sino pequeños apartamentos equipados con baño, kitchenette y alcoba que la persona puede decorar a su gusto. Las personas tienen un contrato de alquiler de su vivienda (Linström, 2018).

Los alojamientos para personas mayores se diferencian entre:

Los centros convencionales en torno a **unidades de convivencia** con cuidados 24 horas, para personas con una necesidad alta de cuidado y que son los más numerosos. La unidad de convivencia consiste en un pequeño número de apartamentos que se agrupan alrededor de espacios comunes. Un grupo permanente de personal es responsable de satisfacer todas las necesidades de apoyo de los residentes, incluidos los intereses culturales y de ocio.

Las **viviendas con servicios** destinadas a personas con una dependencia generalmente menos severa que en el anterior caso y donde los cuidados 24 horas son optativos y generalmente los cuidados se prestan desde el servicio de atención domiciliaria. Consta de una serie de apartamentos que tienen acceso a servicios compartidos y un grupo permanente de personal.

Las **viviendas seguras. Son viviendas** que enfatizan la combinación de cuidados con la generación de un entorno seguro y con actividades destinadas a reducir el aislamiento social. Está destinada a personas mayores cuyas necesidades de atención sociosanitaria son bajas, pero que ya no sienten que es seguro continuar viviendo en su propio hogar. Cumplen el propósito de reducir el aislamiento de muchas personas mayores que viven solas. Este tipo de recursos ofrece comidas comunitarias, actividades culturales y de compañía, etc.

También son frecuentes los centros o **estancias temporales** para respiro familiar, para rehabilitación de la persona cuando lo requiere o para el tiempo en el que no puede recibir los cuidados en su domicilio por obra o reformas.

No hay limitación en relación al número de habitaciones/apartamentos que puede tener un centro de larga estada aunque sí que se deben organizar en grupos de no más de 10 y deben de disponer de cocina, comedor, sala de estar y terraza o jardín, cuando las personas que en ellas viven tiene grandes necesidades de apoyo y/o demencia.

Los centros de día se integran en los centros residenciales, normalmente en sus plantas bajas para promover la conexión con la comunidad. Los centros cuentan con espacios que usa el vecindario y la comunidad (peluquería, gimnasio, biblioteca, zona de juegos infantil, etc).

Desde hace años, se promueve que los centros (tanto centros de día como centros residenciales) definan su identidad con objeto de que las personas puedan decidir acudir a lugares más afines con sus preferencias (lingüísticas, aficiones, culturales, etc.). Según Astrid Lindström, experta consultada para este estudio, está teniendo un impacto positivo tanto en las personas como en el personal cuidador. Destaca especialmente su impacto en personas con demencia que conservan, en etapas avanzadas de la enfermedad, su idioma materno.

La estructura competencial en materia de salud y servicios sociales se establece de la siguiente manera:

El Gobierno Central establece la política y estrategia, la regulación del sistema y se encarga de su supervisión, los Condados o Regiones de la atención sanitaria en hospitales y ambulatoria y los Municipios se hacen cargo de la atención en el domicilio, de las ayudas técnicas, de la atención en centros de día y los diferentes alojamientos con cuidados. Como puede observarse el peso recae ampliamente en los Municipios, que a su vez, son los que financian el sistema (90% de la financiación proviene de impuestos municipales). Son municipios de un tamaño medio de 35.000 habitantes.

Ayuntamientos y condados y el Consejo Nacional se unen para la elaboración de directrices y recomendaciones de buenas prácticas, calidad de atención, diseño arquitectónico, etc.

Suecia dispone de un único Ministerio para la gestión de la salud y los asuntos sociales.

La provisión de plazas es eminentemente pública aunque en estos últimos años se está apostando por la mercantilización del sector, promoviendo la creación de oferta privada. Actualmente el 83% de los centros es público.

En las viviendas con cuidados, el copago en Suecia es muy bajo y diferencia entre lo asistencial y lo hotelero (alojamiento y manutención). En relación al primero, lo que paga la persona depende de su nivel de renta y existe un tope máximo de copago que ronda los 200€, independientemente del municipio y del centro elegido por la persona. Por otro lado, para la parte hotelera, el coste viene determinado por el arrendamiento del apartamento (influenciado por su localización y tamaño) y la comida. Todas las personas disponen de una cantidad de libre disposición (en torno a 500€) para la parte hostelera. El término medio de copago es del 15% del coste total de la plaza (SIIS, 2020).

#### b. Legislación y Normativas

La administración central es la responsable de la regulación, evaluación e inspección de los servicios de salud y sociales.

Como se ha apuntado anteriormente, el marco normativo que regula el funcionamiento de los centros residenciales es escaso y tiene que ver más con el enfoque del sistema, la contratación de servicios privados por parte de los ayuntamientos, el otorgamiento de competencias en materia de servicios sociales a los ayuntamientos, la apuesta por los servicios domiciliarios y la desinstitucionalización y el copago. La principal referencia es la [ley de Servicios Sociales](#) (Socialtjänstlag (2001:453)) y Competencias de los Municipios y su [Ordenanza](#) (Socialtjänstförrordning (2001:937)). Esta ley no describe en detalle las medidas que hay que aplicar en cada caso (no contiene un catálogo de servicios predefinidos). El espíritu de la ley refleja que las necesidades de las personas son multicausales y cambiantes y que la persona tiene que participar en la decisión sobre qué medidas necesita. La Ley estipula que la persona tiene derecho a tener un nivel de vida razonable. Los municipios deciden cómo aplicar la ley con un amplio margen de actuación.

En relación al marco de la calidad, la Ley de Servicios Sociales de Suecia establece en su artículo 5, la obligatoriedad de que los servicios sean de buena calidad, que las personas trabajadoras tengan la formación y la experiencia necesarias y que la calidad debe ser seguida y evaluada de forma constante.

Ni las instalaciones, ni la dotación de personal, ni los procedimientos de atención están definidos al detalle por la regulación a nivel estatal. Son los municipios los que marcan las características de sus centros o de los servicios que contratan.

Los aspectos relacionados con la ubicación y tamaño de los centros no vienen regulados por la normativa de servicios sociales sino por la ley de vivienda y de planificación urbana. Sólo se establece alguna disposición adicional que facilita la creación de zonas comunes (más allá del apartamento

individual) y la garantía de espacios de trabajo adecuado para el personal asistencial. Los ayuntamientos, a través de los concursos públicos de arquitectura, asumen la responsabilidad de proporcionar entornos de cuidado adecuados para las personas mayores.

Las viviendas con cuidados del modelo sueco son apartamentos de entre 25-40 m<sup>2</sup>, con dormitorio, cocina, zona de estar y baño y espacios comunes para un número reducido de personas (hasta 10 personas).

En relación a personal, la normativa sueca dice que éste debe ser adecuado en términos de formación y experiencia y suficiente, sin establecer ratios mínimos ni cualificaciones específicas para quienes trabajan en centros residenciales (Ley de Servicios Sociales). A través de directrices vinculantes ([documento técnico](#)) ofrece recomendaciones para apoyar la aplicación de dicha disposición para las personas que trabajan en centros de día, centros de larga estada y prestando cuidados en el domicilio. Las personas deberán ser formadas en un programa común de cuidado de 1100 créditos y opcionalmente en geriatría (300 créditos adicionales) y deberán acreditar conocimiento suficiente del idioma. También se establecen recomendaciones vinculantes respecto a la atención de noche, que debe garantizar la atención inmediata de quién lo necesite.

Merecen mención especial las siguientes normativas:

- Ley de Libertad de Elección de Servicios Públicos (2008) ([Lag \(2008:962\) om valfrihetssystem](#)) que faculta a las personas a elegir los servicios de salud y sociales que prefieran entre aquellos proveedores que han sido autorizados por la autoridad y dispongan de un contrato con la misma. Sólo en el caso de necesitar una atención especializada -psicogeriátrica- quien otorga la plaza es el ayuntamiento. La persona puede elegir el proveedor y cambiar si no está satisfecho. Los ayuntamientos establecen los precios que son los mismos para todos de tal forma que la competencia se establece en términos de calidad. Los sistemas de información del gobierno que permiten conocer cómo funciona el sistema, a qué se tiene derecho, acceder a las evaluaciones y comparar centros y las webs de los establecimientos (con información detallada del centro tanto gráfica como escrita) apoyan este derecho.
- Ley SARAH ([Senaste version av SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah](#)), que establece la obligatoriedad de comunicar cualquier caso de negligencia, maltrato o conducta inapropiada en la prestación de los servicios y cómo se actúa para su investigación y para darle respuesta.
- Reglamento sobre sistemas de gestión para un trabajo sistemático de calidad ([Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#)) que hace referencia a la obligatoriedad de que las entidades proveedoras de servicios dispongan de un Sistema de Gestión de Calidad que permita la garantía de calidad en su atención.
- Reglamento que obliga a las entidades y profesionales al registro en Registros Nacionales de la información relativa a las intervenciones y decisiones tomadas en el contexto de la atención.

De cara al acceso a los servicios, no existe un Suecia un baremo único, sino que cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar quién puede acceder a qué servicios puede optar la persona, tras una entrevista con los servicios sociales. Desde el año 1982 la persona tiene derecho a participar

activamente en la valoración de su situación y en la elección del recurso que necesita. La valoración, conjunta, se hace teniendo en cuenta los intereses de la persona, las condiciones de su vivienda y entorno, su estado de salud, actividades y hábitos cotidianos y la autonomía para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

### c. Sistema de garantía de la calidad

El sistema de garantía de la calidad para los centros de larga estadía suecos se establece en torno a las **directrices y recomendaciones** de diferentes organismos y administraciones y a través de un conjunto de **herramientas** que se definen en los puntos siguientes como son las inspección, las **comparaciones abiertas** de información relevante, las **encuestas** a personas usuarias y a entidades y la directrices orientadoras de buena práctica. Es decir, la administración deposita principalmente la garantía de calidad de los servicios en el conocimiento y en la información.

La mayor parte de los elementos que configuran este sistema de garantía de calidad se pusieron en marcha en los primeros años de la primera década de este siglo. El sistema de comparaciones abiertas que es la base para la evaluación de la calidad del sistema en su conjunto tiene una trayectoria de algo más de 10 años.

### i. Agentes implicados y roles

A nivel estatal, Suecia cuenta con dos agentes clave:

Junta de Salud y Bienestar Social (Socialstyrelsen): es una agencia pública que, dependiendo del Ministerio de Salud y Servicios Sociales, establece la regulación que afecta a los centros y servicios de salud y sociales. Elabora y publica las directrices y recomendaciones, investiga y publica estadísticas referidas a la actividad (formación básica del personal, atención a personas con demencia, prevención de las restricciones, medidas para la participación, nutrición, etc.). Es responsable del sistema de comparaciones abiertas, sistema de evaluación diseñado para poder hacer seguimiento de las actividades del sistema de salud y de los servicios sociales para mejorar la salud, la atención y la calidad de vida de las personas en función de sus necesidades. El consejo es también responsable de diseñar proyectos piloto para la mejora de la atención.

Inspección de Salud y Servicios Sociales (IVO): también dependiente del Ministerio de Salud y Servicios Sociales, hace las inspecciones, supervisa y actúa principalmente ante problemas y denuncias por trato inadecuado. Concede autorizaciones y registra los centros privados.

A nivel regional y local:

Asociación de Municipios y Regiones: entre otras competencias elabora guías que los centros deben cumplir como son: recomendaciones relativas al personal, a la innovación de la atención, coordinación sociosanitaria, etc.

Ayuntamientos: prestan, contratan servicios, establecen los requisitos para los mismos que complementan la escasa regulación estatal. Los ayuntamientos tienen también responsabilidad en el



seguimiento de la calidad de los servicios en cuanto a cumplimiento de los requisitos establecidos y también en cuanto al seguimiento a nivel individual (gestión del caso).

## **ii. Fases: Habilitación, registro, monitoreo de los centros de cuidados (CLE y CDIA)**

Es el servicio de inspección quien examina las solicitudes, autoriza y registra los centros privados que prestan servicios de cuidados en virtud de la Ley de Servicios Sociales, la Ley de Salud y Servicios Médicos y la Ley de Apoyo para las Personas con Discapacidad. Los centros públicos no están sometidos al procedimiento de autorización ya que se les supone suficiencia económica y técnica para desarrollar el servicio. No obstante son objeto de inspección y se les aplican las mismas exigencias que a las entidades privadas cuando están en funcionamiento. Proporcionar un servicio que requiere autorización sin tenerla es ilegal y puede llevar a juicio.

El procedimiento (completamente descrito en la web del IVO) se inicia cuando la entidad envía su solicitud. El Servicio de Inspección (IVO)<sup>11</sup> solicita información adicional y el proyecto de centro. A partir de ahí se inicia un proceso de evaluación de si el servicio podrá ser llevado a cabo con buena calidad y seguridad. Para los centros de cuidados se tiene en cuenta la competencia del personal y de la persona responsable, también el sistema de calidad y de gestión del servicio y las instalaciones. Una vez valorada toda la información aportada y habiéndolo evaluado la solicitud y también la idoneidad del solicitante, se toma la decisión. La idoneidad se evalúa teniendo en cuenta la capacidad, competencia y experiencia de los gestores del servicio respecto al mismo y las condiciones de viabilidad económica del mismo. En caso de concederse el permiso, el centro ya está inscrito en el registro. Mucha parte del proceso de autorización y registro está digitalizada.

Una vez autorizados y registrados, los proveedores deben notificar cualquier cambio que se dé en la titularidad de los mismos, gerencia, cambios en los servicios que ofrecen, etc.

El propósito de la inspección que lleva a cabo Suecia es el de “contribuir a una atención más segura y mejor” (Inspektionen för Vård och Omsorg, La Inspección de Atención y Cuidado, s.f.). El Ivo analiza y recoge información desde diferentes fuentes (asociaciones, encuestas, servicios de salud, municipios, los propios centros de cuidados, etc) y determina los riesgos existentes para la atención. En base a ello realiza las inspecciones que principalmente se centran en el análisis para la detección de casos de maltrato y negligencia a partir de denuncias y quejas que se realizan por parte de los profesionales, las personas usuarias, ciudadanía, prensa, etc. Cabe recordar que por la Ley Sarah, toda persona que observe o sospeche de la existencia de maltrato o abuso debe notificarlo. Las inspecciones pueden ser previstas e imprevistas, generales o focalizadas en un aspecto concreto siempre en base a la información recogida con anterioridad por el IVO y siempre incorporan la voz de las personas usuarias. En la página web del IVO existe un apartado con preguntas y respuestas frecuentes de los ciudadanos respecto a inconformidades con los servicios recibidos y dudas frecuentes sobre garantía de derechos y un apartado específico para entablar comunicación directa con el IVO.

---

<sup>11</sup> <https://www.ivo.se/tillstand/authorisation-process/>

El enfoque del IVO es el de la inspección basada en el riesgo. Se prioriza claramente la inspección de aquellas entidades sobre las que existe información que indica riesgo. La información proviene de las propias personas usuarias así como también de otros indicadores sobre garantías básicas (ver apartados anteriores) y otros indicadores clave como son los cambios de profesionales y de dirección no esperados.

A raíz de la pandemia ocasionada por la Covid-19, y de su impacto en los centros, este servicio inspeccionó un número elevado de centros e identificó deficiencias estructurales que están siendo actualmente abordadas, fundamentalmente a través de acciones formativas a profesionales que se llevan a cabo desde el Consejo de Salud y Bienestar.

#### d. Modelos de certificación de la calidad

En Suecia es obligatorio para las entidades que prestan servicios de salud y servicios sociales el disponer de un sistema de gestión de la calidad. Existe una directriz del Consejo de Salud y Servicios Sociales<sup>12</sup> específica que describe el propósito y la estructura de dicho sistema.

El sistema descrito coincide mayormente con el objetivo y contenido del estándar internacional ISO 9001. Aspectos como la identificación de procesos y actividades básicas, la normativa y requisitos a cumplir, el análisis de riesgos y oportunidades, la incorporación y análisis de la voz de las personas, los requisitos en cuanto a documentación, la necesidad de autoevaluarse y la organización de la mejora en torno al ciclo de mejora continua definen el sistema propuesto por la administración sueca.

Desde la Junta de Salud y Bienestar Social se entiende el sistema de gestión como la herramienta que permite desarrollar y asegurar de manera sistemática y continua la calidad del servicio. Con el apoyo del sistema de gestión los profesionales planifican, desarrollan, hacen seguimiento, evalúan y promueven la mejora continua de la atención. Se entiende que un servicio garantiza la calidad cuando la organización cumple con los requisitos, objetivos y normas que se aplican a su actividad.

No existe tradición de implantación de sistemas/modelos estandarizados de gestión de calidad ni genéricos (EFQM, ISO 9001) ni específicos de la actividad (JOINT COMMISSION u otros).

#### e. Herramientas para la garantía de la calidad

Suecia contempla, además de la regulación y la inspección, todo un conjunto de herramientas, basadas en la información y el conocimiento para la mejora de la calidad de sus servicios de cuidados.

##### - **Las comparaciones abiertas**<sup>13</sup>

Es el sistema de indicadores comunes de calidad de la atención para todos los centros y servicios sociales de todos los municipios del país entre los que están los centros de día y los centros de larga

---

<sup>12</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/Ledningssystem/>

<sup>13</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

estadía. Se obtienen anualmente a través de múltiples fuentes: encuestas nacionales a los principales agentes, registros nacionales de calidad, bases de datos administrativas, etc. Aportan datos sobre la calidad de la estructura, del proceso y de los resultados obtenidos por las entidades. Los mejores resultados se convierten en criterios de referencia.

Sirven para ver en qué medida los centros, agrupados por municipios, cumplen con los requisitos previamente establecidos. Los resultados se publican por municipio y no está establecido un sistema de calificaciones (como se veía en Escocia y se verá más adelante en EEUU) aunque sí se identifican los municipios con resultados positivos, intermedios y negativos por color.

El periodo de recogida de información de centros dura 2 meses, se lanza desde el Consejo de Salud y Servicios Sociales y lo lleva a cabo cada municipio. La recogida de información cubre todos los municipios del país y en cuanto a la calidad de la información aportada, el 89% aportan toda la información solicitada.

Se caracterizan los municipios por tamaño y tipología (rural y urbana) e información socioeconómica y posteriormente los datos se analizan en base a estas variables.

En el ámbito de los alojamientos para personas mayores se establecen 25 indicadores de los que informan los centros a través de un cuestionario y se complementa la información con toda una serie de datos que se recogen desde los registros nacionales de calidad (demencia, medicación, cuidados paliativos, etc.).

La información recogida está al alcance de la ciudadanía en la web de la Junta de Salud y Servicios Sociales<sup>14</sup>. Puede consultarse todo el detalle de la información recogida, las conclusiones relevantes respecto a los datos globales (este último año ha bajado el número de personal con formación adecuada las rutinas que fomentan la participación de las personas) y también desde el Portal para la Persona Mayor<sup>15</sup> que describe cómo acceder a los servicios, compararlos en base a los resultados obtenidos y conocer sus derechos y los costes asociados.

Este último portal ha sido diseñado con las personas mayores, partiendo de sus necesidades e intereses respecto a la información necesaria para la toma de decisiones a la hora de elegir un centro o servicio.

#### - Encuestas

Es la principal fuente de datos del sistema de garantía de la calidad. Se realizan tanto a los centros como a las personas que viven en los mismos. Según datos del consejo de salud y servicios sociales, en el año 2019 participaron la mitad de personas usuarias. Dispone de 27 preguntas y algunos de los ítems se usan para las Comparaciones Abiertas y otros simplemente para la evaluación de cada centro.

Anualmente se realiza campaña para animar a las personas a participar:

---

<sup>14</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/>

<sup>15</sup> <https://aldreguiden.se/>



La encuesta para centros<sup>16</sup> incluye campos para recoger información a los ratios de personal y a la mayor parte de los indicadores con los que posteriormente se construyen las comparaciones abiertas.

En la encuesta a personas usuarias<sup>17</sup> (Sä tycker de äldre om äldreomsorgen) se pregunta por estas áreas fundamentales:

- Percepción del estado de salud
- Valoración de las instalaciones del centro
- Valoración de la alimentación
- Actitudes del personal
- Participación, autodeterminación y personalización de la atención
- Percepción de la seguridad
- Valoración de las actividades de ocio y tiempo libre
- Soledad percibida
- Disponibilidad de la atención sanitaria
- Satisfacción general

<sup>16</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7970-enkater.pdf>

<sup>17</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7918-enkater2022.pdf>

Uno de los retos que se plantea desde los expertos entrevistados (Lindström) al hilo de este proyecto es cómo recoger la información de las personas con demencia, que no pueden aportar la información mediante el instrumento anterior.

#### - **Directrices y recomendaciones de la Junta de Salud y Servicios Sociales**

Las directrices para la estandarización de la atención y recomendaciones son documentos, vinculantes en el primer caso, para los centros. Entre otras destacamos las siguientes por el impacto en la calidad de la atención:

- Conocimiento básico del personal que trabaja en la atención de los servicios sociales a las personas mayores
- Recomendaciones para la atención a personas con demencia
- Recomendaciones para prevenir las restricciones y medidas coercitivas
- Adaptaciones ambientales que contribuyen a una mayor participación: apoyo para facilitar la actividad y la participación para personas con demencia
- Guía para apoyar la toma de decisiones
- Atención a personas con ansiedad y depresión
- Prevención y abordaje de los hábitos no saludables
- Cuidados paliativos y al final de la vida
- Directriz para la prevención y tratamiento de la desnutrición en personas mayores que reciben servicios sociales
- Etc.

Las recomendaciones y directrices incorporan indicadores de estructura, de proceso y de resultado para su seguimiento y también materiales de apoyo para la puesta en práctica de las buenas prácticas y las revisiones de evidencia disponible. Algunos de los indicadores forman parte de las comparaciones abiertas en el marco de la evaluación de la calidad de los servicios.

Estos documentos y los recursos asociados, son el instrumento base para el desarrollo y la mejora de los servicios ya que incorpora el último conocimiento con recursos para ponerlo en práctica e indicadores para medir el avance y todo ello desde un marco común para todo el país.

#### - **Registros de calidad**

Los registros de calidad<sup>18</sup> son también herramientas relevantes para medir la calidad de la atención a la población y son determinantes para el sistema de comparaciones abiertas y para la planificación y desarrollo de medidas en el sistema sanitario y social. Existen múltiples registros de entre los que

---

<sup>18</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/>

destacan, por su relevancia en el ámbito de las personas mayores y en la evaluación de la calidad de la atención los siguientes:

- Registro de Cuidados Paliativos (2007): creado para promover la equidad en los cuidados paliativos en el país, implica la recogida de datos estructurales además de datos, tras cada fallecimiento sobre aspectos relevantes como son si la persona fallece sola o acompañada, cuándo se activaron los cuidados paliativos, etc.
- Registro de Alerta para Mayores (2009): incorpora datos individuales de caídas, úlceras y desnutrición. Este registro ayuda a identificar a las personas con riesgo de sufrir estos eventos y que pueden ser objeto de medidas preventivas.
- Registro de Demencia (2007): recoge datos sobre diagnóstico, evolución, tratamiento, apoyo comunitario entre otros.
- Registro de Medicamentos (2005): recoge información sobre la prescripción de medicación y junto con las normativas, guías e indicadores relacionados con la atención farmacéutica apoya la identificación de interacciones, reacciones adversas, polimedicación, etc. Desde el año 2012 la revisión del tratamiento farmacológico es un derecho para las personas mayores que viven en los centros de larga estada y acuden a centros de día.

- 

#### f. Indicadores de calidad

La Junta sueca de Salud y Servicios sociales definió hace una década los valores en el cuidado de las personas mayores en los servicios sociales (Socialstyrelsen, 2012).

Enmarcados en dos ejes clave: vida digna y bienestar, los valores en el cuidado son la calidad, la autodeterminación, participación y personalización, la privacidad y la intimidad, la seguridad y la vida significativa. Los indicadores de calidad del sistema sueco están ampliamente vinculados a dichos valores y recogen lo que se ha identificado (con las personas) como aquello que realmente importa.

Tabla: Indicadores de comparaciones abiertas (para viviendas especiales) recogidos en encuesta de centros.

1	Porcentaje de centros en el que todas las personas usuarias participan en las reuniones del Consejo del Centro
2	Porcentaje de personas residentes con un plan de intervención individual actualizado en los últimos seis meses
3	Porcentaje de personas en cuyo plan se documenta de qué forma participó la persona usuaria en su elaboración
4	Porcentaje de personas en cuyo plan se documentan las medidas de protección adoptadas en relación a su seguridad y las razones para la adopción de tales medidas
5	El centro tiene un ambiente interior que apoya al individuo en su vida diaria

6	Todos los residentes de la unidad tienen acceso a actividades al aire libre
7	El centro cuenta con protocolos para la realización de todas las comidas del día, incluida la nutrición parenteral y los aspectos relativos al modelo "Five Aspects Meal Model"
8	El plan de cuidados se utiliza para documentar las preferencias de la persona en relación a la alimentación y para planificar su alimentación
9	El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha o descubrimiento de que el individuo ha estado expuesto a violencia o abuso por parte de un allegado/a
10	El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción a drogas distintas del alcohol
11	El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción al alcohol
12	El centro cuenta con protocolos actualizados sobre el trabajo conjunto con los familiares de las personas usuarias
13	Proporción de centros con acceso a un gimnasio
14	El centro cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria
15	El centro cuenta con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud
16	El centro cuenta con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores
17	Proporción de personal sanitario con formación adecuada
18	Porcentaje de centros que ofrecen acceso a actividades de ocio y tiempo libre (bingo, excursiones, cocina, visitas a la biblioteca o gimnasia grupal)
19	Frecuencia con la que las personas residentes tienen acceso a actividades de mantenimiento físico
20	Disponibilidad de sistemas de apoyo (señalética, etc.) para la orientación en el interior del centro
21	Diseño de las zonas de tránsito del centro (pasillos, escaleras, etc.) de forma que se facilite la orientación en el interior del centro
22	Utilización de contrastes de color en el diseño del centro
23	Diseño de color de las zonas de paso sin transiciones bruscas para evitar el riesgo de caídas
24	Ratio de personal
25	Ratio de personal de enfermería

Fuente: SIIS, 2020

Cada indicador dispone de su descripción detallada<sup>19</sup>. Los datos se recogen por unidad de convivencia y se muestran los resultados por municipio.

En la evaluación también se tienen en cuenta los datos relativos a caídas, heridas, úlceras, nutrición y salud bucodental que se recogen en el Registro Alerta Senior a los que no hemos podido tener acceso.

En el caso de las características de los apartamentos y las unidades de convivencia se marcan desde la dirección general de vivienda (Boverket) que marca los criterios mínimos que deben cumplir: deben ser lo más parecido a un hogar normal, facilitar la orientación, autonomía y participación y convivencia de las personas y reunir los criterios necesarios de accesibilidad y usabilidad. Tanto las encuestas a centros como las encuestas de satisfacción incorporan indicadores respecto a los espacios y ambientes.

También existen recomendaciones relacionadas con la vida cotidiana, personalización de la atención, participación de la persona en su atención que se derivan de leyes o directrices de buena práctica. Igual que en el caso de los ambientes, se recoge información desde los centros y de las personas y existen indicadores que reflejan el grado de cumplimiento de dichas recomendaciones y su impacto en las personas.

En la siguiente tabla pueden consultarse estos indicadores (en gris los que se recogen en encuesta a persona usuaria y en blanco los que se recogen en la encuesta de centro):

<b>Diseño ambiental y arquitectónico de los centros</b>	Le gusta su apartamento o habitación
	Le gustan los espacios comunes de su residencia
	Le gustan los espacios exteriores de su residencia
	Proporción de centros en los que el entorno interior de la unidad está diseñado para ayudar al individuo
	Proporción de unidades que tienen un ambiente interior diseñado para brindar apoyo al individuo
	Proporción de unidades donde las personas en la unidad tienen acceso a actividades al aire libre cuando lo desean
	Proporción de centros con acceso a un gimnasio
	Proporción de centros con habitación individual con cocina
<b>Cuidados personas y apoyo en la vida cotidiana</b>	El personal tiene tiempo suficiente para atenderle
	El personal le informa con suficiente antelación de los cambios
	Usted puede elegir en qué momento u horario recibe los servicios que requiere
	Normalmente el personal le responde de forma adecuada
	Le resulta sencillo recurrir al personal de la residencia cuando lo necesita

<sup>19</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7970-indikatorbeskrivning.pdf>



	Normalmente, el personal tiene en cuenta sus deseos, necesidades y expectativas a la hora de decidir cómo prestar los servicios
	Durante el último año el personal, ha realizado acciones que no respetaban mi intimidad
	Durante el último año, el personal ha realizado comentarios negativos sobre mi, mis prioridades o mi habitación
	Durante el último año, el personal me ha tratado con poco respeto (verbalmente, gestualmente, etc.)
	Durante el último año, el personal me ha tratado de forma poco adecuada, como si fuera un/a niño/a
	Durante el último año, el personal ha ignorado mis deseos en relación a los cuidados
	Durante el último año, el personal ha ignorado mis deseos en relación a la alimentación
	Durante el último año, el personal no ha respetado mi intimidad en lo que se refiere al aseo personal
	Durante el último año, el personal se ha comportado de forma inadecuada en lo que se refiere al aseo personal
	Durante el último año, el personal ha manifestado algún tipo de reparo en relación a mis cuidados
	Durante el último año, el personal ha actuado de forma inadecuada en relación a mis cuidados
	Proporción de personas con plan de intervención actualizado
	Porcentaje de personas en cuyo plan se documenta de qué forma participó la persona usuaria en su elaboración Porcentaje de personas en cuyo plan se documentan las medidas de protección adoptadas en relación a su seguridad y las razones para la adopción de tales medidas
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha o descubrimiento de que el individuo ha estado expuesto a violencia o abuso por parte de un allegado/a
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción a drogas distintas del alcohol
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción al alcohol
	La comida es buena o muy buena
	Las comidas se sirven a la hora adecuada
<b>Alimentación</b>	Proporción de centros que cuentan con protocolos para la realización de todas las comidas del día
	Proporción de centros en los que el plan de cuidados se utiliza para documentar las preferencias de la personas en relación a la alimentación y para planificar su alimentación

	Proporción de usuarios que no ingieren alimentos durante más de 11 horas por la noche
	Se siente seguro/a viviendo en su apartamento
	Confía en el personal que trabaja en su residencia
<b>Vida significativa</b>	Está satisfecho/a con las actividades que se ofrecen en su residencia
	Tiene suficientes oportunidades de salir al aire libre o a zonas exteriores
	A menudo se siente sólo
	Está en general satisfecho/a con su residencia
	Sabe a quién recurrir cuando quiere presentar una queja
	Proporción de unidades que ofrecen a cada persona la oportunidad de participar en las reuniones del consejo
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre el trabajo conjunto con los familiares de las personas usuarias
	Proporción de centros con acceso a un gimnasio
	Proporción de centros que pueden atender a las personas usuarias en un idioma distinto del sueco
	Valoración negativa del estado de salud
Síntomas severos de ansiedad o preocupación	
<b>Estado de salud y servicios médicos en las residencias</b>	Le resulta sencillo recurrir a un/a enfermero/a cuando lo necesita
	Proporción de centros que cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores

Fuente: SIIS (2021).

## **Indicadores de las Directrices y Recomendaciones de Buena Práctica de diferentes organismos**

Las guías de recomendaciones y las directrices también incorporan indicadores de calidad tanto de estructura como de proceso y de resultado para favorecer el seguimiento y la mejora de la atención. A continuación se detallan los establecidos en dos de ellas, relevantes en el cuidado a personas mayores.

La Guía para Promover los Cuidados Paliativos (Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Socialstyrelsen, 2013) constituye como un soporte de conocimiento en el que el Consejo Nacional de Salud y Bienestar presenta orientación, recomendaciones e indicadores, así como términos y definiciones, todo ello en un documento conjunto. Las partes se complementan entre sí y tienen el propósito común de ayudar a los proveedores de atención a desarrollar cuidados paliativos, facilitar el seguimiento y la garantía de calidad y brindar atención equitativa a los pacientes. Esto último significa que todos deberían tener acceso a buenos cuidados paliativos al final de la vida, independientemente del diagnóstico médico y del lugar del país donde viva la persona.

La guía establece 9 indicadores de calidad en los cuidados paliativos:

- Indicador 1. Cobertura del Registro Sueco de Cuidados Paliativos
- Indicador 2. Dos o más altas en hospitalización en los últimos 30 días de vida
- Indicador 3. Presencia de úlceras por presión (grados 2-4)
- Indicador 4. Prescripción individual documentada para el uso de ansiolíticos
- Indicador 5. Prescripción individual documentada de las necesidades de opioides
- Indicador 6. Evaluación documentada de la salud bucodental
- Indicador 7. Conversación sobre el contenido y la dirección de la atención (conversación de punto de quiebre)
- Indicador 8. Análisis del dolor y evaluación regular de la intensidad del dolor
- Indicador 9. Uso regular de instrumentos de evaluación de síntomas

Guía de Recomendaciones para la atención a personas con demencia (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Socialstyrelsen, 2017):

En esta guía se aportan las bases para poder acompañar a las personas con demencia desde los servicios sociales y sanitarios. Pone el foco en el facilitar entornos de vida cotidiana y a la promoción de la mayor calidad de vida posible. Hace mención al enfoque de atención centrada en la persona, para que el cuidado sea personalizado y en un entorno que facilite la comprensión de los diferentes problemas y síntomas asociados a la enfermedad.

La Junta Nacional de Salud y Bienestar ha desarrollado 21 indicadores para la atención y el tratamiento de la demencia (de los cuales 7 se dirigen exclusivamente a los centros de larga estadía). Los indicadores pretenden reflejar las recomendaciones más importantes de las guías y varios aspectos del buen cuidado:

- Indicador 7. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales que se han sometido a una revisión de medicamentos en los últimos 12 meses
- Indicador 9. Proporción de personas en viviendas especiales que reciben tratamiento con fármacos antipsicóticos
- Indicador 14. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales adaptadas para personas con demencia
- Indicador 16. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales cuya historia de vida es la base para el diseño de la atención
- Indicador 17. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales que tienen descripciones ambientales individuales incluidas en el plan de implementación
- Indicador 18. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales que tienen estrategias de tratamiento documentadas en el plan de implementación
- Indicador 19. Proporción de personas con demencia en viviendas especiales a las que se les han ofrecido actividades centradas en la persona según el plan de implementación durante la última semana

El sistema sueco se caracteriza por ser un sistema de baja regulación aunque con un marco común basado en principios sólidos, centrados en las personas, que están presentes en la evaluación. Basa la promoción de la calidad en los mecanismos relacionados con el conocimiento y la información. Conocimiento que se elabora para todo el país en forma de directrices y recomendaciones nacionales respecto a cómo debe ser la atención y cuáles son las estrategias e indicadores relevantes y la información que se comparte a nivel local para la mejora de los servicios. La libre elección de centro se convierte en un motor para la mejora, que asumen, a través de sus sistemas de gestión, las propias entidades. Las inspecciones aportan al sistema focalización en el riesgo para su minimización y actuación inmediatas cuando es necesario.

## 4.4 Islandia

### a. Descripción de las principales características del sistema islandés

Según *Statitics Iceland* Islandia tiene 370.00 habitantes, de los cuales el 14,42% tiene más de 65 años. Se prevé un crecimiento de la población potencial y que la población llegue a ser de 493.000 para el año 2060. Tiene la densidad más baja de todo el continente europeo y un porcentaje muy elevado de su población se concentra en Reikiavik, la capital.

El sistema de atención médica islandés está nacionalizado y es universal para todos los residentes del país. El sistema de salud de Islandia está principalmente financiado, administrado y supervisado por fondos públicos. Los hospitales son principalmente operados por el estado y la mayoría del personal de atención médica está empleado por el estado (Olafsson, 2014). Sin embargo, existe un importante sector privado que opera junto con el sector público, aunque este sector también está financiado con fondos públicos en gran medida (Olafsson, 2014).

Las principales tareas de la práctica privada son los servicios especializados, algunos centros de atención médica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, todos los dentistas y residencias para personas mayores (la mayoría de las veces dirigidas por organizaciones sociales o voluntarias sin fines de lucro). Las tarifas de usuario son generalmente aplicables en las partes privadas de las prestaciones del servicio. Así, las residencias de mayores están financiadas en parte por las personas usuarias y en parte por las autoridades públicas.

En lo que respecta al cuidado a largo plazo para personas mayores, originalmente fue supervisado por el Ministerio de Bienestar, que en 2019 se dividió en dos ministerios, el de Salud y el de Asuntos Sociales. Actualmente, es **la Dirección de Salud la responsable de regular los cuidados a largo plazo, la calidad de la atención y la vigilancia del cumplimiento de los controles en el marco del Plan Nacional de Salud** (Caughey et al., 2020). A su vez, la Dirección de Salud tiene la función de supervisar instituciones de salud, el personal de atención médica, la prescripción de productos farmacéuticos, las medidas para combatir el abuso de sustancias y la promoción de la calidad de todos los servicios de salud pública (NOMESCO, 2017).

Esta atención a largo plazo, supone el 33% del gasto destinado a atención total en salud del país. A nivel financiero, la atención a las personas mayores tiene dos componentes: la atención de la salud y los servicios sociales. La atención de la salud está organizada regionalmente, a través de los centros de atención primaria de salud, y es pagado por el estado, financiado a través del presupuesto del gobierno central. Los servicios sociales también se organizan a nivel regional (aunque de manera diferente a la atención de la salud) y los pagan los consejos de los condados, que son financiados por los gobiernos locales. Los servicios sociales incluyen asistencia con atención domiciliaria y centros de día. La atención hospitalaria geriátrica, que se ha desarrollado rápidamente durante los últimos 20 años, está financiada por el Estado.

Los servicios de atención para personas mayores en situación de fragilidad o para personas que requieren cuidados a largo plazo son responsabilidad colectiva del gobierno, las autoridades locales y las organizaciones voluntarias del tercer sector (principalmente sin fines de lucro). Los gobiernos financian principalmente los servicios (tanto a nivel central como local), pero también para las organizaciones del tercer sector que, con frecuencia, reciben contratos con el gobierno pagando los costos operativos (es decir, cargos por cama/persona por día). Por otro lado, cabe destacar el papel de las organizaciones y asociaciones, así como de la red de familias y vecinos de la comunidad, en la prestación de estos servicios, por lo que este funcionamiento en red de cuidados del país refleja una relación activa entre el gobierno, las autoridades locales y el sector del voluntariado de la sociedad civil en la provisión de servicios de bienestar.

En general, **la política asociada a la atención a las personas mayores en Islandia, sigue el objetivo de facilitar que las personas permanezcan en sus propios hogares el mayor tiempo posible** a través del acceso a los servicios de atención y apoyo en el hogar (Olaffson, 2015). Por tanto, la tendencia general es la disminución de la atención institucional y hospitalaria, a favor del aumento de la atención en el domicilio. De hecho, en los últimos años ha disminuido el número de plazas en residencias para mayores en el país (Spasova et al., 2018).

En conclusión, el sistema de salud de Islandia puede clasificarse como un sistema de salud escandinavo, con un **papel importante del gobierno y financiado principalmente por impuestos**. Sin embargo, conviene señalar algunas características únicas de este sistema, que se podrían resumir de la siguiente manera: está muy centralizado en su estructura de gobierno, gestión, regulación, implementación y financiación; y el papel de las autoridades locales es realmente reducido. Por otro lado, debido a su población relativamente pequeña, Islandia carece de la estructura administrativa local intermedia en el sistema de salud (Olafsson, 2014). En consecuencia, en la última década se han ido adaptando las leyes y normativas atendiendo a la situación actual del país y a la tendencia en cuanto a las políticas y modelos de atención a personas mayores vigentes en el país.

#### b. Legislación y Normativas

Los servicios para el cuidado de personas mayores en Islandia se basan actualmente en la legislación número 125/1999 ([Act on the Affairs of the Elderly, No. 125/1999](#)), sobre el **cuidado de las personas mayores** (Olafsson, 2018). Según se especifica en esta ley, tiene el objetivo de que las personas mayores puedan, durante el mayor tiempo posible, vivir una vida hogareña normal y al mismo tiempo garantizar los servicios institucionales necesarios cuando sea preciso. Asimismo, en la aplicación de esta Ley se debe garantizar que las personas mayores gocen de los mismos derechos que el resto de ciudadanos/as y que se respete su derecho a la libre determinación.

Bajo esta ley de 1999 los servicios para adultos mayores se dividen en dos: **servicios geriátricos abiertos y servicios institucionales**.

Los **servicios abiertos** incluyen servicios domiciliarios de dos tipos: atención domiciliaria brindada por el centro de salud de la región en cuestión (operado por el gobierno nacional) y servicios de atención social brindados y financiados por la autoridad local, entre los que se encuentran los **centros de día**, que suponen una medida de apoyo para aquellos que regularmente necesitan supervisión y cuidados para continuar viviendo en casa. Los centros de día deberán prestar servicios de enfermería y deberán disponer de instalaciones adecuadas para proporcionar atención médica. Se deben ofrecer servicios de transporte desde y hacia el hogar de la persona, evaluación de la salud, capacitación, actividades de ocio, apoyo social, educación, asesoramiento y asistencia en las actividades de la vida diaria.

El objetivo de los servicios abiertos es fortalecer la capacidad de las personas involucradas para cuidarse a sí mismas y permitirles vivir en sus propios hogares el mayor tiempo posible. Los municipios son responsables de brindar ayuda social a domicilio y pueden cobrar tarifas por los servicios.

Respecto a los **servicios institucionales**, diferencian dos tipos de centros de cuidados de larga duración:

- **Residencias, unidades convivenciales y apartamentos especialmente diseñados para las necesidades de las personas mayores** que no son capaces de permanecer en sus hogares a pesar de la atención domiciliaria. Estas instituciones incluirán sistemas de seguridad 24 horas y una amplia gama de servicios, como comida, lavandería, limpieza y actividades sociales y de ocio. Debe haber instalaciones para enfermería, atención médica y rehabilitación. Los servicios

se basarán en una evaluación individual de las necesidades de las personas mayores y en la ayuda para la autoayuda.

- **Residencias para personas mayores con alto nivel de dependencia** que no son capaces de permanecer en residencias, unidades convivenciales o apartamentos para personas mayores. En estos centros se prestará atención de enfermería, atención médica y rehabilitación. Deben disponer de instalaciones especiales para las personas mayores con síntomas de demencia. Los servicios se basarán en una evaluación individual de las necesidades sanitarias y sociales de las personas de edad avanzada. El diseño del centro debe ser de carácter hogareño y se debe intentar garantizar que tantos residentes como sea posible tengan su propia habitación.

En septiembre de 2016, el Ministerio de Bienestar publicó un documento que recoge los **requisitos mínimos que deben cumplir las residencias para personas mayores** ([ed. III, 2016](#)) (ver apartado f. Estándares de calidad de Islandia) que se basó en un informe del sector de la atención de la salud que incluía una amplia consulta en el sector del cuidado de personas mayores en Islandia. Este documento, junto con la [Ley Médica y de Salud Pública, núm. 41/2007](#), que establece que el Director Médico de Salud elaborará un **plan para el desarrollo de la calidad** para los servicios de salud, [la Ley de atención en Salud núm. 40/2007](#), que, entre otros aspectos, determina las **condiciones de funcionamiento de los servicios de salud** y el [Reglamento sobre la creación de indicadores de calidad núm. 1148/2008](#), utilizados para la evaluación de la calidad en los servicios de salud, constituyen la base del sistema de garantía de calidad del sistema de cuidado de larga duración.

### c. Sistema de garantía de la calidad

#### i. Agentes implicados y roles

Se observa que hay diversos agentes implicados en el sistema de cuidados a personas mayores, aunque no todos ellos están presentes en las funciones o tareas de control de calidad.

##### **Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud de Islandia se estableció el 1 de enero de 2019 ([www.government.is](http://www.government.is)).El Ministerio tiene la responsabilidad de la administración y la formulación de políticas de salud en Islandia. Entre los temas que trata el Ministerio se encuentran los centros de cuidados de larga estancia para personas mayores y centros de día.

Este ministerio es responsable de la formulación, elaboración y planificación de políticas generales en el área de asuntos de las personas mayores.

##### **The Directorate of Health (Dirección de Salud) (<https://www.landlaeknir.is>)**

Tal y como se indica en su web, la Dirección de Salud es una agencia gubernamental que tiene como objetivo la promoción de la atención médica segura y de calidad para todos los habitantes de Islandia, así como de la salud y medidas efectivas de prevención de enfermedades. Esta Dirección de Salud opera bajo la autoridad del Ministro de Salud, quien nombra un Director Médico de Salud por un

periodo de cinco años. Entre algunas de sus funciones, todas ellas definidas en la [Ley médica y de Salud Nº 41/2007](#) , se encuentran:

- Trabajar por el desarrollo de la calidad
- Monitorear los servicios de salud y los profesionales de la salud
- Controlar las prescripciones, y observar y promover el uso razonable de los medicamentos por parte del pueblo de Islandia
- Expedir licencias a personas que cumplan con los criterios de la legislación y los reglamentos para utilizar títulos profesionales de profesiones sanitarias autorizadas
- Conducir a que la formación de los profesionales de la salud sea consistente con los estándares del servicio de salud en cada momento
- Atender las quejas del público sobre los servicios de salud
- Recopilar y procesar datos sobre salud y servicios de salud
- Evaluar regularmente los resultados de las actividades de salud pública en vista de los objetivos declarados
- Otras tareas que incluyen: la emisión de instrucciones y directrices profesionales, el mantenimiento de un registro de los operadores de atención de la salud, la organización y el mantenimiento de registros nacionales sobre la salud, la mortalidad, las enfermedades, los accidentes, la prescripción de medicamentos, los nacimientos y las actividades, la publicación de informes de salud, el envío al Ministro de un resumen anual de eventos inesperados, resultados de investigación, la evaluación de la calidad y la eficacia de la atención de la salud y la publicación de los resultados.

#### **Otros agentes**

- Hay siete comités de evaluación de necesidades y salud que trabajan en cada uno de los siete distritos de salud del país. A su vez, en cada distrito de atención de la salud se establecerá un **consejo de servicios para las personas mayores**. Los consejos y su personal están encargados de monitorear y coordinar los servicios de bienestar para las personas mayores y asegurar que reciban los servicios que necesitan. Antes de 2008, los consejos reciben y procesan solicitudes de atención institucional a largo plazo.
- El **Fondo de Construcción para Ciudadanos Mayores** promueve y apoya los servicios para personas mayores en Islandia. Este fondo se financia con un impuesto especial que se utiliza para la construcción y mantenimiento de hogares de personas mayores y residenciales. Si un municipio y el gobierno central cooperan en la construcción de hogares de personas mayores , la contribución municipal no debe ser inferior al 15% del costo de construcción (Fries et al., 2003).
- En Islandia también existe el denominado **Comité de Bienestar**, compuesto por 140 miembros del parlamento, que también tiene funciones asociadas a las políticas y normativas en torno a las personas mayores. Este Comité, de acuerdo con la [Ley de procedimientos parlamentarios](#)



[núm. 55/1991](#) tiene la responsabilidad de tratar asuntos relacionados con: Personas mayores, Infancia, Discapacidad, Vivienda, Seguridad social y Servicios de salud.

- **Agencia de Calidad y Supervisión del Bienestar:** (<https://gev.is>) Es un organismo gubernamental independiente, regido por el Ministerio de Asuntos Sociales, que comenzó a funcionar el 1 de enero de 2022 cuando entró en vigor la ley por la que se rige, [Ley de Calidad del Bienestar y Autoridad Reguladora núm. 88/ 2021](#). Tiene la competencia de supervisar la calidad de los servicios prestados, con el objetivo de que estos sean confiables y seguros, a personas con discapacidad, niños y algunos servicios relacionados con personas mayores. En concreto, con la entrada en vigor de esta ley núm. 88/2021, se introducen cambios, entre otras, en la [Ley de asuntos de las personas de edad núm. 125/1999](#), a la que se añade un nuevo párrafo en el artículo 3 de la presente Ley, que establece que la Agencia de Calidad y Supervisión del Bienestar supervisará la calidad de los servicios prestados para personas mayores sobre la base de esa Ley (Atención domiciliaria, Centros de atención diurna, etc.), **excepto las residencias para personas mayores y centros de día** que dependen directamente del Ministerio de Salud.

Entre las, principales funciones de la Agencia de Calidad y Supervisión del Bienestar son:

- **Desarrollar criterios de calidad:** Hasta el momento se han establecido Estándares de calidad para los servicios sociales para personas con discapacidad (agosto 2020), redactados en primera persona, al igual que los estándares escoceses.
- **Conceder licencias de funcionamiento y supervisar el cumplimiento de los requisitos:** La licencia de funcionamiento se expedirá por un período determinado, nunca superior a 5 años. La agencia publica la relación de entidades titulares con licencia en vigor para prestar sus servicios en su [web](#).
- **Supervisar la calidad del servicio:** la agencia podrá realizar investigaciones, controles o supervisiones, en los siguientes casos: Incidente/Accidente inesperado, Comunicaciones/Denuncias y Controles calidad periódicos
- **Recibir y procesar quejas de las personas usuarias del servicio.**
- Podrá llevar a cabo diversas diligencias como consecuencia de los resultados de su investigación, controles, supervisiones, etc.: advertencias, revocación de licencia de funcionamiento y/o multas diarias.

## **ii. Fases: Habilitación, registro, monitoreo**

### ***Requisitos para el funcionamiento***

Tal y como recoge el [art. 26 de la Ley de atención de la salud nº 40/2007](#) aquellos que tengan la intención de iniciar una actividad correspondiente a un servicio de atención de la salud (entre los que se encuentran los centros de cuidados de larga estancia y centros de día), deberán informar, previo al inicio de la actividad, a la Dirección de Salud. Mediante un documento escrito, en el que incluirá

información adecuada sobre el tipo de atención sanitaria, las personas trabajadoras, los equipos y las instalaciones del centro. Los requisitos mínimos de estos aspectos se recogen en el capítulo IV del [Reglamento sobre la supervisión de la Dirección de Salud con el funcionamiento de los servicios de atención de la salud y los requisitos mínimos profesionales, Nº 786/2007](#) y además, existe una relación de [requisitos mínimos de funcionamiento para las residencias para personas mayores](#) (ed. III, 2016) , recogidos en la legislación, y que están disponibles en la web de la Dirección de Salud (ver. apartado f. Estándares de calidad de Islandia)

La Dirección de Salud podrá solicitar más información si lo considera necesario. De la misma manera, se deberá notificar a la Dirección Salud si se realizan cambios importantes en las condiciones del servicio y/o se interrumpe la actividad.

La Dirección de Salud es la entidad responsable de verificar y evaluar si la actividad propuesta de atención médica cumple con los requisitos mínimos exigidos y otras condiciones establecidas en la legislación de salud. **No se puede iniciar la actividad si no se dispone de una Autorización por parte de la Dirección de Salud.**

### **Registro**

La Dirección de Salud mantiene un **registro de los prestadores de atención médica** y notificará al Ministerio de Salud cualquier cambio que ocurra en el registro.

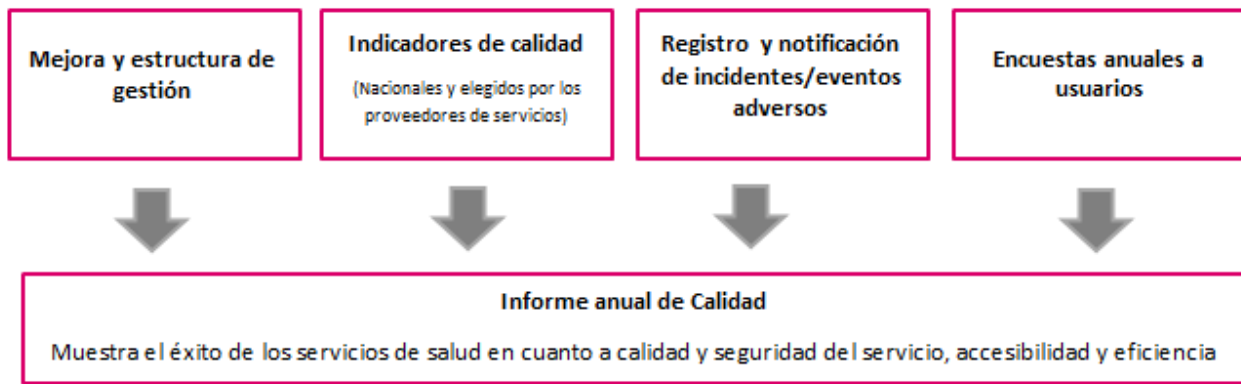
Además, tal y como se recoge en la [Ley sobre los profesionales de la salud nº 34/2012](#) cualquier **profesional sanitario**, previamente a ejercer su actividad, **tiene que ser autorizado por la Dirección de Salud**. Para ello, el trabajador deberá solicitar esta autorización a través un [formulario](#) en la web de la Dirección de Salud.

### **Monitoreo**

#### ***Plan de Calidad***

El Director Médico de Salud es quien elabora el **plan para el desarrollo de la calidad** del servicio de salud, que se presenta al Ministerio de Salud para su aprobación. Actualmente se encuentra en vigor el [Plan de calidad para el desarrollo en Salud 2019-2030](#) (Landlaeknir, s.f) que deberán seguir todos los servicios de salud, entre los que se encuentran las residencias para personas mayores y centros de día. La Dirección de Salud tiene en cuenta los requisitos establecidos en el plan de calidad para realizar las evaluaciones que realice a los servicios de salud. Pretende ser una guía para aquellos que brindan atención médica, sobre qué requisitos se les exigen y cómo pueden cumplir con esos requisitos.

Según este documento, el plan para el desarrollo de la calidad se basa en los siguientes aspectos clave:



Fuente: traducción propia extraída del documento [Plan de calidad para el desarrollo en Salud 2019-2030](#)

### Plan de mejora y estructura de gestión:

- Los proveedores de atención médica deben disponer de un plan mejora
- Deben definir una estructura de gestión acorde al tamaño, alcance y riesgo de la actividad
- Definir las responsabilidades y funciones del personal
- Los procedimientos y descripciones de trabajo se registran y son conocidos y accesibles para todos.

### Indicadores de calidad

En 2008, entra en vigor el [Reglamento sobre la creación de indicadores de calidad \(núm.1148/2008\)](#) para evaluar la calidad y el desempeño dentro del Servicio de Salud. Con el uso de indicadores de calidad el Ministerio de salud islandés quiere monitorear la calidad y la seguridad del servicio de salud y garantizar que estos factores sean visibles para las personas usuarias, los gobiernos, los gerentes y los profesionales de la salud, de tal manera que puedan evaluar la calidad del servicio y tomar decisiones de manera profesional e informada.

Para ello, se utilizan:

-**Indicadores de calidad seleccionados por los proveedores de servicios;** estos deben elegir indicadores de calidad que describan la calidad del servicio desde la perspectiva de las personas usuarias, profesionales de la salud y gestores. Según el art.3 del Reglamento de indicadores de calidad, los proveedores de salud **están obligados a publicar los resultados** de sus indicadores.

- **Indicadores nacionales de calidad;** son determinados para todo el país por la Dirección de Salud y permiten comparaciones entre el mismo tipo de instituciones de salud o servicios de salud. Los resultados de los indicadores nacionales de calidad se publican en el sitio [web](#) del Servicio de Salud, (Landlaeknir, s.f). Además, plantean una relación de **indicadores nacionales generales de calidad:**

- Resultados de las encuestas de servicio entre las personas usuarias del Servicio
- Tiempos de espera (como retrasos en el alta, listas de espera,)

- Cifras de actividad (número de altas, tiempo medio)
- Número de eventos adversos
- Dotación de personal y composición de la plantilla
- Factores relacionados con los empleados, como la rotación de personal, las tasas de enfermedad y los accidentes laborales
- Normas de seguridad: establecidas y seguidas
- Frecuencia de caídas

Pero también, se establecen indicadores nacionales específicos en función del tipo de servicio, en concreto, los **indicadores nacionales de calidad utilizados en residencias para personas mayores utilizados son:**

-Los **indicadores de calidad RAI**: En total se utilizan 20 indicadores de calidad RAI para las residencias de personas mayores. En 2010, se establecieron criterios de calidad (nivel alto y bajo) para los indicadores de calidad RAI preparados por un equipo de expertos dirigido por el Dr. Ingibjörg Hjaltadóttir, especialista en enfermería para el envejecimiento, que tienen en cuenta la situación en Islandia y se basan en el conocimiento científico, definiendo estándares de mala y buena calidad (Landlaeknir, s.f).

Los indicadores de calidad de RAI utilizados en residencias para personas mayores son:

Criterios de calidad superior e inferior para 20 indicadores de calidad RAI	Criterios de buena calidad (límite inferior)	Criterios de mala calidad (límite superior)
1. Prevalencia de caídas	6,1	17,3
2. Prevalencia de problemas de conducta	12,5	41,7
3. Prevalencia de síntomas depresivos	13,6	47,5
4. Prevalencia de síntomas depresivos no tratados	3,9	11,8
5. Prevalencia de uso de 9 o más medicamentos	29,6	62,9
6. Frecuencia de pérdidas (de orina o heces)	35,4	64,3
7. Frecuencia de pérdidas de orina o heces sin viajes regulares al baño	3,7	17,3
8. Prevalencia sondas urinarias	2,9	10,5
9. Prevalencia de obstrucción intestinal	2,3	12,3
10. Prevalencia de infección del tracto urinario	4,4	16,3
11. Prevalencia de pérdida de peso	4,3	15,1
12. Prevalencia de alimentación por sonda	0,6	4,3

Criterios de calidad superior e inferior para 20 indicadores de calidad RAI	Criterios de buena calidad (límite inferior)	Criterios de mala calidad (límite superior)
13. Prevalencia de deshidratación	2	7,3
14. Prevalencia de población encamada	4,8	17,3
15. Prevalencia del uso de psicofármacos fuertes (en casos distintos a los recomendados)	13,5	31,1
16. Prevalencia de sedantes e hipnóticos	35,8	62
17. Prevalencia del uso de somníferos o más de 2 veces por semana	25,7	53,1
18. Prevalencia de sujeciones corporales diarias/ equipos de seguridad	3,1	12,1
19. Prevalencia de baja o nula actividad	19,8	51,5
20. Prevalencia de úlceras por presión grado 1-4	2,7	11

Fuente: traducción de la Tabla Criterios de calidad superior e inferior para 20 indicadores de calidad RAI para residencias para personas mayores (Landlaeknir, s.f)

La Dirección de Salud obliga a las residencias para personas mayores a que utilicen estos criterios para monitorear la calidad de los servicios y llevar a cabo mejoras en los servicios. Para ello, pone a su disposición un [documento de ayuda](#) donde puede introducir la información de los indicadores y visualizar rápidamente en qué situación se encuentran. Además, la Dirección de Salud también utiliza estos criterios para monitorear la calidad de los servicios en los hogares de ancianos.

-Los **indicadores de calidad farmacéutica** para las residencias para personas mayores, son útiles para el monitoreo interno y externo. Los indicadores de calidad farmacéutica, han sido seleccionados por la Dirección de Salud y se relacionan con la seguridad de los medicamentos, la utilidad de los medicamentos, el uso general de ciertos medicamentos y la viabilidad del tratamiento. La recopilación de indicadores de calidad farmacéutica se encuentra todavía en una fase temprana en Islandia.

### Registro y tramitación de incidentes

La [Ley Médica y de Salud Pública, núm. 41/2007](#), en su art.9, establece que las instituciones sanitarias, los trabajadores sanitarios por cuenta propia y otros que presten asistencia sanitaria deberán llevar un registro de los incidentes inesperados con el fin de encontrarles explicación y buscar los medios para que no se repitan. Y además, en el mismo artículo establece que deben enviar periódicamente a la Dirección de Salud un resumen de todos los incidentes inesperados ocurridos.

En el art. 10 de la misma ley establece la obligación de notificar a la Dirección de Salud sin demora un acontecimiento inesperado que haya causado o haya podido causar un daño grave a un paciente, como la muerte o la invalidez permanente. También, establece la obligatoriedad de informar inmediatamente al paciente y a sus familiares. La Dirección de Salud podrá abrir una investigación de lo sucedido.

Según se indica en el Plan anual de Calidad para el desarrollo en Salud 2019-2030 (Landlaeknir, s.f) a finales de 2018 se inició la implementación a nivel nacional de un **sistema de registro electrónico de incidentes**. El sistema permite a los prestadores de los servicios y a la Dirección de salud monitorear el alcance, la frecuencia y el procesamiento de los incidentes que ocurren en las instituciones correspondientes.

### **Encuestas de los servicios**

En el mismo Plan de Calidad, se establece que los proveedores de atención médica deberán recopilar la opinión de las personas usuarias de los servicios, por ejemplo, utilizando encuestas de opinión, con una frecuencia mínima anual y utilizar los resultados para introducir mejoras. No existe un modelo estandarizado de encuesta para el país, si no que cada prestador tiene libertad para establecer el suyo.

La Dirección de Salud también quiere alentar a las personas usuarias a que participen activamente en su propio tratamiento tanto como sea posible en cumplimiento con la ley de derechos de los pacientes no. 74/1997, en la que en su artículo 21 establece: *El paciente es responsable de su salud en la medida en que pueda y su estado lo permita. Deberá, en su caso, participar activamente en el tratamiento que haya acordado.*

### **Informe anual de Calidad**

Los proveedores de atención médica deben enviar un informe anual de calidad a la Dirección de Salud de Islandia, analizando las áreas clave mencionadas anteriormente. Tiene como objetivo mostrar el éxito en términos de calidad y seguridad del servicio, tal y como se recoge en el Plan de Calidad de Salud 2019-2030.

### **Otros Registros de Salud**

El Director Médico de Salud, de acuerdo con las normas que dicta el Ministro, organiza y lleva a cabo los **registros nacionales sobre salud**, enfermedades, [eventos adversos](#), recetas y el trabajo y desempeño del servicio de salud. El propósito de los registros es recopilar información sobre la salud y el servicio de salud, monitorear el servicio, asegurar su calidad y evaluar su éxito, y también utilizar los registros en la planificación para el desarrollo de la calidad en el servicio de salud y en la investigación científica. El Director Médico también, en consulta con el Ministerio, procesa los datos de los registros de salud para su uso en la planificación, formulación de políticas y otras tareas del Ministerio, y publica los informes de salud. **Los establecimientos de salud, los profesionales de la salud y otros que presten servicios de salud deben proporcionar al Director Médico de Salud la información que éste requiera para llevar los registros sanitarios.** (Landlaeknir, s.f)

### **Auditorias/Evaluaciones de Calidad**

De acuerdo con la [Ley Médica y de Salud núm. 41/2007](#), la Dirección de Salud vigilará periódicamente que los servicios de salud cumplan con los requisitos mínimos establecidos y lo dispuesto en la legislación sanitaria de cada momento. Este organismo tendrá en cuenta en sus evaluaciones los requisitos definidos en el plan de calidad de servicios de salud, el reglamento sobre los indicadores de calidad, los [requisitos establecidos para residencias para personas mayores \(ed. III, 2016\)](#) y el resto de requisitos legales de aplicación.

Las Auditorías, podrán ser **parciales** (Landlaeknir, 2019), es decir, no necesariamente evaluarán todos los requisitos aplicables a los centros residenciales para personas mayores. Y también podrán realizar **auditorías de seguimiento** para comprobar el grado de implantación de las recomendaciones proporcionadas por la Dirección de Salud, respecto a la última evaluación (Landlaeknir, 2021)

Las Auditorías son realizadas por personal de la Dirección de Salud y se realizan mediante visitas al centro. Previamente, a la visita pueden solicitar al prestador de servicios diversa información en función del tipo de auditoría a realizar. Las auditorías tienen en cuenta cuestiones relacionadas con la **gestión, los servicios a las personas mayores, cuestiones de calidad y seguridad, y cuestiones de recursos humanos**. También, tienen en cuenta la información disponible por la propia Dirección de Salud sobre **quejas y reclamaciones**, así como la información correspondiente a la **notificación de los incidentes inesperados y/o eventos adversos**. Durante la visita, realizan una revisión y comprobación de distintos datos, registros, visita por las instalaciones y mantienen entrevistas con las personas trabajadoras, personas residentes y familiares del centro, además de analizar los indicadores de calidad y los requisitos establecidos en el Plan de Calidad para los servicios de Salud. (Landlaeknir, 2019).

Los resultados y recomendaciones de la Auditoría/Evaluación realizados por la Dirección de Salud quedan plasmados en un Informe específico y son publicados en la web [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)

Por otro lado, en el documento que especifica los requisitos para residencias para personas mayores ([ed. III, 2016](#)), se establece que el prestador del servicio debe tener un **control interno** activo para asegurar que cumple con los requisitos establecidos en el mismo documento, con los requisitos legales y con los requisitos definidos por el mismo (por ejemplo, procedimientos). El prestador debe poder evidenciar la realización de estas **Auditorías internas** así como la toma de acciones correctivas en función de sus resultados.

#### d. Modelos de evaluación de la calidad

En Islandia no se exige una certificación de calidad, sino el cumplimiento de los requisitos establecidos en legislación respecto a estándares e indicadores de calidad y requisitos mínimos de funcionamiento para las residencias para personas mayores, garantizados a través de un sistema de evaluación compartido, llevado a cabo por la Dirección de la Salud y por el propio prestador.

#### e. Herramientas

**Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set (RAI/MDS):** El instrumento de evaluación de residentes (RAI/MDS), desarrollado por la Administración de Financiamiento de la Atención Médica de los Estados Unidos, se utiliza en todas las residencias de personas mayores en Islandia para ayudar a asegurar la calidad de la atención. El instrumento cubre los principales dominios de la capacidad funcional y los diversos determinantes psicológicos, sociales y ambientales de la salud y el bienestar. Cada individuo es evaluado cuando es admitido y se desarrolla un plan de tratamiento en consecuencia. Esta evaluación se realiza anualmente o cuando se manifiestan cambios significativos en el estado de salud. Cuatro veces al año, se utiliza una versión más corta para controlar la calidad de los servicios. Los datos se recopilan utilizando RAI-MDS y se almacenan en una base de datos central de MDS donde todas las residencias de mayores islandesas cargan sus datos, que es administrado por el Ministerio de Salud de Islandia.

Por otro lado, también se utiliza con fines financieros, ya que ofrece la posibilidad de calcular el coste de los servicios. En Islandia también se usa como herramienta en la investigación ya que facilita la comparación entre centros, tanto nacionales como internacionales, así como para medidas de calidad desde 1996 (Hjaltadottir, 2012). El uso de esta herramienta está muy extendido debido a sus beneficios a diversos niveles. Estos beneficios se traducen también en el seguimiento de la calidad y la generación de guías clínicas para las áreas problemáticas identificadas en cada caso evaluado (Fries et al., 2003).

**Signet Transfer:** La Dirección de Salud ofrece a los prestadores de servicios la posibilidad de transmitirles de forma gratuita los datos y documentos requeridos a través de un portal web. Para poder comenzar a funcionar a través de este [portal web](#) se necesita una clave de acceso que deberá solicitar el proveedor de servicios directamente a la Dirección de Salud.

#### f. Estándares de calidad

Como hemos mencionado anteriormente, las residencias para personas mayores de Islandia **deben cumplir con los requisitos establecidos por el Ministerio de Bienestar para personas mayores** recogidos en un documento ([ed. III, 2016](#)). Este documento pretende recoger los requisitos mínimos que deben cumplir las residencias para personas mayores. Y son utilizados como base para realizar las Auditorías/ Evaluaciones por la Dirección de Salud y los propios prestadores de los servicios.

La especificación se divide en dos capítulos y un anexo:

- El **Capítulo 1** trata sobre el funcionamiento del servicio y establece los requisitos generales del mismo, tales como organización, puestos de responsabilidad, gestión de la calidad, historia clínica, obligaciones de información y supervisión.
- En el **capítulo 2** se define la prestación del servicio y se establecen los requisitos generales para el mismo. Se ocupa específicamente de los aspectos individuales del servicio y otras cosas que afectan directamente a las personas, como la seguridad del servicio y el tiempo de servicio.



- **Anexo I** contiene una descripción general de las leyes, reglamentos y normas que deben cumplir las residencias para personas mayores.

Entre los requisitos establecidos en este reglamento, queremos destacar los siguientes:

- La **filosofía** de una residencia de personas mayores debe tener en cuenta los siguientes factores:
  - Proporcionar a las personas mayores un hogar ecológico donde se respeten los derechos humanos, la humanidad y el respeto.
  - Crear seguridad para las personas mayores con el apoyo social y sanitario adecuado
  - Proporcionar a las personas mayores toda la atención de enfermería, cuidado y atención médica necesaria.
  - Apoyar y fortalecer la identidad y autonomía de las personas.
- **Establece requisitos mínimos de categorías profesionales** (enfermería, médico, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) **pero no define ratios de personal**, establece que el prestador de servicios debe asegurarse de que la actividad cuente siempre con un número suficiente de trabajadores.
- Los **cambios de personas trabajadoras** que prestan servicios personales a las personas mayores **deben anunciarse a los residentes afectados**.
- Debe existir un plan de formación continua, se debe garantizar que las personas trabajadoras que realizan la evaluación **Resident Assessment Instrument-RAI** estén calificados para que la evaluación RAI sea confiable.
- La **gestión de la calidad** se considera elemento clave en el funcionamiento de los servicios, debe establecerse un plan de mejora con objetivos y acciones para su consecución.
- Se debe disponer de **registros** para demostrar que se cumplen los requisitos, en muchos casos son registros médicos.
- El centro debe contar con **procedimientos para la gestión de sugerencias y quejas**
- Un centro que tenga más de 25 empleados anualmente, debe establecer un **plan de igualdad** que incluya a las personas mayores, sus familiares y a las personas trabajadoras
- Debe asegurarse el **registro, manejo y conservación de los expedientes médicos** y garantizar el acceso de la persona a sus registros médicos.
- Los **equipos de medición** deberán ser calibrados y verificados de acuerdo con las instrucciones del fabricante, ajustados para su uso y manipulados adecuadamente. Se deberán mantener registros de ello.

- El servicio debe basarse en una **evaluación individual de las necesidades sociales y de salud** de la persona mayor y tener como objetivo satisfacer sus necesidades y promover la mejor calidad de vida posible.
- Debe existir un **plan individualizado** para cada residente e implementarlo. Al crear el plan, se deben utilizar, entre otras cosas, los resultados de la evaluación RAI de la salud
- Los trabajadores **deben tener una buena visión general** de las necesidades y deseos de cada individuo y organizar el servicio con respecto a las circunstancias personales de los individuos
- La habitación/apartamento del residente se considera su **hogar** y la residencia como una **“casa del pueblo”**
- La **comunicación e información** a las personas mayores y familiares debe ser una prioridad, y debe haber una cooperación positiva y comprensiva entre los residentes y el personal.
- El centro debe ser capaz de demostrar que han aprovechado las innovaciones surgidas en la atención y servicios de las personas mayores y con enfermedades crónicas
- **Se debe proporcionar a los residentes enfermería y cuidados las 24 horas del día**, todos los días del año, y una enfermera debe ser responsable de cada turno
- Deben asegurarse de que los residentes reciban la **atención dental** necesaria
- Las personas mayores que vivan en residencias deben tener la opción de **rehabilitación y capacitación en la mejora de su salud** para restaurar y/o mantener las habilidades motoras y cognitivas.
- Los residentes deben tener la oportunidad de asistir a actividades y capacitaciones fuera de su unidad de vivienda
- **Se debe evitar el uso de múltiples fármacos** y se deben utilizar herramientas de diagnóstico que sean útiles para detectar y rastrear tratamientos farmacológicos inadecuados.
- **El ambiente de comida es hogareño y cálido.** El tiempo entre comidas, desde la mañana hasta la noche, normalmente no debe exceder las 3 o 4 horas y el tiempo desde la cena hasta el desayuno no deberá exceder las 11 horas. Debe elaborarse un menú general con al menos cuatro semanas de anticipación. Se debe prestar especial atención al contenido nutricional de los alimentos, la variedad de comidas y las necesidades y deseos especiales de las personas mayores..
- En el caso de utilizarse **sujeciones**, la decisión nunca debe ser tomada por una única persona trabajadora, se debe solicitar consentimiento a la persona mayor o familiar y siempre se debe utilizar para garantizar su seguridad
- Se deben **tomar medidas para evitar que las personas mayores sean objeto de violencia** de cualquier tipo y/o abuso económico.
- Debe asegurarse de que los servicios de **peluquería y podología** estén disponibles para los residentes en las instalaciones del centro.

- A medida que se acerca el final de la vida, también es función de un hogar de personas mayores brindar **cuidados paliativos y al final de la vida** para que la persona pueda mantener su dignidad y tener una muerte pacífica.

También nos gustaría destacar en este apartado, los [Estándares de calidad para los servicios sociales para personas con discapacidad](#) (Instituto de Calidad y Control de Servicios Social y Protección a la infancia 2020), disponibles en la [web](#) de la Agencia de Calidad y Supervisión del Bienestar, y que están basados en los derechos humanos y en las disposiciones legales del país. Definen tanto los derechos de las personas como el tipo de servicios que se deberían prestar. No son legalmente vinculantes, ofrecen recomendaciones para implantar la legislación. Están orientados al desempeño y al resultado, pero buscan arrojar luz sobre cómo el servicio satisface las necesidades de la persona usuaria y mejora su calidad de vida, en lugar de evaluar los procesos de trabajo y los recursos. Miden, por ejemplo, la calidad de la comunicación, la confianza, la prestación de atención, la seguridad, la eficiencia y la calidad de gestión

Los estándares de calidad se pueden utilizar para evaluar los servicios que reciben las personas con discapacidad, ya sea interna o externamente, o para los propios usuarios de los servicios. **Esto se hace utilizando la misma herramienta todos los agentes implicados: el usuario, el prestador de servicios y la agencia.** Si una auditoría que utiliza los estándares sugiere que los servicios son inadecuados, se revisarán los procedimientos, así como los recursos y otros factores prácticos.

Los estándares de calidad están redactados en primera persona del singular para enfatizar que el enfoque debe estar en la evaluación del usuario al evaluar la calidad del servicio que recibe:

- 1. La atención y el apoyo que recibo me permiten vivir una vida independiente**
- 2. Participo en el diseño de la atención y el apoyo que recibo**
- 3. Tengo confianza en quienes me cuidan y me apoyan.**
- 4. La atención y el apoyo que recibo son dignos de confianza.**

Cada Estándar de calidad incluye **indicadores de atención social** que se pueden utilizar para evaluar la experiencia de un usuario y son indicativos del grado de cumplimiento del servicio con los estándares de atención. Para evaluar cada indicador de atención social, se sugiere el uso de una escala Likert de tres o cinco puntos. Las respuestas potenciales para la escala de cinco puntos son: 5) Totalmente de acuerdo, 4) De acuerdo, 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2) En desacuerdo, 1) Totalmente en desacuerdo. Para la escala de tres puntos, las posibles respuestas son: 3) De acuerdo, 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 1) En desacuerdo. También se deben incluir las siguientes respuestas: a) No sabe, b) No aplica, c) No quiere contestar.

Podemos concluir que el sistema de salud islandés se encuentra muy **centralizado en su estructura de gobierno**, ya que carece de administración local intermedia, debido fundamentalmente, a su baja densidad demográfica. Se caracteriza por ser universal y estar financiado fundamentalmente a través de impuestos. En la última década se han ido adaptando las leyes y normativas atendiendo a la

situación actual del país y a la tendencia en cuanto a las políticas y modelos de atención a personas mayores vigentes en el país.

La **política asociada a la atención a las personas mayores en Islandia, sigue el objetivo de facilitar que las personas permanezcan en sus propios hogares el mayor tiempo posible** a través del acceso a los servicios de atención y apoyo en el hogar (Olafsson, 2015).

Un solo organismo, de carácter público, aglutina la mayoría de las actividades vinculadas a la autorización, registro, inspección y evaluación de los centros de cuidados de larga estancia y centros de día, la **Dirección de Salud**. Este organismo es el responsable de definir un **Plan de Calidad** donde se recogen todos los requisitos que deben seguir todos los prestadores de servicios del país. Estos requisitos, junto con los recogidos en la legislación de aplicación para los centros de larga estancia y centros de día, son utilizados como base para llevar a cabo las Auditorias/Evaluación por la propia Dirección de Salud, pero también son utilizados por los prestadores de servicios para llevar a cabo sus evaluaciones internas. Desde la Dirección de Salud, también, se realiza un acompañamiento a la **mejora continua**, con el objetivo de garantizar que todas las personas reciban un servicio de calidad, seguro y adaptado a sus necesidades.

Es un sistema que destaca por la **transparencia de la información**, mediante la publicación de indicadores (basados en el sistema RAI), estadísticas e informes de auditoría, así como por la **difusión del conocimiento** sobre buenas prácticas en el cuidado a través de la propia web de la Dirección de Salud.

Destaca el hecho de que los centros de cuidados de larga estancia y centros de día se encuentran bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y el resto de servicios disponibles para personas mayores se encuentren bajo la responsabilidad del Ministerio de Asuntos Sociales. Recientemente, Islandia ha puesto en funcionamiento una Agencia Reguladora y de Calidad del Bienestar, que es un organismo gubernamental, independiente en su labor, pero bajo la autoridad del Ministerio de Asuntos Sociales, con el objetivo de supervisar/evaluar la calidad de los servicios bajo su competencia y de definir estándares de calidad para los mismos.

## 4.5 España

En España había en 2020 más de 47'3 millones de personas, de las cuales, 9 millones superaba los 65 años de edad (19% de la población). De ellas, 2,9 tenían más de 85 años. Se estima (INE, 2020) que en el año 2050 la población mayor de 65 años represente el 31% del total. Durante este tiempo, la población mayor de 80 se doblará, pasando del 6% actual al 13% en 2050.

En el mes de julio del 2022, en España hay 1.268.906 personas que reciben alguna prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), lo que representa un 2,6 % de la población total del país. El 64% de quienes reciben una prestación son mujeres y un 53% del total tienen 80 y + años. De estas prestaciones, el 69% están vinculadas a servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y centro residencial) mientras que el 31% restante obedece a prestación económica para los cuidados en el entorno familiar. No obstante estas últimas cifras varían

ostensiblemente entre las diferentes comunidades, poniendo de manifiesto la diversidad de enfoques y realidades en el sistema español de cuidados.

El sistema español de atención a la dependencia (SAAD) se caracteriza por estar regulado a nivel estatal así como también a nivel regional y local. Con la Ley de promoción de la autonomía y atención a la dependencia de 2006 (LAPAAD) se estableció el marco y un catálogo común de servicios y prestaciones para personas en situación de dependencia para todo el estado. Esta ley establece con carácter general el derecho subjetivo a los servicios sociales y crea el correspondiente catálogo de servicios y prestaciones que las comunidades autónomas han incorporado en las reformas de sus respectivas leyes de servicios sociales. Cada comunidad autónoma es, a su vez, quien regula los servicios y los procedimientos de autorización, registro, requisitos, estándares, etc. de cada uno de ellos.

Las personas acceden a los servicios y prestaciones tras valoración de su grado de dependencia, usándose una valoración común para todo el estado. Los servicios son objeto de copago por parte de los beneficiarios en base a su nivel de renta.

En materia de calidad, a nivel estatal, la LAPAAD establece la necesidad de disponer de un marco común en lo que se refiere a la calidad de los servicios y a la cualificación de los profesionales y ratios de personal. Si bien desde un inicio (años 2007 y 2008) se define lo que tiene que ver con la cualificación y el ratio mínimo de profesionales y se establece que las organizaciones deben de disponer de un plan de gestión de la calidad (que incluya procesos y protocolos de atención), hasta este año (agosto 2022) no se ha definido y aprobado el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Más adelante se valorará en detalle a valorar este acuerdo recién aprobado.

Por lo tanto, han sido las Comunidades Autónomas (CCAA), como venían haciendo desde antes de que apareciese la LAPAAD, las que han establecido en su regulación los requisitos materiales, de personal (adicionales a los establecidos por la ley estatal) y funcionales para los servicios. En este sentido, podemos decir que existen tantos modelos de gestión de la calidad en el ámbito de los servicios para personas mayores en situación de dependencia como comunidades existen en España.

A continuación, se describe el modelo de Gipuzkoa y el Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD, acuerdo todavía no implementado pero que aporta aspectos muy relevantes para este estudio en materia de estándares de calidad y del enfoque del proceso de monitoreo y, en definitiva, para la transformación del modelo de la atención en centros residenciales y en centros de día.

## 4.5.1 Modelo Gipuzkoa

### a. Descripción de las principales características

Gipuzkoa es uno de los tres Territorios Históricos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante CAPV). Con una población de 713.810 habitantes, un 23% mayor de 65 años<sup>20</sup>. 20.435 personas mayores de 65 años tienen reconocido un grado de dependencia de las cuáles el 75% tienen 80 o más años. En Gipuzkoa existían en diciembre de 2020 5.460 plazas autorizadas de centros residenciales. La cobertura de servicios en relación a la población mayor de 65 años, a diciembre de 2020, era del 3,35%. En el caso de centros de día, el territorio cuenta con 1.805 plazas siendo la cobertura del 1,11%<sup>21</sup>.

Como ocurre en otros territorios analizados en este estudio (Suecia y Escocia), el aumento de la población mayor no se refleja en el aumento proporcional de nº de plazas residenciales ni de centro de día. Sí en cambio aumentan significativamente las prestaciones económicas para el cuidado en el hogar y para la asistencia personal. En el caso gipuzkoano, la tendencia y el sistema están dando respuesta a la preferencia de las personas de poder envejecer en sus casas.

### b. Legislación y Normativa

Además de la normativa estatal señalada anteriormente, la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia y la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de criterios de acreditación de la calidad en el marco del SAAD, en Gipuzkoa, la legislación proviene tanto del Gobierno Vasco como de la propia Diputación Foral de Gipuzkoa. En esta tabla podemos ver la principal normativa que afecta a los centros de larga estadia y los centros de día, destinados ambos a personas en situación de dependencia (principalmente moderada o grave para las actividades de la vida diaria según el baremo de valoración de la dependencia utilizado en el territorio).

Alcance	Norma	Descripción
País Vasco	Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.	Regula y ordena el Sistema Vasco de Servicios Sociales
	Decreto 155/2012, de 24 de julio, de Registros de Servicios Sociales.	Regula la <b>estructura, organización y procedimiento registral</b> de los registros de servicios sociales
	Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.	<b>Regula la Cartera (catálogo) de prestaciones y Servicios</b> del Sistema Vasco de Servicios Sociales, en desarrollo del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales regulado en el artículo 22 de la Ley 12/2008.

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Estadística. Julio 2021.

<sup>21</sup> Behagi. Datos 2021.

	Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma.	Regula las actividades de <b>Autorización, registro, homologación e inspección</b> de los servicios sociales.
	Decreto 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes.	Regula los <b>centros de día</b> para personas mayores dependientes, en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
	Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.	Regula los <b>requisitos materiales, funcionales y de personal</b> que deben reunir los <b>centros residenciales</b> para personas mayores, <b>define el modelo de atención</b> y establece las <b>condiciones para su autorización de funcionamiento, acreditación y homologación</b> en su caso.
	DECRETO 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.	Establece y define los derechos y las obligaciones de personas usuarias y profesionales y el procedimiento para la gestión de quejas para los establecimientos de cuidados.
<b>Gipuzkoa</b>	Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes	Regula las condiciones necesarias para la <b>concertación</b> de servicios residenciales para personas mayores dependientes, definiendo los <b>requisitos y condiciones mínimas aplicables</b>
	Orden Foral 394/2006 de 2 de junio de 2006 por la que se determinan las condiciones de las Unidades de Psicogeriatría	Regula las <b>condiciones de las Unidades de Psicogeriatría</b> , definiendo los <b>requisitos materiales, funcionales y de dotación de personal</b>
	Orden foral plan de inspección (anual)	Identifica los periodos y centros de inspección

Fuente: elaboración propia

Además de la anterior normativa, existe normativa en el ámbito sanitario que afecta a los centros residenciales y centros de día para personas mayores. Los centros deben contar con autorización sanitaria de funcionamiento al contar con profesionales sanitarios (medicina, enfermería, psicología y fisioterapia en centros de larga estada y enfermería en centros de día). La normativa exige disponer de medios materiales y espacios para prestar dicha atención y acreditar la cualificación y colegiación de los profesionales sanitarios adscritos al centro.

Por otro lado, cada municipio establece las ordenanzas relativas a la atención en domicilio y a los alojamientos y servicios de atención diurna para personas mayores sin dependencia reconocida o dependencia leve. Estos alojamientos y servicios son:

- Servicio de Ayuda a Domicilio

- Apartamentos tutelados para personas mayores
- Centros diurnos para la promoción de la autonomía para personas mayores

Estos servicios no son analizados para este estudio.

Como se deriva de la información anterior, el sistema gipuzkoano es un sistema ampliamente regulado y que contempla expresamente el proceso de autorización, registro y monitoreo, de interés para este estudio.

Por otro lado, el desarrollo tan extenso de normativa y que esta dependa de diferentes administraciones hace que coexistan regulaciones de diferentes décadas, todas vigentes. Los requisitos que predominan son los estructurales, tanto en aspectos materiales como en personal y en documentación, que son los que se valoran para la autorización y en las inspecciones.

Dicha regulación configura el sistema o modelo de gestión de la calidad, no existiendo estándares o requisitos diferentes a los exigidos fuera de la normativa anterior descrita. Los centros deben cumplir la suma de las normativas vigentes que les aplican.

### c. Sistema de garantía de la calidad

La garantía de la calidad en los centros residenciales y centros de día de Euskadi se basa principalmente en su regulación. Esta regulación establece los requisitos que entidades y centros deben de cumplir. Los requisitos son básicamente estructurales, existiendo algunos de proceso en el decreto de concertación (D.F 38/2007), así como en la reciente normativa para centros residenciales (D. 126/2019), en la que aparecen requisitos vinculados al modelo de atención centrada en la persona.

#### i. Fases: Habilitación, registro, monitoreo

En el País Vasco y en Gipuzkoa se identifican 5 etapas en el sistema de garantía de calidad:

**Autorización (habilitación):** deben obtener autorización administrativa la creación y construcción de centros, su modificación y traslado, el cese de su actividad y/o el cambio de titular de los mismos. En el caso de creación, construcción, modificación sustancial, el sistema contempla además una autorización previa para determinar si el proyecto cumple con los requisitos funcionales y materiales establecidos en la normativa vigente. Para obtener la autorización previa debe presentarse proyecto técnico, de edificación y acreditar la solvencia del titular. Disponer de la autorización previa es requisito para obtener la licencia de obra y de actividad (trámite que no depende de los servicios sociales sino de los gobiernos locales o municipios).

**Autorización de funcionamiento:** una vez obtenida la autorización previa y las licencias de obra y actividad, el establecimiento solicita la autorización de funcionamiento. Dicha autorización conlleva la presentación de información sobre viabilidad económica, información sobre la propiedad (o contrato de arrendamiento o cesión de uso) del espacio que ocupa el servicio, plantilla de personal, reglamento del establecimiento y carta de servicios que va a ofrecer. La inspección realiza una visita al



establecimiento y evalúa también la documentación presentada para conceder la autorización preliminar. Finalmente, para recibir la autorización definitiva de funcionamiento el establecimiento aporta la licencia de apertura (municipal) así como la acreditación de la cualificación del personal (títulos y colegiación), el alta en la seguridad social de la entidad y del personal y la fecha de inicio de la actividad. Es de obligado cumplimiento la comunicación del cambio de titular, del cese de la actividad o su modificación.

Cada centro/servicio debe disponer de su autorización. En este caso, si un centro de día ocupa parte de un edificio en el que está ubicado un centro residencial, se deberá disponer de dos autorizaciones de funcionamiento, una por servicio (habiéndose chequeado que ambos servicios cumplen con los requisitos definidos para cada uno de ellos).

**Registro:** El registro de servicios sociales (foral y de la comunidad) se crea en el año 1998 a raíz de la primera ley de servicios sociales del País Vasco. Es un instrumento de conocimiento y publicidad y que tiene las siguientes funciones (Decretos 40/1998 y 185/2012):

- Ofrecer conocimiento exacto de las entidades, servicios y centros de servicios sociales del ámbito territorial.
- Ofrecer conocimiento de la relación de los mismos con las administraciones. Para ello informan de los conciertos, convenios y contratos con las mismas.
- Ser instrumento de publicidad del sistema y de apoyo a la planificación del mismo.

En el registro se inscriben entidades tanto públicas como privadas y todos los centros y servicios autorizados y homologados y la información relativa a conciertos con las administraciones, cambios relativos a titularidades o ceses y cierres y a sanciones firmes impuestas en el marco de la ley de servicios sociales. Cuando se den cambios en los datos que constan en el registro, la entidad debe comunicarlos.

Anualmente las entidades deben aportar documentación para garantizar su mantenimiento en el registro, entre otros, una memoria de actividades anual.

La inscripción en el registro es condición previa necesaria para la obtención de subvenciones y ayudas de las Administraciones Públicas Vascas y, en su caso, a la concertación con las mismas, previa su homologación.

**Homologación:** Previo a la concertación de plazas, las entidades, centros y servicios privados que prestan servicios sociales deben ser homologadas.

La homologación es el acto por el que la Administración competente declara, mediante resolución motivada, que una entidad, un servicio o centro de titularidad privada, son idóneos, de acuerdo con la planificación existente, para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, atendiendo en todo caso a criterios de calidad, eficacia y coste económico y social.

Los requisitos para mantener la homologación son los siguientes:

- Presentar anualmente la memoria de actividades y la evaluación de los servicios desarrollados

- Comunicar cuando se produzcan, las modificaciones del personal
- Comunicar altas y bajas de personas usuarias y el motivo
- Presentar balance económico anual y presupuesto
- Cumplir con las mejoras que dicte la inspección

La homologación tiene una vigencia de 3 años. Se pierde cuando existe sanción o se revoque la autorización de funcionamiento. Sin homologación no pueden establecerse conciertos o convenios con la administración.

### **Concertación:**

Gipuzkoa dispone de un decreto de condiciones para concertación para plazas residenciales (no así para centros de día). Para la financiación de dichas plazas con dinero público, la administración exige a los centros que cumplan con los requisitos y estándares de calidad regulados (Decreto Foral 38/2007) En este decreto, se definen los servicios que debe prestar el centro residencial. Además, se identifican los procesos clave de atención (acogida, valoración, intervención, final de vida), sus elementos estructurales o lo que hay que cumplir en cada uno de ellos, indicadores y estándares de resultado. Exige a su vez, unos ratios de personal que están por encima de los que se establecen en la legislación vasca y la estatal.

Es decir, para poder obtener concertar plazas (y obtener la financiación) con la administración, se exige a las entidades que asuman los estándares de calidad definidos y que mejoren la dotación de personal de sus equipos.

A parte de evaluar inicialmente el cumplimiento de los requisitos, estos son evaluados anualmente por la inspección (que suma dichos requisitos a la inspección habitual) en todos los servicios concertados.

En el apartado de estándares de calidad se describen con detalle estos requisitos.

### **Inspección:**

La inspección, que el Gobierno Vasco delega en las tres provincias, se rige por los siguientes principios o mandatos, descritos en el Decreto 40/1998:

- a) Velar por el respeto de los derechos de las personas usuarias y adoptar éste como criterio preferente en la interpretación de las normas aplicables.
- b) Utilizar instrumentos cuantitativos y cualitativos, al objeto de comprobar la adecuación del servicio o del centro a los requisitos materiales y funcionales que se establezcan reglamentariamente para cada tipología de servicio o centro.
- c) Prestar, en el curso de la inspección, especial atención a los cauces de participación de las personas usuarias y de sus familias, y a su funcionamiento efectivo, y analizar las quejas manifestadas por las mismas.

d) Tener un carácter evaluador y pedagógico que involucre a los profesionales de los servicios y centros en el análisis de su funcionamiento y de las medidas idóneas para mejorar la calidad de la atención.

e) Complementar la visita de inspección con la aplicación de sistemas de evaluación cualitativa cuyos resultados orienten sobre las directrices a adoptar en la prestación de la atención.

Y sus funciones son (Decreto 40/1998):

a) Velar por el cumplimiento de la normativa aplicable

b) Garantizar el respeto de los derechos de las personas y verificar la existencia y el funcionamiento de cauces eficaces para el ejercicio de estos derechos.

c) Verificar el cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales que se establezcan reglamentariamente para cada tipo de servicio o centro.

d) Supervisar el destino y la utilización de los fondos públicos concedidos o asignados a las entidades para el ejercicio de sus actividades.

e) Asesorar e informar, en el curso de las actuaciones de inspección, a las entidades, a los profesionales y a las personas usuarias de sus derechos y deberes, y de los cauces efectivos para su ejercicio.

f) Elaborar informes que, como resultado de las visitas de inspección, definan los requisitos materiales y funcionales que no se ajusten a la normativa en materia de servicios sociales, indiquen, en su caso, los preceptos vulnerados y establezcan el plazo para su cumplimentación. A estos informes se incorporarán, como resultado de la aplicación de los sistemas de evaluación, la indicación de aquellos aspectos que, aun respondiendo a la norma, se consideran cualitativamente mejorables, estableciéndose al efecto las recomendaciones oportunas.

g) Colaborar con las unidades de planificación y/o programación en el estudio de las necesidades de servicios sociales en los ámbitos territoriales correspondientes.

h) Asesorar a la Administración competente acerca del nivel de adecuación de los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros, a las necesidades reales de las personas usuarias y a la mejora de la calidad de la atención.

i) Detectar buenas prácticas profesionales e informar a su respecto a la Administración competente con vistas a su difusión, así como definir indicadores de alarma que reflejen prácticas negativas de atención y que permitan concentrar los esfuerzos de inspección y evaluación.

El servicio de inspección de Gipuzkoa está adscrito al Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Es un departamento en principio independiente al no compartir jefatura con otros departamentos de políticas sociales aunque bajo el mismo responsable político.

Los miembros del equipo tienen consideración de agente de la autoridad y disponen de un documento acreditativo, que se muestra al inicio de su labor inspectora en un centro.

Los y las inspectores/as deben tener los conocimientos necesarios para realizar su función pudiéndose acompañar de expertos en la realización de las inspecciones si así se considera necesario. No están definidos los perfiles profesionales de las personas que se dedican a la inspección, aspecto que para el responsable de inspección de Gipuzkoa, entrevistado para este estudio, ha resultado ser clave con el paso de los años “perfiles que cubran el área arquitectónica y de seguridad de las instalaciones, la parte legal, la social y la sanitaria resultan imprescindibles” (A. Rodríguez, 2022). Por otro lado, también menciona la importancia de “la voluntariedad y sensibilidad respecto a esta función” (A. Rodríguez, 2022) aspecto que, en los procesos de gestión de personal en la función pública, no siempre son tenidos en cuenta.

En Gipuzkoa se realizan inspecciones de seguimiento programadas a todos los centros una vez al año como mínimo. Por otro lado, se realizan inspecciones de forma imprevista ante quejas al establecimiento. En cualquier caso el/la inspector/a puede acceder siempre a las instalaciones del centro y hablar con las personas que considere necesario (profesionales y personas usuarias y familias). Se considera necesario que esté acompañado de la persona responsable o persona que ejerza esa función en su ausencia. Tiene acceso libre a todas las dependencias y a la documentación con objeto de conocer cómo es la prestación del servicio, con el debido cuidado a no generar trastorno en la prestación del servicio y en las personas que en él viven. Se contempla un acuerdo y deber de confidencialidad respecto a los datos de carácter personal a los que tenga acceso.

Al finalizar la inspección se realiza un acta de la visita. A los días, se manda el informe con los resultados de la inspección.

En caso de observar infracciones en el centro o servicio, éstas deberán constar en acta para que el órgano competente valore la imposición de sanción correspondiente. En caso de sospechar u observar delito, se pone en conocimiento de la fiscalía.

La inspección tiene delegada igualmente las labores de investigación de las quejas que las personas usuarias y/o sus familiares interponen en el departamento y/o en la oficina del consumidor. Las inspecciones para analizar la queja se llevan a cabo sin previo aviso y guardando el anonimato de quien interpone la queja si así lo ha querido la persona.

En un sondeo realizado con las direcciones de diferentes centros gerontológicos de Gipuzkoa, los directores de los centros apuntan a que la inspección ayuda al centro a “poner al día” y revisar el grado de cumplimiento de los requisitos legales “resulta útil para revisar y actualizar al menos anualmente los requisitos exigidos por decreto”, “nos viene bien de vez en cuando volver a hacer un revisión de las cosas que estamos haciendo, de si estamos cumpliendo lo que se nos exige y muchas veces vemos que estamos por encima de lo que se nos exige”.

En cuanto al procedimiento de inspección, se centra fundamentalmente en la revisión documental en despacho de los requisitos que constan en las diferentes normativas de aplicación, no soliendo realizar visita a las dependencias ni entrevistas a los protagonistas.

La inspección supone a la dirección del centro varios días de preparación ya que debe volcar numerosa información y documentación en un aplicativo informático. Este volcado, permite dar por “chequeados” algunos de los requisitos funcionales y materiales.

Las direcciones entrevistadas echan en falta que la inspección atienda a aspectos nucleares de la calidad de la atención, la garantía de derechos y el buen trato “en mi opinión, la inspección garantiza que el centro provee un conjunto de servicios a las personas que viven, y que ese servicio sea homogéneo en todos los centros. No obstante, se quedan fuera aspectos considerados clave en atención residencial relacionados sobre todo con las buenas prácticas (dignidad, intimidad, etc.)”. Sería de interés que la inspección atendiese al “cómo estamos haciendo las cosas (...) inspeccionar sobre cómo trabajamos, cómo se atiende, el modelo de atención, no sólo cantidad, sino calidad”.

## **ii. Agentes implicados y roles**

A continuación se identifica el papel de los diferentes agentes en el sistema vasco - guipuzcoano.

- El Gobierno Español y su ministerio de Derechos Sociales regulan el sistema español de atención a la dependencia. También lo financian en parte.
- El Departamento de empleo y políticas sociales del GV. Regula el sistema vasco de servicios sociales. Asume la prestación del servicio de teleasistencia y parte de la financiación del sistema.
- El Departamento de Política Social de Gipuzkoa. Regula los servicios que son de su titularidad. Financia, autoriza, inspecciona y planifica.
- El Departamento de Salud. Regula las condiciones para la autorización sanitaria. Autoriza e Inspecciona. Desde salud pública se controlan periódicamente instalaciones (legionella, seguridad alimentaria, etc.).
- El Ayuntamiento. Inspecciona y otorga las licencias de obra, actividad y apertura. Los planes de autoprotección y la actuación ante emergencias se comunican a las autoridades locales quienes se hacen cargo de su supervisión y control.
- El Servicio de Inspección del departamento de política social. Inspecciona para los trámites de autorización, homologación y concertación de centros y servicios (junto con los departamentos necesarios). Controla anualmente el cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales de los centros y servicios.
- La dirección del centro. Es la figura que garantiza que se cumplen los requisitos establecidos por las diferentes normativas de aplicación y por la calidad del servicio. Representa al centro en la inspección.

- Las Profesionales de los centros. No tienen un papel activo en las actividades del sistema. No participan en las inspecciones.
- Las Personas usuarias de los centros. No tienen un papel activo en las actividades del sistema. No participan en las inspecciones.
- Entidades científicas u otros organismos independientes: no tienen papel en el sistema de garantía de calidad del modelo vasco.

#### d. Modelos de certificación de la calidad

Si bien el sistema vasco no exige una certificación de calidad para los centros residenciales y centros de día, su regulación y los requisitos para la concertación orientan a las organizaciones a que dispongan de ella.

El último decreto del Gobierno Vasco respecto a centros residenciales (Decreto 126/2019) sitúa el modelo de gestión como uno de los tres pilares del modelo de atención, siendo los otros dos, la atención centrada en la persona y la garantía de derechos.

En relación al modelo de gestión, se exige a las organizaciones que dispongan de un modelo que tenga como objetivo la mejora continua de todos sus procesos de tal forma que redunde así en la calidad de vida de las personas.

En cierta manera se sigue con la política iniciada en la primera década del siglo XXI en la que, desde la administración pública, se incentivó la adopción, por parte de las entidades de servicios sociales de sistemas de gestión de la calidad estandarizados (ISO 9001). Esta política de incentivo para la calidad se considera por parte de los responsables técnicos de la administración como muy acertada en la medida “que supuso un salto hacia la calidad de los cuidados en las organizaciones”. Gracias a la implantación de los sistemas de calidad, en los centros se empezó a hablar de forma sistemática de la mejora continua y protocolos para la estandarización de la atención (A. Rodríguez, 2022).

#### e. Herramientas

##### Registro electrónico y público:

En la web <https://w390w.gipuzkoa.net/WAS/CORP/DGARregistroOficialWEB/es/inicio/0/inicio/> pueden consultarse los datos relativos a las entidades prestadoras de servicios sociales, a los centros y a los servicios.

De la entidad	Del centro y del servicio
Nombre de la entidad	Nombre del centro
Nº de registro y fecha de registro	Nº de registro y fecha de registro
Titularidad	Titularidad
Tipo de entidad	Servicio que presta dentro del catálogo de servicios del sistema vasco de servicios sociales
Finalidad	

Interés social y utilidad pública  
Colectivos a los que se dedica  
Datos de contacto

Colectivo al que se dirige  
Nº de plazas  
Otra información básica del servicio  
Nº de habitaciones en CLE  
Horario de apertura en CDIA  
Certificado de calidad  
Datos de contacto  
Nombre de la persona responsable  
Sanciones al establecimiento  
Imágenes del establecimiento

REGISTRO FORAL DE SERVICIOS SOCIALES DE GIPUZKOA | Acceso a la identificación

Inicio Búsquedas Normativas Utilidades

Lo más buscado

Residencias de mayores Centros de día de mayores Asociaciones

Centros / Servicios

Búsqueda básica Búsqueda avanzada

Utilidades

Verificador de documentos Sugerencias

Entidades

Búsqueda básica Búsqueda avanzada

REGISTRO FORAL DE SERVICIOS SOCIALES DE GIPUZKOA | Acceso a la identificación

Inicio Búsquedas Normativas Utilidades

CENTRO / SERVICIO

Datos básicos del centro / servicio

Número de registro: S20 000008 0006 Fecha de inscripción: 2017-07-10

Denominación: CENTRO GERONTOLOGICO RICARDO BERMINGHAM

Catálogo y Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales: B) SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DE COMPETENCIA FORAL

Tipo servicio: 2.4.1.- Centros residenciales para personas mayores

Centro: RICARDO BERMINGHAM [C2000000150002]

CAMINO DE LOS PINOS 35 - 20018 DONOSTIA

Mapa

Entidad titular: FUNDACION JOSE MATIA CALVO [E20 000008 0000]

Entidad gestora: FUNDACION JOSE MATIA CALVO [E20 000008 0000]

Colectivo al que dirige su actividad: Personas Mayores

Centro / Servicio

Centro / Servicio

Sanciones

Multimedia

Otras acciones

Búsqueda de centros / servicios

## Software de inspección:

El servicio de Inspección del departamento de Política Social de Gipuzkoa cuenta con un software para el proceso de Autorización e Inspección de centros residenciales y centros de día.

El centro debe acceder al programa para aportar información, parte de ella es verificada previo a la visita y otra durante la visita de inspección.

Este programa guarda la trazabilidad de todas las inspecciones realizadas (que pueden ser de diferente tipo y/o focalizadas en temas concretos) y de la información reportada por el centro de cara a poder hacer seguimiento del cumplimiento de los requisitos a lo largo de todo el año.

Este aplicativo tiene en cuenta todos los elementos a verificar en apartados distintos:

- Personas atendidas y equipo de profesionales
- Ratio de profesionales
- Documentación
- Grado de cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales
- Grado de cumplimiento de los requisitos para la homologación y acreditación
- Grado de cumplimiento de los requisitos de accesibilidad
- Resultados en indicadores de calidad

The screenshot displays the web application interface for 'AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN DE CENTROS'. The page is titled 'Visita' and shows 'Datos de la visita' (Visit Data) with the following fields:

- Expediente: 2022-AJIN-000076-01
- Fecha: 2022-04-05
- Centro: 266 Centro gerontológico Argibao
- Servicio extranet: Estancias permanentes en Residencias de Personas Mayores
- Situación: TRAMITE

Below this, there is a section for 'Visita' with the following details:

- Estado: PENDIENTE
- Tipo: Inspección
- Motivo\*: Planificación
- Descripción motivo:

On the right side, there is a sidebar menu titled 'Visita' with the following items:

- Visita
- Personas usuarias
- Control de documentación
- Cronograma
- Requisitos
- Cartera de servicios internos
- Incumplimientos
- Personas acreditadas
- Jornada
- Ratios personal
- Documentos
- Repositorio
- Centro

At the top of the page, there is a navigation bar with links for 'Inicio', 'accesibilidad', 'asistencia informática online', 'mapa del sitio', 'Imprimir', and 'es'. The page also includes a header with 'Gipuzkoako Foru Aldundia' and 'MENDIBIL YARZABAL, MAIALEN'.

La estructura de este sistema de información ha sido tenida en cuenta para la elaboración del ANEXO TÉCNICO 3 - GUÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.



## f. Estándares de calidad

Los estándares del modelo guipuzcoano vienen dados por dos administraciones distintas, la autonómica vasca y la regional, guipuzcoana. A su vez, el estado establece los estándares mínimos de personal (ampliados por las disposiciones regionales) y los de cualificación de personal.

Características de los estándares:

- Son los requisitos que establece la normativa reguladora del funcionamiento de los centros.
- Se articulan en torno a 4 ejes: Materiales, funcionales, de documentación y de personal.
- Están referidos a elementos estructurales (lo que debe de tener el centro) y de proceso (lo que debe de hacerse). No incorporan requisitos en cuanto a resultados en las personas.

Si bien las normativas reguladoras incorporan principios de atención orientados al cumplimiento de los derechos de las personas, éstos no disponen de estándares o requisitos asociados, que guíen su implantación y permitan su verificación.

Como aspectos a destacar están los requisitos que establece la normativa para centros residenciales, en su última revisión (2019) para el País Vasco, que incorpora aspectos relevantes para avanzar en el modelo de atención centrada en la persona, como son la creación de unidades de convivencia y la exigencia de un mayor número de habitaciones individuales y un conjunto extenso de requisitos relacionados con el modelo de gestión y atención que, aunque son de difícil verificación, ponen en valor principios como la participación, la personalización de la atención y a la vida significativa. No obstante, en el ámbito material, deja poco margen a la personalización de los espacios privados (habitaciones) al establecer los muebles (y características de los mismos) obligatorios. Por otro lado, en el ámbito de documentación y registros, la exigencia es muy alta.

En el caso de los centros de día, existe una única normativa reguladora y es del año 2000. Incorpora requisitos vinculados a las instalaciones y equipamiento de los centros, requisitos de personal y requisitos funcionales vinculados a aspectos de atención y transporte. El modelo de atención que define a través de sus requisitos es un modelo asistencial y estanco, que no contempla la coordinación con la familia y/o con otros agentes para promover la continuidad de cuidados para la permanencia en el domicilio.

Los requisitos funcionales, en todas las normativas que aplican a los centros y servicios, son de carácter eminentemente declarativo y de difícil verificación (más allá del control documental en algunos casos).

Como hemos mencionado anteriormente para poder concertar plazas con la administración de Gipuzkoa, las entidades y centros deben de asegurar que se ofrece una serie de servicios, que se han implantado buenas prácticas en los procesos asistenciales y que se miden de forma sistemática unos indicadores de calidad para la mejora de los procesos y se cumple con los ratios de personal establecidos (Decreto Foral 38/2007 de la Diputación Foral de Gipuzkoa).

En el caso de indicadores de calidad para las organizaciones que quieren concertar plazas con la administración, estos deben ser recogidos por las entidades.

Actualmente no existe ningún requisito más allá de su recogida y de su presentación en la inspección anual. En esta inspección se aportan igualmente los protocolos exigidos. En las tablas siguientes pueden consultarse los indicadores y estándares y los elementos a los que pertenecen.

**ELEMENTOS ESTRUCTURALES E INDICADORES QUE SERÁN OBJETO DE INSPECCIÓN EN LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES PROPIOS Y CONCERTADAS DE GIPUZKOA DESDE 2006.**

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
ACOGIDA E INGRESO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un protocolo de ingreso y un responsable designado.</li> </ul>	Los expedientes individuales de residentes incluyen registro de entrevista previa al ingreso y PAI escrito provisional.	100%	Historia social e historia sanitaria del residente
VALORACION Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un modelo tipo de PAI que incluye: valoración física, funcional, mental y socio-familiar; y objetivos, responsables y plazos estimados.</li> </ul>	Los residentes que llevan más de 2 meses en el centro disponen de un PAI no provisional escrito según modelo.	80 %	Documento PAI de cada residente
		Los residentes disponen de un PAI escrito actualizado en los últimos 12 meses.	60 %	Documento PAI de cada residente

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
CUIDADOS PERSONALES Y VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe una sistemática clara y trazable para asignar qué auxiliar presta qué cuidado a qué residente, su periodicidad y verificación en relación con a los cuidados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarios</li> <li>- No diarios</li> <li>- Nocturnos</li> <li>- Acceso a otros servicios</li> </ul> </li> <li>La ejecución de cuidados directos e indirectos respeta las frecuencias indicadas en el documento base. *</li> <li>Existe un cuaderno parte de incidencias en la prestación de los cuidados.</li> <li>Existe un protocolo de restricciones físicas conforme a requisitos de documento base. *</li> <li>Existe un Manual de Buena Práctica para los auxiliares.</li> <li>Cada residente tiene designado un profesional de referencia.</li> <li>El centro identifica y puede aportar datos contrastables de las personas que, por prescripción médica, tienen algún tratamiento especial.</li> </ul>	Nº y relación de residentes a los que se alimenta en boca.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes con dietas especiales y suplementos nutricionales.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes que hacen vida cama- sillón.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes que utilizan pañales de incontinencia, segmentados por tipos de pañal.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes que tienen barras en cama.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
		Nº y relación de residentes que llevan cinturón pélvico.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
		Nº y relación de residentes que no pueden salir del centro por prescripción documentada por persona autorizada y consentida por familiar de referencia o tutor.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
		El parte de incidencias se rellena y recoge incidencias relevantes en relación con los cuidados personales y de vida diaria. Se firma y se identifica a las personas que hacen las anotaciones.	SIN STANDARD DEFINIDO	Parte de incidencias
		La comprobación de los PAIs de varios residentes elegidos al azar y la comprobación del despliegue, ejecución y verificación de sus cuidados evidencia que el sistema de trabajo se cumple. Se identifica quién es el profesional de referencia.	COMPROBAR AL MENOS UN 5 %	Documento PAI de cada residente

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
ATENCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está definido el contenido inicial y la documentación a rellenar para mantener al día las historias sociales de los residentes.</li> <li>Existen protocolos escritos o guías de actuación en relación con la incapacitación legal de residentes con limitaciones en su capacidad de decisión y responsable designado.</li> <li>Existe un protocolo escrito de recogida y tratamiento de reclamaciones y sugerencias y responsable designado.</li> <li>Existe un protocolo de voluntariado conforme a la legislación vigente y responsable designado.</li> <li>El reglamento define composición y funcionamiento del órgano de representación de usuarios y familiares.</li> </ul>	Los residentes tienen actualizada su historia social con datos personales y sociofamiliares.	80%	Historia social de los residentes
		Nº y relación de personas legalmente incapacitadas (incapacitación o curatela). La historia individual incluye el nombre del tutor y está documentado el alcance de la incapacitación.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia social de los residentes y relación específica
		Nº y relación de personas atendidas sin soporte sociofamiliar.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia social de los residentes y relación específica
		Existe un registro vivo de reclamaciones y sugerencias que evidencia el tratamiento dado a las mismas y su cierre.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de reclamaciones
		Existe un protocolo de voluntariado conforme a la legislación vigente y responsable designado.	EXISTE	Documento concreto
		El centro aporta actas del funcionamiento de los órganos de representación del centro.	Mínimo 2 por año	Actas de reunión
ATENCIÓN PSICOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>La historia y el PAI de cada residente incluye la valoración psicológica regular de los aspectos habituales (cognición, ánimo, ansiedad).</li> <li>Existe un protocolo escrito para el tratamiento de los problemas de conducta por parte del personal.</li> <li>Existen programas estructurados de intervención psicológica (cognición, ansiedad, depresión, dificultades relacionales, alteraciones conductuales).</li> </ul>	Nº y relación de residentes con deterioro cognitivo.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historial del residente
		Nº y relación de residentes con trastornos psicóticos.	SIN STANDARD DEFINIDO	
		Existe un protocolo escrito para el tratamiento de los problemas de conducta por parte del personal.	EXISTE	Documento concreto
		Existen programas estructurados de intervención psicológica (cognición, ansiedad, depresión, dificultades relacionales, alteraciones conductuales).	EXISTE	Documento concreto
		Nº y % de auxiliares que han recibido formación en manejo de problemas de conducta en los últimos 3 años.	20 %	Registros de formación
PLAN DE ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aporta informe evaluativo del plan de actividades del ejercicio anterior con resultados cualitativos y cuantitativos.</li> <li>Se aporta Plan de Actividades del año en curso firmado el Director y difundido, que responde a requisitos de documento base * en cuanto a su segmentación.</li> </ul>		EXISTE	Documento concreto
			EXISTE	Documento concreto
ATENCIÓN SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está definido el contenido inicial y la documentación a rellenar para mantener al día las historias sanitarias de los residentes.</li> <li>Existen protocolos que definen el tratamiento de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión</li> <li>Diabetes</li> <li>Estreñimiento</li> <li>Úlceras por presión</li> <li>Colonizaciones e infecciones por SARM</li> </ul> </li> <li>Existe protocolo de realización de valoraciones nutricionales a los residentes.</li> <li>Existe protocolo de derivación y acompañamiento a centros sanitarios.</li> <li>Existe protocolo de prestación de cuidados paliativos.</li> <li>Existen registros de la medicación que toma cada residente, su posología y periodos de administración (start-stop).</li> </ul>	Incidencia y prevalencia de residentes con oxigenoterapia, sondaje uretral permanente, sondaje nasogástrico y ostomías.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Incidencia y prevalencia de residentes con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Incidencia y prevalencia de residentes con fractura de cadera.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Prevalencia de úlceras por presión a una fecha determinada, así como su incidencia anual y tasa de curación.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Existen los protocolos citados.	EXISTEN	Documentos concretos
		La comprobación de las Historias Sanitarias de varios residentes elegidos al azar y la comprobación del despliegue, ejecución y verificación de sus cuidados evidencia que el sistema de trabajo se cumple.	COMPROBAR AL MENOS UN 5 %	Historia sanitaria
FIN DEL SERVICIO	Existe un protocolo de actuación en fallecimientos y altas voluntarias que cumple los requisitos del documento base .*		EXISTE	Documento concreto

Fuente: Catálogo de concertación de centros residenciales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

La información recogida relativa al cumplimiento de estándares e indicadores no está disponible para la ciudadanía gipuzkoana ni para los centros y servicios. Tampoco se publican estudios sobre la calidad del sistema de atención en base a los estándares e indicadores de calidad exigidos.

#### 4.5.2 El Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD (2022)

Antes de entrar al detalle del Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), cabe destacar dos aspectos relevantes:

Por un lado, el avance del paradigma de la atención centrada en la persona en nuestro país en los últimos 10 años. Son ya numerosas las CCAA (Castilla y León, Cantabria, País Vasco, Asturias, entre otras) las que están incorporando en sus regulaciones aspectos vinculados a la atención centrada en la persona y las experiencias e iniciativas que, desde hace unos años, se están poniendo en marcha para la transformación del modelo de atención en los cuidados de larga duración, aunque su alcance está todavía principalmente enfocado al cambio en centros residenciales.

Por otro lado, y en respuesta a la pandemia ocasionada por la COVID-19, España ha elaborado el Plan de Recuperación, transformación y resiliencia (La Moncloa), que constituye la estrategia española para canalizar los fondos destinados por Europa a reparar los daños provocados por la crisis de la COVID-19 y, a través de reformas e inversiones, construir un futuro más sostenible. En este marco, se sientan las bases de la **transformación del modelo español hacia la desinstitucionalización** gracias a sus dos líneas de actuación:

- 1: La mejora de los entornos residenciales para que estos ofrezcan apoyos de calidad y centrados en cada persona, contribuyendo a la transformación de estos entornos hacia modelos de pequeña escala, con enfoques comunitarios y personalizados, así como el apoyo a personas mayores en procesos de retorno a su comunidad.
- 2: Desarrollar alternativas a los modelos de gran escala institucionales, basados en la atención centrada en la persona, en la atención comunitaria y en los apoyos y cuidados de proximidad para prevenir procesos de institucionalización no deseados.

En este contexto, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Secretaría de Estado de Derechos Sociales han promovido la elaboración del nuevo Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD. Este acuerdo da respuesta al desarrollo del Título II de la citada Ley, de La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el que se establece que el Sistema debe asegurar la calidad y la eficacia de servicios y prestaciones y, por otro lado, que se fijarán los criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado. Anteriores acuerdos sobre criterios comunes de acreditación (2008 y sucesivos) habían regulado la cualificación y ratio de personal mínimo, no así los aspectos relacionados con la calidad y criterios de atención.

Este acuerdo es relevante para este estudio en la medida que aporta ejes clave para la transformación del modelo de atención y de garantía de calidad en centros de larga estadía y centros de día, poniendo las bases para un modelo de atención y de evaluación basado en los derechos de las personas usuarias.

A continuación se exponen los elementos de relevancia para este estudio.

**Concepto de acreditación:** se entiende por acreditación el procedimiento mediante el cual se autoriza a los centros y servicios que atienden a personas en situación de dependencia formen parte de la red del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, tras la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos. Se deberán acreditar todos los centros, servicios y entidades públicas y privadas que tengan plazas concertadas en el sistema y aquellas que presten servicios a personas que reciban prestaciones económicas para el pago de servicios que forman parte del Sistema.

**Ámbitos regulados:** los requisitos mínimos están vinculados a tres ámbitos diferenciados, el de recursos materiales y equipamientos, el de personal y el del aseguramiento de la dignidad y el ejercicio de derechos.

Aporta las bases para una **nueva conceptualización de la calidad** en los cuidados de larga duración, desde el reconocimiento de la **necesidad de la transición** de un modelo de carácter institucional y centrado en los servicios a un modelo de cuidados centrado en las personas basado en los derechos humanos.

**Principios rectores del nuevo modelo de atención** sobre los que se articulan los estándares de calidad de todos los servicios de la Ley:

- Dignidad y respeto: toda relación de cuidado debe basarse en el respeto y el reconocimiento del valor de la persona. Se deberán promover entornos de apoyos que dignifiquen a la persona, no discriminen e incorporen mecanismos para evitar la limitación de los derechos.
- Personalización y atención centrada en la persona: lo que es importante para cada persona es lo que orienta los planes de apoyos e intervenciones.
- Participación, control y elecciones: las personas, aun necesitando apoyos para la toma de decisiones, siguen participando a nivel organizativo y tomando decisiones sobre aquello que les afecta.
- Derecho a la salud y al bienestar personal. Por un lado, se refuerza la idea de que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, mental y social. Por otro lado, la necesidad de garantizar el derecho a la atención sanitaria de calidad sea cual sea el lugar de residencia de la persona.
- Proximidad y conexiones comunitarias: el nuevo modelo debe reconocer la comunidad como el escenario de vida de cualquier persona, aunque ésta precise apoyos importantes.

**Requisitos de acreditación** son los siguientes:

En materia de **calidad en el empleo**: establece las cualificaciones, habilitación y competencias de las personas trabajadoras en los centros residenciales, centros de día y de los servicios de atención a domicilio. Los requisitos de formación continua con mención especial a la formación en derechos y práctica ética de la atención. También especifica requisitos de calidad del empleo (75% contratación indefinida y 65% contratación a tiempo completo) y a la consideración de la salud laboral como tema clave de calidad.

Necesidad de que el centro cuente con un plan de **coordinación con el sistema sanitario** público.

**Atención libre de sujeciones.** Los centros deberán disponer de un plan y compromiso para la atención libre de sujeciones.

**Documentación e información mínima necesaria:** Guía de convivencia y funcionamiento, carta de servicios, información sobre sistema de información y registro de la información conforme a la legalidad vigente, Guía de elaboración del Plan Personal, Guía para la prevención, detección denuncia de situaciones de malos tratos, autorizaciones, licencias y seguros necesarios, información relativa a personal, hojas y libro de quejas y reclamaciones y planes de contingencia ante emergencias de diferente tipo.

**Ubicación, instalaciones y equipamiento:** la localización garantizará la conexión con la comunidad, los centros de nueva creación no superaran un número determinado de plazas y tendrán un 65% de habitaciones individuales. Los centros deberán transformar sus instalaciones para generar unidades de convivencia (de no más de 15 personas) con equipos estables de personal y equipamiento doméstico y personalizado por quienes viven en ellas. En el caso de centros de día, se organizarán grupos pequeños de atención.

**Ratios de personal:** se establece el ratio mínimo de personal cuidador y de personal técnico (en este último caso no específica por categoría). Se destaca la figura de dirección.

**Aseguramiento de la dignidad y el trato** mediante:

- El plan de atención y apoyos, que se realiza con la persona y que recoge además de sus necesidades, sus preferencias y su voluntad respecto a cómo quiere vivir y abordar la planificación al final de la vida.
- La relación y participación de la familia y/o personas allegadas
- El profesional de referencia como figura de confianza y que vela por la personalización de su atención.
- La importancia de mantener la actividad social y comunitaria y de coordinación de servicios y apoyos en el caso de personas que acuden a centros de día.

### **La transformación de la inspección y la evaluación**

Finalmente, en el Acuerdo se hace mención al papel de la inspección y al carácter de la evaluación. En este punto y manteniendo el espíritu de transformación necesaria del sistema de atención a la dependencia en España, el acuerdo plantea las líneas clave a considerar:

- Se fijarán los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, mejora continua y análisis comparado de centros y servicios del Sistema.
- Estos indicadores tendrán en cuenta los resultados e impactos en las personas y se articulará en torno a los principios rectores. Se incorporarán indicadores de calidad del empleo. Los centros dispondrán de herramientas para la autoevaluación.
- La inspección tendrá un carácter orientador y de apoyo para la transición. Los resultados serán públicos.
- Se establecerá un sistema de revisión periódica de resultados en el sistema como base para su mejora continua así como un sistema de información común y directrices y recomendaciones de buena práctica.

Esta nueva orientación del sistema español está totalmente en línea con los modelos y sistemas de garantía de calidad que promueven países referentes en atención a la dependencia.

## 4.6 Otras experiencias de interés a nivel internacional

### 4.6.1 Inglaterra. Estándares de atención

El sistema de atención y cuidados de Inglaterra parte de un marco normativo común con el sistema escocés. Son muchas las similitudes entre ambos aunque existen buenas prácticas del sistema británico que merece la pena destacar para este estudio.

Grosso modo cabe destacar que Inglaterra dispone de 13 estándares fundamentales (vinculantes, de obligado cumplimiento) y otros estándares no fundamentales para garantizar la calidad y seguridad de los servicios. Estos estándares se agrupan en 6 ejes clave: Información y participación, Atención personalizada, Seguridad, Idoneidad del Personal y Gestión de calidad.

Las entidades (y sus responsables) que quieran prestar servicios a personas mayores deben registrarse. Para ello deben mostrar cómo va a cumplir dichos estándares que luego van a ser evaluados por la Comisión de Calidad de la Atención (Care Quality Commission, CQC en adelante). La CQC es la Agencia independiente pública que monitoriza, inspecciona, regula y registra las actividades de salud y sociales. Además, la CQC publica resultados y genera guías y recomendaciones para la calidad de los servicios.

Los estándares se orientan a dar respuesta al principio de bienestar de la persona, principio que sustenta el sistema de atención y apoyos (desde la ley de acción social y salud en su reforma del año 2014). La regulación británica no establece ratios de personal y escasos requisitos funcionales o de prestación de los servicios. Son las guías y recomendaciones que elabora la CQC y otras entidades vinculadas al conocimiento (SCIE, NICE) las que ayudan a profesionales a interpretar y cumplir los requisitos que marca la legislación y superar así el registro y las evaluaciones de calidad basadas en los estándares antes mencionados.

**En la tabla siguiente se muestran los 13 estándares fundamentales**

Atención centrada en la persona: la persona usuaria tiene que recibir la atención o tratamiento adecuado a sus preferencias y necesidades.
Dignidad y respeto: la persona usuaria debe ser tratada con dignidad y respeto en todo momento.
Consentimiento: la persona usuaria –u otra persona que actúe legalmente en su nombre– tiene que dar su consentimiento antes de recibir cualquier atención o tratamiento.
Seguridad: la persona usuaria no debe recibir atención o tratamiento no seguros, ni correr el riesgo de sufrir daños que podrían evitarse. Las entidades proveedoras de la atención o tratamiento deben evaluar los riesgos para la salud y seguridad de la persona usuaria en todo momento, y asegurarse de que el personal del centro o servicio tiene la cualificación, competencias, habilidades y experiencia necesarias para garantizar la seguridad de la persona usuaria.
Protección frente a los malos tratos: la persona usuaria no debe sufrir ninguna forma de abuso o tratamiento inadecuado mientras recibe la atención. Se incluyen: abandono, trato humillante, sujeciones innecesarias o desproporcionadas y límites o restricciones inadecuadas en la libertad de la persona.
Alimentación e hidratación: la persona usuaria debe recibir la comida y bebida necesaria para mantenerse en buen estado de salud.
Instalaciones y equipamiento: los espacios en los que se recibe la atención o tratamiento, así como el equipo utilizado, deben estar limpios, ser los adecuados y recibir el mantenimiento adecuado.
Quejas: la persona usuaria tiene que tener la posibilidad de quejarse de la atención o tratamiento recibido. El agente proveedor del servicio tiene que facilitar un sistema para recibir y contestar las quejas de las personas usuarias. Todas las quejas tienen que ser investigadas por las personas responsables del centro o servicio y tomar las acciones necesarias ante los problemas identificados.
Buena gestión: el agente proveedor del servicio tiene que contar con una planificación que garantice que puede cumplir con los estándares. Tiene que contar con un sistema eficaz para comprobar la calidad y seguridad del servicio.
Plantilla: el centro o servicio sociosanitario debe contar con el suficiente personal cualificado, competente y experimentado para garantizar la aplicación de los estándares de calidad y seguridad. La plantilla tiene que recibir el apoyo, formación y supervisión necesarios para el correcto desempeño de su actividad.
Personal adecuado: el centro o servicio tiene que disponer de personal capacitado, acorde con las actividades que va a desempeñar en la provisión de atención o tratamiento. Para ello, el centro o servicio tiene que disponer de procesos de contratación sólidos que permitan comprobar, por ejemplo, el historial laboral del/la profesional.
Deber de franqueza: durante la atención o tratamiento, se debe mantener una actitud abierta y transparente con la persona usuaria. Si algo sale mal, es necesario explicar a la persona usuaria lo ocurrido, dar apoyo y disculparse.
Publicación de las evaluaciones: el agente proveedor del cuidado debe mostrar la valoración realizada por la



CQC. Tanto la puntuación recibida como el informe de evaluación tienen que estar disponibles para las personas usuarias.

Fuente: SiIS 2020.

Cada estándar dispone de su reglamento asociado (Regulations for service providers and managers)<sup>22</sup> donde se describen los aspectos que debe cumplir la organización. A su vez, se describen las preguntas de evaluación y cómo evidenciar su cumplimiento (The adult social care key Key Lines of Enquiry and Prompts: Sources of evidence)<sup>23</sup>.

#### 4.6.2 Inglaterra. La persona en el centro ¿Qué puedo esperar?

El objetivo del sistema inglés es el bienestar de la persona y que ésta ocupe un lugar central. Es por ello que para cada estándar se ha generado una declaración que refleja el resultado que se espera que la persona experimente cuando un proveedor cumple con dicho estándar (Malley et al., 2014).

Estas declaraciones de “outcome” esperable se organizan en torno a estas 5 grandes expectativas respecto a la calidad de los servicios. Un buen servicio es aquel que:

- Es seguro
- Es eficaz
- Es responsable
- Responde a mis necesidades
- Está bien gestionado

A modo de ejemplo, se aporta el primero de los aspectos para un centro de larga estadia de personas mayores:

---

<sup>22</sup> <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/regulations-enforcement/regulations-service-providers-managers>

<sup>23</sup>

<https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180530%209001095%20ASC%20assessment%20framework%20with%20sources%20of%20evidence%20v4%2000.pdf>

*“En una buena residencia puede esperar estar seguro porque...*

- *El hogar y cualquier equipamiento están bien mantenidos y los gestores buscan formas de mejorar la seguridad. Debe sentirse seguro de que sus pertenencias están a salvo y protegidas.*
- *Siempre hay suficiente personal de guardia con los conocimientos necesarios para garantizar su seguridad.*
- *Está protegido contra la intimidación, el acoso, los daños o los abusos. El abuso incluye la negligencia y el abuso financiero.*
- *El personal trata los incidentes y accidentes de forma rápida y abierta (y los investiga si es necesario) y aprende de los errores.*
- *Se siente seguro y protegido por el personal, pero también tiene toda la libertad posible para hacer las cosas que quiere, independientemente de su discapacidad u otras necesidades.*
- *El personal administra sus medicamentos de forma segura y los almacena correctamente. En la medida de lo posible, el centro le hace participar en la revisión de sus medicamentos y le ayuda a ser lo más independiente posible.*
- *El hogar se mantiene limpio e higiénico para evitar cualquier riesgo de infección para usted u otros residentes.”*

Fuente: traducción propia a partir de What can you expect from a good care home (CQC.org)<sup>24</sup>

Este tipo de declaraciones permiten dar a conocer a las personas usuarias y a sus familias qué pueden esperar de los servicios. En este sentido cumplen una función educativa y promueven el compromiso de los agentes del sistema con la calidad del mismo.

#### 4.6.3 Inglaterra. La información periódica y permanente de los proveedores y usuarios del sistema

**Provider Information Collection:** se trata de una encuesta anual que el proveedor debe cumplimentar y que contiene información sobre el personal (ratios y cualificaciones), las personas acompañadas y sus necesidades y apoyos, datos relacionados con los riesgos de la atención e incidencias, atención a la diversidad y respeto a los derechos, entre otros. Si bien no es requisito obligatorio para las entidades, si no se completa esta encuesta no se puede obtener en la evaluación, una calificación superior a “necesita mejorar” en el apartado de Gestión.

---

<sup>24</sup> <https://www.cqc.org.uk/help-advice/what-expect-good-care-services/what-can-you-expect-good-care-home#Safe>

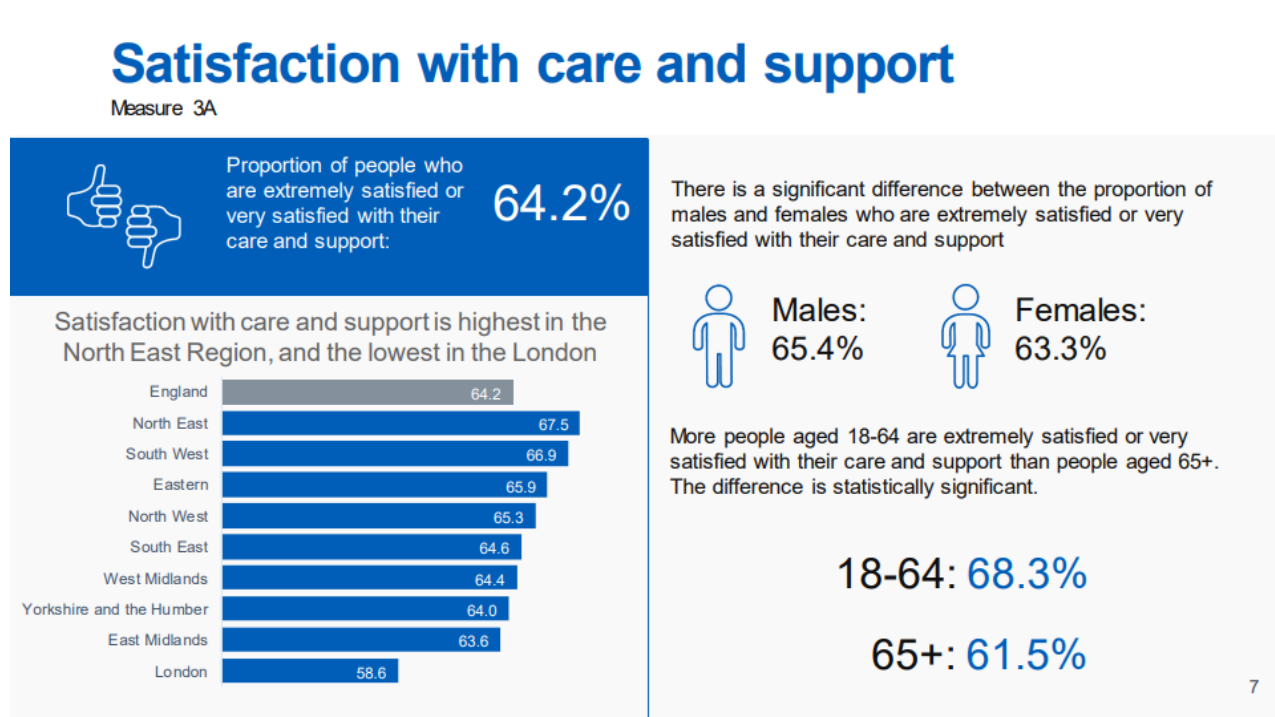
Los datos e información aportados se usan para la planificación de la inspección del propio centro, la detección de anomalías, la identificación, a nivel agregado, de tendencias en el ámbito del cuidado, la cumplimentación de encuestas nacionales de diferentes organismos ([CQC, 2019](#)).

La encuesta se rellena on-line tras su envío por parte de la CQC y se dispone de un plazo determinado para su cumplimentación. Se compone de preguntas sencillas que requieren respuestas cualitativas y también datos y respuestas del tipo Sí/No.

**CQC Insight.** Es el sistema a través del cual los proveedores incorporan información de forma permanente al sistema.

**Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF).** En 2011, el Departamento de Salud elaboró el cuadro de indicadores sobre la atención social, con la intención de velar por el cumplimiento de la normativa en todo el territorio, siendo las personas usuarias quienes dan cuenta de este cumplimiento. A las personas se les pregunta sobre el impacto de los servicios en su calidad de vida y bienestar. A su vez, se aportan datos de accesibilidad a los servicios, de grado de avance en cuanto a prestaciones que promueven el apoyo autodirigido, etc.

ASCOF constituye el marco de evaluación de las principales políticas, estrategias y principios del sistema a nivel local y estatal.



Fuente: [NHS.uk](#)

Independientemente de estas 3 herramientas para la recogida de información relevante sobre la prestación de los servicios o, en el caso de ASCOF, de la eficacia del sistema de servicios sociales, en Inglaterra no se exige el monitoreo de indicadores relacionados con la salud y bienestar (ej. incidencia de úlceras por presión, etc.) de una forma única y estandarizada, sino que se espera que cada

proveedor utilice aquellos sistemas que mejor se adapten a sus necesidades, cumpliendo con las indicaciones de buena práctica establecidos por la evidencia científica.

#### 4.6.4 Alemania: el nuevo proceso de evaluación y los acuerdos de transparencia

Del modelo alemán de garantía de la calidad en los centros de larga estada y los centros de día destacamos dos aspectos:

- Las directrices de calidad, que constituyen el marco y detallan el procedimiento para la inspección y la evaluación de la atención en los centros.
- Los acuerdos de transparencia, que establecen en forma de preguntas las disposiciones que los centros deben de contemplar en aras de ofrecer una atención de calidad.

Las directrices de calidad y las nuevas evaluaciones de la calidad:

Antes de exponer las características valiosas de esta herramienta del sistema de garantía de calidad del Gobierno Alemán cabe destacar, como se pone de manifiesto en el capítulo referido a Alemania del informe Modelos de gestión de la calidad en la atención a la dependencia (Leturia et al., 2014) y en el monográfico Measuring the quality of long-term care, que el sistema, diseñado en el año 1995, en sus versiones anteriores había tenido críticas importantes debido a, por un lado que los sistema de evaluación y estándares estaban muy basados en las estructuras y no tanto en los resultados de las personas y que las evaluaciones y visitas de seguimiento tenía un carácter eminentemente administrativo, muy orientados a la comprobación documental y que sus resultados no permitían una adecuada discriminación en base a la calidad de la atención (Eurohealth 2010).

El 2019 se publican, en respuesta a lo anteriormente citado, unas nuevas directrices de calidad (CQC) que pretenden “mapear” un amplio espectro de la calidad de la atención y el apoyo. En ellas se encuentran requisitos que tienen que ver con la movilidad y la autosuficiencia, la enfermedad y la terapia, la organización de la vida cotidiana y los contactos sociales.

En contraste con el enfoque anterior, los aspectos estructurales pasan a un segundo plano para dar entrada a la evaluación de resultados sobre el buen cuidado<sup>25</sup> (Qualität und Transparenz in der Pflege).

Todas las entidades tienen la responsabilidad de aportar información respecto a **15 indicadores clave** relativos en gran medida a aspectos de salud y vida cotidiana (independencia para la vida cotidiana, movilidad, dolor, sujeciones, caídas, entre otros). En base a los resultados se planifica la actividad inspectora. Los centros que no aportan datos o cuya información no es verosímil tienen inspecciones sin previo aviso. El resto de centros reciben el aviso el día anterior.

La visita se inicia con una reunión introductoria en la que se identifican los casos a evaluar en base al muestreo aleatorio realizado anteriormente desde el centro de planificación. Se informa a las

---

<sup>25</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege.html>

personas representantes de las personas que viven en el centro sobre la realización de la inspección. También se recaba el consentimiento de las personas elegidas en el muestreo. Mínimamente se evalúan 9 casos.





Las técnicas e instrumentos utilizados son:



- La discusión técnica con los profesionales
- La discusión con las personas residentes
- La observación
- La revisión de documentación relativa a la atención
- La verificación de la información previa aportada para los 9 casos muestreados

Los resultados en las personas se valoran a través de preguntas en las que se identifica si la persona está recibiendo los apoyos que necesita y desea. Por ejemplo: ¿el apoyo a la movilidad satisface sus necesidades? A su vez, la información relativa a los apoyos que la persona requiere deben estar documentados en su plan de atención.

La información relativa a aspectos organizativos se recoge igualmente en esta visita de inspección.

La evaluación contempla las áreas siguientes y siempre desde la base de las orientaciones establecidas en las guías de expertos.

	<p><b>Ayuda a la movilidad y autosuficiencia</b>  Asistencia a la movilidad  Apoyo nutricional y de hidratación  Apoyo a la promoción de la continencia  Asistencia en la higiene personal</p>
	<p><b>Apoyos para hacer frente a la enfermedad</b>  Terapia farmacológica  Manejo del dolor  Cuidado de heridas  Apoyo a necesidades médicas y de enfermería especiales</p>
	<p><b>Apoyo en la organización de la vida cotidiana y los contactos sociales</b>  Apoyo ante problemas en la percepción sensorial  Asistencia en la estructuración diaria, la ocupación y la comunicación  Cuidados nocturnos</p>
	<p><b>Apoyo en necesidades especiales y de continuidad de atención</b>  Apoyo a la persona cuidada tras el ingreso  Conciliación de hospitalización  Acompañamiento a personas con comportamientos especiales  Medidas restrictivas</p>

	<p><b>Aspectos transversales en la atención</b>  Gestión de riesgos en la atención  Atención desde lo biográfico  Control de infección  Protección de los derechos personales y integridad</p>
	<p><b>Organización interna y gestión de la calidad</b>  Cualificación profesionales y supervisión  Acompañamiento en fin de vida  Sistema para gestión de la mejora</p>

Fuente: elaboración propia a partir de Die neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege<sup>26</sup>

Tras la evaluación el equipo de inspección tiene una conversación en el lugar para contrastar las fortalezas identificadas y las deficiencias y posteriormente se realiza la reunión con el centro en la que se explican los resultados. En caso de ser necesario se asesora sobre cómo se pueden mejorar los déficits de calidad y los malos resultados de los indicadores. Los representantes del centro tienen la oportunidad de hacer comentarios y opiniones.

La inspección in situ y la discusión con los residentes, la discusión técnica con los empleados, así como las observaciones y la documentación de enfermería, pretenden ser fuentes de información para la evaluación de la calidad de la atención. La importancia de la documentación de enfermería está disminuyendo y la de las discusiones profesionales está aumentando.

En tres semanas se publica el informe de la evaluación y los resultados.

Las directrices de calidad y su guía de evaluación son públicas y están al alcance de la ciudadanía y de las entidades. Son guías claras y que permiten una comprensión clara de los estándares y del proceso de evaluación. A su vez, incorporan instrumentos que son utilizados por el servicio de inspección y que pueden servir para orientar el diseño de nuevos instrumentos al objeto de este estudio.

#### **Los acuerdos de transparencia para centros residenciales y para centros de día**

Constituyen una de las herramientas de mejora del sistema y de información para la ciudadanía más relevantes. Enunciados como preguntas, son los estándares de calidad del sistema. Estos estándares han sido incorporados para la elaboración del ANEXO TÉCNICO 2 - GUÍA DE ESTÁNDARES E INDICADORES.

#### 4.6.5 Escocia. Personas voluntarias se suman a la inspección

Como una línea más dentro de la estrategia [“Involving You! How the Care Inspectorate involves people who experience care and support in our work”](#) de *Care Inspectorate*, la agencia *Care*

<sup>26</sup> [https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/10\\_Leistungserbringer\\_Pflege/200325\\_Fachinfo\\_QP\\_stationaer\\_BA.pdf](https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/10_Leistungserbringer_Pflege/200325_Fachinfo_QP_stationaer_BA.pdf)

*Inspectorate* lleva años incorporando a personas con experiencia personal en los servicios de atención (como familiar, amigo o como persona usuaria) en las inspecciones.

Este programa está abierto a personas mayores de 18 años que tengan experiencia personal en servicios de atención.

Tras un sólido proceso de formación, los voluntarios de inspección acompañan a los inspectores en las visitas de inspección. La función del voluntario es añadir valor a las inspecciones hablando con los usuarios de los servicios y sus familiares, haciendo las preguntas pertinentes, escuchando y registrando sus comentarios. También hacen observaciones apropiadas basadas en sus propias experiencias y comparten toda esta información con el inspector y el director del servicio de atención. Las aportaciones de los voluntarios se incorporan en los informes de inspección.

## Getting to know you - inspection volunteer



Sheila Thorpe, Inspection Volunteer

**Sheila Thorpe** is an inspection volunteer.

She has been volunteering with the Care Inspectorate since October 2018.

### **Sheila, what is your role and what does it involve?**

Assisting the inspector and chatting with the people using the service and their families.

### **Why did you get involved?**

Having been inspected while working in the early years sector, I became interested in what's involved when inspections are taking place.

### **How many inspections have you been involved in?**

So far, five.

### **What do you enjoy most about volunteering with us?**

Meeting the inspectors, speaking with people, listening to their stories about their lives.

### **How would someone describe you?**

A caring person committed to helping others.

### **How do you like to spend your free time?**

I am a volunteer with the local Scout group as their group treasurer, also on the Scout district appointments committee interviewing potential leaders.

Fuente: Involve you.Care Inspectorate. Julio 2019.

La estrategia "Involve you" incluye todo el trabajo y las actividades que se llevan a cabo con las personas y sus cuidadores, desde el intercambio de información hasta la coproducción y el diseño de servicios.

### 4.6.6 Francia. La autoevaluación y los indicadores de calidad

El modelo francés de garantía de la calidad de los centros y servicios se basa en su regulación para la autorización de los servicios y en el establecimiento de Convenios entre las entidades y la administración donde se define el proyecto y los compromisos de calidad que el proveedor de servicios adquiere. Es un convenio quinquenal sometido a evaluación externa y que también exige la

evaluación interna de la organización. Estas evaluaciones mantienen vigente la autorización en un periodo de 15 años.

Además de la regulación, el convenio y las evaluaciones, los centros de atención a personas mayores deben seguir las Recomendaciones de buenas prácticas profesionales que establece la Alta Autoridad en Salud (HAS).

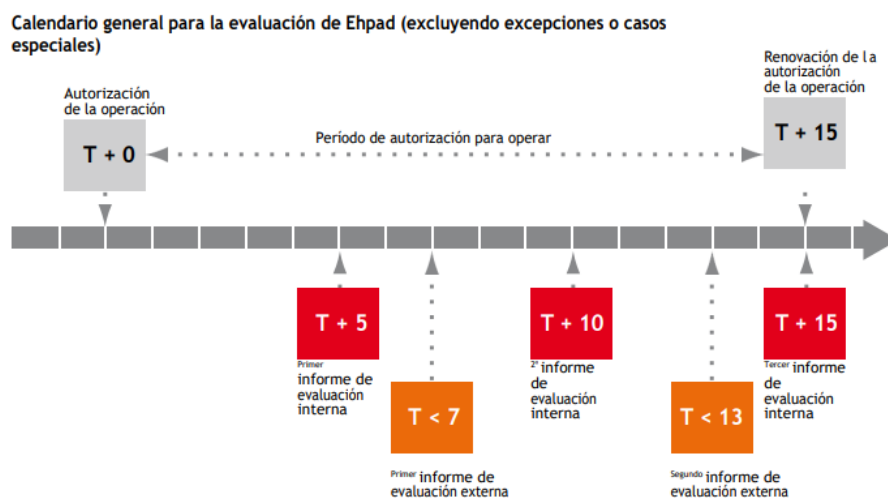
En relación a la evaluación interna (ASNEM, 2012), se estructura en torno a **estándares y a indicadores de calidad** y establece el marco para cada uno de ellos, cuáles son los objetivos deseados y cómo debe verificarse su cumplimiento (a través de documentación, de las propias personas usuarias de los servicios, etc). Para cada estándar se identifica pues:

- Los objetivos en términos de calidad de atención que se pretende conseguir
- Las estrategias para conseguirlos
- Las evidencias a observar
- El efecto en las personas
- Indicador de seguimiento

De la evaluación de los puntos anteriores, que debe estar documentada, deben establecerse los:

- Puntos fuertes a mantener
- Áreas de mejora
- Plan de mejora

Si bien la evaluación se considera como un proceso que debe ser continuo, las entidades están obligadas a presentar 1 informe cada 5 años entre los cuáles se intercalan las auditorías externas como se muestra en la figura siguiente:



Fuente: L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. ASNEM, 2012.



En la tabla siguiente se muestran los ejes de la evaluación, los temas que se evalúan y los indicadores de calidad recomendados:

Ejes de la evaluación	Temas	Indicadores de calidad
La garantía de los derechos individuales y colectivos	Garantía de los derechos individuales Garantía de los derechos colectivos	1. Tasa de sujeciones 2. Índice de respuesta a las solicitudes del consejo de vida social
Prevención riesgos relacionados con a la salud inherente a la vulnerabilidad de los residentes	Prevención y tratamiento del dolor Prevención y gestión de las caídas Prevención y gestión de las úlceras por presión Prevención y gestión de la desnutrición Prevención y gestión de los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento Análisis y control del riesgo de infección Continuidad de los cuidados	3. Índice de evaluación del dolor 4. Tasa de residentes que se han caído 5. Tasa de úlceras por presión adquiridas 6. Tasa de residentes que se pesan una vez al mes 7. Tasa de evaluación de los trastornos del estado de ánimo/del comportamiento 8. Tasa de hospitalización de urgencia
Mantenimiento capacidades en la vida cotidiana y el apoyo a la situación dependencia	Mantenimiento de la movilidad Mantenimiento de la capacidad en el aseo	9. Tasa de residentes cuya movilidad disminuyó entre dos evaluaciones 10. Tasa de residentes cuya capacidad para el aseo ha disminuido entre dos evaluaciones
Personalización de la ayuda	El proyecto personalizado La personalización de las actividades individuales y de grupo Posibilidad de mantener los vínculos sociales	11. Tasa de personas que participan en su proyecto de apoyo 12. Tasa de personas satisfechas con las actividades de grupo ofrecidas 13. Tasa de personas en situación de soledad
Apoyo al final de la vida	Acompañamiento de la persona Apoyo de familiares y profesionales	14. Tasa de recogida de voluntades al final de la vida

Fuente: Traducción propia de L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. ANESM, 2012.

#### 4.6.7 Estados Unidos. Nursing Home Compare

El sistema de atención a la dependencia está ampliamente regulado en los Estados Unidos debido a que la administración financia en gran medida los servicios. Fruto del movimiento cultural iniciado en los años 80 en el que se puso de manifiesto la necesidad de promover los derechos de las personas que vivían en centros residenciales, la calidad de la atención y la calidad de vida, surge la Ley Federal Omnibus Budget Reconciliation Act (conocida por Ley OBRA'87 ) que es la más extensa y relevante

para este estudio. La Ley OBRA'87 establece los estándares que deben de cumplir los centros y servicios. A su vez, identifica los principios del modelo de atención residencial de personas mayores:

- La garantía de derechos
- La atención centrada en la persona
- La calidad de vida de las personas usuarias
- La calidad de la atención

Todos los centros residenciales de EEUU de la red de centros financiados (por Medicare o Medicaid) están obligados a cumplir con los estándares de la Ley OBRA'87 que son supervisados periódicamente en inspecciones (por parte de la administración central). Este marco general común para todo el territorio es el marco sobre el que cada Estado construye y regula su modelo. Los Estados, a su vez, autorizan la apertura de los centros y servicios.

El marco de la calidad en EEUU se articula en torno a los estándares de atención, el instrumento RAI y la recogida del conjunto mínimo de datos (Minimum Data Set) del que se derivan los indicadores comunes de seguimiento de la calidad de la atención y la estrategia de evaluación de la calidad y comparación de resultados de los centros que reciben financiación de Medicare y Medicaid, común para todo el país: Nursing Home Compare. Esta estrategia (que también se replica para servicios a domicilio, servicios de salud, etc.) responde a la orientación hacia la libre elección de las personas usuarias por lo que la información sobre los servicios, sus características y prestaciones y la calidad de los mismos cobra vital importancia.

Nursing Home Compare publica, desde 2008, un conjunto importante de datos e información recogido principalmente desde la información reportada por los centros (de personal y de personas usuarias) y por la administración (características de los centros, deficiencias, sanciones, quejas, etc.).

El conjunto de resultados ofrece una calificación de los centros en un sistema de 5 estrellas.

The screenshot displays the Nursing Home Compare interface. At the top, there are filter options: 'Distance: 25 mi.', 'Overall rating', 'Other ratings', '# of certified beds', 'More filters', and 'Clear all filters'. Below the filters, three nursing homes are listed:

Rank	Name	Address	Overall Rating	Quality Description
10.	New East Side Nursing Home	25 Bialystoker Place New York, NY 10002 (212) 673-8500	★★★★★	Much above average
11.	Cobble Hill Health Center Inc	380 Henry Street Brooklyn, NY 11201 (718) 855-6789	★★★☆☆	Average
12.	Manhattanview Nursing Home	3200 Hudson Avenue Union City, NJ 07087 (201) 325-8400	★☆☆☆☆	Much below average

To the right of the list is a map of the New York City area, showing the locations of the nursing homes marked with numbered pins (1-15). The map includes labels for 'Jersey City', 'New York', and 'Manhattan'. A search bar is present on the map with the text 'Search this area'. At the bottom right of the map area, there is a blue box with the text 'Next steps for choosing a nursing home' and a house icon.

Fuente: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

En la siguiente tabla se recoge la información que se ofrece en la página web Nursing Home Compare (para los centros de larga estada):

Área	Detalle de la información aportada
Información general sobre el centro residencial	Nombre, dirección, localización, teléfono Participación en Medicare o Medicaid Si está ubicado en un hospital Tipo de gestión: pública o privada Información de la propiedad Si proporciona información a través del sistema Payroll-Based Journal Entre otros
Sistema de calificación de estrellas	Sistema de calificación del servicio mediante estrellas. Va de 1 a 5 estrellas
Inspecciones sanitarias y de seguridad contra incendios	Disponibles los informes de inspección y sus resultados (últimos 3 años). Los aspectos evaluados son: Disponer de plantilla suficiente para ofrecer la atención adecuada Gestión adecuada de la medicación Protección de las personas frente a malos tratos físicos y psicológicos Proporcionar alimentación adecuada Atención proporcionada a las personas Cómo interactúa el personal con las personas residentes Entorno Inspección contra incendios Inspección de planes de emergencia Inspección control de la infección
Personal	Horas por residente entre semana y fin de semana de Personal de cuidados titulado Personal auxiliar de cuidados Personal terapeuta Tasa de abandono de profesionales por categoría
Calidad de la atención residencial	Porcentaje de personas residentes: Que toman medicación psicótica Que sufrieron una o más caídas Con úlceras por presión Con infección urinaria Con catéter de vejiga Que empeoran la capacidad de moverse por su cuenta Cuya necesidad para las AVD ha incrementado Con alguna sujeción física Que informan sufrir dolor moderado a severo Vacunados en la estación en curso Vacunados para prevenir la neumonía Con incontinencia Con pérdida de peso significativa Con síntomas de depresión

	Que toman ansiolíticos o hipnóticos Nº de hospitalizaciones por 1000 días de estancia
Sanciones	Multas Denegación del pago de Medicare o Medicaid

Adaptado de SIIS. Revisión Internacional Modelos de Atención Residencial. Estados Unidos. 2020.

En cada apartado se incorpora información de apoyo que ayuda a comprender el valor del ítem en cuestión.

### Staff turnover

Staff turnover is the percent of nursing staff or number of administrators that stop working in a facility within a given year. Low turnover indicates that facilities generally retain their staff for longer periods of time. Lower turnover is preferred because staff who work in facilities for longer periods of time may become more familiar with the residents and the facility's operating procedures.

<b>Total nursing staff turnover</b> ↓ Lower numbers are better	<b>29.2%</b> National average: 52.6% New York average: 45.5%
<b>Registered Nurse turnover</b> ↓ Lower numbers are better	<b>45.5%</b> National average: 51.2% New York average: 47.2%
<b>Number of administrators who have left the nursing home</b> ↓ Lower numbers are better	<b>0</b> National average: 1.2 New York average: 0.9

Fuente: [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

En el caso de los indicadores de calidad de la atención, el aplicativo aporta para cada ítem su valor

## Long-stay quality measures



Much above average

The long-stay quality measures rating reflects the average level of a nursing home's performance in certain areas of care for those who stayed in a nursing home for 101 days or more, and whose typical goal is to maintain or attain their highest possible well-being while residing in the facility.

<b>Number of hospitalizations per 1,000 long-stay resident days</b> ↓ Lower numbers are better	<b>0.95</b> National average: 1.40 New York average: 1.19
<b>Number of outpatient emergency department visits per 1,000 long-stay resident days</b> ↓ Lower numbers are better	<b>0.17</b> National average: 0.86 New York average: 0.59
<b>Percentage of long-stay residents who got an antipsychotic medication</b> ↓ Lower percentages are better	<b>3.3%</b> National average: 14.5% New York average: 11.6%

Fuente: [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

La información puede consultarse centro a centro y también por un conjunto de centros que desee uno comparar.

En la página web se ponen a disposición otros recursos que pretenden **facilitar la toma de decisiones a las personas interesadas**:

- Check list para la evaluación del centro<sup>27</sup> (Nursing Home Checklist)
- Guía para facilitar la elección de una residencia<sup>28</sup> (Guide to choosing a nursing home)
- Información sobre las alternativas al medio residencial<sup>29</sup> (Alternatives to nursing home care)

<sup>27</sup> [https://www.medicare.gov/care-compare/en/assets/resources/nursing-home/NursingHomeChecklist\\_Oct\\_2019.pdf](https://www.medicare.gov/care-compare/en/assets/resources/nursing-home/NursingHomeChecklist_Oct_2019.pdf)

<sup>28</sup> <https://www.medicare.gov/care-compare/en/assets/resources/nursing-home/02174-nursing-home-other-long-term-services.pdf>

<sup>29</sup> <https://www.medicare.gov/care-compare/resources/nursing-home/alternatives>

#### 4.6.8. Estándares de atención para centros residenciales de personas mayores. Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias (2021)

En su estrategia para la transformación del modelo de cuidados ([socialasturias.es](http://socialasturias.es)), el Principado de Asturias reconoce y define las estrategias para llevar adelante la transformación del modelo de atención a las personas adultas que precisan apoyos.

Uno de los ejes fundamentales en esta transformación es la definición de los valores y de los criterios que definen la calidad de la atención en los centros y servicios. El valor de esta propuesta radica en que la calidad asistencial se define desde la óptica del Buen Trato y desde una doble fundamentación, la ética y la científica. A día de hoy, en el Estado Español, es una de las propuestas más relevantes en materia de calidad de la atención en los cuidados de larga duración.

A continuación se describen sus elementos clave:

El modelo de calidad se articula en torno a cuatro pilares de calidad de la atención y uno que hace referencia a la gobernanza que son:

- La salud integral
- La seguridad
- La atención centrada en la persona
- El entorno facilitador
- La organización y gestión de los centros y servicios

Cada pilar contempla cinco criterios para su desarrollo y a su vez, cada criterio dispone de acciones clave que las entidades deben promover para avanzar hacia el buen cuidado. Puede decirse que criterios y acciones son los estándares de calidad del modelo asturiano, aquello que se debe garantizar en la atención.

Este modelo permite la planificación y diseño de centros y servicios y pone las bases para su evaluación. También orienta los programas formativos de profesionales y cuidadores informales y la mejora continua.

A modo de ejemplo se aporta un criterio para cada pilar:

##### **Pilar 1: SALUD INTEGRAL**

<b>Criterio 2. Cuidados básicos de calidad</b>
El centro/servicio ofrece cuidados personales básicos siguiendo criterios de buena praxis basados en la evidencia científica y se controla periódicamente la calidad de los mismos.
<b>Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:</b>
Formación y asesoramiento a los profesionales de atención directa por parte de profesionales de atención primaria.

Diseño, desarrollo y evaluación de programas y medidas dirigidos a garantizar el cuidado básico (nutrición, hidratación, higiene, movilidad, cuidado de la piel, atención a la continencia/incontinencia, etc.) se realiza con unos mínimos de calidad.

Evaluación y control periódico de los cuidados dispensados y del estado de salud de las personas por parte de los servicios públicos de salud.

## **Pilar 2: SEGURIDAD**

### **Criterio 6. Espacios físicos seguros y prevención de riesgos colectivos**

Los espacios del centro son seguros, existen apoyos que facilitan la independencia y la autonomía de las personas, incluyendo medidas que minimizan posibles riesgos.

#### **Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:**

Identificación de los principales riesgos de los entornos físicos para las personas (tanto en centros como en domicilios) como caídas, pérdidas por desorientación, inadecuación de la estimulación sensorial, inadecuación térmica (frío/calor), existencia de elementos que limiten la accesibilidad física, accidentes diversos, etc.

Diseño de entornos que protejan a las personas sin por ello resultar amenazadores o represivos.

Elaboración y control del cumplimiento de planes de contingencia y protocolos ante situaciones de riesgo por enfermedades infecto-contagiosas (en centros y en domicilios) y otras situaciones de peligro (incendios, etc...).

## **Pilar 3: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

### **Criterio 12. Apoyo a la autodeterminación**

El centro/servicio, los y las profesionales y las familias, apoyan procesos de autodeterminación individual. Se fomenta y apoya que las personas tomen sus propias decisiones, participen en la atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana.

#### **Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:**

Información y consentimiento antes de incorporarse al servicio.

Información comprensible sobre todo aquello que afecte a la persona y se relacione con la atención dispensada.

Participación de la persona en su plan de atención.

Fomento del autoconocimiento personal y refuerzo del empoderamiento de las personas usuarias.

Elección personal y respeto a las preferencias respecto a los cuidados personales.

Elección y libre participación en actividades.

Identificación y apoyo a propósitos personales.

Valoración y, en su caso, apoyo a preferencias que implican riesgos asumibles.

Planificación anticipada de decisiones.

Fortalecimiento de los procesos de toma de decisión compartida entre usuarios y profesionales.

Toma de conciencia sobre el derecho de las personas con deterioro cognitivo avanzado o necesidades generalizadas de apoyo a desarrollar y mantener una identidad propia.

#### **Pilar 4: ENTORNO FACILITADOR**

##### **Criterio 19. Familia y relaciones sociales**

El centro/servicio y sus profesionales se preocupan porque las personas mantengan y desarrollen relaciones sociales significativas. El centro/servicio y sus profesionales fomentan la presencia y participación de las familias y personas significativas en el cuidado, reconociendo el importante papel de las mismas en la calidad de la vida cotidiana.

##### **Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:**

Identificación de círculos sociales significativos para cada persona y apoyo para que estas puedan mantener un contacto frecuente con personas importantes para ellas.

Apoyo a la participación de las familias en la atención y vida cotidiana de la persona (o del centro), sin que ello suponga restar espacio y voz a las personas que reciben cuidados.

Reconocimiento del papel de las familias como aliadas en el cuidado y su aportación como expertas en el conocimiento de sus familiares.

Escucha y apoyo a las familias y especialmente a quienes se implican y participan en el cuidado.

Metodologías que permitan la participación de las familias, tanto en el diseño de los planes de atención de la persona que recibe cuidados (si la persona así lo admite) como en la vida cotidiana del centro (actividades diversas).

Desarrollo de la figura del profesional de referencia para facilitar la creación de vínculos relacionales y de confianza con la persona y con el grupo familiar.

En centros residenciales, horario abierto de visitas, respetando siempre la intimidad y el descanso de las personas.

#### **Pilar 5. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

##### **Criterio 21. Elementos clave en el diseño y organización interna de los servicios**

El centro/servicio contempla y desarrolla criterios de organización interna que facilitan una atención alineada con el modelo orientador propuesto.

##### **Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:**

Normas internas y procedimientos de trabajo acordes al modelo orientador de atención elaboradas desde sistemas participativos (personas usuarias, familias y profesionales).

Figura del profesional de referencia o gestor/a de caso.

Disponibilidad de equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo a los y las profesionales de atención directa continuada, configurables por los propios servicios según su misión y las necesidades de las personas que reciben cuidados en los mismos.



Participación y reconocimiento del papel de las personas usuarias y de sus familias a partir de dinámicas flexibles que posibiliten una co-participación real.

**De especial relevancia para los servicios de atención diurna:**

Espacios y organización de actividades en grupos pequeños que permitan control y modo de vida personalizado y donde se puedan mantener relaciones interpersonales significativas.

Distribuciones grupales flexibles, evitando la organización estática en grupos fijos que atienden sólo a perfiles funcionales y obligan en ocasiones a cambios no deseados por motivo de pérdidas funcionales o cognitivas.

Programación de actividades grupales tomando como principal referencia las afinidades personales y la convivencia.

**De especial relevancia para los servicios residenciales y de alojamiento:**

Diseño de centros multiservicios, intergeneracionales, no segregadores por edad, con y para la comunidad.

Limitación en la capacidad máxima de los centros de nueva creación, evitando la construcción de nuevos macrocentros.

Viviendas en apartamentos con apoyos y servicios personalizados que garanticen el cuidado.

Reorientación de las residencias tradicionales en una organización convivencial en pequeñas unidades de convivencia (máximo 16 plazas y en el caso de personas con demencia 12) donde las personas puedan desarrollar una vida parecida a la de una casa.

Habitaciones individuales.

Espacios comunes hogareños, seguros, personalizados, amplios, diversos y polivalentes, donde las personas compartan espacios y actividades evitando una excesiva acumulación de personas.

Modos de vida que permitan una convivencia tranquila, no masificada, facilitando la percepción de control por parte de las personas y un modo de vida hogareño y personalizado donde se puedan mantener relaciones interpersonales significativas.

Agrupaciones flexibles teniendo como principal referencia las afinidades personales y la convivencia.

Fuente: [Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias \(socialasturias.es\)](http://socialasturias.es)

#### 4.6.9 Los indicadores de calidad para la evaluación de los centros residenciales y centros de día de Cataluña (2010)

Otra de las experiencias españolas destacadas en lo que se refiere al desarrollo de indicadores y estándares de calidad es la llevada a cabo por el Institut Català d'Assistència i Acció Social (ICASS), Instituto responsable de los servicios sociales de Cataluña. Esta experiencia tiene como antecedente una primera edición de indicadores para los centros residenciales para personas mayores realizada tras una evaluación externa de la calidad de los mismos realizada en el año 1998. Tras la aprobación de la nueva ley de servicios sociales de Cataluña (Ley 12/2007) donde la calidad es reconocida como uno de los principios rectores del sistema y la puesta en marcha del plan para la mejora de la calidad de los servicios, se hizo la revisión que sigue vigente a día de hoy. Se realizaron ediciones diferentes para diferentes servicios entre los que están las “residècies assistides per a gent gran” (gencat) y los “centres de dia per a gent gran” (gencat).

Los indicadores, elaborados por profesionales del sector y con la coordinación científica de Pilar Hilarión (Fundación Avedis Donabedian), se articulan en torno a cuatro dimensiones:

1. Atención a la persona y a su familia
2. Relaciones y aspectos éticos en la atención

3. Coordinación y continuidad de la atención
4. Aspectos organizativos de la atención

Estos indicadores tienen asociados estándares de cumplimiento (entendido como el valor de referencia a conseguir) y a su vez se relacionan con las dimensiones del modelo de calidad de vida atendiendo a que una de los elementos fundamentales de los servicios sociales es dar respuesta a la calidad de vida de las personas que precisan apoyos. El modelo de calidad de vida es el de Schalock y Verdugo.

Con estos indicadores se pretende impulsar la mejora y ayudar a garantizar un nivel básico de calidad de los servicios de la comunidad autónoma.

<b>Residencia asistida para persona mayor<sup>30</sup></b>			
<b>Núm.</b>	<b>Área relevante</b>	<b>Indicador</b>	<b>Estándar</b>
1	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas de forma integral en el ingreso y periódicamente.	80%
2	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas utilizando escalas validadas y/o de consenso para identificar la situación inicial y la evolución en las áreas funcional, cognitiva y afectiva.	80%
3	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas considerando los principales riesgos para identificar la necesidad de establecer medidas preventivas.	80%
4	Valoración integral	Las personas usuarias tienen una valoración periódica de la calidad de vida percibida.	70%
5	Plan interdisciplinar de atención individualizada (PIAI)	Las personas usuarias tienen elaborado un plan interdisciplinar de atención individualizada (PIAI) actualizado	80%
6	Plan interdisciplinario de atención individualizada (PIAI)	Las personas usuarias tienen un seguimiento periódico de la situación y/o estado funcional, cognitivo, emocional y relacional, como también de los síndromes geriátricos detectados.	70%
7	Promoción de la autonomía	El centro residencial promueve la utilización de productos de soporte para contribuir a mejorar la autonomía de la persona con dependencia y/o discapacidad	75%
8	Promoción de la autonomía	Las personas usuarias que se pueden beneficiar de medidas rehabilitadoras o de mantenimiento de funciones mantienen, mejoran o compensan su capacidad funcional	65%

<sup>30</sup> Estos indicadores, junto con los de Centro de Día, han sido incluidos en el trabajo para elaborar el ANEXO 2 - GUÍA DE ESTÁNDARES E INDICADORES

9	Promoción de la autonomía	El centro dispone de un programa integrado de actividades para la promoción de funciones.	80%
10	Promoción de la autonomía	Las personas usuarias con alteración de la autonomía participan en programas individuales y/o grupales para el mantenimiento y la promoción de las capacidades funcionales.	70%
11	Promoción de la autonomía	El PIAI de las personas usuarias con deterioro cognitivo incluye acciones para potenciar y/o mantener las capacidades preservadas.	80%
12	Uso de la medicación	La prescripción de fármacos de las personas usuarias consta por escrito.	90%
13	Uso de la medicación	El centro dispone de un sistema de dosis unitaria para garantizar la administración correcta de la medicación.	100%
14	Uso de la medicación	El centro dispone de un sistema de registro que permite dejar constancia por escrito de la medicación administrada a las personas usuarias y de las incidencias.	90%
15	Uso de la medicación	El centro dispone de un espacio seguro, custodiado y en condiciones para guardar la medicación.	100%
16	Seguridad de la persona usuaria	El centro tiene establecido un sistema de prevención y mejora de las incontinencias.	80%
17	Seguridad de la persona usuaria	El centro tiene establecido un sistema de prevención de caídas.	100%
18	Seguridad de la persona usuaria	La sujeción o contención mecánica de las personas usuarias se hace de forma segura y solo cuando es estrictamente necesario.	90%
19	Seguridad de la persona usuaria	El centro tiene establecido un sistema de prevención de las lesiones por presión.	90%
20	Seguridad de la persona usuaria	Las personas usuarias no autónomas son movilizadas adecuadamente.	95%
21	Nutrición	El centro dispone de un programa de atención nutricional adecuado para cubrir las necesidades de las personas usuarias.	80%
22	Nutrición	Las personas usuarias tienen cubiertas las necesidades nutricionales.	70%
23	Protocolos de atención	El centro dispone de protocolos de atención.	80%
24	Atención al final de la vida	Se hace una evaluación precisa de los síntomas de las personas en la fase final de la vida que tienen más repercusión en la percepción de la calidad de vida.	90%
25	Participación de las personas usuarias	El centro promueve la participación activa de las personas usuarias en los procesos de toma de decisiones.	100%

26	Relaciones con la familia y con la comunidad	El centro ofrece un programa para promocionar la participación de las familias.	80%
27	Satisfacción de las personas usuarias y de sus familias	Las personas usuarias están satisfechas con la atención recibida en el centro.	100%
28	Satisfacción de las personas usuarias y de sus familias	El centro tiene definido el sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones.	75%
29	Aspectos éticos	El centro desarrolla instrumentos que ayuden a garantizar el abordaje de los temas éticos en la práctica diaria.	100%
30	Continuidad de la atención	Las personas usuarias tienen un expediente de atención actualizado.	90%
31	Documentación de la atención de la persona usuaria	El expediente de atención de las personas usuarias está actualizado.	80%
32	Competencias laborales	El centro dispone de un sistema de evaluación periódica de las competencias laborales transversales y específicas de los/las profesionales de atención directa.	70%
33	Formación continua	El centro promueve la formación y mejora de las competencias de los/las profesionales con un programa de formación continua.	80%
34	Competencia cultural de los/las profesionales	El centro fomenta las competencias culturales de los/las profesionales en la atención a la persona y a la familia y/o referentes sociales y comunitarios.	75%

Fuente: ICASS.

Estos indicadores, identificados con la idea de “mejora desde la comparación y colaboración” presente en diferentes iniciativas del gobierno catalán (sistema de salud, servicios sociales, municipalidades), no han llegado a implantarse en su totalidad como herramienta para la evaluación de la calidad del sistema (Ariño et al., 2014).

Si bien los indicadores se han constituido como referentes para la mejora de centros y servicios, junto con la incorporación de la voz de las personas usuarias y los programas de evaluación de la calidad impulsados por el Instituto de Servicios Sociales de Cataluña, no se comparan los resultados de forma abierta ni son públicos para la ciudadanía. Según el equipo que aportó el análisis de caso en el estudio internacional *Regulating Long-term Care*, a pesar de los esfuerzos y las mejoras obtenidas, es necesario un mayor progreso y atribuye la falta del mismo a que parece que hasta la fecha, las decisiones que podrían determinar el avance han sido tomadas por los reguladores (y reflejan sus necesidades) y no por los clientes, de los que no se ha proporcionado información. Esta es una cuestión intersectorial importante en la prestación de servicios en España, especialmente en la sanidad, lo social y la educación (Ariño et al., 2014). En sus conclusiones, ya a nivel español, Ariño destaca la descentralización, la falta de interoperabilidad de los sistemas y el miedo de proveedores y

administraciones a compartir información como las principales barreras para la evaluación y promoción de la calidad en los cuidados de larga duración en España.

#### 4.6.10. Modelo de Acreditación de Calidad la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

El modelo científico de acreditación de calidad desarrollado y con propiedad intelectual de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)<sup>®</sup>, es un sistema consensuado por expertos en Geriatría y Gerontología con amplia experiencia en servicios sociales y sanitarios de atención a personas mayores, que establece unos requisitos o estándares de calidad y gestión adecuados para ofrecer seguridad y garantía a las personas mayores, familias y profesionales de los servicios. El modelo incluye: **Centros Residenciales, Centros de Día y Ayuda a Domicilio (SAD)**.

Es un modelo con reconocimiento oficial en España, según escrito del 21 de noviembre de 2019 del IMSERSO, Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, en el que determina que: *“Tras analizar el Sistema de Acreditación de calidad de la SEGG, consideramos que puede ser uno de los aplicables para acreditar que el centro o servicio de que se trate cuenta con un sistema de gestión de calidad, conforme requieren las normativas citadas anteriormente”* (Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

El sistema se diseñó por un equipo interdisciplinar de siete expertos de la SEGG entre 2010 y 2012, cuenta con varios ciclos de actualizaciones, hasta llegar a la versión 3.0 en 2020. Se inició con el primer servicio reconocido en 2013 y hasta 2020 han pasado por el sistema de acreditación un total de 36 servicios, en ocho Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Madrid y Murcia).

El sistema de ACREDITACIÓN SEGG 3.0 de 2020 está centrado en la persona como elemento vertebral de todos los ejes. El objetivo principal del modelo es:

- Proporcionar una herramienta objetiva, científica y práctica que permita a las entidades evaluar y acreditar su nivel de calidad.
- Asegurar la excelencia de los cuidados a todas las personas mayores y unas buenas prácticas profesionales.
- Generar confianza a familias, profesionales y personas mayores, sobre la calidad en el funcionamiento de los servicios acreditados

El modelo de acreditación cuenta con 4 ejes:



Fuente: SEGG<sup>31</sup>

Los 4 ejes cuentan con más de 200 indicadores específicos. A su vez, estos ejes se estructuran en 32 áreas y un número variable de criterios en función del tipo de centro (239 criterios en residencias, 186 en centros de día y 149 en Ayuda a domicilio. En residencias y centros de día incorpora 27 criterios específicos ante pandemias)<sup>32</sup>.

El sistema de acreditación de servicios consta de tres niveles: **\*ACREDITADO** (250-325 puntos), **\*\*AVANZADO** (326-400 puntos) y **\*\*\*EXCELENTE** (401-500 puntos). Para cada uno de los niveles se propone un modelo comprensible, sencillo y fácil de aplicar, con unos criterios concretos. En el nivel **\*ACREDITADO** se establecen unos criterios OBLIGATORIOS, que se desarrollan para todos los servicios y cuyo incumplimiento impide la obtención de cualquier nivel de acreditación.

Una vez cumplimentadas todas las fases del sistema de acreditación elegido, se obtiene un certificado y un sello de acreditación de la SEGG como reconocimiento a una atención de calidad a las personas, con una validez de 3 años.

En el marco del modelo de acreditación de la SEGG, se han elaborado un conjunto de protocolos para profesionales de atención directa y que se convierten en material de apoyo para el apartado de Atención y Cuidados.

### **PROTOCOLOS PARA EL CUIDADO BÁSICO DE PERSONAS MAYORES (SEGG, 2019)**

El grupo de trabajo “Criterios de calidad asistencial en servicios para personas mayores” de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ha elaborado los protocolos para el cuidado básico de personas mayores (SEGG, 2019). Estos protocolos incluyen la información básica para el cuidado por parte de los profesionales de atención directa para los principales síndromes geriátricos (caídas, úlceras por presión, incontinencia, nutrición e hidratación, polifarmacia, inmovilidad, sujeciones,

<sup>31</sup>

[https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Condiciones\\_acreditacion\\_certificacion\\_Rev3.0.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Condiciones_acreditacion_certificacion_Rev3.0.pdf)

<sup>32</sup>

[https://www.segg.es/media/descargas/Sistema%20de%20Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG\\_0.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Sistema%20de%20Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG_0.pdf)

estreñimiento, insomnio, disfagia, depresión, dolor, delirium, deterioro cognitivo y demencia, deterioro sensorial, prevención de maltrato, salidas no controladas, fallecimiento y duelo).

Todos los protocolos comparten la misma estructura: Un primer apartado en el que se explica el síndrome o problema, un segundo apartado que identifica las claves para mantener una buena salud y evitar su aparición, un tercer apartado en el que se especifica qué hacer si se da, un cuarto donde se establecen las pautas para evitar complicaciones y finalmente, un quinto que especifica qué información es necesario que se registre para poder hacer un buen seguimiento y control. Juntos conforman una guía para profesionales de atención directa y que pretende apoyar su actuación cuando no cuentan con el apoyo presente de profesionales de equipo técnico.

<b>11. DISFAGIA</b>	
<b>ASPECTO</b>	<b>CONTENIDO Y RECOMENDACIONES</b>
<b>1. ¿En qué consiste?</b>	Es la imposibilidad de tragar o deglutir alimentos líquidos y/o sólidos.
<b>2. ¿Cómo mantener una buena salud y evitar su aparición?</b>	Es frecuente en personas con demencias o Parkinson, personas frágiles o con otras enfermedades (esclerosis, ictus). <ul style="list-style-type: none"> <li>Lo más importante es conocer su existencia y evitar las complicaciones, como las aspiraciones de alimento o contenido del estómago al aparato respiratorio.</li> </ul>
<b>3. Ante sospechas o su aparición, ¿Qué se debe hacer y en qué momento?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe sospechar que hay disfagia, cuando aparezcan los siguientes aspectos al comer o beber: Tos, cambio de la voz, babeo, dejarse comida en la boca, no cerrar la boca al comer. Ante cualquiera de estos síntomas, avisar al responsable para una valoración por el profesional sanitario.</li> <li>Cumplir las indicaciones individuales del personal sanitario en la consistencia y textura de la dieta tanto líquida como sólida (néctar, pudding, etc.) o la necesidad de utilizar otros tratamientos.</li> <li>La colocación de sondas nasogástricas, no evita las aspiraciones.</li> </ul>
<b>4. ¿Cómo evitar sus complicaciones?</b>	<p>Las complicaciones más importantes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La aspiración de líquidos o sólidos que puede producir una inflamación pulmonar o una neumonía, ambas muy graves y en casos extremos la asfixia y la muerte.</li> <li>Otras complicaciones pueden ser la deshidratación y la desnutrición.</li> </ul> <p>Se recomiendan los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para darle de comer a una persona con disfagia se debe hacer en un ambiente relajado y tranquilo.</li> <li>Evitar que hable durante la ingesta.</li> <li>No elevarle la cabeza, darle de comer con la cabeza flexionada hacia adelante, poniéndose a su altura.</li> <li>Dar cantidades pequeñas cada vez y tipo de utensilio (cuchara, vaso, etc.) según indicación del equipo técnico.</li> <li>Siempre dar siguiente cucharada con la boca vacía.</li> <li>Lavar la boca después de comer.</li> <li>No acostar inmediatamente, esperar dos horas.</li> </ul>
<b>5. ¿Qué se debe anotar para tener un buen control?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingesta de líquidos diaria.</li> <li>Registro de cómo se realizan las comidas (come bien, come con dificultad....).</li> <li>Ingesta de alimentos suministrados por familiares que no estén indicados.</li> </ul>

Página 27 de 43

Fuente: PROTOCOLOS PARA EL CUIDADO BÁSICO DE PERSONAS MAYORES SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES en [www.segg.es](http://www.segg.es).

#### 4.6.11. La calidad en centros de día

Del análisis realizado, se han identificado pocas referencias a cuáles son los aspectos que en los países analizados se tienen en cuenta para los centros de día. Los países tienen centros de día, de diferentes modalidades, pero no hay referencias sobre los sistemas de calidad que en ellos se promueven. No obstante, se ha realizado una revisión de la literatura que pretende identificar aquellos aspectos que

deberían ser tenidos en cuenta en este estudio para elaborar los estándares y los indicadores de calidad de los centros de día.

Tal y como se ha comentado anteriormente, bajo el concepto de centro de día se engloba una amplia variedad de servicios y recursos cuyas características varían enormemente. Se trata de un servicio de cuidado que se puede enmarcar desde diferentes enfoques y que, por tanto, puede estar dirigido a cumplir diversos objetivos.

Atendiendo a la preferencia de las personas mayores de querer permanecer en el domicilio (OCDE, 2011), uno de los objetivos del centro de día debe ir encaminado a facilitar esta permanencia en el hogar. Entiendo el centro de día como recurso comunitario, se plantea como un recurso que, por un lado, favorece la integración de la persona en la comunidad y, por otro, ofrece programas integrales de atención que pueden asociarse también a la atención domiciliaria. Los recursos comunitarios, además, favorecen la calidad de vida y la autonomía y satisfacen necesidades de ocio y ocupacionales, dando respuesta a la heterogeneidad de formas de envejecer. En este sentido, en relación con la preferencia de querer permanecer en el domicilio, el retraso de la entrada a los centros de larga estancia o la prevención de la institucionalización son otros de los objetivos que se plantean desde los recursos comunitarios, en general, y desde los centros de día, en concreto. Por este motivo, y por el cambio demográfico y de paradigma, la necesidad de ampliación de los servicios comunitarios para personas mayores y personas en situación de dependencia está instalada en la agenda pública de los países de Latinoamérica (Gascón y Redondo, 2014), así como lo está también en las estrategias europeas (EC, 2020) y de organismos internacionales (OECD, 2013).

Uno de los aspectos que se ha vinculado con un retraso de la entrada a centros de larga estancia es la situación de los cuidadores/as principales. Hay estudios, por ejemplo, el llevado a cabo por Birkenhäger-Gillesse (2018) en Holanda basándose en un estudio australiano, que han analizado el impacto de la formación a cuidadores/as para retrasar el ingreso en un centro de larga estancia. Esta formación está dirigida a evitar síntomas de estrés y malestar que, además de generar deterioro en su salud, están asociados a una entrada de las personas en centros residenciales de manera temprana, más aún si tienen algún tipo de demencia. Además, el estudio original, el australiano, determinó que un programa de formación para cuidadores/as podría retrasar el ingreso en un centro de larga estancia, disminuir la mortalidad, reducir la morbilidad psicológica de los cuidadores/as y reducir los costes sanitarios.

En este sentido, cabe señalar los beneficios de la complementariedad de los servicios de teleasistencia y el centro de día para la prevención de la institucionalización y la permanencia en el domicilio, ya que la teleasistencia, en algunos formatos, ha demostrado aportar seguridad, protección e independencia para las personas mayores (Karlsen et al., 2019).

Por otro lado, en lo que respecta a la calidad, atendiendo por un lado a los objetivos de prevención de la institucionalización y de permanencia en el domicilio, un reto actual de los sistemas de calidad de los centros de día es virar hacia el domicilio y no fomentar el concepto de centro de día como antesala a otros recursos como los centros de larga estancia.



En este sentido, una alternativa interesante es la programada en Ecuador en la que el centro de día centraliza las prestaciones en la comunidad, incluyendo la atención en el domicilio. Los/as profesionales son enviados desde los centros de día a los domicilios de su radio de influencia. En este modelo, el centro de día cumple las funciones de capacitación y formación del personal y es el centro de referencia para monitorear el desempeño del equipo profesional en los domicilios. La evaluación de la calidad del centro de día facilita la labor de valoración de los resultados de calidad en los domicilios (Gascón y Redondo, 2014).

## 5. Modelos Nacionales analizados (Uruguay, Colombia y Costa Rica)

### 5.1. Uruguay

#### **5.1.1. Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Uruguay.**

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y El Caribe, y, además, la longevidad es considerada una de las características de la población. Las transiciones demográficas en Uruguay dan cuenta de la tendencia creciente y sostenida del proceso de envejecimiento; en 2005 la proporción de las personas de 65 años y más en el total de la población era de 13,6% y se proyecta a 16,1% para 2025. Entre las principales características de las personas mayores del país se destacan la feminización, la tendencia a vivir solos y el denominado envejecimiento de la vejez (Bellomo, Nuñez, BPS, 2022).

Las mujeres de Uruguay viven más y en peores condiciones. Esto está asociado a sus trayectorias de vida, a la falta de acceso al trabajo por causas de discriminación y al haber brindado cuidados familiares siempre en mayor proporción que los varones. Teniendo en cuenta esto, sería adecuado que la perspectiva de género esté presente tanto en el diseño como en la implementación de las políticas públicas relativas al envejecimiento.

Los datos del Censo Nacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2011, muestran que el 14% (484.407) de las personas tienen más de 64 años, y dentro de ese conjunto, más de 500 personas superan los 100 años. El 11,5 % de las personas mayores de 60 años presentan dependencia y esta proporción llega al 24% entre los mayores de 80 años (ELPS 2013). Sobre la realización de las AIVD y ABVD el 16,3% de las personas mayores de 65 años necesita ayuda, afectando más a las mujeres y en especial cuando se trata de las AIVD (SNC, 2014). Al año 2020, en Uruguay, 9 de cada 10 personas mayores posee ingresos, observándose que los niveles son menores en las mujeres. El monto promedio del ingreso personal para el año 2020 fue de \$31.365: \$37.642 para los hombres y \$27.101 para las mujeres, cerca de 2 salarios mínimos nacionales (ECH 2020).

### **5.1.2. Personas mayores institucionalizadas.**

El 2.5% de la población adulta mayor reside en centros de larga estadía (CLE). Esta cifra representa un porcentaje bajo de la población de personas mayores, que no condice con las percepciones que tenemos sobre la cantidad de personas mayores que vive en estos establecimientos. En el año 2015, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) registró 1.030 CLE. De los relevamientos de información realizados en 485 CLE de Montevideo y Área Metropolitana, surge que residen 8.529 personas en ellos, de las cuales ocho de cada diez son mujeres. En cuanto a la necesidad de ayuda para realizar las ABVD, el 57.4% de quienes residen en establecimientos necesita ayuda para estas actividades, mientras que el restante 42.6% no lo requiere; observándose que son las mujeres quienes en mayor medida requieren ayuda. No existen más datos respecto a las características de las personas mayores institucionalizadas y considerándose que este es un gran debe en el desarrollo de las políticas referidas al cuidado de la población de personas mayores.

### **5.1.3. Legislación y Normativa**

En Uruguay, los estándares de calidad que deben cumplir los servicios que brindan cuidados a personas mayores se establecen a través de la normativa reguladora. Se trata de una Ley que regula de forma amplia lo asociado a centros que brindan cuidados a personas mayores; esta Ley es la Nº 17.066, del 8 de enero de 1999, y es de estricto orden sanitario. Esta norma continúa hoy vigente pese a ser sanitarista, dado que no ha sido posible su modificación o derogación. Esta Ley mandata la creación de Decretos Reglamentarios para especificar las condiciones, lo cual se hace respecto de CLE, pero no de Centros de Día (CDÍA). Respecto a CLE, desde el año 2016 rige el Decreto Reglamentario 356/016, texto en donde se detallan y se desarrollan todas las áreas referidas a Establecimientos que brindan cuidados a personas mayores, desde una perspectiva sociosanitaria. Este Decreto Reglamentario introduce el paradigma sociosanitario de derechos en todo lo que respecta a CLE y si bien fue sumamente importante y necesario hacerlo, hoy en día es fundamental actualizarlo, dado que sin dudas posee mayor peso lo sanitario por sobre lo social. El proceso de habilitación es liderado por el Ministerio de Salud Pública (MSP); es decir que la adecuación normativa de los CLE se termina de medir por cuestiones sanitarias en todos los casos.

Sobre los CDÍA, no se ha creado aún una normativa específica que los rija, como sí ha sucedido con CLE, entonces las condiciones a las que deben ajustarse están dadas en sentido amplio por lo dispuesto en la Ley Nº 17.066 y en sentido estricto o más detallado por lo establecido en el procedimiento de contratación que el Estado ha elaborado, que sirven de requisitos de postulación para ser contratados y a las guías del modelo esperado.

### **5.1.4. Sistema de garantía de la calidad:**

#### **5.1.4.1. Agentes implicados y roles.**

Los agentes implicados en los procesos son el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), MSP y Dirección Nacional de Bomberos (DNB).

Compete al MIDES: regular y fiscalizar en materia social, a los establecimientos que brinden cuidados a personas mayores, validar las competencias de las personas que trabajan en ellos, establecer criterios

de calidad e inscribir a los establecimientos en el Registro Nacional de Cuidados. Emitir el certificado Social y fiscalizar el cumplimiento del respeto de los derechos de los usuarios, el cumplimiento del proyecto de centro, el tipo y ratio de los recursos humanos con excepción de lo relativo al Director Técnico y al titular del establecimiento.

Compete al MSP: regular, habilitar y fiscalizar, según criterios geriátricos-gerontológicos, a los establecimientos que brinden cuidados a personas mayores. Emite certificado final de habilitación.

Compete a la DNB: Habilitar el inmueble donde funcionará el CLE. Es un trámite ineludible para la obtención de la habilitación final por parte del MSP.

#### **5.1.4.2. Fases: Habilitación, registro, monitoreo.**

##### **5.1.4.2.1. Procedimiento de habilitación de CLE:**

El procedimiento de habilitación consta de tres etapas: a) certificado de registro, b) certificado social emitido por el Ministerio de Desarrollo Social y c) constancia de habilitación final emitida por el Ministerio de Salud Pública.

El proceso de registro es estrictamente documental. El proceso de obtención de certificado social es de carácter documental e inspectivo; y la habilitación final, contiene estas dos más la fase inspectiva sanitaria, que puede realizarse o no conjuntamente entre ambos Ministerios.

a) El certificado de Registro: avala el estar en actividad o funcionamiento, es el comienzo del proceso de habilitación. Es una obligación para los establecimientos el estar inscriptos/registrados. El proceso comienza ante el Ministerio de Salud Pública, presentado en formato papel u online, por el titular o representante legal conjuntamente con una carta de solicitud de la habilitación, titularidad, Director Técnico, planta física, oferta de servicios, recursos humanos, curso primeros auxilios, lista de espera de solicitud de nuevos ingresos, si la hubiere, proyecto de centro y profesional del área social. Pueden ser profesionales del área social, aquellos egresados de las carreras de Trabajo social, Licenciatura en Psicología y Educación Social. De constatarse que toda la documentación fue presentada en forma, se emitirá un Certificado de Registro y se remitirá al Ministerio de Desarrollo Social la documentación correspondiente a efectos de emitir el certificado social.

b) Certificado social MIDES: Se contará con un plazo de 60 días desde la remisión de la documentación para expedirse sobre el mismo. La vigencia del presente certificado será de 5 años y estará condicionada a lo constatado en las instancias de fiscalización pudiendo ser revocado. El MIDES/INMAYORES desde el Departamento de Certificación Social de la División de Regulación, recibe la documentación, inspecciona para cotejar que lo expresado en la ella sea idéntico a la realidad (en virtud de que el servicio ya funciona entonces es necesario chequear a través de una inspección, que la documentación presentada refleja la realidad), se elabora un acta de inspección en la que se consigna un domicilio electrónico en el cual se notificará posteriormente el informe resultante de esta inspección. El equipo inspectivo aplica un formulario en formato digital y también en papel y debe estar acompañado en todos los casos de un informante calificado en el ELEPEM. La inspección por habilitación ocurre sin aviso. Una vez realizada la inspección, si se constatan observaciones o diferencias entre la realidad y la documentación recibida, se otorgará un plazo de 30 días al interesado

para subsanarlo o se considerará como no presentado el trámite. Finalmente, si el CLE cumple con los requisitos establecidos en el Decreto, se emite informe favorable para su habilitación social. Si el Establecimiento no cumple con los requisitos, comienza un proceso de intercambio y asesoramiento para lograr, en caso de ser posible, la obtención de la misma. En caso de no ser posible, se emite informe negativo. Compete a MIDES revisar aspectos vinculados a los derechos de los usuarios, el cumplimiento del proyecto de centro, el tipo y ratio de los recursos humanos, con excepción de lo relativo al Director Técnico y al titular del establecimiento.

c) Habilidad final MSP: Una vez culminados los procesos anteriores (registro y obtención de certificado social), retorna la documentación al MSP para que se expida sobre la pertinencia de la habilitación final. En esta instancia, previo a habilitar, se exigirá certificación aprobada por la Dirección Nacional de Bomberos (DNB) en cuanto a la planta física donde funciona el establecimiento y descripción de la planta física con declaración jurada firmada por arquitecto.

Compete al MSP habilitar y fiscalizar, según criterios geriátricos-gerontológicos, a los establecimientos que brindan cuidados a personas mayores, así como evaluar el cumplimiento de las condiciones sanitarias exigibles. Dichas condiciones se encuentran detalladas en la normativa y refieren a: planta física, supervisión de las obligaciones del Médico Director Técnico y del titular del establecimiento.

Con el otorgamiento de habilitación final el establecimiento estará habilitado por el plazo de 5 años sujeto a inspecciones que serán realizadas por ambos Ministerios. Estas inspecciones pueden realizarse de oficio por la Administración, a instancia de denuncias recibidas, por solicitudes de otros Organismos, situaciones de violencia o vulnerabilidad denunciadas, etc. El titular o representante legal del establecimiento podrá solicitar, desde 120 días antes del vencimiento de la habilitación, la renovación de la misma por idéntico plazo debiendo acreditar por declaración jurada el cumplimiento de las condiciones exigibles. De no realizarse dicha solicitud la habilitación caducará de pleno derecho sin necesidad de manifestación de la Administración.

#### **5.1.4.2.2. Monitoreo de CLE:**

La normativa reguladora del proceso de fiscalización (así se llama en Uruguay a este proceso), es la misma para todo el proceso inspectivo en general. A través de ella se establecen las condiciones y los estándares de calidad requeridos para que el servicio se considere adecuado, a la vez de detallar qué aspectos deben observarse en instancias de inspección.

Respecto a los CLE la inspección puede ser realizada por los dos Ministerios encargados de la rectoría de forma conjunta o coordinada. El resultado de la inspección no es público, no existe ningún mecanismo de publicidad de los mismos, ni elaboración de indicadores ni datos comunes. En cuanto al proceso punitivo, la normativa establece distintos tipos de sanciones: observación, apercibimiento, multa, suspensión de actividades y clausura. Estas pueden ser aplicadas por el MSP dado que MIDES no tiene potestad para ello. Si MIDES detecta irregularidades las notifica a MSP sugiriendo aplicar sanciones. En cuanto a la clausura, se aplica en casos de imperiosa necesidad y es liderado por el MSP por ser quien tiene potestades sancionatorias. El único tipo de sanción que aplica MIDES es la observación, lo hace a través del informe resultante de la inspección que se notifica al CLE.

#### **5.1.4.2.3. Procedimientos respecto a Centros de Día:**

Este tipo de servicio se enmarca en las definiciones realizadas por la Ley N° 17.066, la cual establece las condiciones mínimas de funcionamiento con que deben contar y refiere que deberán contar con la habilitación del MSP y estar inscriptos en el Registro Único Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a la vez tendrá a su cargo el control sobre los mismos. No se ha accedido a información respecto a esto por parte del referido Ministerio.

Hay tres tipos de CDÍA, aquellos privados que funcionan dentro de algunos CLE, los gestionados por la Intendencia de Montevideo (IM) y los que funcionan en el marco de contrataciones realizadas por parte del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Sobre los privados, estos no son ni fiscalizados, ni habilitados, dado que se los toma como dentro de los CLE en los que funcionan como un servicio único. Los gestionados por la IM no se rigen por una normativa, ni por protocolos o reglamentos. Estos funcionan a través de metas o lineamientos que se trazan desde la Secretaría de las Personas Mayores, de dicha Intendencia, no son objeto de inspecciones y fiscalizaciones, sino que la propia Intendencia trabaja dentro del mismo, junto con los trabajadores sociales y talleristas, controlando que se brinde un servicio de calidad, bajo sus lineamientos. Los CDÍA que contrata el SNIC no existe normativa específica, más que la mencionada Ley. Para su regulación y requisitos de funcionamiento más específicos y particulares que los establecidos en la Ley, se utiliza lo establecido en la Licitación Pública por la cual el MIDES/SNIC ha contratado con Organizaciones para la gestión de estos Centros. Estos procedimientos de licitación pública, que son una forma de contratar que tiene el Estado, establecen una serie de requisitos con los que tienen que cumplir las Organizaciones que se postulan. De todas las organizaciones postuladas, será contratada la que presente el mayor nivel de adecuación al perfil, por un plazo determinado, que es actualmente de 12 meses. Este tipo de centro no posee habilitación. Se les contrata o no se les contrata; y la fiscalización se trata de un acompañamiento, un trabajo conjunto.

#### **5.1.5. Modelos de certificación de la calidad.**

En Uruguay no se exige otra forma de certificar la calidad que no sea a través de la habilitación por parte de los organismos de control. No se exige la certificación a través de organismos externos y no hay cultura de implementación para esto.

#### **5.1.6. Herramientas.**

##### **5.1.6.1. Recomendaciones a la hora de elegir un CLE (SNIC)**

La escasa información pública que hay respecto al estado de los CLE, así como la realidad de las habilitaciones, ha llevado a que se elaboren desde el SNIC una serie de recomendaciones para la población. Esta cartilla informativa, que se observa como una buena práctica, enumera buenas y malas señales a tener en cuenta a la hora de elegir un CLE. De este folleto se desprende que si el centro presenta estas buenas señales estaría, en principio, brindando un servicio adecuado. Dentro de las buenas señales detalladas se encuentran: ventilación e iluminación natural, calefacción y refrigeración adecuada, cartelería que indique el servicio, posibilidad de acceso a las instalaciones, olor a limpio y a comida pronta, ambientes cómodos, buen ambiente entre las personas, se utiliza el

nombre para referirse a las personas, formación de los cuidadores, información clara respecto al DT Médico, libertad de residentes para entrar y salir, medios de comunicación adecuados y accesibles, menú semanal a la vista, actividades planificadas dentro y fuera del centro, baños suficientes y accesibles, intimidad en baños, visitas amplias y en intimidad, dormitorios con elementos personales, residentes con objetos personales y con manejo de su dinero, contrato de servicio claro. En cuanto a las malas señales se enumeran: no hay DT Médico, habitaciones con trancas externas, camas sin espacio para circulación entre ellas, horarios de visita con restricciones, residentes con ropa no adecuada al clima y al horario, muchas personas dormitando o con mirada perdida y sin interacción, presencia de medidas de contención física en demasía, uso de pañal por precaución, documentación de residentes retenida por el personal, medicación almacenada incorrectamente, cámaras de videovigilancia en espacios privados.

#### **5.1.6.2. Pliego de Licitación Pública (SNIC)**

El Pliego de Bases y condiciones que rige la licitación pública para contratar Organizaciones para brindar servicios de CDÍA, establece de forma detallada qué es lo que deben cumplir estas para postularse. Una vez postuladas, el MIDES/SNIC selecciona una de ellas y es contratada para la prestación del servicio. Estos requisitos son obligatorios, de lo cual se desprende que si cumplen con esto, el servicio que brindan es de calidad. Por lo cual entiendo que es una herramienta de medición de calidad utilizada en Uruguay respecto de CDÍA.

#### **5.1.7. Estándares de calidad.**

La mencionada normativa establece de forma amplia cuáles son los requisitos que deben cumplir tanto CLE como CDÍA, en relación a lo que tiene que haber. Esta normativa se centra en lo que tiene que haber, pero nada refiere a evaluaciones o impacto de estas exigencias en la calidad de vida de las personas. Estos refieren a: habilitación y registro ante el MSP, una planta física iluminada y aireada naturalmente, provista de todos los servicios necesarios para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes y un referente médico geriatra gerontólogo o médico general. En la práctica lo plasmado aquí no se controla específicamente, dado que fue extendido (por decirlo de algún modo) por el Decreto Reglamentario para CLE y por la Licitación Pública para CDÍA.

##### **5.1.7.1. Centros de Larga Estadía**

- Dimensiones: Habilitación y registro; planta física; recursos humanos; función social; servicios; ingreso de residentes; derechos de residentes; fiscalización; sanciones.
- Requisitos o estándares dentro de cada dimensión:
  - Habilitación y registro: Se enumera la documentación exigida para solicitarla que refiere a acreditación de titularidad y de dirección técnica médica, condiciones de la planta física, oferta de servicios que incluya número de plazas, cantidad y formación de rrhh, así como análisis clínicos del mismo, proyecto de centro y profesional del área social.
  - Planta física: materiales firmes y resistentes, higiene, control de plagas, accesibilidad (rampas, pasamanos, pisos antideslizantes, anchura de puertas y pasillos para silla de ruedas), iluminación y ventilación natural, calefacción y refrigeración artificial, agua

caliente las 24 horas del día; prohibición de utilizar espacios inadecuados como dormitorios (altillos, galpones, sótanos), dormitorios con 5 metros cuadrados por residente, mesa de luz para dos y espacio en armario individual, una cama y una silla por residente, timbre de auxilio, ropa de cama adecuada; 1 baño cada 10 residentes autoválidos y 1 cada 5 incontinentes, accesorios necesarios para baño en caso de necesitar; áreas de esparcimiento como jardín, espacios comunes amplios; cocina para preparar y almacenar alimentos; comedor con sillas y mesas en cantidad suficiente; área para almacenar medicación de forma segura.

- Recursos humanos: personal a cargo del cuidado de personas mayores exclusivo para dicha función, en turnos diurnos, será necesario 1 por cada 10 residentes autoválidos y 1 por cada 5 residentes con dependencia; en turnos nocturnos, 1 por cada 20 residentes autoválidos y 1 por cada 10 residentes con dependencia; registro y certificación de idoneidad del personal; contar con formación en dependencia o en curso; Director técnico médico que deberá llevar historias clínicas, realizar valoración antes de las 48 horas del ingreso de un residente, elaborar programas de atención y asistencia, controlar medicación, disponer medidas de contención, limitar visitas y salidas de residentes de forma argumentada en caso de requerirse, brindar información a residentes y familiares, garantizar los derechos de los residentes, cumplir una carga horaria semanal de 6 horas por cada 15 residentes, limita su accionar a 160 residentes como máximo; establece también las competencias para el titular del servicio, como forma de garantizar el estándar, diciendo que deberá llevar fichas de usuarios con todos sus datos, garantizar la prestación de los servicios ofrecidos, controlar limpieza, articular con servicios sociales y prestadores de salud, controlar medicación y recabar consentimiento informado de residentes al momento de ingresar; delimita las competencias del profesional del área social, quien llevará la función social coordinando con el DT médico, y deberá proponer protocolos para trabajar con una mirada en la persona, en el respeto y reconocimiento de la dignidad, identidad e individualidad de la persona mayor.
- Función social: se reconocen los derechos, la individualidad de la persona mayor, se pretende garantizar el pleno ejercicio de sus derechos; se exige un Proyecto de centro que dé cuenta de la estrategia del centro para lograr llevar adelante esta función social, este contendrá acciones, estrategias, objetivos, indicadores de cumplimiento y cronograma, destinadas al fomento de autonomía, estimulación motriz y cognitiva, participación e integración en las redes vinculares y familiares, promoción de derechos de los usuarios y recreación.
- Servicios: Alimentación, vestimenta e higiene, prestaciones sanitarias (medicación).
- Ingresos: consentimiento informado, suscripción del contrato de arrendamiento de servicio, elaboración de ficha registro; se habla de período de adaptación del residente al centro, participación del núcleo familiar y vincular.
- Derechos de residentes: ejercicio pleno de derechos humanos, respeto de su voluntad, recibir información que le atañe vinculada a salud, procesos, servicios, etc.; no sufrir discriminación, libre uso de medios de comunicación, trato digno y

respetuoso, privacidad, derecho a manejar sus asuntos financieros, no ser sometidos a medidas de contención salvo causas médicas debidamente documentadas, libre acceso de visitas y libertad ambulatoria; a firmar consentimiento informado y contrato de arrendamiento de los servicios a los que accede, a constituir una comisión de participación integrada con familiares de los residentes y trabajadores del establecimiento.

- Fiscalización: Se establece la competencia de ambos Ministerios (Salud y Desarrollo Social) que podrán actuar de forma coordinada.
- Sanciones: Se establecen infracciones graves vinculadas a la no confección de ficha de usuario, incumplimientos de DT médico y profesional del área social, obstrucción de acceso a la información, abuso y/o maltrato a residentes, privación de libertad a usuarios o residentes, violaciones graves de derechos, deficiencia en la prestación de los servicios sanitarios y de cuidados, precariedad edilicia y falta de habilitación o certificado de registro.

#### **5.1.7.2. Centros de DÍA (Licitación Pública Nº 38/2019)**

- Dimensiones: Adecuación del local; equipamiento y mobiliario; alimentación; transporte; equipo técnico.
- Requisitos o estándares dentro de cada dimensión:
  - Adecuación del local: Iluminación, ventilación, calefacción y refrigeración; salas polivalentes (o multiuso), áreas de esparcimiento internas y externas, espacio destinado a la alimentación (comedor), cocina, baños y sala de trabajo de uso exclusivo para los técnicos del Centro.
  - Equipamiento y mobiliario: adecuado a la cantidad de personas.
  - Alimentación: una o varias comidas.
  - Transporte: para ida y vuelta del centro, dado que sin esto no es posible el acceso al servicio.
  - Equipo Técnico: coordinador, psicólogo, un cuidador (formado en cuidados) cada ocho usuarios y auxiliar de servicio.

Se detalla el modelo de atención de Centro de Día sobre cinco ejes de acción:

- Atención socio-sanitaria preventiva y de estimulación para las actividades de la vida diaria a nivel cognitivo, funcional, psico-afectivo y relacional.
- Cuidado y asistencia personal.
- Apoyo a familiares y cuidadores de las personas usuarias y al equipo técnico del Centro.
- Integración comunitaria.
- Apoyo a la formación de cuidadores/as.
- Este modelo de atención establece un encuadre metodológico que establece una dimensión individual y una grupal:



- Dimensión individual: Evaluación integral de la persona usuaria para definir cuál es la atención que requiere, desde un enfoque biomédico, social, afectivo, cognitivo y funcional. Firma de un consentimiento informado, un contrato y completar una ficha de usuario. Plan de atención personalizado desde una mirada interdisciplinaria y específicamente con y para la persona usuaria, que debe incluir: problemas y potencialidades detectadas, objetivos propuestos, actividades acordadas a realizar, con su carga horaria y la responsabilidad de las mismas en cada área, clínica, funcional, cognitiva y social. Historial de la persona usuaria.
- Dimensión grupal: Promover espacios de intercambio que favorezcan la convivencia y los vínculos.
- En cuanto a las tareas del equipo técnico, este será permanente, multidisciplinario y capacitado en cuidados. Corresponde a cada uno lo siguiente:
  - Coordinador/a Técnico/a del Centro de Día: es responsable de la coordinación, ejecución y control de la implementación y evaluación del Centro. Es la figura institucional del servicio, referente para la SNC y otros actores territoriales.
  - Psicólogo/a: Apoya la organización y la realización de las visitas y/o entrevistas informativas de posibles usuarios/as al Centro de Día, realiza la evaluación psicosocial, es responsable del diseño y desarrollo de los planes de atención individual y grupal de las personas usuarias, realiza acompañamiento técnico al equipo de trabajo y colabora en las actividades de formación continua y apoyo en la práctica de los cuidadores.
  - Cuidadores/as (un/a cuidador/a cada ocho personas usuarias): Es responsable del cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria durante la estadía de las personas usuarias en el Centro. Deben estar formados en la temática de cuidados y habilitados por la Secretaría Nacional de Cuidados o, en su defecto, haber postulado a la formación de atención a la dependencia, debiendo culminar la misma durante el período de vigencia del presente pliego.
  - Auxiliar de servicio: Es responsable de mantener las condiciones de limpieza e higiene del Centro.

### **5.1.7.3. Valoración respecto a Estándares de Calidad en Uruguay**

En Uruguay se fiscaliza y se habilita de acuerdo a estándares normativos, los cuales esbozan y exigen una visión sociosanitaria, apuntando a un servicio centrado en la persona. Esta visión sociosanitaria se consigue a través de la implicancia de dos Ministerios, cada uno atendiendo sus competencias. Esto lleva a algunas fortalezas y debilidades. En líneas generales, es una fortaleza que nuestro país rectorice los servicios desde una mirada sociosanitaria y es una debilidad que lo haga desde dos Ministerios, dos Administraciones distintas. Debilidad en el entendido de que se deberá coordinar con dos Ministerios distintos todo lo relativo a la habilitación, a la fiscalización, a las observaciones que resulten de ambos procesos y a la coordinación entre ambas entidades.

Asimismo, la existencia de una única normativa de alcance nacional para todo el proceso inspectivo y de habilitación de CLE es una gran fortaleza del sistema uruguayo. En todos los departamentos del

país rige la misma normativa, por lo tanto, los mismos estándares. Se encuentra como debilidad que la normativa es exhaustiva en relación a lo que tiene que haber en un CLE y nada dicen respecto al impacto o evaluación de esto en la calidad de vida de las personas.

Otra característica del sistema es que, al establecerse normativamente como infracción grave el no estar “habilitado” o “registrado”, se extrae que en Uruguay es garantía de calidad contar con habilitación. Considero que Uruguay no habilita centros, sino que avala el estándar del servicio que ya es brindado. La normativa se redacta en el entendido de que el servicio aún no es brindado, pero en la práctica sucede que los servicios ya funcionan, por lo tanto, se adecúa la normativa y lo que se hace es controlar que cumpla con los estándares exigidos y, en definitiva, avalar o acreditar, o no hacerlo. No existen flexibilizaciones a la hora de habilitar un CLE. Más allá de que sea una obligación estar habilitado, la realidad muestra que la mayoría de los CLE no lo están y funcionan de todas formas. Al escuchar la voz de las personas titulares de CLE, expresan que el proceso de habilitación es lento, engorroso, con falta de claridad y sumamente burocrático. Igual opinión manifiestan sobre las inspecciones realizadas, resaltando la falta de claridad que resulta de las mismas, en cuanto a que es lo exigido.

## 5.2. Colombia

### 5.2.1. Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Colombia.

En Colombia no solo se presenta un acelerado proceso de envejecimiento de la población, sino que evidencia altos niveles de vulnerabilidad en las condiciones de Protección Social Integral de las personas mayores: predominio de la básica primaria (49%), prevalencia de ciertas dificultades de funcionamiento humano (55.8%), incremento de los rangos de pobreza monetaria extrema y pobreza monetaria, especialmente en pandemia, con un nivel de ingresos por debajo del Salario Mínimo Legal Vigente y baja cobertura de pensión contributiva (28.9%).

Se resalta como aspecto positivo el alto porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas mayores en Colombia (por encima del 90%), sumado a la positiva percepción de estos, frente a la calidad del servicio en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud. Sin embargo, el plan de beneficios no cubre conceptos relacionados con el cuidado o el apoyo a la dependencia, desde la legislación colombiana, el cuidado es obligación del núcleo familiar, lo que supone grandes dificultades para el acceso a los diferentes modelos de cuidado. En el caso de los centros de cuidado, de carácter público, se prioriza la vulnerabilidad económica como un factor determinante para el acceso a los servicios sociales del Estado, con una cobertura insuficiente para la alta demanda presentada.

Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia no cuenta con una información unificada y actualizada sobre el número y lugar de los Centros de Larga Estadía y Centros de Día, por dos aspectos identificados:

- i) existe gran variedad en la naturaleza jurídica de este tipo de modalidades, puesto que pueden ser de carácter público, privado y/o mixto<sup>33</sup>;
- ii) no todas las autorizaciones de funcionamiento están centralizadas en las Secretarías de Salud de cada uno de los entes territoriales también existe la posibilidad que el registro se realice en las Cámaras de Comercio del país.

---

<sup>33</sup> La naturaleza jurídica de los Centros Vida, Centros Día y Centros de Larga Estadía, dificulta en parte que las entidades territoriales conozcan con exactitud el dato del número de centros de atención a personas mayores en Colombia. Al respecto, cabe aclarar que los Centros Vida pueden ser creados mediante acto administrativo de las Alcaldías o funcionan a través de operadores y son reconocidos por registro mercantil ante Cámara de Comercio; los Centros Día son de naturaleza privada y reconocidos por Cámara de Comercio. Con relación a los centros de bienestar, centros de protección o instituciones de atención, diferentes a nombre cómo se conocen los centros de larga estancia se crea bajo diferentes figuras jurídicas como acto administrativo emitido por Gobernación, Alcaldía o Distrito, acto eclesial emitido por diócesis o parroquia y registro mercantil de Cámara de Comercio (MINSALUD, 2021)

## 5.2.2. Legislación y Normativas.

Hasta la presentación de este informe, septiembre del año 2022, los procesos de Inspección, Vigilancia y Control en Colombia para las modalidades de atención a personas mayores en los Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios, estaban reguladas por la Ley 9 de 1979 y la Ley 1315 de 2009, las cuales definen el cumplimiento de condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de personas mayores en los CLE y CD, aunque la Ley 1315 de 2009 sola las nombra, no hace un desarrollo específico de cada una. Mientras que para los Prestadores de Servicios en Salud, los lineamientos de Vigilancia, Inspección y Control están claramente establecidos por el Decreto 1280 de 2002.

Colombia cuenta con una Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, la cual tiene un énfasis en el envejecimiento saludable, además de integrar, dentro de sus ejes, uno relacionado con la atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicios de cuidado, en el que se pretende fortalecer una atención integral y la prestación sostenible de cuidado a largo plazo en los Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios, a través de, primero, la creación de un Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios dirigidos a personas mayores y, segundo, la implementación de Estándares de Calidad en los Centros de Atención de personas mayores en las diferentes modalidades, ambas actualmente en construcción.

## 5.2.3. Sistema de garantía de la calidad

### 5.2.3.1. Agentes implicados y roles.

**Ministerio de Salud y Protección Social:** encargado de establecer las políticas, directrices y criterios a tener en cuenta para la creación y puesta en marcha del registro de instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores en todo el territorio nacional.

**Gobernaciones:** encargadas de crear un registro departamental y mantenerlo actualizado, a través del reporte que cada una de las alcaldías de cada departamento realice. Para garantizar este reporte, las alcaldías deben tener un registro distrital o municipal, que será alimentado por los reportes evidenciados en cada una de las Secretarías de Salud o quien haga las veces.

**Ministerio de Salud y la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud:** tienen la competencia de Vigilancia, Inspección y Control en Colombia son exclusivamente de carácter público.

**Secretarías Departamentales y Distritales de Salud,** encargadas de realizar el Seguimiento, Vigilancia y Control a las organizaciones de naturaleza pública, privada o mixta que tienen las modalidades de atención a personas mayores.

### 5.2.3.2. Registro, puesta en funcionamiento y/o habilitación.

#### 5.2.3.2.1. Registro y puesta en funcionamiento de los CLE y CD como Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios.

Con relación al Registro, los centros de cuidado de personas mayores en Colombia deben inscribirse como Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios para personas mayores. Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra en la creación de una Resolución sobre el Registro de Instituciones Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios - REPSSO, en el que se

aspira a definir las disposiciones para la autorización de funcionamiento y registro de los Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios y permitirá tener una georreferenciación de los centros con permiso de funcionamiento emitidas por las Secretarías Distritales, municipales de salud o las entidades que haga sus veces.

Si bien está en construcción, y algunos aspectos pueden ser cambiados, en el primer preliminar de la Resolución se identifican algunos requisitos obligatorios, tales como: contar con una autorización de funcionamiento, expedida por la Secretaría distrital municipal de salud o quien haga las veces; inscribirse en el Registro de Instituciones Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios – REPSO; verificar el cumplimiento de los estándares o condiciones mínimas de funcionamiento a través de una autoevaluación, si es por primera vez, será previa a la solicitud autorización de funcionamiento o si es para renovación, seis meses antes del vencimiento de la autorización; y presentar la solicitud de autorización con la documentación requerida (autoevaluación; fotocopia del documento identidad de representante legal; certificado de existencia y representación legal; y documentos sobre la estructura, organización y funcionamiento de la institución que contenga como mínimo: los datos de la institución, los principios, misión y visión, descripción de los servicios, manual de procesos y procedimientos, descripción de la infraestructura y dotación, plano con las dependencias, descripción de cargos y planta de personal, número de personas a atender, reglamento interno y estudio de costos, con su respectiva proyección financiera y presupuestal para un periodo mínimo de tres años).

La Secretaría Distrital o Municipal de Salud, o la entidad que haga sus veces validará la información presentada en un periodo de 30 días hábiles. Si se llega a determinar que la información presentada es insuficiente o presenta errores, se solicitará las subsanaciones en un plazo máximo de 15 días hábiles para ser revisada nuevamente dentro de los 15 días hábiles siguientes a la radicación. En caso que la información cumpla con lo establecido en la Resolución, se realizará una visita a la sede en un plazo máximo de 30 días hábiles, en el que se velará por el cumplimiento de las condiciones mínimas establecidas para el servicio. Posterior a la visita, tendrá un plazo máximo de 20 días hábiles para expedir el acto administrativo que defina la autorización y vigencia del permiso de funcionamiento por tres años, para luego ser registrada en el aplicativo REPSO, en los cinco días hábiles posteriores a la expedición de este.

#### **5.2.3.2.2. Registro y habilitación de los CLE y CD como Prestador de Servicio en Salud**

Los centros de cuidado de personas mayores, que deseen convertirse en Prestadores de Servicios en Salud, deben gestionar, adicional a la autorización de funcionamiento de la entidad gubernamental correspondiente, la habilitación en salud, a través de las entidades habilitadoras, como las Secretarías de salud departamentales o municipales y acogerse a los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019, con sus respectivos pasos: realizar la inscripción en la base de datos del aplicativo denominado Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS; realizar la autoevaluación de las condiciones mínimas de capacidad técnico administrativa; de capacidad tecnológica y científica; y condiciones de suficiencia patrimonial y financiera; diligenciar el formulario de inscripción, ingresando a la página web de la Secretaría de Salud para determinar el número de sedes a inscribir; el tipo de servicios a habilitar, con su respectiva complejidad, modalidad y capacidad instalada;

diligenciar el formulario de inscripción en el REPS y la declaración de la autoevaluación por cada uno de los servicios a ofrecer; y radicar el formulario de inscripción, en la Secretaría de Salud departamental o distrital correspondiente, con su respectiva autoevaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación generado por el REPS. En el caso de las entidades con Objeto Social Diferente, debe anexarse el certificado de existencia representación legal, copia del documento identidad del representante legal, licencia de construcción, plan de mantenimiento de la planta física, certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas<sup>34</sup> [2].

Específicamente, las condiciones mínimas de capacidad técnico administrativa; de capacidad tecnológica y científica; y condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, se refieren a:

Las *condiciones de capacidad técnico – administrativa*, son los requisitos administrativos y financieros, que evidencien el cumplimiento de las normas vigentes, de acuerdo con su naturaleza jurídica, para ello se debe anexar los siguientes documentos, siendo la Secretaría de salud departamental o distrital la encargada de verificar el cumplimiento de estas condiciones:

Tabla. Documentos necesarios para la habilitación, según naturaleza jurídica.

Entidades privadas con ánimo de lucro	Entidades privadas sin ánimo de lucro	Entidades de derecho público
Certificado de existencia y representación legal vigente de la persona jurídica expedido por la Cámara de Comercio, con la ubicación de las sedes, en caso que aplique.		Acto administrativo por el cual se les dio vida jurídica.
En caso de tener sedes adicionales, en otros departamentos o distritos, anexar el certificado de matrícula donde se especifique la razón social principal, que debe ser igual a la indicada en el certificado de existencia y representación legal vigente.	Acto administrativo mediante el cual se les reconoce personería jurídica y representación legal expedida por la autoridad competente con la ubicación de las sedes, en caso que aplique.  En caso de tener sedes adicionales, presentar el certificado del establecimiento de comercio correspondiente.	La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y sea propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la persona jurídica responsable de la inscripción de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.
Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.		
Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.		

<sup>34</sup> En caso tal que el prestador no cuente con el certificado de conformidad de las estaciones eléctricas, la Secretaría de salud departamental o distrital notificará el hecho a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de este. Su incumplimiento no es impedimento para la certificación de habilitación de los servicios de salud.

Estados financieros de constitución o de períodos intermedios o de cierre de vigencia

---

Certificados o dictaminados cuando aplique. Cuando se trate de la apertura de una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud sin personería jurídica y de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, presentará los estados financieros consolidados certificados o dictaminados, de la entidad que es propietaria, según corresponda.

---

Certificado de cuenta bancaria cuyo titular sea la IPS.

---

Libros oficiales registrados ante el ente correspondiente, cuando aplique.

---

Fuente: elaboración propia a partir de (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

Las *condiciones de capacidad tecnológica y científica*, supone el cumplimiento de siete estándares para la habilitación de servicios de salud que garantice la prestación del servicio: i) talento humano; ii) infraestructura; iii) dotación; iv) dispositivos médicos; v) procesos asistenciales prioritarios; vi) clínica y registros, que permiten una trazabilidad en la atención en salud; y vii) interdependencia, definiendo los servicios de salud y apoyo necesarios para los prestación oportuna del servicio.

Las *condiciones de suficiencia patrimonial y financiera* se refiere al cumplimiento de los requisitos mínimos para garantizar la estabilidad financiera, cumpliendo con los indicadores establecidos de patrimonio, obligaciones mercantiles y obligaciones laborales.

Luego de radicada toda la documentación la Secretaría de salud departamental o distrital, según aplique, realiza una visita previa para determinar el cumplimiento de las condiciones de habilitación en el REPS, de las condiciones mínimas de capacidad técnico administrativa; de capacidad tecnológica y científica; y condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Como resultado de la verificación el REPS genera un certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación, a través de la expedición de una constancia y la generación de un distintivo de habilitación de los servicios inscritos. El término de vigencia de la inscripción es de cuatro años, una vez cumplido la vigencia o habilitación puede renovarse, de acuerdo con lo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

El que un centro de cuidado se inscriba como Prestador de Servicios Sociales y Sociosanitarios y/o se habilite como Prestador de Servicio en Salud, o incluso ambos, dependerá de los intereses particulares y objetos misionales de cada organización.

### **5.2.3.3. Monitoreo**

Con relación al monitoreo de los centros de cuidado de personas mayores en Colombia, se evidencia que existe una mayor claridad y estandarización en los procesos y procedimientos de Vigilancia, Inspección y Control para los centros habilitados como Prestadores de Servicios en Salud, puesto que tienen sus lineamientos claramente establecidos por el Decreto 1280 de 2002 y cuenta con una plataforma de registro y monitoreo que permite el seguimiento en el sistema. Mientras que, con relación a los Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios para personas mayores, solo la Resolución 055 de 2008, describen detalle los aspectos fundamentales, requisitos mínimos esenciales

exigibles para los Centros Vida y Centros de Día, no así para los Centros de Larga Estadía, lo cual deja en una notable desventaja este modelo de atención. Además, no existe un Sistema de Registro unificado de las diferentes modalidades de atención, este se presenta de manera descentralizada, a través de las Secretarías de Salud del orden departamental, distrital y municipal.

#### **5.2.3.3.1. Monitoreo de los CLE y CD como Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios.**

Las visitas de inspección se realizan sin previo aviso, pueden ser solicitadas por el Ministerio Público, representado por la Personería, Procuraduría y/o Defensoría del Pueblo para verificar las condiciones de las personas mayores y salvaguardar sus derechos; o también a través de quejas y reclamos interpuestos por la ciudadanía. La inspección es realizada por el ente de control para hacer seguimiento al funcionamiento, cabe mencionar que en dicho proceso no participan agencias externas, todo el recurso humano que hace parte de la Inspección Vigilancia y Control está vinculado laboralmente a los entes territoriales.

Se pueden evidenciar ciertos aspectos comunes con relación a la inspección: condiciones higiénico locativas, infraestructura física, características de las habitaciones, unidades sanitarias, residuos sólidos, condiciones de saneamiento, zona de lavandería y ropería, enfermería, servicio de alimentación, nutrición, salud ocupacional y verificación de la documentación.

Quien incumpla con los parámetros establecidos para la atención integral de las personas mayores en las diferentes modalidades de atención, será sancionado por parte del ente territorial. La sanción estará determinada de acuerdo con la gravedad del hecho con alguna de las siguientes sanciones: amonestación verbal, suspensión de la autorización e incluso el cierre definitivo del centro, siendo esta última la amonestación más grave, al considerar lo evidenciado en la Inspección pone en peligro la integridad de las personas mayores. Como una forma de dar a conocer a la ciudadanía los resultados de dicha Vigilancia, Inspección y Control, el ente territorial pública en un lugar visible, un adhesivo, en el que da cuenta del concepto sanitario de la visita realizada: Favorable, Favorable Condicionado y Desfavorable. Dicho adhesivo es una constancia de la visita realizada, relaciona el número del acta y la fecha de expedición del documento diligenciado, siendo responsabilidad del propietario mantener el buen estado del mismo y mantenerlo a la vista de los visitantes. Solo puede ser retirado por la autoridad sanitaria, al momento de hacer una nueva visita.

Con relación a la frecuencia en las visitas de seguimiento y control, debe realizarse mínimo una vez cada año, sin embargo en las pesquisas realizadas se evidencia que el personal asignado a la tarea, en ocasiones puede ser insuficiente, lo que hace que el periodo de revisión estipulado no se cumpla.

Cada Secretaría de Salud, ya sea departamental, distrital y/o municipal, es quien crea, bajo las Leyes y Resoluciones mencionadas, sus propios modelos de evaluación para las modalidades de atención, dependiendo del modelo de gestión que cada ente territorial establezca para sí, es decir, no existe un estándar nacional para ello. Por tal razón, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia no tiene cómo determinar los tipos de inspecciones realizadas (presenciales o virtuales), los contenidos de los procedimientos de monitoreo, las formas de hacer el monitoreo, los tipos de informes o planes



de mejora institucionales entregados, ni la ubicación y el número de visitas de Inspección y Control realizadas a los centros que prestan servicios de atención integral a personas mayores.

Para el mes de septiembre del año 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social presentó una propuesta preliminar de estándares para las modalidades de atención a personas mayores, a través del proyecto de resolución "Por medio de la cual se crea el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios -REPSSO, la cual pretende la identificación de los componentes como infraestructura, dotación, gestión, talento humano y atención integral, en las que, se pueda verificar, a través de unas listas de chequeo el cumplimiento de las condiciones por parte de los Centros de cuidado para las personas mayores, esta se encuentra en construcción.

#### **5.2.3.3.2. Monitoreo de los CLE y CD como Prestadores de Servicio en Salud**

Durante el periodo de vigencia de cuatro años, la Secretaría de Salud departamental o distrital, realiza, como mínimo una visita de verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación, a modo de auditoría externa, un ente externo a la institución evaluada, verifica los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y la organización. En el caso de no cumplir con las condiciones exigidas se generan sanciones o incluso el cierre de los servicios. Cabe mencionar que, si bien el ente externo realiza la visita de verificación, el centro también puede recibir la visita de inspección, vigilancia y/o control, por parte del Ente Territorial, en aras de verificar las condiciones sanitarias.

#### **5.2.4. Modelos de certificación de la calidad.**

Algunas instituciones de manera voluntaria, deciden acogerse al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) ISO 9001:2015, si bien existen unos parámetros generales para la certificación de la calidad, es la misma organización quien debe comprender su contexto, los factores internos y externos de las partes interesadas, sus necesidades y expectativas, para la definición del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad. Entendido esto, no es posible definir una sola línea de interés o estandarización de indicadores de desempeño o estrategias de medición únicas que aseguren la operación eficaz y el control de los procesos en los diferentes modelos de cuidados para las personas mayores, puesto que será el contexto y las necesidades específicas quien las defina.

En este orden de ideas, será cada organización quien determine y proporcione los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema. Como generalidades, para evidenciar un Sistema de Gestión de la Calidad se identifica la necesidad de determinar el personal idóneo para la implementación eficaz del sistema y el control de los procesos; una infraestructura adecuada, relacionada con los recursos físicos necesarios para tener una adecuada respuesta del servicio; y un ambiente social, psicológico y físico para la operación de los procesos, en aras de lograr la conformidad de los servicios prestados. Lo anterior, con el establecimiento de planificación, procesos y procedimientos documentados y un permanente seguimiento y medición para la verificación de la conformidad del servicio prestado.

Es importante hacer un énfasis en un prerrequisito fundamental para la obtención de la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, relacionado con el diseño y desarrollo de los productos y servicios prestados. En el caso relacionado con los cuidados, será necesario entonces determinar la naturaleza, duración, complejidad, etapas, actividades, responsabilidades, necesidades, la vinculación activa de los clientes y usuarios en el proceso, los requisitos para la prestación del servicio y la información documentada necesaria, para demostrar que se han cumplido requisitos de diseño y desarrollo. Sin embargo, no es posible presentar una estructura unificada del producto servicio de las instituciones dedicadas al cuidado de las personas mayores, ya que sus énfasis y enfoques estarán determinados por las necesidades particulares de cada uno.

En Colombia, el tipo de certificadores son de carácter privado, tanto nacionales, como el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), como internacionales: Societé Générale de Surveillance (SGS) Colombia S.A., Grupo Bureau Veritas Quality Internacional (BVQI) Colombia Ltda., International Certification and Training S.A., Cotecna Certificadora Services Ltda., y la Corporación Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico.

#### **5.2.5. Herramientas.**

En el mes de septiembre de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social tenía una Resolución en revisión, sin aprobación, que proponía un sistema digital de registro, para que sea la fuente oficial de información sobre las Instituciones Prestadores de Servicios Sociales y Sociosanitarios en Colombia, que estaría vinculada, a su vez, al Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO, teniendo como propósito caracterizar y localizar la oferta institucional, así como la coordinación e integración entre los servicios ofertados, realizar seguimiento y control, apoyar la formulación implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas atendidas. Sin embargo, como se ha mencionado, es una propuesta preliminar, al momento del presente informe estaba bajo un análisis técnico y jurídico para determinar su viabilidad.

Por otro lado, con relación a los Prestadores de Servicio en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, ha creado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en él se registran las capacidades y servicios habilitados para atender a la población en el sistema de salud colombiano. Además, permite a los entes de control, el monitoreo permanente de los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios y pacientes. Pese a la existencia de dicha plataforma, la información no es clasificada por modelos de atención prestada a las personas mayores, sino por la habilitación de servicios en salud formalizado, v.g. medicina general, fisioterapia, nutrición, etc.

#### **5.2.6. Estándares de calidad.**

En consulta con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para septiembre del año 2022, el país no contaba con estándares de calidad unificados para la prestación de servicios de cuidado en modelos de CLE o CD. Identificado el vacío, este Ministerio, adelantó dos acciones: i) la

reglamentación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, el 02 de mayo de 2022, en el que incorpora un eje relacionado con la atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicios de cuidado, en el enfatiza en la implementación de Estándares de Calidad en los Centros de Atención de personas mayores en las diferentes modalidades; ii) una propuesta de Resolución para el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios -REPSSO, que a modo de Resolución nacional, aporte a la consolidación de la información de estos servicios. Sin embargo, no fue posible ahondar en la propuesta de Estándares de Calidad, puesto que aún queda como tarea definirlos de manera concreta dentro de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.

### 5.3. Costa Rica

#### 5.3.1. Descripción de las principales características sociodemográficas, físicas, económicas y sociales de las personas mayores en Costa Rica.

Costa Rica es un país con un proceso acelerado de envejecimiento poblacional. Aproximadamente 8 de cada 100 habitantes tiene 65 años o más<sup>35</sup>. El ritmo al que envejece el país es aún más acelerado que el de países con mayores ingresos y que el de otros países de América Latina y el Caribe. Mientras el aumento de la población de personas adultas mayores de 7% a 14% del total, le tomó alrededor de 115 años a Francia y 69 años a Estados Unidos, Costa Rica lo hará en solamente 18 años<sup>36</sup>, situación que plantea un gran desafío para el país en lo referente a las necesidades de cuidado para esta población.

La población mayor de 65 años constituía el 6% en 2008, 8,9% en 2020 y de acuerdo con las proyecciones poblacionales del INEC, para 2030, se estima que llegará a 13% y a más de 20% en 2050. Los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad han provocado que el porcentaje de la población de 65 años y más aumente considerablemente y se espera que la tendencia se acelere aún más. Asimismo, el porcentaje de la población más longeva (mayor de 80 años) aumentará entre el 2015 y 2050, pasando de un 2% a un 8%<sup>37</sup>.

La tasa de crecimiento natural ha ido descendiendo desde el año 2000, llegando a su punto más bajo en el 2020 con un 0,65% poblacional, hasta la fecha, es el punto histórico más bajo de acuerdo con las estadísticas vitales del INEC. Lo mismo ha ocurrido con la tasa bruta de natalidad la cual ha ido

---

<sup>35</sup> Universidad de Costa Rica. (2020) *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica

<sup>36</sup> Medellín, N. et al, 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. BID, División de Protección Social y Salud

<sup>37</sup> <https://www.mideplan.go.cr/index.php/demograficamente-poblacion-costarricense-se-encuentra-en-procesodeenvejecimiento#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20porcentaje, envejecimiento%20y%2013%2C41%20envejecidos.>

descendiendo rápidamente, situación que está estrechamente relacionada con la baja en las tasas global de fecundidad y la tasa de reproducción por mujer, llegando a su punto más bajo en el año 2020. La tasa de mortalidad ha experimentado una ligera tendencia creciente en las últimas décadas, esto se debe al envejecimiento acelerado de la población como se mencionó anteriormente y al fallecimiento de personas en edad avanzada.

El envejecimiento en Costa Rica se caracteriza por presentar un rostro femenino, según los datos de la ENAHO del 2021, las mujeres representan un 56 % del total del total de la población mayor de 65 años.

La mayoría de las personas adultas mayores está concentrada en las zonas urbanas, cerca de 7 de cada diez adultos mayores residen en la Región Central, la distribución entre regiones de planificación de MIDEPLAN. En cuanto a las relaciones de convivencia, el 24% de personas mayores de 65 comparten el hogar con su pareja, sin embargo, el porcentaje de personas adultas que viven solas o que han perdido a su pareja (enviudado) y el de personas que viven con sus hijos es considerablemente mayor en el grupo de los mayores de 80 años<sup>38</sup>.

De acuerdo con los datos de la ENADIS(2018), alrededor de 280 mil personas de 18 años y más, podrían estar en situación de dependencia pues enfrentan dificultad moderada o severa para realizar actividades básicas de la vida diaria<sup>39</sup>. Lo anterior representa 8% de la población adulta en el país. La prevalencia de la dependencia es considerablemente más alta entre las personas adultas mayores, alcanzando 15% en el caso de las personas de 60 y más, y 28% en el caso de los adultos de 80 años y más<sup>40</sup>.

En 1984, una cuarta parte de la población de 65 años y más no había aprobado la educación formal, para 2019 esta proporción bajó a 11%; por otro lado, en 1984, solo 3% contaba con estudios superiores, cifra que creció a 13% en 2018<sup>41</sup>.

La participación en el mercado laboral decrece considerablemente a partir de los sesenta años; sin embargo, 40% de los hombres y 14% de las mujeres con sesenta años y más continúan activos. Una cuarta parte de la población masculina continúa activa laboralmente en sus setentas. La participación laboral de las mujeres es inferior a la de los hombres durante toda la vida laboral: 90% de los hombres de entre 21 y 59 años están empleados o en busca de trabajo, en contraste con sólo 60% de las mujeres.

La situación económica de la población adulta mayor en Costa Rica es complicada y diversa, “de acuerdo con la ENAHO, en 2018, casi la mitad de las personas de 65 años y más (48%, equivalente a 231 481 personas) son pensionados por el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte-IVM de la CCSS y, un 18% de las personas de 65 años y más cuenta con una pensión del régimen no contributivo-RNC (96

---

<sup>38</sup> Idem anterior

<sup>39</sup> Universidad de Costa Rica. (2020) *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica

<sup>40</sup> Idem anterior

<sup>41</sup> Universidad de Costa Rica. (2020) *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica

412 personas) por un monto mensual de ₡ 82 000 ( ochenta y dos mil colones) el cual es insuficiente para atender las necesidades de las personas<sup>42</sup>.

La pobreza extrema afecta al 5% de los hogares con adultos mayores, adicionalmente, 17% de los hogares viven en una situación de pobreza moderada. Dichos valores son similares al total de los hogares (6% y 15% respectivamente), lo que indica que los hogares con adultos mayores en general no son más pobres que el resto de los hogares. Aunque cabe destacar que la incidencia de la pobreza moderada sí es considerablemente mayor en los hogares con adultos de 80 años y más (22%) que en el total de la población (15%)<sup>43</sup>.

Personas mayores institucionalizadas. La población atendida en hogares de larga estadía (en adelante HLE) y centros de cuidado diurno (en adelante CCD) representa aproximadamente el 0.56% del total de la población adulta mayor a julio del 2021.

Según el CONAPAM actualmente en Costa Rica se tienen 74 HLE, sin fines de lucro, que atienden una población 2204 personas, 1268 hombres y 936 mujeres Se cuenta además con 63 centros de cuidado diario sin fines de lucro, que atienden 1549 personas de las cuales 372 son hombres y 1777 son mujeres<sup>44</sup>. Se puede observar que las mujeres son las que más acuden a los centros de CCD porque en su mayoría aún conservan a sus familias y tienen mayores redes de apoyo, por el contrario, los hombres son los que prevalecen en los HLE. La mayor concentración de establecimientos se encuentra en la provincia de San José y la menor en la provincia de Limón.

### **5.3.2. Legislación y normativa**

En cuanto a legislación existente en Costa Rica se tiene la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>45</sup>, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor No.7935, el Decreto N.º37165-S: Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores. Aprobado el 04 de junio 2012, el Decreto Ejecutivo N.º38036: Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021<sup>46</sup> el Decreto Ejecutivo: N.º 42878: Política Nacional de Cuidados 2021 – 2031. Todas estas ponen énfasis en la atención para personas mayores y los compromisos que como Estado se han asumido para la protección de los derechos de esta población.

De acuerdo al Reglamento para el otorgamiento de permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores No. 37165-S y al amparo de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley General de Salud, es competencia del Ministerio de Salud preocuparse porque los hogares de larga estancia de la persona adulta mayor que proporcionen los cuidados básicos a las personas adultas mayores, reúnan óptimas condiciones para su funcionamiento y garantizar a las

---

<sup>42</sup> Idem anterior

<sup>43</sup> Idem anterior

<sup>44</sup> Medellín, N. et al, 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. BID, División de Protección Social y Salud

<sup>45</sup> Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2016

<sup>46</sup> Queda pendiente la Política Nacional de Envejecimiento 2021 2031, que recién se presentó en abril 2022 y aún no ha sido oficialmente aprobada.

personas usuarias, que tales establecimientos cumplen con los indicadores estructurales mínimos del mejoramiento continuo de la calidad para brindar los servicios que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo aceptable para los mismos. El énfasis está puesto en aspectos importantes de la calidad de los servicios relacionados con la seguridad para las personas y en mucho menor medida en aspectos relacionados con la efectividad del cuidado. En algunos casos se añaden otros criterios complementarios como la incorporación de consideraciones para asegurar que los recintos sean accesibles para personas con discapacidad. En cuanto a la habilitación de Centros de cuidado diurno, no existe a la fecha una norma particular, por lo tanto, se habilitan mediante el Reglamento General para la Habilitación de Servicios de Salud, Decreto N.º 41045-S.

### **5.3.3. Sistema de garantía de la Calidad**

#### **5.3.3.1. Instancia reguladora**

De acuerdo al Reglamento para el otorgamiento de permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores No. 37165-S y al amparo de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley General de Salud, es competencia del Ministerio de Salud preocuparse porque los hogares de larga estancia de la persona adulta mayor que proporcionen los cuidados básicos a las personas adultas mayores, reúnan óptimas condiciones para su funcionamiento.

Por lo tanto, en el caso de los servicios de atención a la dependencia, la regulación de su calidad estaría dada por las normas a las que se supeditan hogares y centros de atención, bajo las normas sanitarias establecidas por el mencionado Ministerio. El énfasis de esta regulación estaría puesto en aspectos importantes de la calidad de los servicios relacionados con la seguridad para las personas y en mucho menor medida en aspectos relacionados con la efectividad del cuidado. En algunos casos se añaden otros criterios complementarios como la incorporación de consideraciones para asegurar que los recintos sean accesibles para personas con discapacidad.

#### **5.3.3.2. Fases: Habilidad registro y monitoreo**

##### **5.3.3.2.1. Procedimiento de habilitación**

En cuanto al proceso de habilitación que contempla los “parámetros establecidos por el Estado que exigen a los establecimientos dedicados al cuidado de las personas mayores, cumplir con los estándares mínimos de calidad para que puedan operar”<sup>47</sup>.

Los requisitos que deben presentar ante el Ministerio de Salud para solicitar el permiso de Habilidad por primera vez de un Centro Diurno y un Hogar de larga estancia son los siguientes de acuerdo al Reglamento General para la Habilidad de Servicios de Salud. En el Artículo 5 se indican los Requisitos de primera vez y en el artículo 6 requisitos para renovación, en el Artículo 10, se cita la

---

<sup>47</sup> Decreto N.º 37165-S

Normativa específica, en el Artículo 14. El plazo para resolver el permiso de habilitación y en los Artículos 16. Y 35 se cita lo referente a las inspecciones previas a los servicios y las inspecciones de control respectivamente.

Los requisitos en mención para ambas modalidades de servicios son:

1. Entregar debidamente lleno el formulario "Solicitud de habilitación para servicios de salud en establecimientos".
2. Presentar la cédula de identidad o DIMEX del propietario del servicio de salud o del representante legal cuando el propietario sea una persona jurídica.
3. Entregar copia de la resolución municipal de ubicación (Uso de Suelo) emitida por la Municipalidad respectiva, para la actividad solicitada.
4. Entregar el comprobante de pago. El monto es de 50 dólares
5. Entregar un listado del personal profesional en ciencias de salud, así como del personal técnico que laborará en el establecimiento.
6. Entregar Certificación actualizada del Colegio Profesional respectivo en la que se indique que el Responsable técnico del servicio se encuentra incorporado y activo.
7. No tener deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (La verificación de este requisito se realizará en el Área Rectora de Salud por medio de las bases de datos en línea.)
8. No tener deudas con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares FODESAF. (La verificación de este requisito se realizará en el Área Rectora de Salud por medio de las bases de datos en línea.)
9. No tener deudas en el Sistema Tributario del Ministerio de Hacienda. (La verificación de este requisito se realizará en el Área Rectora de Salud por medio de las bases de datos en línea.)

Una vez que son entregados los documentos y se verifica el cumplimiento de los requisitos, se programa una inspección previa al establecimiento para valorar el cumplimiento de la legislación específica: el cumplimiento de la Ley 7600: Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad; rotulación propuesta por Ley 9028: Ley General de Control de Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud y los lineamientos sanitarios vigentes para la prevención de Covid-19. Para la realización de la visita de inspección se tiene un protocolo particular, Guía de Inspección: Reglamento Para el Otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia Para Personas Adultas Mayores, para su respectiva valoración.

En el caso de los Hogares de larga estancia al momento de la inspección se verifica el cumplimiento del Decreto Ejecutivo 37165-S "Reglamento para el Otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores" y en el caso de un Centro diurno, como no existe una normativa específica<sup>48</sup> se valoran las condiciones físico-sanitarias

---

<sup>48</sup> Está en proceso de elaboración, pero aún no ha sido presentada oficialmente.

del inmueble y la atinencia del recurso humano que laborará en el Centro con base en la normativa para Permisos sanitarios generales.

Una vez realizada esta visita y con la documentación completa se le entrega a la organización el “Certificado de Habilitación”, el cual tiene una vigencia de 5 años.

#### **5.3.4. Monitoreo:**

En cuanto al monitoreo está a cargo del Ministerio de Salud<sup>49</sup>, ente rector en esta materia, el cual debe hacer una visita en un periodo de 5 años y las que sean necesarias en el caso de denuncia. En este periodo de vigencia el Área Rectora en Salud correspondiente realiza, como mínimo, una visita de inspección (monitoreo) del cumplimiento de los requisitos de habilitación. En el caso de denuncias, se realizan las inspecciones que sean necesarias, hasta normalizar la situación evidenciada.

En la respectiva Dirección de Área Rectora en Salud se mantienen los registros escritos de cada uno de los servicios de cuidado (CD, HLE) bajo la figura de expediente, en el cual se consigna desde la solicitud de habilitación con su respectiva documentación hasta las visitas de inspección realizadas.

#### **5.3.5. Modelos de certificación de la calidad.**

En Costa Rica existe una certificación de calidad aprobada INTE DN 05:2017 Ministerio de Salud de Costa Rica. Habilitación de establecimientos de larga estancia para la atención integral de la persona Adulta Mayor, la cual se encuentra vigente desde el año 2017. Es una norma que recoge todos los requisitos legales aplicables a los establecimientos sin añadir requisitos adicionales. No obstante se ha erigido como norma sujeta a certificación.

#### **5.3.6. Herramientas**

El Ministerio de Salud, ente rector en esta materia cuenta con el Reglamento para el otorgamiento de permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores No. 37165-S y con la norma INTE DN 05:2017 Ministerio de Salud de Costa Rica. Habilitación de establecimientos de larga estancia para la atención integral de la persona adulta mayor.

También a nivel nacional está la Política Nacional de cuidado 2021-2031, cuyo objetivo es implementar progresivamente un sistema de atención a las personas en situación de dependencia, es decir, las personas que necesitan apoyos y cuidados para realizar sus actividades diarias. Esta política nacional está diseñada para brindar bienestar a personas adultas mayores, con discapacidad o con enfermedades crónicas que necesitan apoyos y cuidados para realizar sus actividades diarias.

---

<sup>49</sup> IDEM



### 5.3.7. Estándares de calidad

Los estándares de calidad establecidos para los HLE se establecieron en el Decreto Ejecutivo No. 37165-S. A saber, se agrupan en los siguientes apartados:

<b>Recursos humanos</b>
<b>Planta física</b>
<b>Documentación, Registro, Gestión y manejo de la información</b>
<b>Material y equipo</b>
<b>Seguridad e higiene</b>

## 6. Conclusiones de los modelos nacionales e internacionales analizados

A continuación se exponen las conclusiones en relación a los diferentes modelos analizados. En un primer apartado las conclusiones relacionadas con el proceso de autorización, registro y monitoreo y el establecimiento de estándares y de indicadores de calidad y en un segundo lugar, las referencias identificadas respecto a la evaluación de la eficacia de los diferentes instrumentos para la promoción de la calidad. Ambos apartados dan pie a los anexos técnicos de este informe.

### 6.1. Conclusiones generales y relacionadas con el proceso de autorización, registro y monitoreo y el establecimiento de estándares y de indicadores de calidad

Estas conclusiones han sido elaboradas a partir del análisis de los procesos actuales de cada país y de la información obtenida en las entrevistas y grupos focales realizados con expertos, profesionales y personas usuarias.

Modelo de **regulación** de la atención en centros de día y en centros de larga estadía para personas mayores:

Todos los países disponen de una normativa para la autorización y registro de los centros de cuidados de larga duración. El cumplimiento de esta normativa permite la prestación de servicios en el sistema de atención a la dependencia. Esta regulación es en algunos casos (Alemania, Suecia) laxa y genérica mientras que en otros (España) es muy extensa y detallada.

En términos de regulación (y que tiene su impacto en la evaluación) se observan 2 tendencias.

- a. Modelos orientados por una regulación ex-ante, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva las características de las instalaciones, el equipamiento, los requisitos funcionales y de personal que deben cumplir los centros y servicios. Estos modelos, siguiendo el esquema de Donabedian mencionado anteriormente, se centran en el establecimiento de los requisitos estructurales (lo que tiene que haber en un centro) y en algunos requisitos funcionales (lo que tenemos que hacer) y muy poco en requisitos de resultado (lo que debemos conseguir). Como se indica en el estudio Estructuras para la gestión del conocimiento y la gestión de la calidad en materia de atención a la dependencia, estos modelos de regulación conceden gran importancia a la inspección del cumplimiento de dichos requisitos. Su inspección suele

requerir de gran esfuerzo y deja en segundo plano la verificación de en qué medida el servicio cumple con sus objetivos. Este sistema de regulación puede prevenir “las deficiencias más palmarias -aunque no siempre- pero resultan poco adecuadas para impulsar la calidad de la atención” (SIIS 2021).

Ejemplo de regulación ex-ante es el decreto que regula los centros residenciales de la comunidad autónoma del País Vasco (Decreto 126/2019).

(...) 2.– En relación a las habitaciones:

n) Todo residente dispondrá como mínimo en su habitación del siguiente equipamiento:

- Una cama articulada con anchura mínima de 90 cm y, en caso de ser necesario, colchón cuyas especificaciones técnicas, o superficies útiles sean adecuadas para la prevención y manejo de úlceras por presión.
- Un armario con llave y una capacidad mínima de 1m<sup>3</sup>. Las puertas del armario, incluso si fueran correderas, dispondrán de un tirador a modo de asa.
- Una mesilla de noche con cajón y esquinas redondeadas. En módulos con personas con alto grado de dependencia, incluirá una bandeja extensible.
- Una silla con apoyabrazos.
- Un timbre de llamada u otro sistema que garantice la asistencia permanente, accionable desde la cama a la altura adecuada, con aviso en un puesto de control, que permita identificar su procedencia. Además, al pulsar el timbre de llamada se encenderá un piloto sobre la puerta de la habitación, que se apagará con un pulsador de rearme.
- Las personas usuarias encamadas o con un alto grado de dependencia dispondrán de camas articuladas y con ruedas, con tren elevador, y con barras de protección.

Fuente: Decreto 126/2019 relativo a los requisitos para centros residenciales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Las regulaciones de los establecimientos de cuidados de Costa Rica, Colombia y Uruguay son también ejemplos de regulación ex ante. En los tres países se observan carencias en la regulación, no estando establecida para centros de día en Uruguay y Costa Rica y para centros de larga estadia en Colombia.

- b. Modelos de regulación que se orientan a la evaluación ex-post de los procesos de atención y cada vez más, de sus resultados. Estos modelos (Suecia, Alemania) regulan la entrada al sistema y los requisitos materiales de una forma genérica y ponen el peso de la garantía de la calidad en los procesos de inspección y de evaluación. Estos procesos se basan en la verificación del cumplimiento de los estándares a partir de los resultados en las personas y de las prácticas en la atención.

Otro aspecto en relación a la regulación, tiene que ver con su grado de extensión y detalle. Algunos países analizados incorporan sus estándares de calidad en documentos técnicos, guías o recomendaciones de buena práctica que se convierten a su vez en guías para las organizaciones y sus profesionales. Otros sin embargo incorporan sus estándares en la legislación como es el caso de Estados Unidos, Inglaterra y España. En el caso de Estados Unidos, la Ley OBRA’87 detalló los estándares que debe cumplir un centro residencial en su articulado. En el caso español, a la tendencia reguladora se le suma que existe normativa en cada una de las capas de la administración (estatal, autonómica, provincial y municipal). Los centros y servicios se ven obligados a cumplir con los requisitos de toda la normativa de aplicación, lo que se convierte en una dificultad al coexistir normativa elaborada en diferentes momentos y desde diferentes perspectivas.

En el caso sueco, son los ayuntamientos quienes establecen los requisitos para los centros y servicios en sus concursos públicos y/o en las contrataciones de agentes que van a prestar dichos servicios dentro del marco común elaborado a nivel estatal. A su vez, en este país, las condiciones relativas a cómo deben ser las instalaciones recae en el ministerio de vivienda y no en la regulación de los centros de cuidados de larga duración, en coherencia con su enfoque de desinstitucionalización.

Costa Rica, Uruguay y Colombia no disponen de requisitos para los centros de larga estadía y centros de día fuera de la normatividad vigente a excepción de Uruguay que dispone de un modelo de licitación pública de centros de día en el que establece requisitos de calidad de atención.

La **autorización (habilitación)** y registro de centros de día y centros de larga estadía para personas mayores.

Todos los países disponen de sistemas para la autorización y registro de los centros que prestan servicios a personas en situación de dependencia. Los requisitos para la autorización son más o menos exigentes en función de cada país. Aquellos menos exigentes (como es el caso de Alemania, Estados Unidos) completan los procesos de autorización con fuertes sistemas de evaluación.

Normalmente en los procesos de autorización intervienen diferentes agentes y administraciones (servicios de salud, servicios sociales, salud pública) y en algunos países dichas administraciones se integran para agilizar el proceso de autorización, como es el caso de Gipuzkoa en España.

El proceso de autorización para la prestación del servicio se contempla, en algunos casos, como un proceso administrativo y documental mientras que en otros se exige la presentación de un proyecto técnico detallado en el que la organización explicita cuál es su modelo de atención, cómo va a garantizar los derechos de las personas, qué mecanismos prevé para el cumplimiento de los estándares que le aplican, cómo encaja en las necesidades y en los lineamientos del sector, etc. Escocia y Suecia son un ejemplo de ello.

Suecia únicamente autoriza a entidades privadas como forma de hacer eficiente el sistema, atribuyendo al sistema público la capacidad técnica y económica para la puesta en marcha de los servicios. Los responsables consultados al respecto consideran que “es una buena opción para aligerar el sistema de trámites, permitiendo dedicar más esfuerzos a aquello que importa, que es el seguimiento continuo de la calidad, que se realiza para todos, tanto centros públicos como privados” (Per-Oskar Gundel, inspector IVO).

Las autorizaciones se conceden de forma indefinida siempre que no exista causa para su revocación (España) y/o por periodos de tiempo determinados. Estados Unidos concede las autorizaciones por un año y están sometidas al resultado favorable de la inspección. En el caso francés para 15 años con obligación de realizar evaluaciones externas intermedias para su mantenimiento. En el caso Sueco, las autorizaciones son indefinidas y no se cuestionan a no ser que se identifiquen deficiencias. Esta medida va en línea con la política de evitar trámites innecesarios. No queda claro el propósito del establecimiento de un plazo de vigencia de la autorización a no ser que se de en un contexto de falta de inspección regular por parte de la administración, como es el caso de Costa Rica, que prevé un plazo de 5 años en el que por lo menos se dará una inspección para la comprobación de si se mantienen los requisitos iniciales autorizados.

La autorización conlleva la inscripción en un **Registro de prestadores de servicios**. El peso que se otorga al registro en cada país es diferente siendo en Inglaterra y Escocia países en los que éste tiene una gran relevancia. Se registran todas las entidades prestadoras, sean públicas o privadas.

El registro es una herramienta de publicidad y de planificación vinculada a la administración o entidad responsable de la autorización. De publicidad porque permite a la ciudadanía conocer qué centros y entidades están autorizados, qué servicios prestan, para cuántas personas, en qué territorio, quiénes son sus responsables, entre otros datos de interés. Por otro lado, es una herramienta de planificación en la medida que permite a la administración ver la cobertura de servicios por territorios. Las entidades están obligadas a comunicar cualquier variación de datos. El registro suele incorporar información sobre las sanciones si las hubiera.

España es el único país analizado que no dispone de un registro único de entidades y centros que prestan cuidados en el país fruto de la delegación de competencias en el área de servicios sociales a las diferentes comunidades autónomas, responsables de dichos registros y de la falta de orientación hacia el establecimiento de un único registro nacional. Colombia y Costa Rica tampoco disponen de registro de prestadores. En el caso de Uruguay, se dispone pero la mayor parte de los prestadores no están inscritos debido a la dificultad que plantea el trámite de autorización. En este sentido, el responsable del Servicio de Inspección, Inversiones e Iniciativa Social de Gipuzkoa, Aitor Rodríguez Anabitarte, comparte la importancia de que *“las autorizaciones contemplen escenarios de adaptación progresiva cuando se establecen nuevos requisitos en la normativa con objeto de posibilitar el mantenimiento de los servicios existentes en el territorio, siempre que cumplan con las garantías básicas de calidad”*.

Como se ha visto en el análisis del caso, el registro escocés tiene gran relevancia en el sistema de prestación de servicios sociales. En este caso el registro se convierte en “sello” que cada entidad puede mostrar en su página web u otros sistemas de información. Lleva código asociado que permite el acceso a la información que la agencia escocesa *Care Inspectorate* dispone del establecimiento (como los resultados de sus inspecciones).

Un aspecto emergente en la actualidad y que ha sido reflejado como problema tanto por los expertos escoceses como españoles entrevistados para este estudio es que *“no existe la posibilidad de registrar servicios que estén fuera de la cartera de servicios prevista en el país o el territorio, por lo que puede suponer una traba para la puesta en marcha de servicios innovadores o que no cumplen con los requisitos previstos aun siendo de plena calidad”*.

Escocia, Inglaterra, Estados Unidos disponen de un **registro nacional de profesionales del cuidado** en centros de larga estada que contempla formación y calificación, sanciones o inhabilitaciones. Son registros públicos. En el caso escocés tiene una peculiaridad que es que se extiende a las profesionales de atención directa. Para este colectivo no ha existido una formación obligatoria reglada. Es por ello que el gobierno escocés plantea que, en un plazo de 5 años desde la puesta en marcha del registro, las profesionales inscritas realicen la formación para adquirir y certificar las competencias necesarias. Esta formación se pone a disposición desde el gobierno, que utiliza el registro para conocer las necesidades y planificar en consecuencia.

## **Homologación o acreditación**

Teniendo en cuenta que existen, además de las entidades públicas, entidades privadas con y sin ánimo de lucro que forman parte de la red de prestadores de servicios para personas en situaciones de dependencia, es común, por parte de los sistemas de servicios sociales y de salud el establecimiento de requisitos adicionales a los exigidos en la Autorización para poder prestar servicios de responsabilidad pública y recibir financiación por ello. No obstante, no todos los países lo exigen (como es el caso de Suecia y de Inglaterra).

El trámite para la obtención de la homologación no suele diferir del trámite de autorización en cuanto que se basa en la inspección y/o evaluación del grado de cumplimiento de determinados requisitos.

Los países analizados establecen requisitos adicionales en términos de:

- Aplicar y certificar un sistema de gestión de la calidad (Alemania)
- Ratio de personal, cualificación y composición de equipo profesional (España)
- Disponer de determinados protocolos de atención, registros y documentación (Gipuzkoa, España)
- Compromiso de cumplimiento de objetivos vinculados a planes sociosanitarios de la región (Francia)
- Acreditar el cumplimiento de requisitos vinculados a calidad de vida y garantía de derechos (EEUU)
- Cumplir con requisitos adicionales respecto a los servicios que establece la municipalidad (Escocia)

Uruguay y Costa Rica no disponen de procedimiento de acreditación. En el caso de Colombia, es discrecional de las entidades que quieren acreditarse como entidades prestadoras de servicios de salud. Los requisitos adicionales están relacionados con la competencia sanitaria y equipamiento.

En general, el cumplimiento de los requisitos exigidos debe demostrarse periódicamente para mantener la acreditación.

## **Inspección y evaluación**

Grosso modo, la inspección es el proceso por el que se verifica el cumplimiento de los requisitos de prestación del servicio. Suele correr a cargo de la administración reguladora aunque en ocasiones se delega en entidades independientes. El sentido de la inspección es el de determinar conformidad del servicio prestado, conocer en qué medida el servicio cumple con los requisitos que le afectan. La evaluación tiene un alcance más amplio que la inspección, pretende conocer, poner luz sobre el funcionamiento y eficacia de los centros y servicios y los resultados que se están dando en las personas. Incorpora más herramientas e información de fuentes diversas. En este sentido la evaluación está orientada a conocer el grado en que, a través del cumplimiento de los requisitos, se da respuesta al propósito del servicio y está más vinculada a conocer la calidad de la atención. En los

modelos analizados en los que la gestión de la calidad pone el foco en los resultados, resulta difícil separar la inspección de la evaluación.

A continuación vamos a señalar los aspectos clave en relación a los procesos de inspección y evaluación de los centros de cuidados de larga duración, que se establecen en los diferentes países para poder mantener las autorizaciones y acreditaciones anteriormente citadas. En los países donde la regulación es extensa y ex-ante, dichas inspecciones suelen centrarse en la verificación del cumplimiento de dichos requisitos (como es el caso de España, Uruguay, Costa Rica y Colombia). Por otro lado, los países que apuestan por modelos basados en estándares y en el conocimiento y la información, establecen procesos de evaluación detallados y que en muchos casos son los que establecen los requisitos que los centros deben cumplir. La inspectora jefe del Care Inspectorate escocés, Kirsteen MacLellan, comparte como en Escocia se pasó de la comprobación de requisitos a la evaluación de resultados *“nos dimos cuenta que el tamaño de la habitación no era lo que garantizaba la calidad del servicio y, sin embargo, era lo que estábamos mirando desde la inspección, los requisitos estructurales”*.

Qué **organismos** participan en las inspecciones y evaluaciones de los centros de larga estadía y los centros de día.

Existe mucha diversidad en los países analizados en relación a quienes realizan las inspecciones o evaluaciones de la calidad. En el caso de Alemania se realiza por entidades diferentes (el estado para los requisitos estructurales de los servicios y los consejos médicos para lo que tiene que ver con la calidad de la atención). Estas inspecciones suelen realizarse de manera integrada. En el caso de España las inspecciones se realizan por parte de los servicios de inspección de las administraciones responsables de los servicios regulados. Algunos países han creado organismos independientes de inspección y evaluación (que a su vez regulan, autorizan y generan conocimiento para la mejora) como son Inglaterra, Escocia, no vinculadas a la administración que financia los servicios. En el caso de los Estados Unidos la inspección también es doble. Por un lado el estado autoriza y verifica periódicamente el grado de cumplimiento de los requisitos estructurales y a nivel federal se realiza la evaluación del cumplimiento de estándares de calidad. En el caso de Colombia la inspección de los centros sociosanitarios está descentralizada en las delegaciones territoriales sociales y de salud. En el caso de Uruguay, participan el ministerio de salud y el ministerio social y para Costa Rica es el Ministerio de Salud el responsable.

**Marco de la inspección.** Alemania, Suecia, Inglaterra, Escocia y Estados Unidos tienen marcos comunes para la evaluación de la calidad de los centros residenciales y centros de día a pesar de los diferentes grados de descentralización en la regulación y en la prestación de los servicios. Esta forma permite a los países disponer de información homogénea de todo el sistema. En estos casos, donde existe un marco común, los procedimientos y herramientas de inspección y evaluación son públicos y se incluyen en documentos que están al alcance de los proveedores de servicios y de la ciudadanía.

**Revisión de los marcos y contenidos de las evaluaciones:** en el análisis realizado una característica evidenciamos como algunos países han ido cambiando su enfoque de inspección y metodología atendiendo a la voz de los agentes implicados, a la propia eficacia del sistema de evaluación (Alemania en 2019 y Francia en 2022) y/o a la necesidad de incorporar cambios ante contingencias como la

Covid-19 (Escocia en 2020). Inglaterra está actualmente revisando en profundidad su marco de evaluación.

**Cómo se elaboran los marcos de evaluación:** tanto Escocia como Inglaterra y Suecia realizan revisiones del marco de evaluación con personas usuarias de los centros y servicios, con profesionales y con asociaciones y expertos. La metodología de construcción participada se convierte en requisito para las propias agencias o administraciones, en coherencia con aquello que promueven las convenciones internacionales respecto a los derechos de las personas mayores y/o con discapacidad y generalmente las propias legislaciones cuando reconocen el derecho de las personas a la participación en su propia atención.

**Motivo** de las inspecciones y evaluaciones: en todos los países analizados las inspecciones, además de para asegurar la garantía de la calidad de forma periódica, se dan también ante quejas, reclamaciones y denuncias. En este caso se respeta el anonimato del reclamante si este lo requiere y son sin previo aviso. En el caso de las inspecciones periódicas estas pueden ser con o sin previo aviso al establecimiento como es el caso de EEUU y Alemania. En EEUU las inspecciones pueden realizarse de lunes a domingo y a cualquier hora del día.

**Frecuencia** de las inspecciones y evaluaciones: los modelos analizados plantean plazos para la realización de las inspecciones en torno al año, en la mayor parte de casos. En el caso guipuzcoano es un mandato regulado para los centros de mayores. Algunos de ellos se basan en la información previa recogida para priorizar los plazos en los que hacer las evaluaciones. Es el caso de Alemania, que recoge indicadores de resultados en salud que sirven a la inspección para planificar la inspección, al igual que en el caso inglés. Para ello disponen de sistemas de información compartidos con los centros. La frecuencia de inspección también viene determinada por los resultados de inspecciones previas realizadas y por el historial de incumplimientos. Aspectos como la alta rotación de personal o frecuentes cambios de dirección son motivo de aumento de frecuencia de la inspección en el caso de Estados Unidos.

La percepción de los expertos consultados en relación a la frecuencia de la inspección en Costa Rica y que resumen Marisol Rapso en su informe es que “éstas son insuficientes, muy escuetas y no toman en cuenta los criterios de todo el personal. De realizarse periódicamente podrían mantener la calidad de servicio”.

**Alcance** de la inspección/evaluación: en la documentación y estudios analizados parece que existe una tendencia generalizada a la mayor cobertura de inspección y evaluación en centros residenciales frente a centros de día y servicios en el domicilio y/o prestaciones económicas para la contratación de servicios personales.

**Procedimiento** de la inspección

Nos encontramos con sistemas con una inspección/evaluación altamente procedimentada (ejemplos de ello son Escocia y Alemania) y de amplio espectro, con países que no detallan en un procedimiento ad-hoc sobre cómo es la inspección y que realizan inspecciones más bien focalizadas en aspectos concretos, que van emergiendo, como es el caso de Suecia. Tanto Escocia como Alemania disponen de guías que detallan al completo el procedimiento de evaluación (fases, instrumentos, interpretación de

ítems, etc.). Estas guías sirven para la autoevaluación de los centros. Este es uno de los aspectos que se destaca por los prestadores de servicios en Escocia *“las reglas del juego están claras para todos, sabemos qué nos van a evaluar y tenemos a nuestra disposición estrategias para la mejora”* (Andrew Thomson). Gipuzkoa cuenta con un software de inspección que aporta transparencia al proceso de chequeo de los requisitos estructurales. No existen guías detalladas y compartidas para los procesos de inspección de Costa Rica, Colombia y Uruguay.

**Cualificación** del personal que realiza las evaluaciones:

Alemania prevé que los miembros del equipo de evaluación sean de una profesión sociosanitaria, tener habilidades de liderazgo y conocimientos en el campo de la garantía de calidad. Al menos un miembro del equipo de evaluación debe tener formación de auditor o una calificación equivalente en términos de contenido y alcance.

En el caso de Suecia, la responsable del IVO, Frida Tamker, relata como para ser inspector/a del IVO es indispensable la experiencia como trabajador/a en servicios sociales *“incorporamos a personas que tienen una trayectoria en los servicios, que los conocen, que saben ver dónde están los problemas, comprender lo que ocurre, que saben hacer las preguntas adecuadas. La edad media del equipo es de 48 años...”*. Este aspecto es compartido por la agencia escocesa Care Inspectorate. El Care Inspectorate define además las competencias para la inspección y es obligatoria la formación para acceder al *“cuerpo de inspección”*. La multidisciplinariedad de los equipos también es un aspecto que se remarca tanto por el responsable del servicio de inspección guipuzcoano *“con el tiempo se ha hecho necesario contar con expertos de diferentes disciplinas, disponemos de abogados, enfermeras y trabajadoras sociales”* y el IVO.

**Ámbitos** que cubre la inspección:

Escocia	Suecia	España	Islandia	UK	EEUU	Alemania
Cumplimiento de garantías mínimas (riesgo) y de los estándares de atención que se evalúan en base a los indicadores comunes definidos para los que se buscan evidencias	Basado en riesgos (detección de casos de restricciones a la libertad, negligencia o malos tratos) Aspectos de calidad de la atención sobre los que se quiera hacer seguimiento Eficacia de los sistemas de gestión de la calidad	Cumplimiento de requisitos en relación a: Instalaciones Equipamiento Cumplimiento de normativas salud pública y emergencias Ratios y cualificación de personal Documentación y registros.	Cumplimiento requisitos definidos en el plan de calidad de servicios de salud, el reglamento sobre los indicadores de calidad, los <a href="#">requisitos establecidos para residencias para personas mayores (ed. III, 2016)</a>	Cumplimiento de estándares fundamentales. Se realiza a través de las preguntas clave respecto a: Seguridad frente abuso y negligencia Efectividad respecto a calidad de vida Respeto en el trato y acompañamiento	Estado: verifica el cumplimiento de requisitos materiales, funcionales y de personal establecidos en su normativa. También quejas y denuncias. CMS evalúa grado de cumplimiento de estándares de calidad en los servicios	Apoyo en la movilidad e independencia Apoyo en la enfermedad Apoyo en la vida cotidiana y relaciones Apoyo en situaciones especiales y en la continuidad de cuidados Aspectos organizativos y de gestión



	implantados			Respuesta a necesidades de las personas Liderazgo, gestión y organización	prestados en el marco de Medicare y Medicaid	
--	-------------	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

En Colombia, Costa Rica y Uruguay, aquellos establecidos en sus regulaciones y que tienen que ver con las instalaciones, el personal, el equipamiento, la documentación y algunos requisitos de proceso (valoración, plan de intervención, programas de actividades, nutrición, etc.)

Todos los países analizados incorporan aspectos de seguridad en la atención y aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios, exceptuando el sistema español (actualmente en transición hacia un nuevo modelo de inspección y evaluación descrito en el Acuerdo de Acreditación y Calidad del Gobierno de España).

El enfoque sueco dista mucho del resto de países al estar fundamentalmente enfocado a aspectos críticos de la atención y/o a áreas de interés que van surgiendo en el sector. El peso de la evaluación recae en las propias organizaciones quienes recogen los datos que se muestran en el sistema de comparaciones abiertas. Las encuestas a las personas usuarias de los servicios y la información compartida en los registros nacionales son elementos fundamentales también en la evaluación del sistema.

Entre las **técnicas** utilizadas por los servicios de inspección y evaluación están las siguientes:

- Análisis de información previa a la inspección/evaluación y/o monitoreo continuo de datos. Cobran especial relevancia para esta técnica los sistemas de información existentes y la interoperabilidad de los mismos
- Observación
- Entrevista con personas usuarias, familiares y profesionales
- Discusión técnica con profesionales
- Revisión de documentación y registros
- Verificación de la información aportada
- Muestreo aleatorio de “casos”

Papel **asesor** de las agencias u organismos de inspección y evaluación.

En los países analizados identificamos un cambio progresivo en el rol de la inspección, pasando del control al asesoramiento o asistencia técnica desde el conocimiento. En el caso de Escocia y de Inglaterra el papel asesor y por tanto la relación entre inspector y centro es constante a lo largo del

año, más allá de la inspección. Los inspectores son estables en periodos de tiempo prolongados para favorecer dicha relación de confianza y colaboración.

**Participación** de las personas en la evaluación.

Como hemos apuntado anteriormente Escocia e Inglaterra promueven la participación de personas usuarias y familiares en la inspección. Son considerados expertos y son formados para que puedan mantener entrevistas con personas usuarias de los servicios inspeccionados. Su participación facilita la obtención de información por parte de las personas usuarias así como la mejora de los procedimientos de inspección al incorporar el punto de vista de la persona usuaria en su diseño.

Por otro lado, las evaluaciones se completan con **encuestas** a las personas usuarias y forman una parte importante de la evaluación. Es el caso de Suecia, Escocia, Alemania que han optado por realizar las encuestas nacionales que permiten la comparación de resultados en todo el país o territorio. Los aspectos explorados en dos de los casos se exponen a continuación:

Escocia	Suecia
Emociones y bienestar Satisfacción con: Los apoyos El trato La autonomía La Comida Vida cotidiana significativa Conocimiento del personal Trabajo en equipo Accesibilidad al personal Los espacios y la privacidad La participación en las decisiones	Percepción del estado de salud Valoración de las instalaciones del centro Valoración de la alimentación Actitudes del personal Participación, autonomía y personalización Percepción de seguridad Valoración de actividades de ocio Soledad percibida Disponibilidad de la atención - Acceso a los profesionales Satisfacción general
<a href="#">How good is your care</a> Care Inspectorate, 2019	<a href="#">Vad tycker du om ditt äldreboende?</a> Socialstyrelsen, 2022

La encuesta escocesa está redactada en primera persona y siguiendo parámetros de accesibilidad cognitiva.

**Wellbeing**

1. How I feel: (tick all that apply)

I feel safe




I feel valued




I feel bored




**Staff team**

Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree	Don't know

7. I feel the staff:

- know what they are doing
- work well together

Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree	Don't know

8. The staff team:

- I get on well with the staff
- I am able to get help from staff when I need it
- Staff treat me well

9. Comments on the staff team

3

8

Ambos países publican sus resultados. En el caso sueco se identifica como problema la tasa de respuesta (en torno al 50% de la población atendida) y el reto que supone obtener información de las personas con demencia.

El informe reciente de la National Academies of Sciences de EEUU “The National Imperative to Improve Nursing Home Quality” pone de manifiesto la falta de la voz de las personas en los procedimientos estatales de evaluación de la calidad. Si bien los proveedores en su mayoría realizan encuestas a sus clientes, los resultados no están en el sistema, no son comparables y caben dudas sobre la validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados.

En el caso español igualmente las encuestas se realizan desde los proveedores de servicios y no se precisa que sus resultados sean públicos.

**Publicación** de resultados e informes de la evaluación desde la administración. Se evidencia una tendencia creciente a la publicación de los resultados de la evaluación como estrategia para la promoción de la calidad por parte de los prestadores, como ejercicio de transparencia con la ciudadanía y para favorecer la libre elección informada cuando los resultados son publicados por centro. Los países han elaborado sistemas de calificación en el caso americano por ejemplo y/o de información sobre los resultados que los centros obtienen en las inspecciones y en qué grado cumplen los estándares establecidos. Estados Unidos, Escocia, Alemania, Inglaterra publican los informes de evaluación. En el caso sueco, la publicación de resultados se realiza por municipio, no por centro. En España, si bien se prevé en el recientemente aprobado Acuerdo para la Acreditación, actualmente no se publican resultados ni informes de inspección aunque sí, en algunos casos, se publican las sanciones como una información más del Registro.

En Estados Unidos existe una lista de centros que forman parte del Special Focus Facility Program (CMS.gov). El Special Focus Facility Program identifica a los centros con deficiencias en el cumplimiento de estándares. También expone cómo se categorizan los centros respecto a la evaluación y se informa del identificativo que se usa para aquellos que “tardan” en compartir información con las bases de datos nacionales de la CMS y/o con otros estamentos. En el último listado publicado hay más de 500 centros residenciales.

La Agencia para la Calidad Inglesa, que autoriza y realiza las evaluaciones de todos los centros de personas mayores, refleja en sus informes las buenas prácticas así como las preocupaciones y los incumplimientos que en la inspección se observan. A su vez, emiten juicios de valor sobre la calidad observada en las dimensiones clave que han sido objeto de la inspección y se hacen recomendaciones para ayudar al proveedor a mejorar su calificación. Los profesionales de la inspección se someten a controles de calidad que chequean la coherencia de sus valoraciones.

*“St Teresa's Nursing Home es una residencia de personas mayores que proporciona cuidados personales y de enfermería a un máximo de 70 personas. En el momento de la inspección vivían en la residencia 44 personas. El hogar se distribuye en tres plantas y las áreas dentro de la casa se han separado en tres "alas": Las personas se ubican en las alas según sus necesidades, por ejemplo, cuidados de enfermería o de demencia. Las personas y sus familiares nos dijeron que se sentían seguros en la residencia. Los incidentes de protección se comunicaron a los organismos correspondientes. El personal se sentía confiado para plantear problemas de seguridad al director registrado y era consciente de las agencias externas a las que podía informar de sus problemas. Se han identificado los riesgos para las personas y se han establecido directrices para que el personal reduzca el nivel de riesgo para las personas. Se realizaron comprobaciones para garantizar la seguridad del entorno y del equipamiento. Los procedimientos de control de la infección estaban bien. Los medicamentos se gestionaban de forma segura”.* Extracto del resumen de un informe de inspección inglés (CQC.org.uk)

Astid Lindström, experta en modelos de atención a la dependencia de los países nórdicos, apunta también a que la transparencia ya no viene dada únicamente por la publicación de resultados en los portales públicos sino que las web de las propias entidades y centros muestran a la ciudadanía información sobre sus establecimientos con gran detalle, “las personas pueden ver, a través de fotos y videos dónde van a vivir.”

## **Calificaciones**

Algunos países incorporan califican la calidad de los centros mediante un ranking de puntuación, global en algunos casos (EEUU) y por áreas en otros (Escocia). Los responsables del Care Inspectorate escocés remarcan la importancia de que la puntuación se de por estándares de tal forma que la información que se ofrece es de mayor calidad para la toma de decisiones (“buenos resultados en unos estándares no tapan los malos resultados en otros, las personas tienen el derecho a conocer”).

Colombia utiliza una calificación para los establecimientos sociosanitarios inspeccionados que determina por un sistema de colores (rojo-amarillo-verde) el grado en que cumple con los requisitos establecidos. Este distintivo debe colocarse en un lugar visible del establecimiento.

El papel de las recomendaciones, **guías de buenas prácticas** para la promoción de la calidad.

Los países analizados, además de poner énfasis en los procesos de evaluación de la calidad, se caracterizan por haber desarrollado importantes estructuras de generación de conocimiento que se pone al servicio de los centros y servicios que prestan cuidados a personas mayores. Estas guías y recomendaciones aportan a las organizaciones el último conocimiento y las herramientas para dar cumplimiento a los estándares de calidad y así promover la calidad de vida de las personas. Algunas de las directrices que promulgan son vinculantes y de obligado cumplimiento. Entidades como el Socyalestirelsen sueco, The Hub escocés, la propia Care Quality Commission inglesa, NICE y el SCIE en reino unido, la Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege alemana y la Haute Autorité de Santé francesa son ejemplos de ello.

Finalmente, destacar como la **autoevaluación** es requerida en varios de los países revisados. Se contempla como herramienta de aprendizaje y de mejora continua en la medida que permite a los equipos comprender y tomar conciencia de los estándares que les aplican para promover una buena atención y garantizar los derechos de las personas y, a su vez, identificar problemas a solucionar y buenas prácticas a afianzar generando una cultura de la calidad. Se promueve activamente la participación de las personas en estas evaluaciones. Es el caso de Escocia y Francia. En Escocia, de hecho, uno de los propósitos de la *Care Inspectorate* es que los servicios evalúen su propio rendimiento de tal forma que el marco para la autoevaluación es el marco que utiliza luego la agencia para evaluar los servicios. “Ninguna entidad debería sorprenderse de un hallazgo en la inspección, es la entidad la que tiene que controlar primeramente lo que no funciona” Craig Morris, director ejecutivo Care Inspectorate. En la actualidad, el Care Inspectorate está extendiendo la obligatoriedad de las autoevaluaciones en los diferentes servicios sociales, habiendo iniciado con los servicios a la infancia, los responsables indican que se incorporará en los servicios para personas mayores que lo están empezando a usar de forma discrecional.

**Sistemas de información.** Todos los países analizados contemplan procesos para compartir información entre los establecimientos y los equipos de habilitación, registro y monitoreo. Resultados de indicadores clave, documentación, formularios de solicitud, comunicación de incidentes, encuestas de centro, datos de la evaluación individual de las personas que viven en los centros, información relativa a personal, etc. Si bien sigue siendo un área en la que se identifican áreas de mejora, tanto por parte de entidades prestadoras, que advierten del tiempo que debe destinarse a ello, existencia de duplicidades, etc. como por parte de las administraciones, que a veces dudan de la veracidad de los datos reportados, son un eje fundamental de todos los sistemas vistos y están en las políticas como áreas de desarrollo futuro.

## **Estándares de calidad**

Algunos de los modelos analizados (Escocia, Alemania, Inglaterra, Estados Unidos) establecen **estándares vinculantes** de atención. Estos estándares o criterios establecen cómo deben prestarse los servicios en los centros residenciales para personas mayores y/o qué resultados se deben obtener. Los requisitos materiales y funcionales que se detallan en normativas pueden entenderse igualmente como estándares del servicio cuando no existe desarrollo de los mismos más allá del marco normativo. Los estándares suelen ser especificaciones sobre cómo deben hacerse los procedimientos de atención o sobre los resultados desde el punto de vista de las personas. A continuación se muestran algunos ejemplos de estándares de diferentes países que han sido analizados en este trabajo. Estos estándares corresponden a listados amplios de estándares que pueden ser consultados en las webs referenciadas a pie de página. Estos y otros han sido analizados para la elaboración de la propuesta de estándares e indicadores que se presenta en el ANEXO TÉCNICO 3.

Estándar sueco: *“El personal ayuda a fortalecer la autoestima de la persona mayor y confianza en su propia capacidad”*<sup>50</sup>

Estándar inglés: *“No debe recibir atención o tratamiento inseguro ni correr el riesgo de sufrir daños que podrían evitarse. Los proveedores deben evaluar los riesgos para su salud y seguridad durante cualquier atención o tratamiento y asegurarse de que su personal tenga las calificaciones, la competencia, las habilidades y la experiencia para mantenerlo a salvo.”*<sup>51</sup>

Estándar estadounidense: *“El establecimiento debe tener suficiente personal de enfermería con las competencias y habilidades apropiadas para proporcionar servicios de enfermería y los servicios relacionados para garantizar la seguridad de los residentes y lograr o mantener el bienestar físico, mental y psicosocial más alto posible de cada persona, según lo determinado por las evaluaciones y los planes individuales de atención de las personas”*<sup>52</sup>.

Estándar escocés: *“Estoy totalmente involucrado en el desarrollo y revisión de mi plan personal, que siempre está disponible para mí.”*<sup>53</sup>

Como puede observarse en los estándares anteriores, no existe homogeneidad en su definición o conceptualización, al igual que no existe en cuanto a la definición de la calidad. No obstante, en todos los países estos estándares se tienen en cuenta a la hora de realizar las inspecciones y las evaluaciones de los centros y sirven de referencia para la realización de los informes.

---

<sup>50</sup> Socialstyrelsen. 2012. Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannarad/2012-2-20.pdf>

<sup>51</sup> Care Quality Commission 2022. The fundamental standards. <https://www.cqc.org.uk/about-us/fundamental-standards>

<sup>52</sup> Ley Obra, título 42, capítulo IV, subcapítulo G, § 483.35 Nursing services. (2022). [eCFR :: 42 CFR 483.35 -- Nursing services.](#)

<sup>53</sup> Health and social care standards <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2017/06/health-social-care-standards-support-life/documents/health-social-care-standards-support-life/health-social-care-standards-support-life/govscot%3Adocument/health-social-care-standards-support-life.pdf>

Destaca la experiencia escocesa en la que los estándares han sido elaborados con las personas usuarias y que están redactados en primera persona, en coherencia con el propósito del sistema cuyo objetivo es lograr los mejores resultados para todos, que las personas se sientan seguras y experimenten servicios de alta calidad que respondan a sus preferencias, necesidades y deseos (Care Inspectorate s.f.)

Por otro lado, cómo el estándar se convierte en una herramienta (más si cabe si están redactados en primera persona) de comunicación sobre lo que la persona usuaria puede esperar del servicio y compromiso para los proveedores y administración.

Los modelos analizados incluyen la garantía de los derechos de las personas en sus estándares así como los principios de la atención centrada en la persona, algunos con mayor intensidad que otros. Todos incorporan estándares relacionados con la seguridad en la atención.

Todos los países incluyen estándares relacionados con el liderazgo, la gestión de la organización y la capacitación, siendo Escocia e Inglaterra los que mayor foco ponen en ello. Este es un aspecto que se considera muy relevante para el cambio de paradigma de cuidado (centrado en las personas vs. centrado en el servicio).

### **Indicadores de calidad**

Como herramienta para monitorizar la calidad de la atención, los países analizados establecen indicadores de rendimiento, que se recogen desde la administración y que sirven a su vez para hacer seguimiento del sistema en su conjunto por territorios o a nivel país. La mayor parte de las ocasiones la información recogida se basa en datos cuantitativos relativos a la persona pero existen países cuyos indicadores definidos se valoran con un juicio de valor por parte del evaluador en base a las evidencias observadas (Escocia).

Los países recogen información sobre participación de la persona en su plan de atención, información sobre salud y riesgos en la atención, ratios de profesionales, satisfacción de las personas usuarias, etc.

La información se recoge desde diferentes fuentes: encuestas a personas, encuestas a centros, bases de datos compartidas entre centros y administración, registros nacionales de salud, etc.

A continuación se aportan (no de forma exhaustiva) las dimensiones y variables que agrupan los indicadores de los modelos analizados:

Dimensión	Variables
<b>Salud y seguridad</b>	Dolor Caídas Úlceras Medicación Hospitalizaciones Incontinencia Alteraciones comportamiento Percepción estado de salud Infección

	Coordinación con servicios salud
<b>Derechos</b>	Accesibilidad a la atención Participación individual Participación colectiva Protección frente a abusos y malos tratos Quejas y reclamaciones Trato Fin de vida y cuidados paliativos Apoyos de calidad
<b>Vida significativa</b>	Entorno y ambiente Actividades Conexión con la comunidad Alimentación Familia Personalización cuidados y apoyos Soledad
<b>Gestión y organización</b>	Ratio y rotación de personal Ocupación, plazas, servicios prestados Liderazgo y gestión

Fuente: elaboración propia a partir de los paneles de indicadores de los modelos analizados.

Los modelos analizados presentan baterías de indicadores de distinta magnitud (14 en Francia, 30 indicadores clave en EEUU, 77 en Alemania). Los indicadores de primer nivel de Escocia y de Suecia tienen un enfoque centrado en la persona, en su bienestar y en la garantía de derechos. En ambos casos existe una definición detallada de cada uno de los indicadores que ayuda a su cumplimentación.

Por otro lado, también se evidencia la coexistencia de tipos de indicadores distinto tipo:

- Indicadores de estructura: Ratio de personal (Suecia)
- Indicadores de proceso: El centro dispone de un sistema de registro de constancia por escrito de la medicación administrada a las personas usuarias y de las incidencias (Cataluña)
- Indicadores de resultado: Tasa de sujeciones (Francia)
- Indicadores de percepción: Normalmente el personal le responde de forma adecuada (Suecia)

Existe una clara tendencia hacia indicadores de proceso y de resultados y a su vez, dos tendencias, una que prioriza datos clínicos/asistenciales (Estados Unidos, Francia, Alemania) frente a otra que prioriza aspectos vinculados al bienestar (Suecia, Escocia) y/o a la gestión (Escocia).

A pesar de la importancia del acompañamiento en la etapa final de la vida y la escasa cobertura de los cuidados paliativos en el mundo (14% de las personas que la necesitan según la OMS 2020), no existen apenas indicadores que reflejen actuaciones al respecto y sus resultados.

Ni en estándares ni en indicadores hemos encontrado referencias explícitas a cuestiones de género más allá del deber de garantizar el respeto y dignidad a todas las personas que viven o acuden a los centros de cuidados.



## 6.2. Referencias identificadas respecto a la eficacia de los diferentes sistemas de promoción de la calidad en los cuidados de larga duración.

A pesar de los desarrollos de las políticas de cuidados en la mayor parte de los países de la OCDE, la información disponible y comparativa entre países no es suficiente. Como se ha apuntado al inicio de este trabajo, las peleas en torno a la definición de la calidad (Cès et al. 2019 y Zigante et al. 2019) y sus estándares en términos de ratios y roles del personal, capacitación, modelo, etc. siguen existiendo a nivel internacional. En la publicación de la OCDE que analiza las reformas de los sistemas de cuidados, queda patente cómo el poder comparar la eficacia de diferentes políticas y recursos es un objetivo simple pero una tarea difícil (Gori et al., 2015).

Tal y como plantean Malley, Trukeschitz y Trigg (Malley et al., 2015), a nivel global, de cara a evaluar la eficacia de los sistemas de promoción de la calidad, cabe verlos en un contexto amplio:

- Todos los sistemas tienen lugar en un contexto determinado, con unas administraciones determinadas, con unos proveedores determinados, etc., por lo que los resultados de los mismos instrumentos pueden variar de un contexto a otro, de una región a otra, e incluso, de un centro a otro.
- Por otro lado, otro de los determinantes de los resultados o la eficacia de los sistemas de promoción de la calidad implantados dependerá de la cultura de la organización donde se implantan. Factores como el propósito y la motivación con el que se implantan determinados instrumentos, el estilo de liderazgo y de gobernanza, la cultura de cohesión, el clima laboral, el enfoque de la organización respecto al cuidado y a las personas, pueden hacer que el impacto de los instrumentos sea distinto (Maley et al., 2015).

Del análisis realizado por las autoras, y de las evidencias recientes, respecto a la eficacia de los instrumentos para la promoción de la calidad cabe destacar lo siguiente:

### **Regulación**

Respecto a los instrumentos regulatorios, se observa cómo no siempre la regulación tiene el efecto deseado. Entre las causas puede estar la resistencia a la misma, el usarla de forma interesada, el cumplimiento ritual, la falta de transparencia entre otros (Boyne et al., 2002). Los estudios realizados muestran cómo la relación entre los aspectos estructurales regulados y los resultados en las personas son equívocos e inexistentes a excepción de la relación profesional-persona. Kajonius y Kazemi, en un estudio con una amplia muestra de personas mayores que pretendía examinar la validez del modelo Donabedian, sugieren que la calidad en la atención a las personas mayores viene determinada principalmente por factores relativos a los procesos, a la relación y comportamiento de los cuidadores con las personas mayores, más que a los elementos estructurales. El único elemento estructural que identifican como predictor de la calidad es el número de profesionales por persona, mientras que los

que mayor significancia obtienen de cara a la satisfacción de las personas son el respeto y el acceso a la información (Kajonius y Kazemi, 2016).

Por otro lado, existe duda de hasta qué punto los estándares regulados responden a evidencia científica y a lo que es importante para las personas (Mor et al., 2014). La cantidad de requisitos también puede ser un problema. Para Estados Unidos, en el informe *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality* se aportan referencias que apuntan a que grandes números de requisitos legales generan largas listas de comprobación que fomentan el cumplimiento técnico impidiendo que los proveedores centren la atención en la calidad de vida de las personas (National Academy of Science, Engineering and Medicine, 2022).

La falta de actualización de las normativas a los cambios sociales también se ha observado como una traba a la innovación y a la incorporación de mejoras en los centros de cuidados en EEUU. Normativas que fijan requisitos de edificación y dotación elaboradas en fechas en las que imperaba el modelo hotelero-hospitalario, dificultan la personalización, la transformación de los espacios para hacer grupos de convivencia reducidos (Grabowsky 2017; Mitchel, 2021), aspecto que, a su vez, puede mejorar el control de las infecciones como ha quedado de manifiesto durante la COVID.

Otro aspecto que destacan Malley y col. (Malley et al., 2015) coincide con los testimonios recogidos en las entrevistas con expertos y tiene que ver con que, en ocasiones, la regulación no está alineada con aquello que para los proveedores y personas usuarias es importante (A. Rodríguez, A. Lindström y C. Hernández). Una de las inspectoras jefe del Care Inspectorate escocés, K. MacLellan, apuntaba en la entrevista mantenida que el tamaño adecuado de la habitación no impedía a una persona estar experimentando una atención de mala calidad, así como tampoco, un número de profesionales predeterminado. En estos casos es cuando se dan incumplimientos parciales, cumplimiento ritual, distorsión de prioridades e ineficiencias. La observación de los requisitos establecidos en la normativa permite identificar a qué se le da valor desde la administración (a las infraestructuras, equipamiento y aspectos de seguridad clínica como es el caso de Gipuzkoa o a los resultados en las personas, el trato y la organización como es el caso de Escocia) y, por tanto, en qué se van a basar las inspecciones y las organizaciones prestadoras de cuidados.

La falta de formación y experiencia y la elevada rotación de los inspectores cuando se trata de evaluar el cumplimiento de requisitos legales complejos, en ocasiones, también puede ser un problema que influye en la eficacia de este instrumento en la promoción de la calidad dada la variabilidad entre inspectores y la falta de identificación de fallos graves en los centros de larga estadía (National Academy of Science, Engineering and Medicine, 2022).

En relación a la ratio de personal, es el aspecto donde sí hay estudios concluyentes (Spilsbury, 2011; Castle, 2008; Chen y Grabowsky, 2015) en los que se observan relaciones positivas entre la dotación de personal y la calidad de los cuidados y también evidencias de que una mayor ratio de cuidadoras y de enfermeras con menor número de citaciones por deficiencias graves y mejora en resultados de salud de las personas. No obstante, se sugiere que no solo es el número de profesionales el que tiene una afectación en la calidad de la atención sino que otros aspectos, como la rotación del mismo y la supervisión de la práctica profesional, son igual de determinantes. Estos dos últimos aspectos, habitualmente, no están regulados.

Los centros de larga estadia de Inglaterra y Estados Unidos informan mensualmente del número de profesionales y de su rotación (nos referimos a altas y bajas, no a la asignación estable del personal en cuanto a los cuidados de un grupo estable de personas). Esta información está al alcance de la ciudadanía en el caso estadounidense en la herramienta Care Compare.

Los países que han optado por regular poniendo el foco en los objetivos del sistema (bienestar, garantía de derechos) (Inglaterra, Escocia y parcialmente, EEUU) han establecido requisitos sobre los procesos de atención y resultados en las personas que resultan difíciles de supervisar, siendo la observación in situ y la entrevista con las personas en ocasiones la única forma de hacerlo lo que complejiza el proceso de inspección y evaluación. En este sentido, parece que normas sobre procesos y resultados generan mayores costes para el seguimiento y una mayor variabilidad en su evaluación que las basadas meramente en el chequeo de lo estructural (que en ocasiones se realiza documentalmente).

Para mitigar la variabilidad entre inspectores, los países incorporan mecanismos de control de calidad y supervisión de los juicios de los inspectores (Escocia e Inglaterra) o prevén formación y acompañamiento a los nuevos inspectores en Estados Unidos.

Por otro lado, algunos países (Escocia, por ejemplo) asignan a la inspección un rol de acompañante/asesor de la mejora que pretende trascender la función exclusiva de control de cumplimiento de la regulación. Esta nueva función exige estabilidad (no rotación) del funcionario, aspecto que ha sido cuestionado por miedo a que la relación socave la imparcialidad en las sesiones con expertos a propósito de este trabajo. En el caso escocés los inspectores están con la misma entidad durante un periodo de tiempo suficiente para el establecimiento de una relación de confianza. No obstante se realizan cambios para evitar que el exceso de tiempo y de conocimiento de la organización impida la detección de asuntos importantes (K. MacLellan). En el caso sueco se opta por la discusión de los hallazgos de inspección con pares (que forman equipos de contraste) antes de la emisión del informe de inspección (Per-Oskar Gundel).

Finalmente, en relación a cómo se actúa ante casos de mala calidad de la atención e incumplimiento de las normativas, existen diversas fórmulas. Países que optan por la notificación de la infracción, la inspección ad-hoc sin aviso, la sanción y/o la retirada de financiación, cese y cierre definitivo. En relación a los cierres de centros, cabe destacar el impacto negativo en las personas ampliamente estudiado (Holder y Jolley, 2012) y que debería ser tenido en cuenta por las administraciones cuando se baraja esta medida en aras de garantizar la calidad dado el efecto que tiene en las personas. La eficacia de las medidas punitivas es cuestionada y existe incertidumbre sobre cuál es la mejor estrategia para la mejora de entidades que tienen un desempeño deficiente (OECD/UE, 2013). En un sondeo realizado por la European Social Network en los diferentes países europeos, se evidencia como la tendencia, cuando se identifican áreas susceptibles de mejora, es seguir un enfoque gradual de la aplicación de las amonestaciones o sanciones, tratando de adoptar la acción menos restrictiva para conseguir la mejora. La aplicación de las sanciones es un último recurso y tiene lugar después de que todos los esfuerzos de colaboración para mejorar hayan sido infructuosos (European Social Network, 2021).

Parece que, si bien la regulación es el instrumento más comúnmente aplicado por los gobiernos para promover la calidad, esta no es infalible ni siempre determinante de la calidad de la atención. La vigilancia de cumplimiento de la regulación es exigente para las administraciones a la vez que exigente para los proveedores, que se quejan de los costos y tiempos que supone cumplir con la regulación que no siempre apunta a lo que es relevante para las personas. A su vez, existen voces que apuntan a que la regulación impide el desarrollo de la innovación y la mejora continua (OECD/UE, 2013).

Por todo ello, la tendencia de los países en la actualidad es a complementar las regulaciones y la inspección con otros mecanismos como son la elaboración de estándares de atención de forma participada (Inglaterra, Escocia), la promoción del conocimiento a través de la generación de guías de buena práctica, la promoción de la autoevaluación o autorregulación (Francia, Alemania, Escocia), las encuestas de satisfacción (Alemania, Escocia, Suecia) o el compartir información sobre la calidad de la atención (EEUU, Escocia, Suecia, Alemania, etc.) con la ciudadanía.

### **Incentivos**

En relación a los mecanismos que promueven la calidad con incentivos, las pruebas de su eficacia son limitadas. El enfoque de pago más común ha sido y sigue siendo el pago por servicio, cuando se paga por la cantidad o intensidad del cuidado recibido. Este pago es independiente a los resultados obtenidos en la persona. Observado esto como una barrera para la calidad, EEUU, optó hace décadas por impulsar estrategias de pago por desempeño y pago por valor. Estos sistemas demostraron eficacia respecto a algunas medidas clínicas (uso de sujeciones, dolor y úlceras) mientras que otras medidas, como el número de deficiencias detectadas empeoró y la dotación de personal se mantuvo (Werner et al., 2013). Según se relata en el informe de la ANESM, el impacto positivo en la calidad de la atención de las medidas de pago por desempeño y pago por valor ha sido limitado y en ocasiones inexistente (National Academy of Science, Engineering and Medicine, 2022).

Por otro lado, se identifican consecuencias negativas y peligros asociados a estos instrumentos: La tendencia a centrarse en los elementos que son objeto de medida (de incentivo), la (in)exactitud de las medidas cuando son recogidas por tanto por los propios proveedores como por agentes externos o la selección de los mejores perfiles para poder tener mejores resultados. Por otro lado, cabría lidiar con el riesgo de que los fondos se balanceen hacia los mejores proveedores, dejando a los que peores resultados tienen sin suficiente financiación y, por ende, con una menor capacidad para mejorar. No obstante, según las autoras, estos peligros no han sido suficientemente estudiados (Malley et al., 2015).

### **Instrumentos relacionados con el conocimiento y con la información**

Finalmente, las autoras (Malley et al.) recogen datos sobre la evaluación de las herramientas de conocimiento e información para apoyar la mejora de la calidad de los cuidados.

La adopción voluntaria de sistemas de gestión de la calidad (genéricos o específicos), puede promover la mejora continua de la atención. Existe una tendencia desigual entre países en la adopción de este

tipo de estándares, que se usan por parte de las organizaciones como una herramienta para visibilizar su compromiso con la calidad y posicionarse en el mercado. No obstante, no siempre la adopción de sistemas y estándares de calidad, tanto si son genéricos como si son específicos del sector de atención socio sanitaria supone, en las organizaciones que los aplican, mejoras en cuanto a calidad en la atención.

Tras el estudio de diferentes modelos y sistemas entre los que se encuentran el sistema de gestión de calidad según la Norma ISO 9001, Modelo EFQM y Norma UNE 158101 en centros de de larga estadia, Leturia (2012) concluye que sólo cuando los sistemas de gestión de la calidad se ponen al servicio de la calidad de vida de las personas se convierten en algo positivo para la organización y para las personas que en ella viven o trabajan. En este mismo sentido, San Miguel (San Miguel, 2012) apunta “aunque la implantación de modelos de calidad (ISO 9001) pueda ser considerada positiva (...) no debe adoptarse sin que detrás haya un pensamiento crítico (...) Si los modelos genéricos no se orientan a la atención asistencial se corre el riesgo de que su implantación se convierta en un simple formalismo burocrático sin ninguna relación con la calidad asistencial”.

De entre los beneficios que reportan las organizaciones respecto a la aplicación de diferentes sistemas de gestión de calidad están:

- La contribución al afianzamiento de un hábito de permanente cuestionamiento de la calidad y de cómo se hacen las cosas, favoreciendo así la disposición al cambio (SIIS, 2009)
- La promoción de procesos de reflexión en torno a indicadores y herramientas para la mejora continua (Allur et al., 2013)
- Haber supuesto un aumento del prestigio de la entidad (Allur et al., 2013)
- La capacidad de sistematización y de método de trabajo que estos modelos pueden aportar al sector, que no se ha caracterizado, tradicionalmente, por un alto nivel de profesionalidad en materia de dirección y gestión (Heras et al., 2006).

Entre sus riesgos y otros hallazgos a tener en cuenta están que requieren costosos papeleos y tiempo para el mantenimiento del propio sistema que se detrae de las actividades de atención (Murakami y Colombo, 2013). También el hecho de que la intervención social es una actividad sólo limitadamente estandarizable (Fantova, 2008) aspecto que debe ser tenido en cuenta cuando se implantan estos sistemas. Este último aspecto también es mencionado por Astrid Lindström, experta entrevistada al hilo de este proyecto, quien nos aporta que “cuidar” no es ensamblar piezas ni encadenar tareas de cuidado de forma repetitiva y que, por lo tanto, no debería poder servir un estándar genérico que se diseñó pensando en la industria.

No obstante, otra de las personas expertas entrevistadas, Aitor Rodriguez, jefe de la sección de inspección del departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, nos indica cómo de útil fueron las subvenciones para la adopción de sistemas de calidad en los centros de mayores y el enorme salto que en materia de calidad de la atención se dio en los centros gracias a los mismos.

En un estudio reciente sobre la implantación de sistemas de gestión de la calidad en centros residenciales (Martínez, 2021) realizado con el objeto de analizar, con profesionales de los servicios, las características de dichos sistemas y su impacto en la calidad se concluye que una gran mayoría de encuestados considera que la implantación de los SGC se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en sus centros, mejoras organizativas y motivación de las profesionales (Martínez y Barrera, 2021).

Finalmente, cabe mencionar una de las conclusiones aportadas por el estudio Evaluación del impacto de la acreditación (en referencia a la certificación de la entidad en base a una norma de gestión de calidad) en las organizaciones de salud brasileñas: un estudio cuantitativo, de Saut et al. de 2017, en el que se destaca como la acreditación influye principalmente en los procesos internos, la cultura, la formación, la imagen institucional y la diferenciación competitiva. En cuanto a la dimensión financiera, el impacto de la acreditación en el resultado muestra poca relevancia en comparación con los demás ítems evaluados. Sin embargo, su impacto en la consolidación de una cultura de calidad, seguridad del paciente y medición conlleva importantes cambios organizativos. Este resultado muestra que la acreditación lleva a las organizaciones a implementar las mejores prácticas para la gestión de la calidad y la seguridad del paciente (Saut et al., 2017).

Por otro lado, la promoción de la calidad a través de determinados enfoques de la atención basados en el conocimiento (Atención centrada en la persona, desinstitucionalización, etc.) para la mejora de la atención a la persona mayor, se ven limitados por la existencia de marcos reguladores rígidos y que priorizan la seguridad (Miller et al., 2010). No obstante, existe numerosa evidencia respecto a los mismos. En concreto, Gnanamanickam et al. (2019), a través de un estudio transversal con una muestra de 571 personas en 17 centros residenciales australianos de personas mayores con modelos de atención alternativos, señalaron que las unidades de convivencia, o los modelos de atención de corte más domésticos, se asocian con una mejor calidad de atención por parte del consumidor con respecto a las residencias tradicionales, con especial mención a los accesos al aire libre y la flexibilidad de la atención. Asimismo, Poey et al. (2017) mediante un estudio de cohorte retrospectivo longitudinal con entrevistas presenciales a 5538 personas mayores de residencias de Kansas, concluyeron que se observa una mayor satisfacción con la atención que reciben, las opciones que tienen, el respeto que se les muestra, la garantía de privacidad y la personalización por parte del personal en los centros que han adaptado el enfoque de Atención Centrada en la Persona frente a otros centros que disponen de un modelo tradicional institucional.

Finalmente, en relación a los instrumentos basados en el conocimiento para promover la calidad, destacan, por un lado, la estandarización de la atención a través de la incorporación de herramientas de evaluación de necesidades individuales comunes (RAI en EEUU, Islandia entre otros, BVD en España) y la elaboración de guías de buena práctica, basadas en el último conocimiento existente y la evidencia disponible, que definen y dan pautas a las organizaciones sobre “cómo hacer las cosas”.

El uso de herramientas estandarizadas para la evaluación de necesidades favorece la elaboración de los planes de atención en un marco que garantiza la igualdad entre diferentes territorios, permite a su vez, identificar de forma global carencias y tendencias en el sistema y favorece la continuidad de la atención (OCDE, 2013). Estos instrumentos deben complementarse con la evaluación de necesidades y

preferencias personales y dar cabida a la persona en la elaboración de su plan. Otro de los aspectos que aporta esta práctica es la incorporación de sistemas de información comunes, lo que puede favorecer la gestión y uso de la información a todos los niveles.

Por otro lado, en relación a la elaboración de guías de buena práctica, aunque no se ha encontrado evidencia que respalde su efecto en la calidad de la atención, sí se observa como un instrumento que complementa la regulación (basada en requisitos mínimos) y la inspección (verificación de dichos requisitos). En este sentido, aportan estándares basados en el conocimiento y la evidencia disponible para mejorar las prácticas asistenciales en dirección a los objetivos que se persiguen. A medida que se establecen estos estándares, la inspección evoluciona hacia la evaluación (auto y hetero), permitiendo observar en qué nivel se está respecto al punto deseado (OCDE, 2013). Los países analizados son muestra de ello.

La asistencia técnica como el proceso que contribuye a que el proveedor se capacite, implemente innovaciones y mejore su competencia para lograr mejores resultados es valorada en el estudio de EEUU sobre la calidad de las residencias para personas mayores como uno de los instrumentos que promueve la calidad. Los estudios realizados indican los resultados positivos para la mejora de la calidad en las entidades en las que se habían detectado deficiencias y a su vez, la necesidad de que, para que estos procesos prosperen, la entidad esté preparada (los líderes deben estar interesados, debe haber voluntad para implicar a todo el personal en el proceso). Aspectos determinantes también para que estos procesos tengan éxito son generación de una relación de confianza entre quien asesora y la entidad, la adaptación del contenido de la asistencia a la necesidad de quien la recibe y el conocimiento del asesor/a sobre aspectos complejos del cuidado (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2022).

Finalmente, en relación a los sistemas de información pública (publicación de resultados), sus efectos todavía son poco conocidos en lo que tiene que ver con la calidad (cómo afectan a la mejora de la calidad por parte de los proveedores para la mejora de su calificación/reputación) y la selección (cómo ayudan a las personas a elegir el centro al que quieren ir).

En la reciente publicación elaborada por la Comisión de Calidad Asistencial en Residencias de Personas Mayores El imperativo nacional de mejorar la calidad de las residencias de personas mayores (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2022) se analizan los problemas y limitaciones identificados en diferentes estudios recientes del sistema de calificaciones de centros residenciales para personas mayores:

- Dudas respecto a la veracidad de los datos aportados, en gran parte autoinformados. Los datos autoinformados no se auditan. Se necesitan sistemas con mayor fiabilidad. La implantación de la información de personal a través del sistema Payroll-Based Journal responde a esta necesidad.
- Los datos no son sensibles a la diversidad de población atendida por lo que centros que atienden a personas con mayores necesidades de apoyo pueden tener peores resultados.

- Escasa correlación entre los datos de la inspección y la calidad de vida y la satisfacción de personas y familias
- Escasa correlación entre resultados de inspección y los datos autoinformados.
- Si bien la validez del sistema de calificación en sus extremos ha sido ampliamente evidenciada, no es así para las calificaciones intermedias.
- Dificultad para entender y comparar la calificación por estrellas dada la complejidad del cálculo.
- No incorpora información de la satisfacción y la experiencia de las personas que viven en los centros así como tampoco información sobre cuidados al final de la vida y otros aspectos importantes como son el cumplimiento de los planes de atención, satisfacción de personal, entre otros.

En una referencia anterior Stevenson y Bramson (2014) apuntaban a que “quizás el cambio mayor en la regulación futura de los cuidados de larga duración en EEUU será el incorporar la presencia de la voz de las personas en la forma de prestar, evaluar e informar de los cuidados de larga duración. Más concretamente, las medidas e indicadores de calidad deben empezar a integrar cuestiones fundamentales como la satisfacción de la persona, la calidad de vida y la experiencia en la atención. Si se produce este cambio, los cuidados de larga duración en EE.UU podrían cumplir por fin la visión de los cuidados centrados en la persona imaginada por la ley OBRA’87 y encarnada por los actuales movimientos de derechos de las personas con diversidad funcional y por los que promueven el cambio cultural en las residencias de mayores” (Stevenson & Bramson, 2014).

Actualmente, el gobierno de EEUU pone a disposición de quienes buscan un centro de larga estada, todo un conjunto de herramientas que pueden ser usadas por la persona para valorar individualmente la calidad de los centros que visita o está comparando a través de la web Care Compare.

Suecia, Inglaterra, Alemania informan de los resultados de satisfacción de las personas usuarias, resolviendo la carencia de EEUU respecto a la inclusión de la voz de las personas en estos sistemas de información pública sobre la atención.

En relación a la información, existen referencias que advierten del cuidado que se debe prestar a que las entidades no se centren únicamente en la mejora de aquellos indicadores que se publican (National Academy of Science, Engineering and Medicine, 2022, Malley et al. 2016) . Los profesionales de Suecia, país que publica los resultados de los centros en su sistema de Comparaciones Abiertas, manifiestan el valor de la información compartida para establecer políticas públicas y líneas de acción comunes, aunque también indican limitaciones como las que se apuntan “todos nos esforzamos por conseguir el mayor número posible de casillas verdes, para que todo quede bien” (Trygged, 2017).

Una dificultad que se aporta respecto a la información pública son las (escasas) competencias digitales de quienes tienen que acceder a la información y también las diferencias respecto al acceso a internet. Por otro lado, que la toma de decisiones normalmente se realiza en el último momento y con un alta carga de estrés y por ello no siempre las personas se toman su tiempo para informarse a través de las



webs públicas. Estos aspectos deberían valorarse adecuadamente cuando se opta por este instrumento de promoción de la calidad.

En relación a las reseñas de las personas usuarias en los sistemas públicos de información se identifican limitaciones que también deberán ser resueltas y que tienen que ver con el anonimato y confidencialidad de las aportaciones y también con el escaso % de personas usuarias que participan en el sistema aportando información.

A pesar de estas limitaciones y de que no exista una evidencia clara de que los sistemas de calificaciones haya llevado a resultados de mejor calidad y a una alta satisfacción de las personas usuarias, la publicación de información respecto a los centros, la posibilidad de realizar comparaciones entre ellos a la hora de elegir y de resultados tanto clínicos como de personal y de satisfacción se está promoviendo como uno de los instrumentos fundamentales de calidad y de garantía de derechos.

En relación a la monitorización y publicación de resultados de la atención, desde el sistema sueco, se identifican mejoras importantes en cuanto a uso eficaz de medicamentos, cuidados al final de la vida y mejora de la atención a personas con demencia. Esta mejora seguramente se debe seguramente no solo a la monitorización de estos datos sino al trabajo desde las guías profesionales de buena práctica en las que, además de promover la medición, se aporta el último conocimiento, instrumentos y estrategias para mejorar la práctica profesional (Stina Hovmöller, Socialstyrelsen). También se identifican mejoras en las comparaciones abiertas y en las encuestas a personas usuarias de centros residenciales ([socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/)) con el paso de los años.

En cuanto a Estados Unidos, aunque existe evidencia de que la monitorización e información de resultados tiene un impacto positivo en la calidad de la atención (disminución de úlceras por presión, descenso de uso de sujeciones y catéteres, participación de las personas en su plan de atención, planes para el final de vida entre otros) esto solo se ha medido en indicadores de calidad asistencial, no en los de calidad de vida ni en la experiencia de las personas usuarias (NASEM, 2022). La combinación de indicadores resulta fundamental a este nivel (Malley et al., 2015).

En Alemania, la monitorización de resultados globales del sistema para la promoción de la calidad en centros residenciales para personas mayores ha identificado mejoras en cuanto a organización de servicios aunque se siguen identificando déficits en porcentajes que rondan el 30% de casos inspeccionados en indicadores sanitarios como son la prevención de las úlceras por presión, la incontinencia y la atención psicogeriatrica, lo que indica que a pesar de los esfuerzos realizados, sigue siendo necesaria la mejora (Büscher, 2010).

En Inglaterra se cuestiona la validez y fiabilidad del sistema de evaluación para las entidades que obtienen mejores calificaciones ya que son sometidas a menos controles externos a partir de dicha calificación. También la validez de las medidas que se establecen a través de juicios de valor (vemos como esto, en el caso escocés e inglés, se sigue trabajando con controles de calidad a día de hoy).

Por otro lado, en el contraste con personas usuarias se ha verificado que su percepción en torno a las calificaciones de calidad que se otorgan es buena y que ayuda a la selección de centro residencial.

En el estudio de la calidad de la atención en Inglaterra, aunque la aplicación del sistema de calidad basado en estándares y en la evaluación de los centros muestra la mejora de la atención, no permite

decir que las organizaciones hayan logrado la excelencia. Todavía queda camino por conocer cómo las medidas aplicadas afectan a los resultados en las personas (Malley, 2010).

En el caso Sueco, una evaluación actual ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar una fuerte estrategia para garantizar la participación de las personas en su atención tras la evaluación del grado de implantación de los principios de autodeterminación, participación, toma de decisiones compartidas y diseño del plan personal de forma compartida expresados en sus leyes de atención social y sanitaria (Hedberg et al., 2022).

En la recopilación de experiencias en torno a la medición de la calidad de la atención (Eurohealth, 2010) se ponía de manifiesto el reto que supone la falta de información y datos de los servicios, la (falta de) homogeneización de los indicadores y la elección de los mismos. Países como Alemania e Inglaterra, que han abogado por la estandarización y publicidad de la información relativa a la calidad de la atención en los centros residenciales para personas mayores han pasado por etapas de amplia oposición por parte de los proveedores de servicios. Los expertos entrevistados de Suecia y Escocia han apuntado este factor, especialmente en el caso de Suecia, los proveedores privados están cuestionando los indicadores de las Comparaciones Abiertas, sistema con amplio arraigo en el país para la medición de la calidad.

Otro de los factores que dificulta el compartir la información es la compleja estructura competencial de los diferentes países en sus sistemas de atención a la dependencia.

En el reporte de la European Social Network se hace mención a un aspecto importante: “Buenos resultados de la población global en un área, como la esperanza de vida con buena salud, no garantizan (y de hecho, podrían ocultar) experiencias de servicios individuales o colectivos poco satisfactorias” (European Social Network, 2020). En este sentido, la evaluación en el plano individual siempre debería estar.

En conclusión, aunque si bien a nivel interno de cada país, se observan mejoras en los resultados con el transcurso de los años (Inglaterra, Escocia, Suecia, Alemania), en la literatura internacional analizada existe consenso sobre la identificación de carencias en lo que se refiere a la evaluación de la eficacia de los instrumentos para la promoción de la calidad en los cuidados de larga duración. No obstante, existe consenso en la necesidad de incorporar la voz de las personas y la tendencia hacia la determinación de la calidad desde cada persona usuaria y aspectos como la co-producción y la toma de decisiones compartidas se está convirtiendo en el nuevo paradigma, base para las relaciones de cuidado de calidad (Hedberg et al., 2022). Las revisiones sistemáticas e investigaciones recientes indagan y muestran aquello que es importante para las personas que viven en centros por lo que parece que cada vez existe más claridad sobre aquello que planeadores, responsables de entidades, profesionales y comunidad debe trabajar para garantizar la calidad en los centros de cuidado de personas mayores.

## 7. Consideraciones finales

De la revisión de las características de los diferentes modelos y experiencias internacionales, se identifican un conjunto de instrumentos para la promoción de la calidad vinculados al proceso de autorización, registro y monitoreo así como también al establecimiento de estándares e indicadores de medición. A su vez, la caracterización y análisis de las características de los sistemas de Costa Rica, Colombia y Uruguay, permiten identificar las fortalezas y áreas de mejora de sus sistemas respectivos.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, el equipo de proyecto ha trabajado de forma conjunta las guías que aportan información relevante para el desarrollo de un sistema de promoción de la calidad que, partiendo de las voces de sus protagonistas, integra las buenas prácticas y la última evidencia internacional.

Se presentan de forma anexa a este documento los siguientes productos:

ANEXO TÉCNICO 1 - RECOMENDACIONES Y ACCIONES

ANEXO TÉCNICO 2 - GUÍA DE ESTÁNDARES E INDICADORES

ANEXO TÉCNICO 3 - GUÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En cualquier caso, esperamos que los productos aportados sean de utilidad y sirvan para el contraste y ajuste con los agentes nacionales ya que cada instrumento hay que verlo en su contexto y teniendo en cuenta a las partes interesadas y sus relaciones. Un mismo instrumento puede tener efectos diferentes en diferentes territorios y a su vez, el éxito del mismo dependerá en gran medida del propósito desde el que se acogen y del liderazgo de quienes los impulsan y/o cumplen. La implantación de nuevas herramientas o sistemas para la mejora de la calidad deberán tener en cuenta la motivación de las organizaciones y de los profesionales así como sus valores y cultura.

Partiendo de esta definición inspiradora:

“Cualquier sistema de garantía de calidad debe indicar cómo se abordan las necesidades individuales de las personas y responder a las necesidades actuales y a los resultados deseados así como ser sensible a las aspiraciones culturales, étnicas y personales de las personas que reciben atención y apoyos. Todas las estrategias de promoción de la calidad deberían contar en su diseño con la perspectiva de la persona que lo experimenta y oportunidades de que se tengan en cuenta sus opiniones” (European Social Network, 2020).

Aportamos los principios que consideramos deben de tenerse en cuenta e inspirar la revisión, a nivel local, de las recomendaciones y guías propuestas:

**Atención centrada en las personas:** cualquier sistema de promoción y garantía de calidad debe indicar cómo se abordan las necesidades individuales y responder a los resultados deseados por la persona. Todos los servicios deberían incluir oportunidades reales de participación en la evaluación de quienes reciben los servicios.

**Transparente:** las personas tienen el derecho a conocer la información respecto a la calidad de la atención. Deben poder acceder cuando tienen que tomar decisiones al respecto.

**Regulada poniendo el foco en los resultados,** en el bienestar de las personas.

**Gobernanza:** para prestar y mantener un buen servicio, el liderazgo es fundamental. Los instrumentos para la promoción de la calidad tendrán éxito en la medida que se implanten desde el compromiso con el buen cuidado.

Los **sistemas de información** son esenciales para dotar de agilidad y homogeneizar el ejercicio de compartir la información para la toma de decisiones a diferentes niveles, persona, establecimiento, planeadores y país.

El **personal:** el cuidado se da siempre en un contexto de relación. La capacitación, desarrollo y cuidado de las profesionales será un factor determinante de la calidad.

Fuente: elaboración propia adaptada de El esfuerzo por lograr la calidad en los servicios sociales y la atención social. European Social Network. 2020.

## 8. Referencias y bibliografía

- AENOR (2015). Norma 158002 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de Centros de Día y Centros de Noche. Asociación Española de Normalización y Certificación. Madrid.
- AENOR (2007). Norma 158001 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales. Asociación Española de Normalización y Certificación. Madrid.
- AENOR (2015). Norma ISO 9001 Sistema de gestión de la calidad. Asociación Española de Normalización y Certificación. Madrid.
- Agencia de Calidad y Supervisión de Bienestar de Islandia (s.f). *Criterios de Calidad*. <https://gev.is/gaedavidmid/>
- Agencia de Calidad y Supervisión de Bienestar de Islandia (s.f). *Sobre Nosotros*. <https://gev.is/um-okkur/hlutverk/>
- Agencia de Calidad y Supervisión de Bienestar de Islandia (s.f). *Titulares de funcionamiento*. <https://gev.is/leyfisveitingar/rekstrarleyfishafar/>
- Allur, E., Heras, I., & Casadesús, M. (2013). Estudio de la adopción y el abandono de modelos de gestión de la calidad en centros gerontológicos de la CAPV. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (54), 85-96. <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.54.05.85>.
- Allur, E., Ibarzola, & Díaz de Junguito, A. (2018). Kalitatearen kudeaketa adineko pertsonen egoitzetan eta UNE 158001 estandarraren eguneraketa: zaharra berri?. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (65), 131-139. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.11>
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Reyes, M., Savedoff, W., Torres, E. (2022) Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ariño, S., Solé, M., Rubert, G., Sanjuan, J., Gil, J., En Mor, V., Leone, T., & Maresso, A. (2014). *The regulatory structure of spanish long-term care: the case of Catalonia's service structures and quality assurance system (chapter 9) en Mor*. Cambridge University Press.
- Brykczynska, G. (1992). Caring. Some philosophical and spiritual reflections. *Nursing Care*. Londres: Edward Arnolf, 4.
- Boyne, G., Day, P., & Walker, R. (2002). The evaluation of public service inspection: A theoretical framework. *Urban Studies (Edinburgh, Scotland)*, 39(7), 1197–1212. <https://doi.org/10.1080/00420980220135563>
- Bofill, S., & Comas, D. (2021). *Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes*.

- Büscher, A. (2010). Public reporting, expert standards and indicators. *Different routes to improve the quality of German long-term care. Eurohealth (Lond)*, 16, 4-7.
- Caamaño, H. (2021). *Informe sobre la realidad de los centros residenciales de mayores y el impacto del Covid-19 en España*. Fundación Astur. Uruguay.
- Care Inspectorate (s.f). *Inspecciones conjuntas de Servicios para adultos.*<https://www.careinspectorate.com/index.php/strategic-scrutiny-and-assurance/inspections-overview/9-professional/6642-joint-inspections-of-services-for-adults-ssaa>
- Care Inspectorate (s.f). *Inspecciones.* <https://www.careinspectorate.com/index.php/inspections>
- Care Inspectorate (s.f). *Quejas.*<https://www.careinspectorate.com/index.php/complaints>
- Care Inspectorate (s.f). *Trabajar como voluntario.*<https://www.careinspectorate.com/index.php/work-with-us/volunteering>
- Care Inspectorate (s.f). *Marcos de Calidad.*<https://www.careinspectorate.com/index.php/publications-statistics/147-professionals-registration/quality-frameworks>
- Care Inspectorate (s.f). *Registrar un Servicio de atención.*<https://www.careinspectorate.com/index.php/register-a-care-service>
- Care Inspectorate (s.f). *Sobre nosotros*<https://www.careinspectorate.com/index.php/about-us>
- Care Inspectorate (2019). *How good is your care?*[https://www.careinspectorate.com/images/How\\_good\\_is\\_your\\_care\\_-\\_relatives\\_and\\_carers.pdf](https://www.careinspectorate.com/images/How_good_is_your_care_-_relatives_and_carers.pdf)
- Care Inspectorate (2019). *Self-evaluation for improvement-your guide.*[https://www.careinspectorate.com/images/Self\\_evaluation\\_for\\_improvement\\_-\\_your\\_guide.pdf](https://www.careinspectorate.com/images/Self_evaluation_for_improvement_-_your_guide.pdf)
- Care Inspectorate (30 de abril de 2020). *Records that all registered care services (except childminding) must keep and guidance on notification reporting.*[https://hub.careinspectorate.com/media/4030/records\\_that\\_all\\_registered\\_care\\_services\\_except\\_childminding\\_must\\_keep\\_and\\_guidance\\_on\\_notification\\_reporting\\_v7.pdf](https://hub.careinspectorate.com/media/4030/records_that_all_registered_care_services_except_childminding_must_keep_and_guidance_on_notification_reporting_v7.pdf)
- Care Inspectorate (13 de julio de 2021). *Guidance for applicants on applying to register a care service.*[https://www.careinspectorate.com/images/documents/6197/Applying\\_registration\\_applicantguidance\\_july21-web.pdf](https://www.careinspectorate.com/images/documents/6197/Applying_registration_applicantguidance_july21-web.pdf)
- Care Inspectorate (2022). *A quality framework for care homes for adults and older people.*<https://www.careinspectorate.com/images/documents/6653/Quality%20framework%20for%20care%20homes%20for%20adults%20and%20older%20people%20APRIL%202022.pdf>

- Caughey, G., Lang, C., Bray, S., Moldovan, M., Jorissen, R., Wesselingh, S., & Inacio, M. (2020). International and National Quality and safety indicators for aged care (No. Research Paper 8). *Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*.
- Castle, N. G. (2008). Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care: A Literature Review. *Journal of Applied Gerontology*, 27(4), 375–405. <https://doi.org/10.1177/0733464808321596>
- Castle, N., Ferguson, J. (2010) What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?, *The Gerontologist*, Volume 50, Issue 4, August 2010, Pages 426–442, <https://doi.org/10.1093/geront/gnq052>
- Cès, S., & Coster, S. (2019b). Mapping long-term care quality assurance practices in the EU European Social Policy Network (ESPN). *European Social Policy Network (ESPN)*.
- Chen, M. M., & Grabowski, D. C. (2015). Intended and unintended consequences of minimum staffing standards for nursing homes. *Health economics*, 24(7), 822-839. <https://doi.org/10.1002/hec.3063>
- Cleland, J., Hutchinson, C., Khadka, J., Milte, R., & Ratcliffe, J. (2021). What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(9), 765–778. <https://doi.org/10.1111/ggi.14231>
- Colacce, M. (2019). *Relevamiento de Experiencias de Centros de Día Para Personas en Situación de Dependencia*. [https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/relevamiento-centros-de-dia\\_colacce\\_final.pdf](https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/relevamiento-centros-de-dia_colacce_final.pdf)
- Comas, D. (2014). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404 [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_raso.2015.v24.50663](http://dx.doi.org/10.5209/rev_raso.2015.v24.50663)
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted?. *Ageing and long-term care*, 17(2-3), 3. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Dabelko, H. I., & Zimmerman, J. A. (2008). Outcomes of adult day services for participants: A conceptual model. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 27(1), 78–92. <https://doi.org/10.1177/0733464807307338>
- European Commission (2020) Transition from institutional to community-based services (Deinstitutionalisation), [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/en/policy/themes/social-inclusion/desinst/](https://ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/themes/social-inclusion/desinst/)
- European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (2021). European Quality Framework for long-term care services. WeDO project
- European Social Network (ed.) (2021) Putting Quality First – Contracting for Long-Term Care. Brussels: The European Social Network.
- Ezquerro, S., & Mansilla, E. (2018). Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona.

- Fantova, F. (2008). *Sistemas Públicos de Servicios Sociales. Nuevos Derechos, Nuevas Respuestas*. Deusto: Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P. V., Ljunggren, G., Grue, E. V., Jensdottir, A. B., ... & Sørbye, L. W. (2008). Nord RAI Network and research in the care of older persons. Final Report 1998-2008.
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C.-W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., ... Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*, 392(10159), 2052–2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
- Fries, B. E., Fahey, C. J., Hawes, C., Vladeck, B. C., Morris, J., Phillips, C., ... & King, J. T. (2003). Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of policymaking for long-term care in eight countries. *Milbank Memorial Fund*, 129.
- Gnanamanickam, E., M. Dyer, S., Milte, R., Liu, E., Ratcliffe, J., & Crotty, M. (2019). Clustered domestic model of residential care is associated with better consumer rated quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6), 419-425. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy181>
- Goffman, E. (2001). *Internados-Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* 1ª ed. 3ª reimp. Edit. Amorrortu, Buenos Aires.
- Gori, C., Fernández, J. L., & Wittenberg, R. (Eds.). (2015). *Long-term care reforms in OECD countries*. Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447305057.001.0001>
- Grabowski, D. C. 2017. Nursing home certificate-of-need laws should be repealed. *Health Affairs Forefront*, June 9. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170609.060529/full>
- Halldorsson, M. (2003) *Health care systems in transition: Iceland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hedberg, B., Wijk, J. Andersson Gäre B., & Petersson, C. (2022) Shared decision-making and person-centred care in Sweden: Exploring coproduction of health and social care services. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.016>.
- HelpAge (2021) *El derecho a los cuidados de las personas mayores*. Fundación HelpAge Internacional España.
- Heras, Cilleruelo y Jon Iradi, J. (2006) La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (40), 31-42.



- Hjaltadóttir, I. (2012). *Icelandic Nursing Home residents: Their mortality, health, functional profile, and care quality, using the Minimum Data Set over time*. Lund University, Faculty of Medicine.
- Hoffmann, F., Maas, F., & Rodriguez, R. (2011). *Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias Nº 49. IMSERSO.
- Holder, J. M. y Jolley, D. (2012). 'Forced relocation between nursing homes: Resultados de salud de los residentes y posibles moderadores.' *Reviews in Clinical Gerontology* 22(04): 301-319. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259812000147>
- Indicators, O. E. C. D. (2015). Health at a Glance 2011. *OECD Indicators, OECD Publishing, Paris* DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en) Accessed February, 15, 2016.
- Institut Català d'Assistència i Seveis Socials ICASS. (2010). Indicadors de Qualitat Serveis de Centre de Dia per a Gent Gran. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/generalitat-indicadorsqualitat-02.pdf>
- Institut Català d'Assistència i Seveis Socials ICASS. (2010). Indicadors de Qualitat Residències Assistides per a Gent Gran. [https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions\\_de\\_bsf/02\\_gent\\_gran/indicadors\\_de\\_qualitat\\_serveis\\_residencials\\_assistits\\_per\\_a\\_gent\\_gran/indicadors\\_serveis\\_residencials\\_assistits\\_gent\\_gran.pdf](https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/02_gent_gran/indicadors_de_qualitat_serveis_residencials_assistits_per_a_gent_gran/indicadors_serveis_residencials_assistits_gent_gran.pdf).
- Instituto de Calidad y Control de Servicios Sociales y Protección a la Infancia (2020). *Estándares de calidad para servicios sociales para personas con discapacidad*. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Felagsmalaraduneytid/GEF/Gaedavidmid felagsthjonustu fatlad folk 200820.pdf>
- Joint Commission International. (2012). *Accreditations Standards for Long Term Care 1st edition*.
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), 699-707. <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
- Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (2019). *Auditoria el hogar de ancianos Sunnuhlíd*. [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37716/Sunnuhlid\\_uttekt\\_lokaskjal%2028%20agust%202019.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37716/Sunnuhlid_uttekt_lokaskjal%2028%20agust%202019.pdf)
- Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (2021). *Auditorías de seguimiento en el hogar de ancianos Sunnuhlíd*. [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item45252/Eftirfylgni%20uttekta%20a%20Sunnuhlid\\_embaetti%20landlaeknis.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item45252/Eftirfylgni%20uttekta%20a%20Sunnuhlid_embaetti%20landlaeknis.pdf)
- Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Plan de calidad para el desarrollo en salud 2019-2030*.

<https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36045/%C3%81%C3%A6tlun%20um%20g%C3%A6%C3%B0a%C3%BEr%C3%B3un%20%C3%AD%20heilbrig%C3%B0is%C3%BEj%C3%B3nustu%201212%202018.pdf>

Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Todas las estadísticas.*  
<https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/allt-talnaefni/>

Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Formularios y solicitudes.*  
<https://www.landlaeknir.is/um-embaettid/umsoknir/>

Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Indicadores de calidad en residencias de ancianos.* <https://www.landlaeknir.is/um-embaettid/greinar/grein/item30541/Gaedavisar-a-hjukrunarheimilum>

Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Indicadores de calidad farmacéutica.*  
<https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisthjonusta/gaedavisar/lyfjagaedavisar/>

Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia Landlaeknir-Dirección de Salud de Islandia (s.f). *Indicadores de calidad RAI.* <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisthjonusta/qaedavisar/rai-qaedavisar/>

European Social Network (2020). El esfuerzo por lograr la calidad de los servicios sociales y la atención social. Propuesta de principios de garantía de calidad en Europa. The European Social Network.

Leturia, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, 5, 43-66.

Leturia, M., Zalakain, J., Mendieta, A., Carcadilla, A. (2019). *Modelos de gestión de la calidad en la atención a las personas con dependencia.* Sistema de Cuidados. Gobierno de Uruguay.

Lindström, A. (2018). *Política, servicios y equipamientos para las personas mayores en Suecia.* Fundación Pilares.

Lindström, A. (2018a). *El papel de la vivienda y su evolución en las políticas de atención a las personas mayores en Suecia, en Rodríguez, P. Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI, no 3 de la colección papeles de la Fundación.* Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Lutz, W., Goujon, A., Kc, S., Stonawski, M., & Stilianakis, N. (2018). *Demographic and human capital scenarios for the 21st century: 2018 assessment for 201 countries.* Publications Office of the European Union.

Malley, J., Holder, J., Dogson, R., Booth, S., Mor, V., Leone, T., & Maresso, A. (2014). *Regulating the Quality and Safety of long-term care in England (chapter 7).* Cambridge University Press.

Malley, J. (2010). Measuring the quality of long-term care in England. *Eurohealth*, 16(2), 21-24.

- Malley, J., Trukeschitz, B., & Trigg, L. (2015). Policy instruments to promote good quality long-term care services. In Long-term care reforms in OECD countries (pp. 167-194). Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447305057.003.0008>
- Malley, Juliette, D'Amico, F., & Fernandez, J.-L. (2019). What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes? Some evidence from long-term home care in England. *Social Science & Medicine (1982)*, 243(112635), 112635. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112635>
- Manthorpe, J., & Moriarty, J. (2014). Examining day centre provision for older people in the UK using the Equality Act 2010: findings of a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 22(4), 352–360. <https://doi.org/10.1111/hsc.12065>
- Martínez, T. (2011) *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Colección Documentos de Bienestar Social.
- Martínez, M. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.
- Martínez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 3.
- Martínez Fernández, R., & Barrera Algarín, E. (2021). Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>
- Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H. Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The “culture change” movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review*, 67(4\_suppl), 65S-81S. <https://doi.org/10.1177/1077558710366862>
- Mitchell, M. (2021). It's time for states to ditch certificate-of-need laws. *U.S. News and World Report*.
- Mor, V., Leone, T., & Maresso, A. (2014) *Regulating long-term care quality*. Cambridge University Press
- Murakami, Y., & Colombo, F. (2013). Why the quality of long-term care matters. *A Good Life in Old Age*, 37-42. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing and Society*, 40(1), 73–104. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18000843>
- Committee on the Quality of Care in Nursing Homes, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). *The national imperative to improve nursing home quality: Honoring our commitment to residents, families, and staff*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26526>

- Nies, H., Leichsenring, K., Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., ... & Turk, C. E. (2010). Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care European Overview Paper.
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of clinical nursing, 13*, 45-53.
- Nygaard, A., Halvorsrud, L., Grov, E. K., & Bergland, A. (2020). What matters to you when the nursing is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics, 20*(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01612-w>
- OECD, C. (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. Private Long-term Care Insurance: A Niche or a "Big Tent"?. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD, World Health Organization, & World Bank Group. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>
- OECD, & European Union. (2013). *A good life in old age?: Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD.
- OECD, World Health Organization, & World Bank Group. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative*. OECD.
- Olafsson, S. (2014). *Pension, health and long-term care*. European commission.
- Olafsson, S. (2018). *ESPN Thematic report on integrated support for the long-term unemployed*. European commission.
- Ortega, I., Sancho, M., & Stampini, M. (2021). *Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid 19. Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios*.
- Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020). COVID-19 in nursing homes: calming the perfect storm. *Journal of the American Geriatrics Society, 68*(10), 2153-2162. Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020). COVID-19 in nursing homes: calming the perfect storm. *Journal of the American Geriatrics Society, 68*(10), 2153-2162.
- Pioneer Network (2021). Artifacts of change
- Poey, J. L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M. L., Drake, P., Stone, R. I., & Doll, G. (2017). Does person-centered care improve residents' satisfaction with nursing home quality?. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(11), 974-979. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>
- Puig Cruells, C. (2021). Los cuidados invisibles. Afectividad y acciones intangibles de los cuidados. *Arxiu d Etnografia de Catalunya, 22*, 43. <https://doi.org/10.17345/aec22.43-60>
- Reerink, E. (1990). Defining quality of care: Mission impossible? *International Journal for Quality in Health Care, 2*(3-4), 197-202. <https://doi.org/10.1093/intqhc/2.3-4.197>

- Rogers, C. (1966). Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría. In *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría* (pp. 459-459).
- Rodríguez, P. (2021). Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido. Fundación Pilares para la Autonomía Personal
- Saut, A., Berssaneti, F., Moreno, M. (2017). Evaluación del impacto de la acreditación en las organizaciones de salud brasileñas: un estudio cuantitativo. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 29(5), 713–721 F
- San Miguel, E. (2012). Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores.
- Sancho, M. y Martínez, T. (2020). *Residencias para personas Mayores, ¡no más de lo mismo!*
- Schweighart, R., O’Sullivan, J. L., Klemmt, M., Teti, A., & Neuderth, S. (2022). Wishes and needs of nursing home residents: A scoping review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 854. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050854>
- Scotland (s.f). *Sobre Escocia*.[www.scotland.org](http://www.scotland.org)
- Scottish Government (10 de abril de 2014). *Una guía de fácil lectura para la Ley de apoyo auto dirigido*. <https://www.gov.scot/publications/guide-self-directed-support-scotland-act-2013/>
- Scottish Government (11 de julio de 2017). *Self-directed Support Scotland 2015-2016*.<https://www.gov.scot/publications/self-directed-support-scotland-2015-16/documents/>
- Scottish Government (9 de junio de 2017). *Health and Social Care Standards: My support, my life*. <https://docs.google.com/document/d/1KL7zFF1329CX5sAExmu9Vjmw8D0mxq6G/edit#>
- Scottish Government (febrero 2019). *Ministerial Strategic group for Health and Community Care. Review of progress with integration of health and Social Care*.<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/corporate-report/2019/02/ministerial-strategic-group-health-community-care-review-progress-integration-health-social-care-final-report/documents/00545762-pdf/00545762-pdf/govscot:document/00545762.pdf>
- Scottish Social Services Council (s.f).*Registro*.<https://docs.google.com/document/d/1KL7zFF1329CX5sAExmu9Vjmw8D0mxq6G/edit>
- SEGG (2020). *Sistema de acreditación de calidad para residencias, centros de día y ayuda a domicilio. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)*. [https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Condiciones\\_acreditacion\\_certificacion\\_Rev3.0.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Condiciones_acreditacion_certificacion_Rev3.0.pdf)
- SIIS. (2011). Cuadros de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco

- SIIS. (2020). Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia.
- Sion, K. Y. J., Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Odekerken-Schröder, G., Schols, J. M. G. A., & Hamers, J. P. H. (2020). Themes related to experienced quality of care in nursing homes from the resident's perspective: A systematic literature review and thematic synthesis. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 6, 2333721420931964. <https://doi.org/10.1177/2333721420931964>
- Socialstyrelsen. 2013. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.
- Socialstyrelsen. 2017. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.
- Special Focus Facility Program. Abril 2022. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/SFFList.pdf>
- Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2011 Jun;48(6):732-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014. Epub 2011 Mar 11. PMID: 21397229.
- Stevenson, D., & Bramson, J. (2014). Regulation of long-term care in the United States. En V. Mor, T. Leone, & A. Maresso (Eds.), *Regulating Long-Term Care Quality* (pp. 289–323). Cambridge University Press.
- Trygged, S. (2017). Open comparisons of social services in Sweden—Why, how, and for what? *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1404735. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1404735>
- Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. M. M. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(5), 450–462. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765>
- Werner, R. M., Konetzka, R. T., & Polsky, D. (2013). The effect of pay-for-performance in nursing homes: evidence from state Medicaid programs. *Health Services Research*, 48(4), 1393-1414. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12035>
- WHO (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. World Health Organisation. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- WHO (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025 <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>
- Zegarra, M. (2021). Biopolitically (un)Caring: sustaining Bodies and shaping Care in precarious Environments. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 22, 147–173.

Zigante, V. y King, D. (2019). Quality assurance practices in Long-Term Care in Europe. Emerging evidence on care market management. European Commission.

## 9. Actividades realizadas

Revisión bibliográfica y búsqueda de fuentes de información para poder conocer las características relevantes de la regulación, autorización, registro y monitoreo y estándares e indicadores de calidad de los países seleccionados.

Análisis de la documentación y de las otras fuentes identificadas.

Reuniones de seguimiento y trabajo conjunto con los consultores nacionales.

Selección de la información clave y elaboración de los guiones para la recogida de información de los diferentes agentes implicados.

Entrevistas con expertos para recoger información sobre la eficacia del sistema de autorización, registro y monitoreo y características de los modelos basados en estándares e indicadores de calidad.

- Astrid Lindström. Especialista en los modelos de atención a personas mayores en países escandinavos.
- Aitor Rodríguez- Anabitarte. Responsable del servicio de inspección, inversiones e iniciativa social del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa
- Marian Hernández. Responsable de proyectos de Matia Fundazioa y amplia experiencia en la dirección de centros de larga estada y centros de día.
- Pura Díaz-Veiga. Experta gerontóloga con amplia trayectoria en el sector de servicios sociales, vinculada siempre al conocimiento y a la atención centrada en la persona.
- Stina Hovmöller. Jefa del departamento de análisis y seguimiento de la Junta Nacional de Salud y Bienestar social de Suecia (Socialstyrelsen).
- Frida Tamker. Jefa de unidad del departamento de inspección de servicios sociales y responsable del Sistema de Comparaciones Abiertas de Suecia (IVO).
- Per-Oskar Gundel. Inspector de servicios sociales de Suecia (IVO).
- Kirsteen MacLellan. Inspectora jefe del Care Inspectorate de Escocia.
- Craig Morris, director ejecutivo Care Inspectorate.

- Andrew Thomson. Gerente de Carr Gomm (centros de larga estada para personas mayores y personas con enfermedad mental)

Los encuentros nos han permitido conocer con mayor detalle algunos de los temas que no hemos podido identificar en el análisis documental realizado (por ejemplo cómo se aborda, qué contenidos contempla, etc, la formación de los equipos de inspección) así como experiencias de éxito, dificultades y lecciones aprendidas en la implantación de los sistemas de garantía de la calidad en centros para personas mayores y centros de día con objeto de poderlas integrar en la construcción final de las Guías.

Talleres para la confección de las Guías del equipo de trabajo.

Contrastes sucesivos con expertos clave en relación a las dimensiones de calidad, variables, estándares e indicadores.

Reuniones con las consultorías nacionales: Con una periodicidad que ha ido variando según las fases y necesidades del proyecto, hemos mantenido encuentros con las consultorías nacionales manteniendo e incrementando la planificación establecida en el plan de trabajo inicial. Las reuniones, han sido convocadas por la consultoría internacional, registradas sus grabaciones en el espacio compartido en google drive y han sido:

- Reuniones de coordinación
- Reunión de seguimiento
- Sesiones de formación/asesoramiento
- Talleres de trabajo sobre las guías