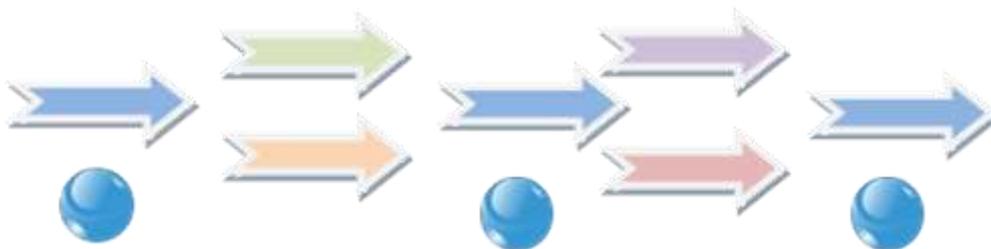


REVISIÓN INTERNACIONAL
DE MODELOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL
PARA PERSONAS MAYORES

**Parte II. Análisis de tendencias
internacionales en centros residenciales
y otros alojamientos**

**Residencias para personas
mayores, ¡no más de lo mismo!**



Mayte Sancho Castiello
Teresa Martínez Rodríguez

Octubre, 2020

Índice

Introducción	3
Capítulo 1. Residencias y alojamientos. Transitando hacia el paradigma vivienda	5
Capítulo 2. Otro mundo es posible. La diversidad en el diseño y ambiente de alojamientos para personas que envejecen	20
Capítulo 3. Profesionales y organizaciones que apoyan y cuidan personas	51
Capítulo 4. Valores orientadores de la atención residencial, protección de derechos y personalización	75
Capítulo 5. Bienestar y vida significativa en residencias	89
Capítulo 6. La gestión de la calidad residencial. Inspección, evaluación y apoyo a la mejora continua	103
Capítulo 7. Las residencias tras la Covid-19 ¿qué hemos aprendido?	121
Capítulo 8. Conclusiones y claves de futuro	138

Introducción



Este segundo informe constituye la segunda parte del estudio *Revisión Internacional de modelos residenciales para personas mayores*, encargo realizado por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León en el contexto de elaboración de su nueva Ley de atención residencial.

En el mismo, se analizan desde un punto de vista cualitativo las principales tendencias internacionales observadas en los modelos residenciales que ofrecen cuidados de larga duración a personas mayores de distintos países que destacan por su trayectoria innovadora en este ámbito. Se destacan, así mismo, los elementos más novedosos encontrados, porque de alguna manera han permitido a estos países avanzar en la senda de la transformación del cuidado.

En esta búsqueda se han encontrado itinerarios diferentes pero que comparten el propósito de abandonar modos obsoletos de cuidado residencial institucional, alejándose de una visión del cuidado vinculado a la carencia y a la enfermedad para avanzar hacia un cuidado centrado en las personas que busca la protección de los derechos individuales, la personalización de la atención y el bienestar personal.

Para elaborar este informe se ha partido, en primer lugar, de la primera parte de este estudio, la revisión documental realizada por el SIIS en siete países: Alemania, Canadá (Ontario), Estados Unidos, Francia, Reino Unido, Países Bajos y Suecia. Esta primera parte ofrece una visión sintética de los diferentes modelos y de la evolución que han tenido en estas últimas décadas, describiendo distintos aspectos como la tipología de centros existente en cada lugar, su organización competencial, la normativa que los regula, sus profesionales, las características de los centros, los principales elementos de gestión, el modelo de atención o los sistemas de inspección evaluación de la calidad dispensada. Ello ha permitido identificar un conjunto de tendencias referidas tanto a la planificación, gestión y evaluación de los servicios como a elementos clave en la definición del modelo de atención.

Con el objetivo de completar este primer acercamiento, en este segundo informe se han tenido en cuenta las principales evidencias y conclusiones de documentos técnicos, artículos científicos publicados en los últimos años, en relación a diferentes asuntos relevantes para la transformación de los servicios residenciales. Además, también se incorpora el conocimiento de las autoras extraído de visitas in situ realizadas a los

centros y recursos de interés que figuran en este trabajo. Algo indispensable para completar la visión que ofrece el análisis del marco normativo y cuantitativo de los recursos.

A lo largo de siete capítulos se desarrollan diferentes temas que se consideran clave para orientar y consolidar el cambio en el modelo residencial para personas mayores iniciado en estos años en la comunidad de Castilla y León. El capítulo octavo, que cierra este informe, se dedica a ofrecer un resumen de las principales conclusiones, así como a dibujar algunas claves de futuro para seguir avanzando.

Esperamos que el análisis realizado, así como sus conclusiones y las claves de futuro que son señaladas, sirvan para seguir profundizando en la gran complejidad inherente al mundo de los cuidados personales, donde interaccionan personas y conectan vidas.

Es nuestro deseo que este trabajo contribuya a generar reflexión y seguir avanzando en la imperiosa necesidad de proveer recursos que estén realmente orientados a las personas, ofreciendo entornos de vida y cuidado que ofrezcan una atención realmente personalizada donde la vida siga mereciendo la pena.

Capítulo 1. Residencias y alojamientos. Transitando hacia el paradigma vivienda



La descripción realizada en la primera parte de este estudio nos ofrece la oportunidad de avanzar en el conocimiento de la realidad que viven otros países en cuanto a sus diferentes modelos de alojamientos para las personas mayores, la mayoría necesitadas de apoyos y cuidados, pero también otras que por circunstancias variadas optan por trasladarse de su domicilio habitual a una amplia diversidad de alojamientos que pueden cubrir en el momento, o en un futuro próximo, necesidades y carencias que aparecen con fuerza entre la población cada vez más longeva.

Como punto de partida común a todos ellos cabe subrayar la apreciación de que las residencias deben ser lugares donde se ha de respetar la dignidad y los derechos de las personas que reciben cuidados. Lo cual implica que, además de dispensar cuidados, sean concebidas como lugares de apoyo a los proyectos de vida personales. En resumen: las residencias son lugares donde las personas, a pesar de precisar de atenciones socio-sanitarias y de ayuda para desenvolverse en su vida cotidiana, deben permitir vidas significativas.

Esta importante asunción conduce a estos países a señalar una serie de valores y derechos que desarrollan el principio de dignidad y constituyen el marco rector que debe orientar el cuidado residencial, entre los que figuran la integralidad, la autodeterminación, el desarrollo personal, la independencia, la inclusión social, el bienestar personal o la protección de la privacidad y de la intimidad.

En coherencia, en estos países se ha ido generando, como se expone a continuación, una importante diversificación del modelo residencial institucional clásico hacia otras alternativas que permiten hacer efectivo este nivel declarativo. Líneas de acción como la desinstitucionalización, la apuesta por entornos de vida hogareña, la búsqueda de una vida más normalizada, la actividad cotidiana significativa o la inclusión en la comunidad, han ido tomando fuerza y presencia en el diseño de los servicios más innovadores.

Como hemos podido comprobar, la observación de la situación del modelo residencial de cuidados de larga duración en los siete países analizados muestra una foto de la diversidad, muy especialmente cuando, a continuación, analicemos algunas características más específicas de los mismos. También se vislumbran procesos diferentes en el itinerario de transición de los modelos tradicionales de residencias,

cercanos a las denostadas instituciones totales¹, hacia alternativas mucho más adaptadas a los deseos y preferencias de las personas.

1.1. Las residencias en el marco del modelo de cuidados de larga duración

Analizar el modelo residencial requiere ubicar este tipo de recurso en el marco general de los cuidados de larga duración, con el objeto de ofrecer respuestas eficaces y equilibradas a las necesidades de las personas. En este sentido, podemos afirmar que la práctica totalidad de los países analizados avanza hacia modelos ecosistémicos de carácter comunitario, generalmente territorializados en torno a la dimensión municipal, aunque no en todos los casos. Como no podría ser de otra manera, la provisión de apoyos y cuidados en el domicilio habitual se vislumbra como prioridad derivada del deseo expresado desde hace décadas por las personas, aunque sólo en algunos países se está consiguiendo hacerlo realidad e ir garantizando la disponibilidad de este tipo de servicios en el entorno comunitario. La observación de la distribución presupuestaria destinada a servicios domiciliarios y residenciales es una muestra incuestionable del largo camino que queda por recorrer para conseguir acercarse más a las preferencias de las personas. Siempre desde postulados cercanos al modelo de gobernanza colaborativa que promueve la participación real de las personas afectadas y del resto de la ciudadanía en la construcción de un modelo amable con las personas que necesitan ayuda. Modelo que requiere la armonización de intervenciones transversales en las que se integran el urbanismo, el diseño universal, la accesibilidad, movilidad, transporte, vivienda o tecnología con las iniciativas de colaboración comunitaria y voluntaria y la provisión de servicios profesionales de índole sanitario y social.

En este contexto de análisis, la viabilidad de asumir un cambio en profundidad del modelo residencial tradicional a alternativas más cercanas al paradigma *housing*, en entornos domésticos, requiere la existencia de un sólido sistema de servicios domiciliarios coordinados con los servicios sanitarios y comunitarios que den respuesta ágil, eficaz y sostenible a las necesidades de cuidados.

Sabemos que en las sociedades actuales permanecer en la vivienda habitual cuando la edad es muy avanzada y aparecen problemas de movilidad y necesidad de ayuda, presenta dificultades crecientes derivadas de un conjunto multidimensional de situaciones entre las que emergen con fuerza los cambios acaecidos en los modelos familiares, derivados especialmente de la incuestionable y rotunda incorporación de las

¹Goffman, E. (1970). *Asilos. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

mujeres al mundo laboral y su práctica imposibilidad de conciliar las diferentes facetas de la vida cotidiana. Si a esta realidad, asumida desde hace décadas por la mayoría de los países del centro y norte de Europa y con más dificultad en los del sur, añadimos un incremento incesante de personas mayores que viven solas y una complejidad y duración de las situaciones de dependencia no prevista hasta ahora, nos encontramos con un panorama complejo y heterogéneo de respuestas a las necesidades de las personas mayores cuando han de abandonar su domicilio y trasladarse a un centro residencial.

1.2. Alojamientos para personas mayores. El mapa de la diversidad

¿De qué residencias estamos hablando? ¿Deberíamos utilizar otra terminología que evidenciara el proceso de evolución y reformulación de estos centros que se está produciendo en todos los países? Parece que es obligado, a la luz de la variedad de tipologías y denominaciones que se observan.

Pero también es cierto que se identifican características comunes a todos ellos, casi siempre relacionadas con los perfiles de las personas que los habitan.

En primer lugar, pervive cierta diferenciación entre alojamientos para personas que necesitan apoyos, pero que no requieren cuidados permanentes y los que están destinados a personas en situación de dependencia grave con necesidad de cuidados 24 horas. Sin embargo, desde la experiencia de iniciativas que se asimilarían al concepto vivienda, países como el Suecia, Holanda o Reino Unido (también todos los demás) llevan décadas afrontando un proceso de reconversión de alojamientos como los *Sheltered Houses* o *Retirement houses* inicialmente destinados a personas con cierto grado de independencia y autonomía a la modalidad *Shelthered housing* o *Extra care housing*, término que podemos traducir como “viviendas con atención y cuidados” o también “viviendas para toda la vida”, con el objeto de dar respuesta a esas mismas personas que optaron en su día por viviendas que facilitasen una vida más independiente pero también una relación social que evitase su progresivo aislamiento. Estas personas han envejecido y desde hace años necesitan cuidados más especializados. En unos casos y países, como España, han tenido que cambiar de recursos, mientras que en otros (Reino Unido, Países Escandinavos, Holanda y en gran medida Francia) es el recurso el que se intenta adaptar a las necesidades de las personas

En segundo lugar, desde la perspectiva del mundo institucional tradicional, en general, y desde diferentes itinerarios, también se afronta un proceso de reconversión del modelo asilar institucional ampliamente desarrollado en los siglos XIX y gran parte del XX, hacia modelos domésticos que giran en torno al conocido como paradigma *housing*,

término que incluye una amplísima variedad de alojamientos que comparten objetivos comunes: promover la independencia, reducir el aislamiento social, promover una alternativa a los modelos institucionales, ofrecer a los residentes un hogar para toda la vida y mejorar su calidad de vida.

En tercer lugar, se observa que el término “*nursing home*” es utilizado como modelo de consenso de la práctica totalidad de los países estudiados para referirse al recurso de atención y cuidados a personas en situación de dependencia grave-muy grave, que requieren atención profesional constante. Esta atención especializada se centra sobre todo en la figura del profesional de enfermería que comentaremos más adelante. Esta modalidad de lo que en España conocemos como centro residencial (hasta hace poco para personas asistidas) en todos los casos recibe financiación pública, exige diferentes modelos de acreditación, estándares de calidad, ratios de personal más o menos estrictas e instalaciones adecuadas a la situación de dependencia de sus usuarios. La diversidad que entraña este concepto es muy amplia, como se evidenciará más adelante. Comparten este marco conceptual otras denominaciones como la francesa EHPAD (*Etablissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*), donde se ofrece una atención integral de carácter sociosanitario. Representan el 79% de la oferta residencial.

1.3 La transición de la atención institucional al modelo vivienda

Cobra especial importancia reseñar aquí el proceso de transformación observado en todos los países analizados que desde hace décadas buscan y experimentan nuevas fórmulas de provisión de cuidados. España está todavía en los comienzos de este proceso. Mientras en los países más avanzados de Europa llevaban años librando con dureza la batalla de la desinstitucionalización^{2,3} y se aireaban evaluaciones demoledoras sobre las instituciones psiquiátricas y las de ancianos, a finales de los años 70 del pasado siglo nuestro país vivía la época dorada de construcción de residencias de gran capacidad (más de 500 plazas en algún caso), destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas. Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad, dependientes del sistema público y presididas por el objetivo de

²Townsend, P. (1962). *The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

³Tibbitts, C. (1960). *Hand book of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*, Chicago: The University of Chicago Press

“dar a nuestros mayores lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo”⁴. Esta concepción empezó pronto a convivir con la necesidad de responder a situaciones de dependencia, todavía escasamente visibles, a través de las conocidas como “residencias asistidas”. La primera de ellas, de propiedad y gestión pública fue Manoteras en Madrid inaugurada en el año 81, con capacidad para 300 plazas. La intervención se empieza a organizar en el marco conceptual de la “ayuda” con carácter complementario, cuando no paliativo a las graves carencias que empezaban a observarse en los entornos domésticos y familiares. Antecedentes como este, son suficientemente demostrativos del preocupante retraso que padecemos, en el urgente proceso de transformación que necesitamos para dar respuesta a los cuidados de larga duración fuera del domicilio habitual, desde un marco más cercano al enfoque de atención centrado en la persona.

El proceso de reformulación de las clásicas “*nursing homes*” hacia entornos de cuidados profesionales hogareños, se realiza con contundencia en países nórdicos como Suecia y Dinamarca desde los años 70. Aunque este último no ha sido incorporado en el análisis de la primera parte, merece la pena reseñar su experiencia como buena práctica de la que se pueden extraer lecciones para replicar. El 1 de enero de 1996 entró en vigor la reforma de las residencias para personas mayores danesas (*plejeboligreformen*). Su finalidad era modernizar el parque residencial y promover el concepto de viviendas sociales para mayores, con servicios integrados de cuidado 24 horas cuando la dependencia es grave o con servicios externos que se ofrecen “a la carta” cuando las personas van necesiéndolos. Este proceso de cambio se consolidó mediante la construcción de nuevas viviendas y la reconversión de antiguas residencias de ancianos (*nursing homes*) en lo que hoy conocemos como unidades de convivencia.

La puesta en marcha de esta reforma supuso de facto la prohibición de construcción de más residencias con el modelo institucional tradicional, que se había producido ya en 1988 (*section 192-dwelings under the Consolidation Action Social Services*)⁵. Las habitaciones de estos centros pasan a convertirse en viviendas: espacios privados de un mínimo de 30 mts, de uso individual, aun estando agrupadas en unidades de convivencia que reúnen entre 6 y 12 personas en torno a un espacio común que cuenta con una cocina y un salón-comedor. Espacios acogedores, en los que la calidez de un hogar se ha cuidado mucho. Las viviendas de las personas tienen una mini cocina (de cortesía, para uso de familiares y amigos, ya que la mayoría de ellas padece deterioro cognitivo grave) y facilitan la división de dos ambientes: el espacio de estar y el dormitorio. Todas las viviendas son amuebladas y decoradas por sus inquilinos, que pagan por el concepto de

⁴Sancho, M., y Rodríguez, P. (2002). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista de Intervención Psicosocial* con motivo de la II AME. Colegio de Psicólogos.

⁵Lantarón, H (2015). *Vivienda para un envejecimiento activo: el paradigma danés*. Tesis Doctoral. Universidad Politécnica de Madrid Escuela de Arquitectura.

alquiler, hecho que simbólicamente valida la percepción de espacio propio, doméstico, íntimo. Generalmente el centro (o la asociación) promotora ofrece como único equipamiento una cama articulada que reúna condiciones de calidad adecuadas a las personas que la van a usar.

El efecto de esta nueva normativa ha tenido consecuencias claras en el desarrollo de las diferentes tipologías de alojamientos para personas mayores en los dos países. La evolución no deja lugar a dudas: un importante número de residencias y de centros protegidos (*nursing homes* y *sheltered housing*) son reconvertidos a viviendas con servicios de cuidados integrados en torno al concepto unidad de convivencia o servicios domiciliarios externos (*Factsheet on Danish housing for the elderly*, 2013). La calidad de estos alojamientos ha mejorado mucho y los servicios domiciliarios garantizan mayoritariamente la atención a las necesidades de las personas⁶.

Como se puede observar en la tabla 1, se ha producido un claro descenso en el número de *nursing homes* y *sheltered housing* a favor del modelo conocido como viviendas sociales con servicios externos o internos.

	S 192 dwellings		S 192 dwellings combined	Social dwellings for the elderly and social care homes	Housing for the elderly combined
	Nursing homes	Sheltered housing			
1996	36,444	5,122	41,566	22,791	64,357
2001	27,635	3,973	31,608	37,899	69,507
2009	9,436	1,824	11,260	67,703	78,963
2010	8,761	1,804	10,565	71,494	82,059

Source: Statistics Denmark, "Den sociale ressourceopgørelse" and Statbank Denmark.

Tabla 1. Evolución del número de plazas en residencias y viviendas con cuidados en Dinamarca

El caso de Suecia es similar. Astrid Lindstrom⁷ realiza una descripción minuciosa de este proceso en su colaboración para el Libro "Viviendas para personas mayores en Europa" publicado recientemente por la Fundación Pilares para la autonomía personal.

"Suecia, en los años sesenta empezó a diversificar la oferta construyendo "Viviendas con servicios" (Servicehus) para personas mayores frágiles y, más tarde, "Viviendas agrupadas en torno a una unidad de convivencia" (Gruppboenden) primero para las

⁶ Sancho, M. (2020) Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional. *RIEV* (en prensa).

⁷Lindström, A. (2018). El papel de la vivienda y su evolución en las políticas de atención a las personas mayores en Suecia, En *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI* Fundación Pilares para la autonomía personal. Col. Papeles de la Fundación nº3.

personas mayores con demencias y más tarde para todas las personas con grandes necesidades asistenciales”.

Desde itinerarios diferentes, otros países como Reino Unido, Alemania y Holanda también han generado una interesante transición de las instituciones clásicas a un amplio conjunto de iniciativas basadas una vez más en el marco conceptual de vivienda: en torno a unidades de convivencia para personas que necesitan mucha ayuda o con servicios a medida desde la provisión comunitaria.

La tradición del Reino Unido de afrontar toda la problemática derivada de la vivienda y su adaptación a las necesidades de grupos de población se remonta a varias décadas atrás. En los años 90, Europa siguió con atención el movimiento “*Life time homes*”, surgido desde la Fundación Joseph Rowntree, el cual ha servido para promover multitud de documentación y orientaciones sobre diseño accesible de vivienda. La preocupación por el gasto que puede suponer un crecimiento imparable de necesidad de cuidados de larga duración (*nursing homes*) en alojamientos alternativos a la vivienda habitual, está generando con decidida voluntad política, un amplio abanico de alojamientos para personas mayores. Desde la consciencia de que la imagen de los servicios y recursos para mayores no es buena ni deseable, por lo que es necesario apoyar el diseño de calidad junto al atractivo de optar por viviendas más accesibles y sostenibles en el caso de que sea necesario trasladarse desde la vivienda habitual. En este contexto han ido surgiendo los cuatro informes Happi⁸ (*Housing our Ageing Population: Plan for implementation*), publicados desde *All Party Parliamentary group on housing and care for older people* (grupo parlamentario de todos los partidos sobre la vivienda y el cuidado de las personas mayores) que están teniendo un importante impacto en el país. El 4º informe, publicado en 2018 está dedicado a los entornos rurales.

Existe amplísima documentación sobre toda la planificación realizada en este país en materia de vivienda. Paralelamente se evidencia la preocupación latente y explícita por mejorar el modelo de provisión de servicios domiciliarios para que la opción vivienda sea realmente eficaz cuando se necesita ayuda. Como se ha comentado en el inicio de este capítulo, sin un buen modelo de cuidados en el domicilio y entorno comunitario, el marco conceptual “vivienda” como solución para las personas en situación de dependencia no tiene futuro. Conceptos como personalización y amigabilidad, aparecen en este intento de dar una respuesta holística y ecosistémica a las necesidades de cuidados de larga duración.

Llama especialmente la atención el caso de Alemania, que está experimentando una auténtica explosión del modelo “viviendas compartidas” y “viviendas asistidas” en las que predomina la promoción de la autonomía y la independencia como valores

⁸HAPPI (2009). *Housing for ageing population. Panel for innovation*. UK: Departement of health. Más información en la página <https://www.housinglin.org.uk/> liderada por el profesor Porteus.

directores de estas iniciativas. Muchas de ellas están auspiciadas por el mundo asociativo y otras por la iniciativa privada de la provisión de servicios⁹. Estas últimas, con mayor implantación entre el perfil de personas en situación de dependencia, ya que asumen la provisión de los servicios necesarios.

Aunque existen ciertas dificultades para obtener datos fiables sobre la dimensión de esta modalidad de alojamientos, el principal portal informativo sobre el mercado residencial alemán (pflagemarkt.com) señala que existen en torno a 7.000 viviendas de este tipo, con un total de 300.000 plazas y un tamaño medio de 48 plazas, lo que supone un índice de cobertura de 2.3% en relación al 7.4% del total de establecimientos residenciales.

En general, el diseño de las viviendas y su modelo de vida, está orientado a la participación de las familias y a la utilización de los recursos comunitarios, así como a la participación de las personas usuarias en actividades significativas, preferentemente en el entorno comunitario.

Las demencias ocupan un lugar muy relevante en todo este proceso de cambio del modelo de alojamientos, como se irá observando en el siguiente capítulo. De hecho, en la práctica totalidad de los países se produce ante la evidencia de que los grupos pequeños y espacios domésticos generan mayor bienestar entre las personas con deterioro cognitivo, normalizando en la medida de lo posible su vida cotidiana y reduciendo sensiblemente los problemas de conducta.

1.4. La explosión de la diversidad habitacional en la vejez. La economía plateada

Si en el ámbito de los alojamientos para personas en situación de dependencia grave se ha producido un proceso de transformación muy importante, este “cambio cultural” ha dado lugar a un amplísimo abanico de experiencias de viviendas y proyectos colectivos para personas en proceso de envejecimiento, en principio con propósito de mejorar su calidad de vida y, muy especialmente, su mundo relacional, huyendo de la soledad, pero también con la expectativa de poder recibir apoyos y cuidados profesionales cuando sean necesarios. El concepto “vivienda para toda la vida” prolifera en estos países, adaptándose progresivamente a las necesidades de sus inquilinos.

Diferentes modalidades de viviendas colaborativas (*cohousing*), apartamentos, experiencias intergeneracionales, iniciativas en ámbito rurales adaptadas a su

⁹Montero, M. (2018). Alternativas de vivienda para personas mayores en Alemania En *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*. Fundación Pílares para la autonomía personal. Col. Papeles de la Fundación nº3.

población, proyectos de grupos de personas a los que les une su opción sexual, religiosa, étnica o de género, surgen cada día nutriendo un interesante mercado en el ámbito de la *silver economie*. Algunas de estas experiencias, que se recogen en el capítulo siguiente, incluyen un variado conjunto de iniciativas referenciales en estas materias. Pero es importante insistir en que estos proyectos, mayoritariamente, van a acoger situaciones de dependencia que están surgiendo con el paso del tiempo, es decir, el recurso se adapta a las necesidades de las personas. No es el caso de las viviendas tuteladas en España, que, si se siguen construyendo, deberían cambiar su marco conceptual y adaptarse a las nuevas realidades que imponen las situaciones de dependencia.

1.5. Aspectos organizacionales: titularidad, financiación, tamaño y tipos de gestión

La información detallada recogida en la primera parte de este informe sobre aspectos concretos como los que se recogen en este epígrafe no puede generar los deseados análisis comparativos entre los países analizados por razones diversas:

- Diferentes organizaciones territoriales, competenciales y administrativas.
- Tradiciones históricas por las cuales los cuidados de larga duración son responsabilidad sobre todo del sistema sanitario y con menor frecuencia social.
- Existencia de leyes específicas de protección a las situaciones de dependencia generadas desde muy diferentes marcos conceptuales, competenciales y, de manera especial por la tipología predominante de prestaciones económicas (Francia), servicios, o una combinación de ambas (Alemania).
- Amplísima tipología de alojamientos que impiden realizar comparaciones rigurosas en aspectos como el tamaño, su gestión, profesionales, etc.

Todo ello sin menospreciar las dificultades que nos encontramos con mucha frecuencia al intentar comparar, cuando no domesticar, tradiciones culturales y cotidianidades muy diferentes que no siempre llegamos a comprender en los textos técnicos.

Por todo ello, destacamos sólo algunos aspectos comunes de estas dimensiones desde el convencimiento de que su análisis detallado ya ha sido reflejado en la primera parte de este trabajo.

1.5.1. EL tamaño de los alojamientos

La diversidad de experiencias nos obliga a establecer amplios tramos que recojan su realidad diferencial. Generalmente, los tamaños pequeños responden a modelos más

alternativos y abiertos a población, inicialmente con menor grado de dependencia, mientras que los más grandes, con independencia de su estructura interna, habitualmente organizada en unidades de convivencia, generan organizaciones más grandes, en las que la presencia profesional y la organización de los cuidados y la vida cotidiana es más compleja.

Así, nos encontramos con países como Suecia, que mantiene una capacidad bastante pequeña, en torno a 45 personas, organizadas en unidades de convivencia.

Alemania, por su parte, aunque décadas atrás desarrolló un parque residencial de tamaño grande, actualmente equilibra su tamaño medio en torno a las 68 plazas, derivado del desarrollo del modelo de viviendas compartidas, más pequeñas.

Quizás, la variabilidad mayor se observa en el Reino Unido, con un tamaño medio de 51 personas en sus *nursing homes*. Si los distribuimos en grandes grupos, se observa que el 30,6% se puede considerar pequeño (menos de diez plazas); el 52% es de tamaño mediano (entre 11 y 49 plazas) y el 16,5% sería grande, con más de 50 plazas.

En el caso de Francia, el tamaño medio de los centros residenciales es de 70 plazas, y oscila entre 25 de las conocidas como residencias de autonomía y 81 de los EHPAD. Tanto en Canadá como en Estados Unidos el tamaño es bastante grande, en torno a las 100 personas, aunque en USA, las soluciones residenciales de tipo comunitario acogen a una media de 34 personas por instalación. Sin embargo, los centros con un tamaño entre 100 y 199 usuarios, representan casi la mitad –el 44%– de la cobertura americana.

Si comparamos estos datos con los de España, observamos que el porcentaje de alojamientos de menos de 25 plazas asciende a un 18,5% en el sector privado y a un 27,3% en el público, invirtiéndose esta relación en los centros de más de 100 plazas: 24,6% en el ámbito privado y 18,9 en el público. Sin embargo, en nuestro país esta distribución no va acompañada de modelos residenciales diferentes, ya que el estándar es la residencia tradicional, con un porcentaje elevado de habitaciones dobles y una organización muy protocolizada con escaso margen para la flexibilidad y el desarrollo de proyectos más personalizados.

Especial mención merece el tamaño de las unidades de convivencia, dato todavía más relevante que el tamaño total del centro (Martínez, 2015)¹⁰. La investigación realizada concluye que las unidades grandes se asocian a mayor agitación, mayor incidencia de conflictos por el territorio y alta agresividad. Las pequeñas unidades se asocian a menor ansiedad y depresión, menor uso de psicofármacos, mayor movilidad y a la mejora de la

¹⁰Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

interacción entre residentes y profesionales^{11 12 13 14 15 16}. La *Care Quality Commission – CCQ- (UK)*, ha afirmado la asociación existente entre calidad de la atención y un tamaño pequeño del centro residencial.

En los países que organizan sus residencias en pequeñas unidades de convivencia, éstas no suelen superar las 12/14 personas, y en el caso de personas con demencia incluso menos. En Suecia, concretamente se recomienda que las unidades de convivencia para personas con demencia sean de no más de 10 plazas.

1.5.2. Modalidades de gestión

En cuanto a los modelos de gestión, excepto Suecia, donde predomina claramente la gestión pública (ver tabla 2) de tal manera que en el 66% de los municipios no existen alojamientos privados, y Francia, con la mitad de sus alojamientos de titularidad y gestión pública, en el resto de los países predomina claramente la gestión privada con o sin fin de lucro.

PAIS	G. pública- %	G. privada con fin de lucro %	G. privada sin fin de lucro%
Alemania	6.15	39,3	54.6
Suecia*	83	16.9	
Francia	52	19.2	28.7
Reino Unido	9	78	12.3
Canadá	27	44	23.5
Francia	52	19.2	28.7

*En el 66% de los municipios no hay ningún alojamiento de gestión privada.

Tabla 2. Residencias en Suecia según tipo de titularidad

¹¹Annerstedt, L. (1997). Group-living care: An alternative for the demented elderly. *Dementia (Basel)*, 8 (2), 136-142.

¹²Møller, K., & Knudstrup, M.A. (2008) Trivsel & plejeboligens udformning. [“Well-being and the design of assisted living residential care facilities and accommodation”]. Odense: Servicestyrelsen. 100 s.

¹³Morgan, D.G., & Stewart, N.J. (1998). High versus low density special care units: Impact on the behaviour of elderly residents with dementia. *Canadian Journal of Aging*, 17, 143-165.

¹⁴Skea, D., & Lindsay, J. (1996). An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (3), 233-241.

¹⁵Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Preiseer, J.S, Phillips, C., Commander, C., & Burker.E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer’s disease special care units. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 862-869.

¹⁶Schwarz, B., Chaudhury, H. & Tofle, R.B. (2004). «Effect of design interventions on a dementia care setting». *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*. 19, 3, 172-176.

Merece la pena matizar que, en países como Canadá, los alojamientos que no tienen cuidados de enfermería (*retirement homes*) son en su totalidad de propiedad y gestión privada, mientras los *care homes* (55% de las plazas) donde viven personas que requieren cuidados de enfermería las 24 horas del día, estos son mayoritariamente públicos o gestionados desde organizaciones sin fin de lucro. Esta diferencia, se produce en mayor o menos medida en todos los países.

1.6. Estructura competencial

Una vez más es necesario advertir que es difícil realizar comparaciones entre países que tienen diferentes estructuras territoriales y administrativas, además de culturas históricas que han ubicado los cuidados sobre todo en el sistema sanitario (Holanda, Reino Unido...)

En consecuencia, extraemos algunos comentarios que pueden ser de utilidad para Castilla y León y para España, con sus especiales características territoriales y una tradición que ubica los cuidados de larga duración en los servicios sociales.

Como norma se observa que, en la práctica totalidad de los países, los departamentos de salud, asumen la responsabilidad de la atención sanitaria que reciben las personas que viven en estos centros, desde una concepción más o menos amplia de lo que esto significa: tanto los cuidados internos a través de los servicios de enfermería, como la atención sanitaria primaria o especializada en las mismas condiciones que cualquier otro ciudadano del país. En ocasiones también se asumen tareas que corresponderían al perfil profesional de auxiliares de clínica.

Los municipios tienen un alto grado de responsabilidad en la gestión y control de los centros. En ocasiones, con funciones añadidas de inspección y gestión de la calidad. En otros, estas tareas son asumidas por las administraciones territoriales, federales o centrales, en función de la estructura administrativa del país. El ejemplo paradigmático de competencia municipal es Suecia. También en gran medida Holanda.

Por otra parte, los países que disponen de un Seguro de dependencia, Alemania y Francia, desde modelos muy diferentes, estos tienen también competencias en el ámbito residencial. En el caso de Alemania, es necesario tener en cuenta en primer lugar la separación entre la regulación de la calidad de la atención –que corresponden básicamente a los Seguros de Dependencia y la regulación de los requisitos funcionales, materiales y de personal de estos centros, que corresponden fundamentalmente a los

Estados federados (Lander). Mientras que las cuestiones que son objeto de la regulación de los seguros son homogéneas en todo el país, la regulación del personal y de las estructuras residenciales es diferente en cada Lander. Se trata por tanto de un sistema dual, en el que se aplican dos normativas básicas diferentes: seguro de dependencia y regulación de los centros residenciales. En este caso, las funciones de inspección y gestión de la calidad se encomiendan a dos tipos de organismos diferentes: las agencias regionales o municipales y los respectivos servicios médicos de los seguros de enfermedad.

En definitiva, estamos ante un modelo de competencias cuando menos dual y, en ocasiones, de triple dependencia, con bastante grado de complejidad y un papel central del sistema sanitario en las áreas que les corresponden.

1.7. Las oportunidades de la diversificación en la financiación

Sin entrar en análisis de carácter macro sobre las fuentes de financiación y el presupuesto que los países dedican a los cuidados residenciales de larga duración, que han sido especificados en la primera parte de este trabajo, merece la pena detenerse en un aspecto prácticamente generalizado en todos los países que consideramos sugerente para el nuestro.

Nos referimos a la diversificación en el establecimiento de tarifas en la organización de la financiación de los alojamientos para personas mayores. El caso de Francia, por su cercanía y su claridad es paradigmático, con alguna matización en la denominación de los conceptos. En todo caso la distribución se realiza de la siguiente forma:

- a) La tarifa de cuidados, cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria, y se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias. Se establece de forma negociada con el departamento provincial correspondiente, lo que genera diferencias territoriales relativamente grandes.
- b) La tarifa alojamiento cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. En ocasiones, también se incluyen otros servicios como el suministro de productos de higiene, telefonía e internet, etc. Esta cuantía se fija libremente por los propios centros, salvo en el caso de que el centro esté habilitado para que los usuarios puedan percibir ayudas

sociales al alojamiento. Los precios varían en función de la ocupación de la habitación (individual o doble) y del tipo de centro.

- c) La tarifa sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria. Puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de una farmacia propia para el centro. En total, se calcula que el coste de ambos tipos de servicios –los prestados en el propio centro y los suministrados desde los dispositivos de medicina comunitaria– suponen algo menos del 40% del coste plaza diario.

Este sistema, utilizado en la mayoría de los países, en algunos casos se traslada también a la distribución de competencias en materia de construcción de viviendas/centros, que corresponde a los departamentos de vivienda. Es obvio que este tipo de soluciones aligerarían en parte el sistema que tenemos en España, donde los servicios sociales asumen la práctica totalidad de la construcción, puesta en marcha y gestión de los centros residenciales.

Capítulo 2. Otro mundo es posible. La diversidad en el diseño y ambiente de alojamientos para personas que envejecen



Si bien en el capítulo anterior hemos dedicado gran parte de su contenido a describir el proceso de transformación del modelo residencial tradicional al modelo “casa” en base al concepto vivienda, creemos que es necesario evidenciar esta realidad reflejando la amplia y diversa producción de iniciativas que se llevan desarrollando en otros países desde hace tiempo. Aunque se pueden sistematizar de diversas maneras entre las que su origen y marco sociocultural de desarrollo suele ser significativo, ofrecemos a continuación un conjunto de proyectos que de alguna forma se han convertido en “referenciales” en el ámbito de la investigación sobre ambientes y diseño, dimensión que cada día obtiene más evidencias sobre su impacto en la salud y el bienestar de las personas que habitan estos espacios. Buena muestra del interés multidisciplinar que despierta este tema, es la existencia de más de dos decenas de revistas científicas sobre diferentes dimensiones del diseño y de la influencia del espacio físico y de los ambientes en el bienestar y la salud de las personas que los habitan.

Entre las variables analizadas la percepción de ambiente hogareño es una de las que tienen un mayor peso¹⁷. En contrapartida, el ambiente “institucional” se asocia con menos adaptación y diversas manifestaciones de malestar emocional en las personas con demencia (agitación, apatía, alteraciones del comportamiento).

Distintos trabajos^{18 19 20} han destacado diversos elementos que actúan a modo de detractores de un ambiente hogareño, entre los que cabe citar:

- Las grandes unidades residenciales (plantas o módulos), definidas como las de capacidad para más de 20 personas usuarias.

¹⁷Møller, K., & Knudstrup, M.A. (2008) Trivsel & plejeboligens udformning. [“Well-being and the design of assisted living residential care facilities and accommodation”]. Odense: Servicestyrelsen. 100 s.

¹⁸Brawley, E.C. (2006). *Design innovations for aging and Alzheimer*. New Jersey: John Wiley & Sons.

¹⁹Chaudhury, H. (2013). La adecuación del entorno físico y ambiental en centros para personas con demencia: principios clave para el diseño e introducción a un nuevo instrumento de evaluación ambiental DCM-ENV del Dementia Care Mapping. Material formativo no publicado.

²⁰Regnier, V. (2012). Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. En P. Rodríguez (Eds.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia* (pp. 123-153). Madrid: Fundación Caser para la dependencia.

- Los comedores y salas grandes.
- El mobiliario y terminados institucionales.
- Las habitaciones compartidas.
- Las paredes desnudas.
- Los pasillos largos con habitaciones alineadas.
- Las luces fluorescentes.
- Presencia de equipamiento institucional (grúas, carros de lencería y medicación...).

Por el contrario, como elementos ambientales facilitadores de un ambiente hogareño han sido señalados los siguientes:

- Las pequeñas unidades, entre 8-12 personas
- Los comedores descentralizados
- Las salas de estar y de actividades de capacidad reducida
- La decoración y mobiliario cuidado y hogareño
- Las habitaciones individuales
- Las fotografías personales y significativas
- Las lámparas y e iluminación indirecta
- La dispensación de aperitivos y chucherías
- Los jardines y áreas exteriores

Como hemos podido ver la tendencia internacional en los países más avanzados es la apuesta por cuidar en un entorno de vivienda, bien creando nuevos edificios, bien transformando las tradicionales residenciales y creando en ellas tanto apartamentos con servicios externos como pequeñas unidades de convivencia. Este modelo hogareño, frente al institucional, como hemos visto y seguiremos insistiendo, permite una vida más normalizada y ajustada a los modos de vida y preferencias de las personas. La idea no es otra que recibir cuidados en entornos domésticos, en lugares que reproduzcan “la vida como en casa”.

Otro elemento que merece ser destacado es el de la personalización de los espacios privados. La habitación o apartamento se concibe como lugar propio y debe permitir a la persona disfrutar de su intimidad, de autonomía y del mantenimiento de su identidad. Estas dependencias son mucho más que un lugar para dormir, como todavía pasa en muchas residencias de nuestro país.

Destacamos una vez más, el valor simbólico del concepto vivienda. La reivindicación de “la casa como guarida” que realiza el arquitecto Sainz de Oiza como la dignificación del oficio de habitar y el arte de construir, es una buena muestra del carácter simbólico del

hogar, que se agudiza en la vejez, cuando la red de relaciones y estímulos disminuye, convirtiéndose en un auténtico “cosmos” este rincón del mundo que es la casa²¹.

Esta reflexión también es de aplicación para las personas con una demencia avanzada, en las que la reminiscencia y lo significativo tiene especial importancia. En los países que han sido descritos es común que las habitaciones o apartamentos se cedan a la persona vacíos para que estas (o sus familias si no es posible para ellas) puedan amueblarlos y decorarlos a su gusto y con sus pertenencias más significativas.

En este contexto, es necesario señalar el gran valor que los diferentes países conceden a que los apartamentos o unidades de convivencia tengan un acceso sencillo y seguro a zonas que permitan estar al aire libre (jardín, terrazas o incluso barrios de la urbanización). Esto es de máxima importancia para las personas con demencia, evitando que estén “encerradas” en unidades, que puedan caminar y moverse en zonas exteriores, experimentando sensación de libertad y disfrutar de los beneficios del aire libre. Recursos como *Dementia Village (Holanda, Francia y otros lugares)* o *Tante Louis (Holanda)* que describiremos a continuación, permiten vivir a personas con demencia avanzada en casas ubicadas en un barrio seguro y salir al exterior en entornos protegidos. Son iniciativas que sin duda alguna suponen una importantísima mejora en la atención y calidad de vida a este grupo de población que, en aras a la seguridad, en otro tipo de dispositivos deben vivir en unidades cerradas con el profundo malestar que ello suele provocar.

Si tuviéramos que identificar algún elemento que constituye un nexo de unión entre unas y otras experiencias, este sería su objetivo de conseguir que cualquiera de estas iniciativas fuera un hogar “para toda la vida”. Insistimos en este concepto a lo largo del informe porque consideramos que debe convertirse en “modelo” en Castilla y León y en España, superando definitivamente la concepción de que las personas tengan que trasladarse a los recursos adecuados a su situación en diversos momentos de la evolución de su situación de dependencia, para implantar recursos y servicios flexibles y adaptables a las situaciones de necesidad de apoyos y cuidados.

En este marco conceptual, presentamos un conjunto de proyectos muy diversos que sistematizamos en dos grandes bloques:

- Viviendas con servicios en el entorno domiciliario.
- Viviendas con cuidados integrados en unidades de convivencia o estructuras de carácter doméstico.

²¹ Bachelard G. (1957). *Poética del espacio*. Argentina: Fondo de cultura económica.

2.1. Viviendas con servicios en el entorno comunitario

Las características idiosincráticas de los países escandinavos donde el modo de vida en soledad afecta a cerca de la mitad de la población que envejece y en los que la movilidad en la vivienda es mucho más frecuente que en nuestro país, seguramente derivada de la importante presencia de viviendas en alquiler, han sido, entre otros, elementos que han facilitado la creación de iniciativas privadas, cooperativas en su mayoría, de personas que deseaban construir proyectos colectivos, en los que la ayuda mutua y la generación de redes sociales tenían un gran valor. Nos remontamos al final de los años 70 del siglo pasado, sin duda en un entorno del máximo interés en los que surgieron diversos movimientos reivindicativos de carácter social, que en el ámbito de la discapacidad se focalizaron en el rechazo a las instituciones tanto en Estados Unidos y Canadá como en Europa y que varias décadas después, fructificaron en la aprobación la Convención de derechos para las personas con discapacidad²² que en su artículo 19 se posiciona radicalmente en contra de las instituciones.

Uno de los modelos que mayor impacto está teniendo en el mundo, es el conocido como *cohousing*, que ha generado diversidad de modalidades adaptadas al entorno y también a las políticas sociales vigentes en cada país, a pesar de que suelen ser iniciativas privadas con algún tipo de apoyo o compromiso por parte de los servicios públicos, especialmente en la provisión de servicios domiciliarios cuando son necesarios.

En general, están organizados en viviendas de diferentes tamaños y un espacio - casa común -donde se realiza la vida cotidiana colaborativa. La tendencia actual es diseñar espacios muy flexibles que puedan albergar cualquier tipo de actividad. De esta manera, se asegura un uso continuado a la vez que se ahorra en recursos y mantenimiento. La característica que mejor define este modelo es la estrecha relación entre sus inquilinos (o propietarios en régimen de cesión de uso) y la red de ayuda mutua que se establece entre ellos. Si no existe participación en la gestión del edificio o en las actividades que se realizan, no se considera *cohousing*. Es imprescindible, por tanto, que los usuarios formen parte activa de la vida en comunidad²³. Y es precisamente este aspecto el que ha generado más problemas y en ocasiones el abandono del proyecto. De hecho, en Dinamarca y también en Suecia, muchas de estas iniciativas con el paso del tiempo han sido reconvertidas a otras modalidades de vivienda: multigeneracional, viviendas para toda la vida con servicios externos y otras modalidades en las que el compromiso colaborativo con el grupo es mucho menor.

²²Naciones Unidas. Resolución de la Asamblea General 61/106 de 13 de Diciembre de 2006 por la que se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

²³Durrett, CH. (2009). *Manual del senior Cohousing*. Traducción española 2015. Asociación Jubilares.

Actualmente el ámbito académico y de la innovación tanto en la Unión Europea a través de sus convocatorias de proyectos como los países miembros de manera monográfica, están desarrollando procesos de generación de conocimiento desde metodologías participativas sobre este tipo de iniciativas

Una de ellas es el proyecto belga *Entour-Age Nord* (Smetcoren, Massart, Demuynck, 2017) cuyo objetivo ha sido elaborar diversos modelos de vivienda innovadores y en pequeña escala para personas mayores y generar nuevos modelos de empleo en la esfera de la vivienda y la atención a estas personas. Su metodología de investigación - acción participativa ha permitido identificar aspectos significativos a la hora de diseñar este tipo de viviendas colaborativas. Pretenden hacer posible la permanencia en el entorno habitual y contribuir al desarrollo de una comunidad de cuidados activa, basada en el vecindario que acoge y apoya a las personas mayores valorando tanto la atención informal como la profesional.

Estas iniciativas están obligadas a incluir tanto a los usuarios finales como a los interesados en el desarrollo, la evaluación y el ajuste co-creativo de estas innovaciones en materia de cuidados

En este proyecto, se han identificado diferentes aspectos arquitectónicos y espaciales que deben incluirse en futuros modelos de vivienda específicamente para las personas mayores:

- Proporcionar espacios comunes compartidos que estimulen los encuentros (por ejemplo, escalera, ascensor, vestíbulo de entrada, etc.), así como un espacio común para interactuar con otras personas.
- Disponer de un espacio exterior común en el que los inquilinos puedan reunirse e interactuar (por ejemplo, el jardín, la terraza).
- Incorporar al edificio una lavandería común (tradición muy arraigada en el centro y norte de Europa), una habitación de invitados para los miembros de la familia (cuidadores, nietos, etc.), una cocina común, una sala de usos múltiples (por ejemplo, para una fiesta, etc.).
- Diseñar las viviendas desde los principios de la accesibilidad universal.

Este tipo de iniciativas multiprofesionales y participativas constituyen una herramienta de gran valor cuando se quiere trabajar desde los postulados de la atención centrada en las personas. Diseñar con ellos, es una garantía para adaptarse a sus deseos y preferencias.

Actualmente en España el modelo *cohousing* despierta mucho interés entre determinados perfiles de personas mayores generalmente situadas en el rango de los 60 -75 años con deseos de avanzar en iniciativas colectivas, comunitarias y en ocasiones

comprometidas con los problemas sociales de su entorno. La experiencia Trabensol se ha convertido en referencia, no solo por ser una de las pioneras, sino por el esfuerzo que están realizando para adaptarse a las situaciones de dependencia que progresivamente van apareciendo desde la gobernanza colaborativa proyecto.

Reseñamos a continuación algunas experiencias de referencia, por haber abierto camino en este modelo, por su permanencia en el tiempo y también por su diseño:

2.1.1. Strandlund

Es uno de los *cohousing* más antiguos de Copenhague, situado en las afueras de la ciudad en un entorno idílico²⁴. Este proyecto que se remonta a 1980, continúa manteniendo el modelo inicial, con alto grado de implicación de sus habitantes en “lo común”. A su vez, han diseñado fórmulas de integración en el entorno cercano y tienen una piscina cubierta de uso público que ayuda a sufragar los gastos comunes del proyecto, además de garantizar la integración en el barrio. Se observa mucha actividad y vida en sus espacios. Otros servicios, como es uso de la cafetería-restaurante es libre, aunque han acordado una utilización mensual mínima para garantizar su viabilidad económica.

Como se puede observar en las siguientes imágenes, tanto su diseño como los ambientes comunes generados evidencian calidez y un modo de vida integrado en su entorno, un frondoso parque en el que están integrados. Las viviendas se ocupan y se entregan siempre en las mismas condiciones en las que fueron entregadas. El tiempo que las personas viven en ellas, pueden realizar todas las reformas que consideren oportunas. Estas condiciones para habitarlas facilitan la personalización, la singularidad y el sentimiento de pertenencia en cada una de ellas lejos de cualquier innecesaria homogeneización.

²⁴ Lantaron, H. (2015). *Vivienda para un envejecimiento activo. El paradigma danés*. Tesis doctoral. Escuela Superior de Arquitectura de Madrid.



2.1.2. El proyecto Takoma, paradigma de la diversidad

Takoma Village²⁵ es una comunidad de viviendas multigeneracionales que se remonta al año 1998 situada en las afueras de Washington DF, fácilmente accesible por metro. Está compuesta por 43 casas de propiedad privada, que agrupa a una media de 70 personas y 12 niños. Algunas de las casas están disponibles en régimen de alquiler. La comunidad que habita este proyecto mantiene de forma solidaria y colaborativa todos los edificios y terrenos, así como múltiples actividades comunes, comidas fiestas, actos culturales, etc.

En la visita realizada a esta iniciativa, se observa a primera vista una importante presencia de niños, diferentes nacionalidades y etnias, así como varias personas mayores con deterioro cognitivo y necesidades de apoyo que habitan un entorno protector y amable que minimiza sus dificultades. Ante la pregunta de confirmación sobre si lo que se observaba era realmente así, la naturalidad de su respuesta afirmativa avala la real integración de estas personas en su comunidad.



El grupo se autodefine así: Somos una mezcla ecléctica de psicoterapeutas, políticos, profesores, ecologistas, consultores, jubilados ocupados, y niños alborotadores - además de varios perros, muchos gatos de interior, muchas bicicletas, y un montón de pelotas de fútbol. Tenemos hogares de padres solteros, personas con pareja, solteros y familias. Los residentes van desde bebés hasta nonagenarios. Aceptamos y deseamos la diversidad en la aldea de Takoma. Tenemos miembros de muchas tradiciones étnicas, religiosas y culturales; residentes de diferentes orientaciones sexuales; y vecinos con diferentes niveles de diversidad funcional. Somos una mezcla de omnívoros, vegetarianos y veganos que, sin embargo, disfrutan compartiendo comidas juntos. Aceptamos nuestras diferencias, sean cuales sean.

²⁵<https://takomavillage.org/>

El clima percibido evidencia gran calidez, cordialidad y bienestar para todas las personas que compartían ese espacio: biblioteca, salón común, espacio para niños con dos padres que compartían con ellos la mañana, cocina amplia en la que se cocinaba, sala de bricolaje, dos habitaciones en el primer piso para invitados., etc. Por otra parte, las personas que necesitan ayuda la reciben a través de proveedores de servicios en sus domicilios.



2.1.3. La iniciativa privada y las promociones senior housing

Desde hace años el mercado inmobiliario en Europa ha identificado la importancia del nicho de mercado que suponen las personas que envejecen, con alto poder adquisitivo y a veces en viviendas inadecuadas por tamaño o problemas de accesibilidad. Ello ha dado lugar a la promoción de todo tipo de iniciativas que se adapte a las preferencias y necesidades de este grupo de población mayor.

Un ejemplo en esta línea es el proyecto danés de **Cohousing Egebakken**²⁶ construido por un grupo de vecinos de *Nødebo*, adyacente del Parque Nacional "*The Royal North Zealand*". Está formado por 29 viviendas y una casa común en el centro de 150 mts con una excelente vista al bosque de robles. Contiene una gran sala de usos múltiples, cocina, baños, algunas habitaciones para invitados y un gimnasio. A pesar de estar calificado como *cohousing*, la participación en actividad es totalmente voluntaria, aunque al parecer, la vida cotidiana es bastante compartida, realizando cenas, celebraciones, tertulias, etc. Las casas y el paisaje circundante se integran desde una mirada ecosistémica como una unidad arquitectónica, cumpliendo con los requisitos formales de accesibilidad e instalaciones en edificios para personas mayores. Las

²⁶<https://universaldesigncasestudies.org/housing/multi-family/egebakken-community-housing>

viviendas oscilan entre los 100 y 150 mts, contando con techos altos y grandes ventanas que ofrecen una iluminación excepcional en las habitaciones. Los materiales y todo el proyecto son de alta calidad, compatible con un respeto total al medio ambiente y requisitos de carácter ecológico.



2.1.4. El diseño singular para la mejora de la imagen de la vejez. Los proyectos Rokade y Plussenburgh

En la misma línea que el anterior proyecto se presenta otra iniciativa privada desarrollada en Holanda país que históricamente ha destacado por la flexibilidad y libertad a la hora de plantear soluciones de planificación urbana, quizás debido a la necesidad de ganar tierra al mar, que ha promovido propuestas de gran interés.

En el ámbito de la vejez se ha hecho un extraordinario esfuerzo por asociar esta época de la vida con la innovación y la modernidad lo que supone un hito que tendrá un importante impacto en un futuro próximo en el que las generaciones que acceden a la vejez tienen mayor nivel socioeconómico y educativo. Por otra parte, genera una indudable fuente de riqueza en el entorno de la *silver economie* que ayuda a disociar el concepto vejez del de gasto y carga social.

El proyecto holandés *Rokade* (2007) se ha convertido en icónico por su diseño deseable y hasta cierto punto impactante. Está constituido por una torre de 21 pisos y 74 viviendas. Todas ellas desde el concepto de viviendas para toda la vida. Se trata de una promoción privada dirigida a mayores independientes de más de 55 años. El complejo incluye un Centro de Día y de Salud con una zona comercial en planta baja. Desde el

centro de día se puede realizar la provisión de los servicios que sus habitantes van necesitando.



Como se puede observar, sus excelentes vistas y luminosidad hacen de estas viviendas una propuesta atractiva que de alguna manera contribuye a la lucha contra los estereotipos asociados a la vejez.

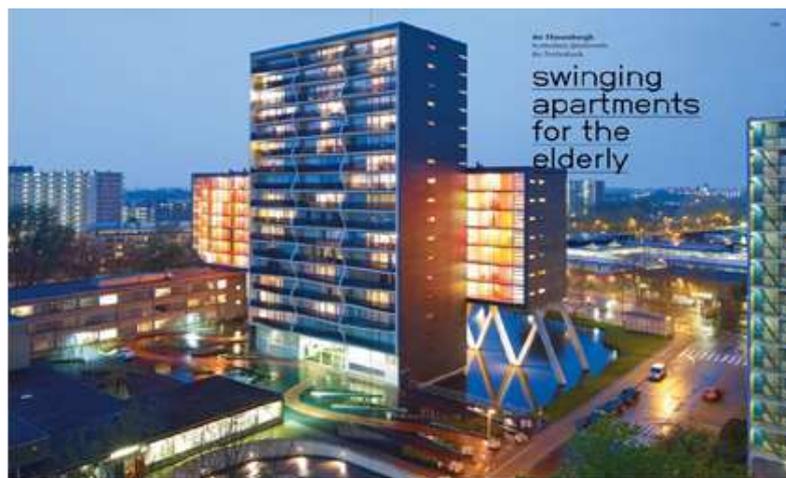
Existen varios proyectos de este tipo en Holanda, quizás no tan exclusivos como este, que han sido promovidos desde asociaciones sin ánimo de lucro. Es el caso de **Plusseburgh** (2006) en Rotterdam, proyecto premiado por su calidad arquitectónica para el diseño los futuros proyectos en la reconstrucción del centro de *IJsselmonde*, uno de los barrios de Rotterdam. Tiene 104 viviendas ocupadas por personas de 50 y más

años, aunque la media de edad se sitúa entre 75 y 80 años. Todas las viviendas se han construido en el marco conceptual de “viviendas para toda la vida”.

El edificio consta de una torre y una losa elevada. El volumen de la losa se eleva 11 metros sobre el agua. Adosado a este edificio, hay otro, de diseño más discreto que contiene un centro de día y un conjunto de unidades de convivencia para personas con grado muy elevado de dependencia y complejidad en sus cuidados.

Cuando los inquilinos necesitan cuidados, estos se reciben desde las entidades de provisión de servicios domiciliarios o desde el centro adosado. También se observa un clima de colaboración y ayuda mutua que minimiza la carga de cuidados y proporciona un apoyo social imprescindible en estas situaciones.

Como todo este tipo de iniciativas, tiene espacios de uso común en la planta baja, con una cocina incorporada, que facilitan la vida social de los vecinos. Se ha podido comprobar que se usa mucho este lugar de reunión, así como un gran cuidado de los espacios comunes, y pasillos de una luminosidad muy estimulante.



2.1.5. La vivienda social como solución de calidad en el Reino Unido: Greenwich Housing



*Greenwich Housing*²⁷ es un nuevo proyecto de viviendas públicas para personas mayores que ha facilitado un intercambio de viviendas sociales, trasladándose a estas, más pequeñas, personas mayores que han dejado las viviendas sociales que ocupaban, más grandes, para otros perfiles familiares. El proyecto, con un presupuesto de 4,3 millones de libras esterlinas se está ampliando actualmente.

Cada casa es de 90 metros cuadrados, más grande que la dimensión establecida de 70 mts en la Guía de viviendas sociales de Londres. Su diseño, además de atractivo y de alta calidad, permite a las personas mayores permanecer en su domicilio aun cuando necesiten ayuda y productos de apoyo, ya que toda la vivienda es suficientemente amplia y accesible.

²⁷Park, J , & Porteus J.(2018) *Age Friendly Housing*. RIBA Publishing.



El planteamiento busca también el coste efectividad del proyecto, ya que disminuye la presión sobre otros servicios sociosanitarios de carácter residencial y libera viviendas más amplias.

Las viviendas disponen de una cocina central con espacio suficiente para mantener vida cotidiana en ella. En general, es un diseño abierto que facilita la deambulación en caso de que se presenten problemas de movilidad. Solo el dormitorio principal preserva privacidad total y una vista excelente hacia un jardín privado de bajo mantenimiento. Una vez más, su deseabilidad es indudable.

2.1.6. Proyectos de grupos específicos y fines solidarios

Bajo esta agrupación de proyectos, se integra una gran diversidad de iniciativas que se diferencian por su propósito específico, los modelos de gestión, el tamaño, la ubicación o el diseño. Pero también por las diferentes opciones sexuales, de género, religiosas, étnicas que generan proyectos de hábitat participativo, cooperativo, comunitario, solidario, autogestionado, etc. En cualquiera de estas denominaciones encontramos a grupos de personas mayores que suelen compartir valores y modo de vida, siempre basado en la lucha contra la especulación y la defensa de la solidaridad. Son iniciativas privadas generalmente construidas en torno al concepto de cooperativa. Presentamos a continuación algunas de ellas

2.1.6.1 La Maison BILOBA, iniciativa belga multiétnica

Proyecto promovido por el dr. Litt, médico antropólogo preocupado por la complejidad que las relaciones de cuidado generan en los entornos familiares, especialmente entre las familias de inmigrantes que no han vivido esa experiencia como consecuencia de su separación de los grupos familiares de origen. Esta reflexión fue acompañada de un proceso participativo en el barrio a lo largo del desarrollo de todo el proyecto.



La "Casa Biloba" consta de 15 unidades de vivienda para personas mayores (8 adaptadas para aquellas que tienen problemas de movilidad), una sala comunitaria y una guardería, situadas en la planta baja del edificio, que está abierta a todo el vecindario. Este proyecto innovador pretende dar respuesta a las necesidades de vivienda social adaptadas a las personas de edad avanzada en un barrio de población cada vez más envejecida. Cada vivienda es amueblada y decorada por sus inquilinos de acuerdo a sus tradiciones culturales y religiosas.

El proyecto piloto ha sido posible gracias a la unión de tres iniciativas: E.MM.A, una cooperativa con un objetivo social, *Foyer Schaerbeekois*, una asociación local de viviendas sociales y el SLRB, que es la autoridad local que concede las subvenciones.

Los tres socios estaban convencidos del valor añadido que suponía disponer de un lugar intergeneracional y multicultural para las personas mayores, en un barrio popular de Bruselas.

2.1.6.2. Viviendas para el colectivo LGTBI

La primera experiencia de este tipo se puso en marcha en Estocolmo en 2013. Su modelo, *Rainbow house*, se ha extendido por otros países de Europa y USA. Consta de 28 apartamentos donde viven 34 personas.



Este tipo de soluciones para grupos de población con opciones sexuales diferentes genera mucha controversia, ya que, en un primer análisis, parecería que son alternativas excluyentes que auto marginan al grupo que opta por ellas.

La realidad de los hechos, al menos en el sur de Europa y a la vista de la experiencia que se está construyendo en Madrid por parte de la Fundación 26 de diciembre, es que se valora como una solución necesaria, quizás transitoria, para personas homosexuales muy mayores en situación de dependencia que han vivido situaciones muy difíciles y cuya integración en centros al uso parece cuasi imposible. De hecho, la experiencia de *Rainbow house* sueca se autodefine como “refugio seguro”.

2.1.6.3. Mujeres que habitan Beguinages

Las experiencias de *Beguinage*, proceden de un modo de vida instaurado en el norte de Europa en los siglos XI y XII, que agrupaba a mujeres solteras en torno a una iglesia, con fines religiosos. Este tipo de construcciones han sido declaradas Patrimonio mundial de la UNESCO. En la actualidad existen bastantes experiencias de esta modalidad, en Alemania, Holanda, Bélgica y Francia, con diferentes proyectos y filosofía.

Uno de ellos, de fuerte influencia ecológica es el ***Beguinage la Maison de Babayagas*** en *Montreuil* (Francia), proyecto autogestionado, solidario y participativo, con apartamentos y espacios comunes que tiene como marco conceptual “Cambiar el imaginario social de la representación de la vejez” según *Therese Clerc*, su fundadora (85 años). Su idea ha sido crear una “anti-residencia de mujeres mayores” que les permita formar parte de la comunidad, tomar las riendas de su propia vida y ayudarse mutuamente para envejecer con salud y alegría.

Inaugurada en 2013 reúne a 21 mujeres, con edades entre 58 y 89 años, y se articula en torno a dos ideas centrales: a) vivir en compañía y desde la autoayuda “para toda la vida” y b) compartir sus espacios y vida social con el barrio. Tienen, además, cuatro viviendas reservadas para personas jóvenes, menores de 30 años.

Organizado por una asociación, se concibe como un lugar de vida que privilegia la autonomía y la democracia participativa. Además, el proyecto incluye una universidad popular, la UNISAVIE.



Otro ejemplo del mismo marco conceptual son los *Beguinages* históricos, asociados a la congregación religiosa *Notre-Dame de la Charité* y denominados **movimiento Habitat y Humanismo** que ha creado miles de alojamientos en diferentes territorios franceses a través de sus asociaciones locales, dando uso de esta forma a edificios de gran valor histórico.



2.2. Viviendas con cuidados integrados en unidades de convivencia o estructuras domésticas

A continuación, pasamos a describir un conjunto de iniciativas que consideramos de máxima importancia en el momento que estamos viviendo, precisamente cuando en varias Comunidades Autónomas y, especialmente en Castilla y León, se está valorando asumir definitivamente un cambio en el modelo residencial tradicional con un componente institucional muy arraigado.

Dado que esta comunidad autónoma ya cuenta con una dilatada experiencia en este proceso de cambio, la documentación que se incluye, puede ayudar a seguir avanzando en un proceso complejo y lento que sin ningún género de duda desembocará en soluciones residenciales muchas más adecuadas y cercanas a los deseos de las personas que las habitan y también del resto de la población.

De este modo, el modelo de viviendas con cuidados integrados en torno a unidades de convivencia, se configura como un itinerario realista y viable para afrontar el proceso de transformación del actual parque residencial.

2.2.1. Orestadretirement home. Copenhagen

Este edificio inaugurado en 2012, se ha convertido en referente tanto por su diseño, colorido y con una disposición de ventanas/balcones especial. Reúne 114 viviendas caracterizadas por un enfoque totalmente doméstico y organizadas en unidades de 10-12 viviendas/apartamentos. Es una iniciativa municipal compartida con la asociación de *housing* KAB que asume la gestión del edificio. El coste de los cuidados es sufragado por el municipio, de tal forma que para unas personas es totalmente gratuito y mientras que otras han de aportar una cantidad en función de su situación económica.



La personalización de los espacios está muy cuidada y centrada en los pequeños detalles que construyen el sentido de “hogar”²⁸ ²⁹, tanto en los espacios privados de sus apartamentos como en las dependencias comunes.

La regulación danesa establece un mínimo de 65 mts por persona, que se distribuyen entre el espacio privado y común. En este caso, los apartamentos tienen 38 mts con dos espacios flexibles y muy luminosos, adaptables al amueblamiento que los inquilinos elijan.

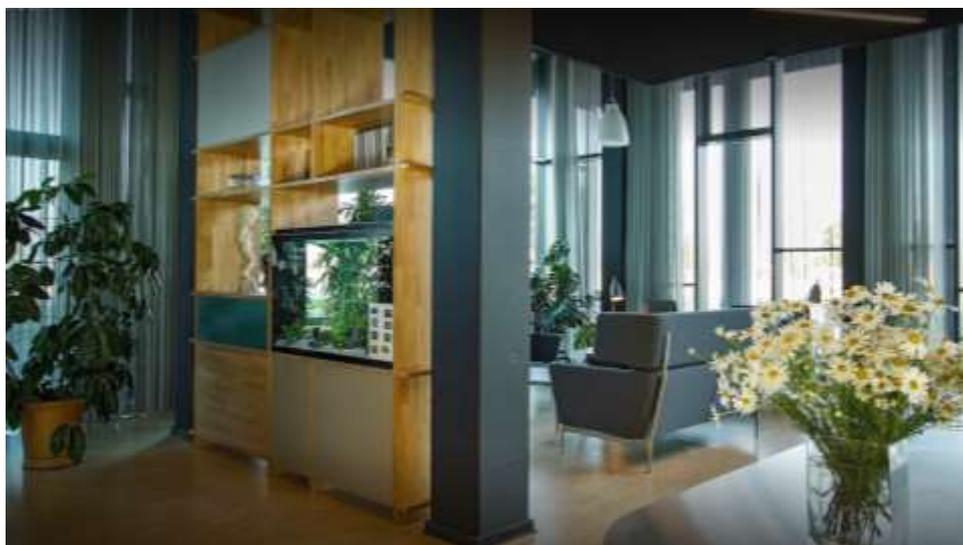
Como otros muchos edificios de este tipo, en la planta baja disponen de servicios abiertos a la comunidad. En este caso, una peluquería y una clínica dental.

²⁸Tanner, B., Tilse, CH., & de Jonge, D. (2008). Restoring and Sustaining Home: The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People. *Journal of housing for the elderly*, 22, 3, 195-215.

²⁹Stewart, J., Pascoe, A., Wiersma, E. & H. Verbeek, H. (2017) Environment, housing, health and social care. In: R.E. Docking and J. Stock (eds.), *International handbook of positive ageing*. (Routledge International Handbooks). London, UK: Middlesex University.



Es un edificio al que acceden personas sobre todo con demencia avanzada, con una media de 84 años de edad en el que se ha tenido en cuenta el conocimiento generado sobre este tema y el diseño ambiental, facilitando la deambulaci3n y evitando en todo momento cualquier referencia “sanitaria o institucional” en la organizaci3n de la vida cotidiana³⁰. La observaci3n de esta zona com3n es la mejor muestra de esta cultura de hogar all3 donde vivan las personas y con independencia de su grado de necesidad de ayuda.



³⁰Park, J., Porteus, J. (2018). *Age-Friendly housing. Future design for older people*. Riba Publishing
38

2.2.2. La alternativa Eden y el modelo Green House



La alternativa *Eden* surge a principios de la década de los años 90, en el contexto del movimiento de cambio cultural en las residencias norteamericanas, como una nueva filosofía del cuidado a las personas mayores. Busca procurar entornos hogareños donde las personas tengan control sobre su vida y vivan una vida desde la experimentación del máximo bienestar posible. Su filosofía puede ser resumida en diez principios que orientan el cuidado de las personas mayores:

1. Combatir las tres plagas que afectan a las personas mayores institucionalizadas: la soledad, la desesperanza y el aburrimiento.
2. Favorecer un entorno agradable y el contacto con las plantas, los animales y los niños.
3. Procurar una relación y compañía agradable como antídoto a la soledad.
4. Entender el hogar como una comunidad que recibe y da cuidados, como antídoto a la desesperanza.
5. Procurar días variados dando valor a lo espontáneo como antídoto al aburrimiento.
6. Procurar actividades significativas para las personas.
7. El tratamiento médico al servicio del cuidado humano, y no al revés.
8. Eliminar la burocracia y aumentar la capacidad de tomar decisiones de las personas mayores y de quienes les apoyan y cuidan.
9. El proceso nunca termina. El progreso humano es inherente a la vida humana.
10. Un liderazgo sabio.

Para ello proponen la creación de viviendas de pequeños grupos de residentes que conviven a modo de vecindario. Destacan la importancia de la presencia cotidiana de plantas, animales y niños para fomentar la relación y las actividades espontáneas en el día a día. El bienestar se optimiza desarrollando prácticas relacionadas con diferentes dominios como la identidad, el crecimiento personal, la autonomía, la seguridad, la conexión (con los demás y con el entorno), la significatividad y la alegría.

El modelo *Green House*, que tuvo su origen en Estados Unidos en el año 2000, toma como referencia la filosofía *Eden*, cuenta ya en la actualidad con más de 260 casas en funcionamiento en 32 de los 50 estados del país.

La vida y el cuidado se organiza en casas independientes donde conviven un reducido número de personas mayores (entre 6 y 12), con diferentes necesidades de apoyo, incluyendo a personas con demencia.

En lo que respecta a la arquitectura y diseño de las instalaciones, las viviendas *Green House* están integradas en el vecindario y suele estar construidas con similares características a las de las viviendas ordinarias del entorno. Tanto su estructura como su diseño buscan reproducir un ambiente hogareño, combinando espacios privados (habitación y baño) con espacios comunes como una sala, comedor, cocina y jardines de fácil acceso fácil.



Cada persona tiene su propia habitación a la que puede aportar sus propios objetos personales e incluso el mobiliario. Las comidas, que se cocinan en la propia vivienda, se suelen realizar en el comedor de la vivienda junto con el resto de personas residentes. Las personas mayores pueden participar en las actividades como el cocinar, la limpieza o la lavandería. No existe una rutina preestablecida, procurando mantener los deseos e independencia de cada cual en las actividades diarias. Incluso en la atención sanitaria se

busca que reproducir un entorno no institucional, de modo que la medicación, por ejemplo, no se halla “custodiada” en una “sala de enfermería” sino que los fármacos de cada residente se hallan en su propia habitación en un armario seguro.



Este modelo ha incorporado una innovadora figura en el cuidado, el *shahbaz* (en plural *shahbazim*), palabra de origen persa que significa halcón real, que se caracteriza por tener una importante autonomía y gran polivalencia. Los *shahbazim* realizan cuidados personales, pero también otras relacionadas con la preparación de comidas, limpieza de la casa, lavandería, etc. Cuentan con una importante formación en el cuidado y en el modelo que orienta esta atención. Cada casa tiene un guía que asesora al equipo de *shahbazim*. Además, otros profesionales como enfermeros/as, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc. visitan las casas interviniendo cuando son necesarios. El personal titulado de enfermería está disponible las 24 horas. Una enfermera se encarga de 2 *Green Houses* durante el día y de 3 en horario nocturno.



Cada *shahbaz*, toma decisiones y flexibilizar las rutinas cotidianas con el objetivo de personalizar y buscar el bienestar de las personas a quienes acompañan. Su ratio (horas de atención directa) es de 0.66 trabajadores por residente (5.3 h/día/residente)³¹. La polivalencia de los permite dedicar más horas de atención en la vivienda, estableciendo un contacto más estrecho con las personas residentes. Este aspecto se considera fundamental en la mejora de la calidad de vida y de la atención que se produce en las viviendas *Green House*. Los estudios muestran una mayor satisfacción laboral del personal, mayor permanencia en el puesto y 4 veces más tiempo de relación con las personas mayores (entre 23 y 31 minutos al día por residente, con misma ratio).

Las bondades del modelo *Green House* parecen venir refrendadas por varios estudios:

- a) Mejoras en comparación a residentes en centros tradicionales³²:
 - Calidad de vida. Las personas residentes en *Green House* presentan mejoras en varios aspectos de la calidad de vida y del bienestar emocional en comparación con las personas residentes en centros residenciales ordinarios.
 - Resultados. Los residentes en *Green House* presentan menos problemas de depresión e inactividad y mantienen durante más tiempo la independencia en las actividades de la vida diaria.
 - Mejora la satisfacción de las familias. La satisfacción de las familias es mayor con relación a aspectos como las actividades, comidas, entorno, privacidad, autonomía, atención doméstica y atención sanitaria
 - Mejora la satisfacción del personal. El personal presenta mayores índices de satisfacción y mayor intención de permanecer en sus puestos.
- b) Mejora la calidad de la atención³³:
 - Mayor tiempo de atención directa. El tiempo de atención directa por residente es de 23-31 minutos más al día en *Green Houses*, sin que ello implique mayor ratio de personal.
 - Mayor implicación con las personas mayores. El tiempo que el personal pasa con las personas mayores se multiplica por cuatro (sin contar las actividades de atención directa).
 - Menos estrés. El personal de atención directa de las *Green Houses* presenta menores índices de estrés laboral.
 - Menos úlceras. La presencia de úlceras de presión es menor en las *Green Houses*.

³¹Sharkey, S., Hudak S., et al. (2011) [*Frontline Caregiver Daily Practices: A Comparison Study of Traditional Nursing Homes and The Green House Project Sites*](#), *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 26-131.

³²Kane, R., Cutler, L., et al. (2007) Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program," *Journal of the American Geriatric Society*, 55(6), 32-839.

³³ Sharkey, S, Hudak, S., et al. (2011).

c) Reducción de costes³⁴:

- Los costes derivados de *Medicare* y *Medicaid* se reducen entre 1.300 y 2.300 \$ por residente alojado en *Green House* frente a personas mayores alojadas en residencias tradicionales.

Además, a tener de algunos resultados parece que este modelo está teniendo buenos resultados en la pandemia ocasionada en por la Covid19 en cuanto a contagios y fallecimientos, con cifras significativamente inferiores a las tradicionales *nursing homes*.

2.2.3. El modelo Butterfly



El modelo de cuidado del hogar *Butterfly* (mariposa) se inició en el Reino Unido en la década de los 90, posteriormente se extendió a Irlanda y más recientemente a Canadá, Australia y Estados Unidos.

Se dirige a quienes tienen una demencia y busca una atención centrada en la persona proporcionando un cuidado basado en un ambiente significativo para éstas. La base fundamental de su atención parte de la creencia de que para las personas que padecen demencia, los sentimientos son lo más importante y que estas personas pueden prosperar y sentirse bien en un entorno propicio en el que quienes viven y trabajan juntos saben cómo hacerlo.

³⁴ Horn, S.D., Sharkey, S., Grabowski, D.C., Barrett, R. (2012). *Cost of Care in Green House Home Compared to Traditional Nursing Home Residents*, Working paper.



Se centra en anteponer las personas a las tareas y crear un modo de vida hogareño, en unidades de pequeña escala (10-12 personas), fomentando la interacción social entre el personal y los residentes. Se buscan ambientes de color y vida para que resulten atractivos y estimulantes. Las personas tienen libertad para realizar actividades muy variadas, tanto domésticas como de ocio. El personal usa su propia ropa en lugar de uniformes y se relaciona con los residentes durante todo el día, "no solo en el momento de las actividades estructuradas".



Para todo ello, se considera indispensable la transformación del cuidado, trabajando no solo a nivel ambiental y de actividades sino el cambio de mirada en los profesionales y en los equipos. Se busca el cambio cultural en la organización para lo cual es imprescindible un importante liderazgo y el acompañamiento a los profesionales y familias, proponiendo metodologías, herramientas y talleres de capacitación. Basan su acción en una formación movilizadora de los equipos a través del programa formativo

Being a Butterfly para que los cuidadores desarrollen una visión cercana a las personas. Este programa capacita al personal de atención en el liderazgo a través de la inteligencia emocional.

La implementación de este modelo en un centro residencial de Ontario ha tenido resultados satisfactorios, con un descenso en el número de caídas de los/as residentes, un menor uso de antipsicóticos, y niveles más altos de participación social³⁵

2.2.4. Tante Luis. Residencia Vissershaven (Holanda)



Este centro residencial pertenece a la organización *Tante Luise* y se puso en marcha en el año 2014, dentro del complejo de cuidados *Vissershaven*, ubicado en el antiguo *Havenkwartier de Bergen op Zoom*.

Se trata de un entorno de viviendas con capacidad para 48 personas con demencia, organizado en seis casas donde en cada una de ellas conviven grupos de ocho. El entorno de vida es un barrio, con sus calles y servicios, en el que hay además de las casas distintos servicios como restaurante, supermercado, tiendas y servicios diversos. La idea es que las personas con demencia puedan vivir de un modo lo más normalizado posible tanto dentro de su casa como en el entorno de un barrio.

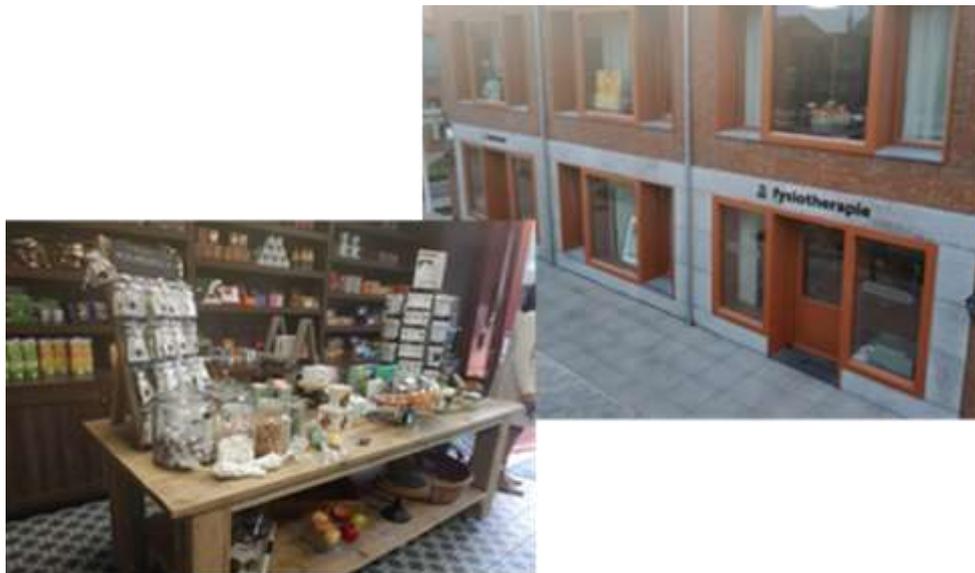
En cada casa, cada persona cuenta con su propia habitación que tiene baño privado. Los residentes comparten sala, comedor y cocina y reciben un cuidado de 24 horas por

³⁵ *Implementing the Butterfly Household Model of Care in Canada: Lessons Learned to Date*. BC Care Providers Association (BCCPA).

cuidadores profesionales que están asignados a su cuidado de una forma estable a cada casa. También hay un equipo interdisciplinar que apoya el cuidado personalizado y un número importante de voluntarios.



El punto de partida del cuidado es "vivir como en casa con una libertad óptima". Todo se dirige a permitir que las personas mayores con demencia puedan vivir de la forma más normal posible y continuar con la vida a la que estaban acostumbrados tanto como sea posible.



Los residentes tienen libertad para salir y moverse y para ello han ideado un sistema de protección que denominan "círculos vivos" donde las nuevas tecnologías desempeñan un papel muy importante. Han definido 4 niveles de círculos: el mínimo además de la casa incluye salidas al exterior por zona cercana. El círculo más amplio no tiene límite y las personas pueden salir donde quieran. Cada persona lleva un sistema de GPS con el cual tiene libertad para moverse dentro de un círculo que, una vez valorado por un

equipo interdisciplinar, se considera seguro. Los círculos se van ajustando a la situación individual, según su aprendizaje y cambios. Esto depende del grado de demencia, el comportamiento, la movilidad y la seguridad requerida. Hay residentes a los que se les permite moverse libremente por la casa, el edificio y / o el jardín, pero también hay personas que todavía pueden ir de compras por la ciudad e incluso coger el tren e ir a otros lugares. Desarrollan programas individuales de entrenamiento pautados por los profesionales para manejarse por estos círculos de seguridad.

Si una persona traspasa su círculo de seguridad, existen trabajadores que la van a buscar y la acompañan de regreso. También se dispone de la herramienta, *Buurt Alert* que cuenta con la colaboración del vecindario. Los residentes locales de *Vissershaven* y los vecindarios circundantes actúan como 'ojos adicionales'. Los vecinos que se hayan registrado reciben un mensaje en su teléfono inteligente y colaboran en el apoyo a las salidas y retornos seguros a la residencia.



2.2.5. Hogeweyk (Dementia Village) (Holanda)

En la misma línea que el anterior proyecto es obligado hacer referencia al proyecto Hogeweyk para personas con demencia., contruido en Weesp , Holanda en 2009.

Actualmente este proyecto, conocido también como “dementia village” es considerado comouna de las propuestas más interesantes en cuanto al cuidado de personas con demencia convirtiéndose en poco tiempo en un referente mundial que se está replicando en varios países. En Francia, se acaba de inaugurar un proyecto con el mismo concepto en Dax. Canadá, Suiza y Dinamarca también están trabajando en esta línea. La idea principal consiste en la reproducción de una pequeña comunidad con calles, plazas, comercios y todo lo que constituye un minipueblo donde las personas mayores con demencia puedan moverse con libertad a la vez que con seguridad. El conjunto se cierra hacia el exterior y vuelca todos los espacios hacia el interior³⁶.



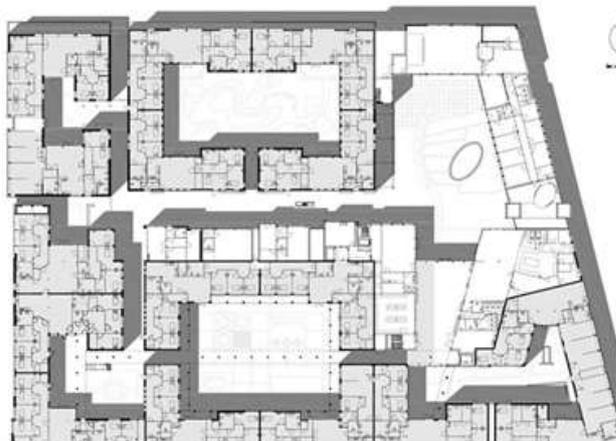
En esta iniciativa viven 155 personas agrupadas en casas adosadas e independientes, habitadas por 6 o 7 personas, que tienen aspectos de su vida en común (religión, clase social, procedencia étnica, etc.) por lo que es más fácil la organización de su vida cotidiana, así como la decoración de la casa. Estas personas están acompañadas por equipos estables de profesionales e intentan reproducir la vida cotidiana de cualquier hogar; compran en el supermercado, realizan tareas domésticas en la medida de sus posibilidades y llevan una vida familiar centrada en la cotidianidad. Tienen un

³⁶Sancho,M., y Lantarón, H. (2016) . *Viviendas y sistemas alternativos de alojamiento para personas mayores en Europa*. Ayuntamiento de Donosti.

estupendo restaurante -pub donde pueden acudir solos o acompañados y también pasear por los patios/jardines que rodean las casas.



En el plano se observa el diseño de las diferentes unidades de convivencia ubicadas en torno a plazas/jardines, espacios muy utilizados por las personas que las habitan y sus familias.



Inicialmente esta iniciativa fue recibida con muchas reservas por su apariencia de “escenario” que siempre genera cierta desconfianza al reproducir una supuesta vida que tiene mucho de irrealidad. Sin embargo, la observación pausada de lo que allí acontece aleja cualquier tipo de duda sobre esta cuestión. El clima de calma y libertad que se observa, al contemplar a las personas, acompañadas en su mayoría por familias, voluntarios o profesionales, aleja cualquier tipo de sospecha sobre la bondad del proyecto y la adecuación de su forma de vida a los postulados de la atención centrada en la persona.

Capítulo 3

Profesionales y organizaciones que cuidan personas



Uno de los aspectos de mayor relevancia en la calidad de la atención residencial es el referido a sus profesionales, los cuales, a su vez, desarrollan su labor en entornos organizacionales determinados. No cabe duda de que ambos son un factor clave en el cuidado dispensado.

Además de esta consideración general y comúnmente aceptada, es trascendental poder llegar a conocer qué elementos o características, relacionados tanto con los profesionales como con las organizaciones, desempeñan un papel relevante en relación a la calidad del cuidado y al buen funcionamiento de los servicios.

Distintas voces, como señala el informe elaborado por la *European Ageing Network-EAN*- que lleva por título *Los cuidados de larga duración en Europa 2030*³⁷, alertan de las adversas condiciones laborales en las que se encuentran quienes se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia, grupo mayoritariamente femenino. Bajas retribuciones económicas, ratios profesionales escasas, insuficiente formación, contrataciones no estables y jornadas parciales o un escaso prestigio social asociado a los profesionales del cuidado, han sido denunciadas en el sector de la atención a la dependencia no solo en nuestro país sino también en contextos internacionales. Estas desfavorables condiciones laborales, que obviamente no afectan al igual a los distintos países, no son el mejor escenario de partida para facilitar la implicación de los profesionales, piedra angular de la calidad asistencial.

Por otra parte, sin por ello restar importancia a estos asuntos, algunos trabajos advierten que cuando se habla de calidad en centros residenciales es usual fijar la atención en ratios y cualificación profesional, condiciones que, aun siendo necesarias, no parecen ser suficientes para avanzar y lograr cuidados de calidad³⁸. Por eso, en este

³⁷European Ageing Network. *Los cuidados de larga duración en Europa 2030* (2019). EuropeanAgeing Network.

³⁸Rosvik, J., Engedal, K., & Kirkevold, O. (2014). Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Dement GeriatrCognDisord*, 37, 335–346.

capítulo, nos parece importante ampliar la mirada y ofrecer algunas claves que permitan entender la relación entre calidad de la atención residencial, los profesionales y los entornos organizacionales. Partimos de la asunción de que además de las condiciones laborales existen elementos relacionados con el concepto del buen cuidado, los roles profesionales, la formación, el trabajo en equipo y el liderazgo y apoyo que despliega cada organización que desempeñan un papel esencial.

A continuación, se destacan algunos asuntos que consideramos de especial relevancia, teniendo en cuenta el conocimiento existente y publicado en los últimos años, así como las tendencias o iniciativas más innovadoras observadas en los siete modelos residenciales descritos en la primera parte de este trabajo.

3.1. Un necesario giro en los roles del cuidado profesional. De lo asistencial al acompañamiento de personas y vidas

Como ya se ha señalado, en estas últimas décadas asistimos a lo que se enuncia como un cambio en el paradigma del cuidado de larga duración. Transformación que, lógicamente, conduce a cambios cualitativos en los roles profesionales tradicionales. Un giro que parte del reconocimiento de la dignidad inherente a todas las personas que precisan cuidados- con independencia de su estado y situación- y, en consecuencia, a la consideración de que cada persona es portadora de un proyecto de vida propio que debe ser apoyado para poder seguir llevando adelante una existencia acorde a sus valores personales y preferencias. Desde esta visión de la atención a la dependencia, la búsqueda de calidad de vida ha ido tomando un creciente protagonismo, y con ella, la apuesta por modelos de atención centrada en la persona frente a modelos centrados en los servicios y en la enfermedad.

Los siete países analizados se sitúan claramente en este camino, formulando, como hemos visto, principios rectores de sus modelos residenciales que parten del reconocimiento de la dignidad de la persona que recibe cuidados y, en consecuencia, siendo conscientes de la necesidad de velar por la protección de los derechos de personas que están en situación de gran vulnerabilidad. Las residencias, desde esta apreciación, deben conjugar un cuidado personal seguro y dispensado desde prácticas basadas en la evidencia, con la búsqueda del bienestar, lo cual se logra desde la personalización de la atención y el apoyo a una vida significativa en contextos normalizados y conectados a la comunidad. Como hemos visto, estas son líneas rectoras comunes que recogen las diferentes normativas e inspiran tanto las directrices de buenas prácticas como las líneas de innovación que se están desarrollando.

Para todo ello, los profesionales han de desempeñar nuevos roles que permitan acompañar vidas significativas para las personas, en respeto a sus preferencias individuales y a su identidad. La mirada, ahora ya no está centrada en realizar tareas estandarizadas y estrictamente programadas, sino en dispensar la ayuda y las atenciones que las personas necesitan de una forma más flexible y buscando siempre el máximo bienestar.

En este sentido, en el conjunto de países descritos, así como en otros que no se han descrito, se aprecia la preocupación por formar y apoyar a los y las profesionales de primera línea (auxiliares, gerocultores, cuidadores, etc.), quienes, desde este nuevo paradigma, adquieren una mayor autonomía para poder cuidar con la profesionalidad y la necesaria flexibilidad que requiere una atención personalizada.

El cometido de cuidar personas y apoyar vidas significativas (frente a cumplir tareas estandarizadas) es una tendencia observada, sin por ello renunciar a otras atenciones más especializadas que necesiten las personas y que, a su vez, den seguridad y apoyo a quienes cuidan de forma permanente. La radical transformación que han sufrido las residencias tradicionales en lugares como los Países Nórdicos, Holanda o Alemania, girando hacia apartamentos con servicios y pequeñas unidades de convivencia para las personas con gran dependencia- sobre todo demencia-, el modelo norteamericano de las *Green House* o recursos innovadores de vida en entornos libres y amigables para las personas con demencia, como las *Dementia Villages* (Holanda y otros lugares), *Tante Louise* (Holanda), proyectos descritos en el capítulo 2, son una clara apuesta en esta línea.

3.2 Algo que marca la diferencia: cuidar en la “vivienda” de la persona

En este tránsito de lo asistencial al acompañamiento de vidas significativas, hay un elemento de especial trascendencia: cuidar en lo que se considera “la vivienda de la persona” frente a cuidar en una institución. Esta diferenciación no es algo baladí. Los modelos residenciales institucionales ofrecen una concepción mixta entre el hotel y el hospital (por eso se habla de habitaciones o camas) donde las personas tienen un escaso control sobre el espacio y los tiempos cotidianos en los que viven. En el concepto de cuidado en viviendas, en el que a cada persona se considera como si esta fuera su casa y, por tanto, su propiedad y su espacio privado, ésta suele encontrar algo más que un lugar para recibir cuidados, alojarse y dormir. Ofrece un espacio privado en el que tiene

más posibilidades de mantener su identidad, tener mayor libertad y control sobre su vida y disfrutar de intimidad (Herranz, 2012)³⁹.

Por ello, cabe pensar que los roles relacionales que desarrollan los profesionales desde estos dos contextos de cuidados no son los mismos, ya que la visión de la persona, el concepto del cuidado y del reparto del poder se diferencian notablemente.

Este es el motivo fundamental de la transición que hemos visto en algunos de los países descritos evolucionando de los modelos de residencias tradicionales hacia el concepto de viviendas donde las personas reciben cuidados personalizados. Es el caso claro de Suecia (al igual que el resto de países nórdicos), Reino Unido, Alemania y Holanda quienes han apostado ya decididamente por este tránsito, en primer lugar desarrollando novedosos programas de viviendas insertadas en la comunidad que, a su vez, cuentan con servicios de cuidados, y en segundo lugar reorganizando las residencias tradicionales de carácter institucional en apartamentos con servicios y unidades de convivencia para las personas con distintos grados de deterioro cognitivo.

Es importante destacar que las viviendas con cuidados no están pensadas solo para aquellas personas con menor grado de dependencia. Hay en marcha distintas iniciativas, dentro de las denominadas viviendas con cuidados, en las cuales también existe la posibilidad de atender a personas con dependencia avanzada, demencia y necesidades de atención sanitaria de mayor intensidad. Cabe citar *las Retirement housing (extra carehousing, very sheltered housing)* en Reino Unido, las viviendas compartidas en Alemania, o las Viviendas en grupo asistidas y dentro de ellas las viviendas seguras destinadas a personas con mayor dependencia) en Suecia y también en Holanda.

3.3. Equipos y atenciones profesionales en el cuidado residencial

La preocupación por disponer de profesionales suficientes y cualificados es un elemento común en los países estudiados. La revisión llevada a cabo muestra que además de una figura de dirección, los equipos de profesionales suelen estar compuestos fundamentalmente por auxiliares de enfermería o gerocultoras/es con apoyo importante de personal titulado de enfermería. Otros profesionales de distintas especialidades, en diferente y menor medida, configuran estos equipos interdisciplinarios.

³⁹ Herranz, D. (2012). *Envejecimiento, vivienda y entorno. Informe de investigación cualitativa*. San Sebastian: Matía Fundación.

Los servicios residenciales de carácter más comunitario que atienden a un perfil de personas con menor dependencia, disponen de menos recursos en plantilla propia, siendo éstos fundamentalmente personal de cuidado cotidiano (gerocultor o similar). En estos, las atenciones más especializadas (atención social, médica, enfermería, psicológica, etc.) son dispensadas bien desde los servicios existentes en la comunidad estableciendo, en mayor o menor grado, coordinación con ellos, bien por equipos consultores que proporcionan las entidades proveedoras de servicios desplazándose a estas viviendas asistidas. Se entienden, en cualquier caso, como servicios integrados de apoyo en el domicilio. Sin duda esta es una tendencia de máximo interés a tener muy en cuenta en el diseño de nuevos modelos de cuidados en nuestro país.

Por su parte, los dispositivos residenciales que acogen a personas con mayor dependencia y/o complejidad sanitaria en centros suelen mantener plantillas con presencialidad (en jornada completa o parcial) en los mismos.

Un aspecto encontrado que, en comparación con nuestro país, llama la atención, es una menor exigencia normativa en relación a la dotación de profesionales en la mayoría de los países analizados.

A modo de ejemplo, Holanda, país con una tradición en cuidados de larga duración, muy vinculada hasta hace pocos años al ejercicio de profesionales sanitarios (lo que seguramente se debe a que las competencias de la atención a personas mayores han estado ubicadas en los departamentos de salud), en la actualidad no tiene un catálogo mínimo de prestaciones ni establece ratios claras de profesionales.

Como se señala en la primera parte de este trabajo, un estudio del Laboratorio de Innovación sobre Envejecimiento y Atención a la Dependencia de la Universidad de Maastricht sobre la relación entre el número de personal y la calidad de la atención en las residencias de personas mayores, concluye que no es únicamente el número de profesionales de los centros lo que garantiza una mejor atención. La clave está en una combinación óptima de competencias, funciones y compromiso por parte del personal, sin por ello dejar de reconocer que los cuidados de larga duración holandesas no cuentan con personal suficientemente formado.

Algunos países, especifican los grupos profesionales que deben tener presencia obligatoria en los centros, así como los servicios y ciertas atenciones que deben ser garantizados por los mismos. Sin embargo, como se acaba de mencionar, recoger en normativa ratios mínimas para las distintas categorías profesionales es algo bastante infrecuente, lo que solo se ha observado en algunos países y en relación a figuras muy concretas, como se resume en la tabla 3.

Pais	Profesionales	Obligaciones exigidas
Francia EHPDAs PASA (Polos actividad y cuidados adaptados) añade En las Unidades de cuidados reforzados añade	Médico coordinador, enfermero/a, auxiliares, psicólogo y acompañantes educativos. Psicomotricista/ergoterapeuta, asistente cuidados geriátricos y psicólogo, Médico (puede ser el medico coordinador) enfermero, psicomotricista, auxiliar, enfermería, cuidador, cuidador de noche, psicólogo.	Se exige la composición señalada. Sin embargo, solo se exige ratio mínima para la figura del Coordinador médico ⁴⁰
Reino Unido	Se recogen especificaciones referidas a la suficiencia y cualificación en los estándares de calidad básicos.	No se establecen ratios mínimas de obligado cumplimiento
Alemania⁴¹	Auxiliares de enfermería, Enfermero/as titulados, Personal socieducativo y psicosocial	Exigencia de ratio mínima de 1 auxiliar de enfermería/ 4 residentes por norma federal. Existen exigencias por categorías profesionales en los distintos estados.
Suecia	Se recoge la obligatoriedad de existencia de personal en horario nocturno y recomendaciones sobre su cualificación.	No se establecen ratios mínimas de obligado cumplimiento
Holanda	Obligatoriedad de un/a enfermero/a registrado/a y un/a médico/a de guardia las 24 horas del día	No se establecen ratios mínimas de personal ni dotaciones obligatorias de figuras profesionales concretas. Requisitos basados en atenciones y conductas de buena praxis profesional.
EEUU Assited Living Nursing Homes, añade	Auxiliares de enfermería Enfermero/as titulados Trabajador/a Social Médico/a para realizar evaluación inicial y periódica Servicio médico de urgencia Enfermería 24 horas	2horas día/residente 8 horas día/centro Jornada completa en centros de más de 120 plazas

⁴⁰Se contempla la exigencia de presencia computada en porcentaje de DC (dedicación a tiempo completo) según el tamaño del centro TC: 0,25 – centros de menos de 44 plazas; TC: 0,40 - centros entre 44 y 59 plazas; TC: 0,50 – centros entre 60 y 99 plazas; TC: 0,60- centros entre 100 y 199 plazas

TC: 0,80- centros con capacidad de 200 o más plazas

⁴¹ Existe un proyecto de proponer ratios mínimas para otros grupos profesionales

Canadá (Ontario) Long-Term Care Homes	Director/a de enfermería y personal de atención directa Director/a médico Médico/a o enfermeiro/a titulado Enfermero/a titulado	Se exigen estas figuras Existencia de un servicio de enfermería 24 horas. Servicio nutricionista (30 minutos/mes por residente). No se establecen ratios mínimas de obligado cumplimiento

Tabla 3. Categorías profesionales y obligaciones exigidas por normativa en los países analizados

Conviene aclarar que esta laxitud en cuanto a la regulación normativa, sin embargo, no parece conducir a una inevitable reducción de la ratio existente en los servicios. De hecho, Suecia donde no se establecen por normativa ratios de trabajadores mínimas, es uno de los países con mayor dotación de profesionales en residencias de Europa.

Como se explica con mayor detalle posteriormente en el apartado referido a la gestión de la calidad en los servicios, en estos países se han desarrollado sistemas de evaluación de la calidad en los que la existencia de profesionales suficientes y cualificados se tienen en cuenta en las evaluaciones de la calidad dispensada, a través de indicadores específicos que contemplan tanto la cantidad como la titulación o adecuación de los y las profesionales. Estas evaluaciones son determinantes para la acreditación/homologación de los servicios para recibir prestaciones económicas públicas. En este sentido, la no existencia de una regulación “ex ante” de ratios mínimas profesionales, cabe ser interpretada como una opción interesante para facilitar que los servicios puedan definir y adaptar sus plantillas de una forma más flexible a las necesidades de los servicios, en función tanto del estado de las personas usuarias como de la misión de éstos, siempre que esta libertad vaya ligada al necesario control y evaluación de la atención real dispensada.

A continuación, nos detendremos en las principales figuras profesionales y asuntos que, más allá de la exigencia normativa, destacan en la composición de los equipos de los diferentes modelos residenciales que han sido descritos.

3.3.1. La dirección de los centros

Los países analizados contemplan la obligatoriedad de la existencia de un director como responsable de cada centro residencial, asumiendo funciones relacionadas con la organización, la gestión del centro y la garantía de los derechos de las personas que reciben atención. Algunos de ellos, además, especifican ciertos requisitos que pretenden asegurar su adecuada formación o cualificación para acometer adecuadamente su labor. En este sentido, Francia exige que los directores de los centros públicos, además deben contar con formación específica de la EHESP (*Ecole Hautes Etudies en Santé Publique*) o certificado de aptitud para funciones de director. Alemania, por su parte, contempla en su normativa federal que los directores deben tener formación especializada y oficialmente reconocida (salud, trabajo social o administración pública) y una experiencia mínima de 2 años a trabajo completo en un centro residencial. EEUU también señala que el director/a de un centro residencial debe contar con titulación universitaria reconocida oficialmente por el estado.

Cabe confirmar la relevancia de la figura del líder en los servicios residenciales, la cual ha sido señalada por la literatura especializada como un elemento clave para avanzar en modelos de atención centrada en la persona. Un responsable que gestione con acierto los servicios y lidere adecuadamente el trabajo profesional, así como la participación de las personas usuarias y sus familias, es un elemento de enorme trascendencia en la calidad de los servicios persona.^{42 43}

3.3.2. Atención médica

En general la atención médica se dispensa desde los servicios que atienden al resto de la población vinculados a los sistemas de salud de cada país⁴⁴. No obstante, como hemos visto en la descripción de los diferentes modelos, en algunos casos se establecen ciertos requerimientos para asegurar que esta atención se garantice, aunque sea dispensada externamente. Por ejemplo, en los *Nursing Homes* en los EEUU se especifica la obligación de contar con un servicio médico para urgencias o la realización de una evaluación médica de cada residente a su llegada y con periodicidad anual.

Quizás sea Francia el país que cuenta con más participación de los médicos en las plantillas de profesionales de los centros, muy especialmente los dirigidos a personas

⁴²Dowling, S., Manthorpe, J., Cowley, S. in association with S. King, V. Raymond, W. Perez, & P. Weinstein (2006). *Person-centred planning in social care*. A scoping review. York: Joseph Rowntree Foundation.

⁴³Stadnyk R.B., Lauckner, H., & Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: What works? *CMAJ*, 183(11), 1238-1239.

⁴⁴ Hay que señalar la excepción de la exigencia de dotación de 1 médico en Francia para las unidades de cuidados reforzados.

con elevado grado de dependencia. No olvidemos que el tamaño de estos centros tiende a ser grande, especialmente en los EPHAD, aspecto determinante en la organización y disponibilidad de profesionales en los mismos.

Este tipo de centros cuentan con un equipo multidisciplinar del que forma parte al menos un médico coordinador, un profesional de enfermería, auxiliares sanitarios, profesional de psicología, acompañantes educativos y personal psicoeducativo. El médico coordinador debe contar con titulación en la especialidad de geriatría o gerontología y/ o en gestión de residencias.

Por su parte, en España distintas comunidades autónomas incluyen en sus normativas la exigencia de médicos/as en las residencias, aunque sea un servicio público y universal para la población al que toda la ciudadanía, viva donde viva, tiene derecho. Algunas comunidades no exigen esta condición, mientras que otras exigen una presencia normalmente con una dedicación que depende de tamaño del centro. La ratio que ofrece la SEEG sitúa la dotación de médicos en las residencias de nuestro país en un rango entre 0,003 a 0,009. Cabe señalar la gran trascendencia de clarificar este asunto, en cuanto a cómo debe ser dispensada esta atención cuando se vive en residencias, ya que no solo afecta al ejercicio de derechos de las personas en cuanto al acceso a servicios públicos universales para la población, sino también a desde dónde se debe financiar esta prestación a la que todos y todas tenemos derecho, vivamos en donde vivamos.

En todo caso, se observa con claridad como los diferentes modelos de centros y cuidados de larga duración, como no podría ser de otra manera, generan estructuras de personal diferentes. En el caso de los profesionales sanitarios, tanto el sistema sanitario vigente en cada país como el modelo de cuidados de larga duración generan a su vez “modelos de cuidados” distintos. De este modo, cuando los apoyos y cuidados se desarrollan en entorno domésticos, la atención sanitaria siempre procede de los servicios externos, generalmente del sistema público, reforzados por equipos consultores que financian la organización encargada de la provisión de servicios. En los modelos más cercanos a lo institucional, como es el caso de Francia, exigen y ofrecen atención sanitaria en el propio centro. Tanto de médicos como de enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional.

3.3.3. La enfermería y su papel en la gestión de los casos

El papel del profesional de enfermería ocupa un lugar central en la práctica totalidad de las diferentes modalidades de alojamientos destinadas a las personas mayores. Por ello dedicamos seguidamente a este grupo profesional una mayor extensión en cuanto a la información recabada.

Una vez más, la realización de comparaciones entre unos y otros países presenta dificultades a veces insalvables: diferentes itinerarios educativos, grados de especialización en función de los grupos de población con los que se trabaja, además de la diversidad de los entornos en los que se centra la actividad profesional: comunitarios, domicilios, centros, servicios sanitarios de atención primaria, hospitalaria.

Esta variedad configura un espectro complejo cuando intentamos sistematizar sus funciones, perfiles y roles. Cabe hacer notar que la concepción de la profesión de enfermería ha cambiado y evolucionado, adaptándose a las necesidades de las personas, en este caso población de mayores y muy mayores con situaciones de dependencia cada vez más compleja. La concepción holística e integral centrada en la persona como sujeto y objeto de cuidados, adquiere relevancia creciente y obliga a revisar este rol profesional, más allá de su salud, trascendiendo al bienestar individual y colectivo.⁴⁵

Como consecuencia de ello, el rol autónomo del profesional de enfermería va adquiriendo cada vez más importancia tanto dentro del equipo interdisciplinar como por su especial labor mentora y de acompañamiento al papel de las gerocultoras.

Cabe concluir, en líneas generales, la tendencia a contratar enfermeras especializadas en geriatría empieza a tomar fuerza paulatinamente, aunque esta especialización se obtenga desde diferentes itinerarios educativos en cada país. A modo de ejemplo, cabe describir el currículo de enfermería geriátrica existente en la actualidad en Estados Unidos:

- Los graduados pueden comenzar su carrera de enfermería geriátrica con una licenciatura de 4 años en enfermería (BSN). Para avanzar a niveles más altos de práctica, las escuelas de enfermería ofrecen títulos de Maestría en Ciencias en Enfermería (MSN) y programas de posgrado para especialistas en enfermería clínica (CNS) y las enfermeras practicantes (NP) que buscan enfocar su carrera en la atención gerontológica.
- Para obtener la certificación, las enfermeras deben tener una licencia RN actual y activa, haberse graduado de un programa de escuela de enfermería acreditada y cumplir con criterios de experiencia específicos:

⁴⁵Peya Gascons, M. (2007). La formación enfermera de Educación Superior. *Nursing*, 25,3.

- a) *Enfermera especialista en gerontología*: requiere dos años de práctica como enfermera registrada, con 2.000 horas de práctica y 30 horas de educación continua en enfermería gerontológica en los últimos tres años.
- b) *Enfermera clínica especialista en enfermería gerontológica*: requiere que su programa de SNC en gerontología incluya 500 horas de práctica clínica supervisada por el profesorado y cursos de evaluación de salud avanzada, farmacología avanzada y fisiopatología avanzada.
- c) *Enfermera practicante gerontológica*: requiere que su programa de NP gerontológico incluya 500 horas de práctica clínica supervisada por el profesorado y cursos en evaluación de salud avanzada, farmacología avanzada y fisiopatología avanzada, además de capacitación a lo largo de la vida en promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico diferencial de enfermedades y administración.

Sin duda, las perspectivas de futuro de la carrera de enfermería geriátrica son de una expansión de grandes dimensiones, a la vista de los datos demográficos y sociosanitarios disponibles⁴⁶.

La característica común al sistema profesional en los centros residenciales y alojamientos alternativos de la práctica totalidad de los países analizados es la importante presencia de enfermeras con diferente grado de intensidad y funciones.

Destacamos, así mismo, el caso de Suecia, precisamente por la diversidad de alojamientos para personas mayores que tiene y la participación de la enfermería en casi todos ellos. En este país, a partir de una regulación de mínimos, el personal que trabaja en la atención directa en los servicios residenciales pertenece en general a una de las tres categorías que se señalan a continuación: ⁴⁷

- a) Enfermeras/os tituladas con una formación universitaria de tres años de duración.
- b) Auxiliares de enfermería (*Undersköterska*), que han realizado un curso de formación profesional de 1.500 créditos (aproximadamente 30 semanas o un curso escolar), que incluye materias relacionadas con el cuidado a las personas mayores, psiquiatría, psicología, medicina, ética aplicada a la intervención social y educación para la salud, así como dominio del idioma sueco.
- c) Auxiliares de cuidados (*Vårdbiträde*), que han realizado un curso de formación profesional básica de 800 créditos.

⁴⁶Nacional Gerontological Nursing Association.

⁴⁷ Moberg, et al., 2017

También hay que recordar que, aunque la tendencia sea la de potenciar la cualificación, en muchas iniciativas, se admite que entren a trabajar como cuidadoras/es, profesionales sin formación específica.

Como hemos visto anteriormente, Suecia informa de la presencia de estos profesionales vinculada a los turnos, garantizando así su actividad las 24 horas del día. Su ratio de enfermeras es de 4,1 por 100 residentes por turno en días laborales.

Es importante, además, señalar que la organización de la vida cotidiana en torno al modelo unidades de convivencia desde el enfoque de la atención centrada en la persona, genera un funcionamiento muy integrado en la vida doméstica, con un papel predominante del equipo, en el que se integran gerocultoras y enfermera, a la que con frecuencia se le puede encontrar realizando tareas “no específicas” de su categoría profesional, como es el caso de la cocina. Se percibe un clima colaborativo, escasamente jerárquico en las relaciones que se establecen. El hecho de que la gran mayoría de los profesionales no utilice uniformes diferenciadores de sus diferentes roles, tiene un importante valor simbólico, representativo de ese modelo de trabajo en equipo. Todo ello no impide que las enfermeras desempeñen, además de su estricto papel asignado a sus competencias profesionales, distintas tareas de organización y cometidos vinculados a la gestión de casos.

Revisando la situación de España, es habitual no solo la presencia sino la exigencia de personal de enfermería en residencias por parte de las distintas comunidades autónomas. Uno de los aspectos que ha subrayado la Mesa de la Profesión Enfermera es que la mayoría de residencias (91,2%) no exige a los profesionales de Enfermería formación específica en geriatría.

Recientemente ha sido publicado un estudio realizado por el Consejo General de colegios de enfermería y el sindicato SATSE que ofrece datos de interés⁴⁸. Como se puede observar en el gráfico 1 no todos los centros disponen en su estructura de la figura de responsable de enfermería, que si bien está presente en la mayoría de los centros públicos (81%), no es así en los privados, en los que sólo existe en algo más de la mitad de ellos

⁴⁸ Análisis de situación de las residencias sociosanitarias: septiembre 2020. Consejo General de colegios oficiales de enfermería de España y sindicato de enfermería SATSE.



Gráfico 1. Organización de la enfermería en residencias sociosanitarias españolas

En lo que se refiere a las ratios de enfermeros, como se muestra en el gráfico 2, las diferencias entre Comunidades autónomas son notables, así como su presencia en centros públicos y privados. Este es un asunto que impone un estudio en profundidad sobre el coste real de unas y otras plazas y la asignación económica a las plazas concertadas con proveedores privados. Todo ello, sin olvidar la responsabilidad competencial entre los departamentos de salud y servicios sociales sobre la financiación de los profesionales sanitarios en estos centros de carácter social.



Gráfico 2. Ratios de enfermería en residencias privadas y públicas españolas

Para finalizar este apartado dedicado a la enfermería, es necesario hacer una referencia a su prometedor papel en la denominada gestión de casos o coordinación de apoyos.

Aunque el actual modelo residencial se rige por estructuras organizativas centralizadas, muy endogámicas y con escasos contactos con el exterior- lo que afecta tanto a los servicios profesionales como a otras iniciativas comunitarias o de proximidad-, la asunción de un proceso de transformación de las instituciones hacia alternativas domésticas, en torno al concepto vivienda para toda la vida, invitan a tomar en consideración el papel de la metodología de gestión del caso, en esta ocasión liderada desde la profesión de enfermera.⁴⁹

Reconociendo que es un perfil bastante desarrollado en ámbitos comunitarios, desde esta colaboración animamos al debate y reflexión sobre la necesidad de conducir el proceso de cambio con herramientas metodológicas de este tipo. En definitiva, estamos pensando en la importancia de disponer tanto en las unidades de convivencia, como muy especialmente en las viviendas con servicios externos, de un perfil profesional que, una vez valorado el caso, coordine, integre y oriente los cuidados, servicios y apoyos que la persona necesita. Se trata de apostar por una figura que permita la continuidad del cuidado, que facilite el acceso y colaboración en tiempo y forma procedente de proveedores, servicios sociales y sanitarios e iniciativas comunitarias, además de que trabaje desde el consenso y apoyo constante al grupo familiar que comparte cuidados y apoyo.

La experiencia española en torno a la gestión de los casos, sigue manteniendo cierta fragmentación entre gestoras procedentes de los servicios sociales municipales o del sistema sanitario. Mientras que, en algunos países, sobre todo los de procedencia anglosajona, la gestión de los casos está liderada por las enfermeras comunitarias, que desempeñan un rol integrador más multidisciplinar, en nuestro país las culturas disciplinares siguen estando muy compartimentadas.

El enfoque de la atención centrada en las personas y la complejidad cada vez mayor de los casos de personas en situación de dependencia, que hace necesaria la participación de múltiples agentes en la provisión de cuidados, nos obliga a reformular las herramientas de trabajo desde la integralidad que exige este tipo de intervenciones. Todo ello, desde el máximo respeto y valoración a las competencias y acciones específicas que cada profesional tiene encomendadas.

La experimentación de esta metodología desde los profesionales de servicios sociales o sanitarios puede dar luz sobre la mejor adecuación en nuestra cultura a las necesidades de las personas en situación de dependencia grave.

⁴⁹Morales Asencio, J.M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Revista de enfermería clínica*. Elsevier

3.3.4. El apoyo y cuidado cotidiano. El empoderamiento del personal gerocultor

Como se ha señalado, este es, lógicamente, el grupo mayoritario de profesiones existente en los servicios en todos los países que hemos estudiado. Son quienes realizan el cuidado cotidiano y quienes deben ofrecer el necesario apoyo flexible y personalizado en la realización del amplio conjunto de actividades que comprende la vida cotidiana.

Como hemos visto en los resúmenes por países, las ratios reales en los países analizados son superiores a las exigencias mínimas en nuestro país. Cabe destacar las altas ratios de Suecia (30 gerocultores por 100 residentes en cada turno en días laborales centros públicos) o de Alemania donde para el grado mayor dependencia (nivel 5) las exigencias de las distintas regiones oscilan entre 1,7-2,35 residentes por gerocultor/a. Al igual que como se acaba de describir en relación a las enfermeras, en el caso de personal auxiliar o gerocultor, Suecia también tiene en cuenta la ratio de personal de atención vinculada al turno, una opción que contribuye a asegurar la suficiencia de atención a lo largo de todo el día, evitando oscilaciones entre horarios y unidades que puedan suponer bajas intensidades, lo que las ratios más globales tienden a invisibilizar.

La necesidad de incrementar la ratio profesional de primera línea en nuestro país es una demanda repetida por distintos sectores y ha sido informada por el propio Defensor del pueblo quien recomienda incrementar las ratios profesionales en las residencias y revisar los acuerdos interterritoriales en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).

Otro elemento común encontrado en estos países es el de priorizar la contratación de profesionales con titulaciones oficiales que, no obstante, dada la escasez de demandantes de este tipo de trabajo, no se convierte en una exigencia para toda la plantilla. Por ejemplo, para asegurar una cualificación básica en el Reino Unido, se exige el *Care Certificated* para las profesionales que no cuentan con una formación reglada. Por su parte, Estados Unidos cuenta con un registro de personas cuidadoras y los centros tienen obligación de formar a las personas que lleven más de 24 meses sin trabajar.

Cabe de nuevo destacar la propuesta de Suecia donde existen tres tipos de profesionales en el cuidado básico de primera línea: auxiliares de enfermería tituladas (formación de 1500 créditos), Auxiliares de cuidados (800 créditos) y cuidadores sin formación. No se establecen exigencias de entrada para el acceso a estos puestos, aunque sí que existen recomendaciones y programas destinados a mejorar la formación de los trabajadores del cuidado. Una vez contratadas las personas cuidadoras, muchas de ellas migrantes de otros países, se inicia un proceso de acompañamiento y entrenamiento en habilidades

técnicas y seguimiento de actitudes y prácticas profesionales. Cabe destacar que es una tendencia de especial interés dado la insuficiencia de personal dedicado al cuidado, algo que se observa en distintos lugares y ahora todavía más como consecuencia de la pandemia mundial ocasionada por la Covid-19.

La figura profesional del gerocultor/a (o similares) va adquiriendo un mayor protagonismo y autonomía en su labor para garantizar la personalización y el bienestar de las personas que cuidan. Ello requiere no solo de una ratio adecuada sino de una formación que permita cuidar con criterios de calidad técnica y seguridad, siempre buscando el bienestar de las personas y el apoyo a una vida significativa.

Es quien acompaña a las personas en servicios de atención directa que pueden abarcar las 24 horas del día. Para ello, estos profesionales deben tener suficiente autonomía y poder tomar decisiones en el día a día que permiten una atención cotidiana realmente personalizada. Decisiones que deben ser tomadas desde la escucha a cada persona (y en su caso familia), desde la observación de sus necesidades y desde el respeto a identidad y a sus valores y preferencias personales. La auto-organización de la atención cotidiana, desde esta escucha y ajuste a las necesidades de las personas, no desde protocolos generales o directrices que emanan desde organizaciones jerarquizadas, es un elemento de gran importancia para conseguir una atención flexible y realmente personalizada.

El empoderamiento de los/as gerocultores/as en la organización y toma de decisiones en el día a día ha sido señalada como una condición importante para la personalización de la atención^{50 51}. Una mayor autonomía cotidiana, a su vez, incrementa la responsabilidad e implicación de los profesionales de atención y reduce las ausencias o faltas al trabajo ⁵².

Sin embargo, esto no significa que estos profesionales deban actuar solos o con una responsabilidad que excede a sus cometidos y conocimientos. El trabajo en equipo, con otros compañeros y otros técnicos consultores, se torna fundamental para apoyar la labor de los gerocultores/as. En los centros que avanzan desde modelos centrados en las personas, se aprecia que el trabajo profesional individual no es efectivo sino se enmarca en un trabajo de equipos armónico y alineado con un modelo de cuidado en el

⁵⁰Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T., & Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation*. Available in: <http://www.nhqualitycampaign.org>

⁵¹Stadnyk R.B., Lauckner, H., & Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: What works? *CMAJ*, 183(11), 1238-1239.

⁵²Eaton, S.C. (2001). *Appropriateness of Minimen Nurse Staffing ratios in nursing homes. Phase II, Final Report*. Available at <http://theconsumerveice.org/uploads/files/issues/CMS-Staffing-Study-Phase-II.pdf>

día a día, que además debe verse supervisado y apoyado desde una cultura organizacional que lidere y alimente esta visión^{53 54}.

Un cambio importante para poder lograr este cambio de rol con mayor autonomía y con competencias más amplias vinculadas al apoyo y acompañamiento de las personas en su vida cotidiana, es la flexibilidad en la autoorganización de las tareas por parte de los propios equipos. Se observa, por ejemplo, en algunas iniciativas conocidas en situ por quienes elaboran este informe, además de una mayor libertad para organizar la rutina diaria (también para saltársela de forma justificada en cuanto a actividades programadas) la tendencia a “reorganizar” las tareas a lo largo de todo el día, incluyendo el turno de noche como momento de poder realizar distintas tareas (limpieza, orden de enseres, organización de documentación) que liberar durante el día espacios para otros cometidos.

En esta línea cabe destacar la innovación que indudablemente han supuesto los modelos residenciales que han girado hacia la organización de pequeñas unidades de convivencia, donde la vida cotidiana y la atención se organiza según los ritmos propios de cada unidad y las necesidades/preferencias de las personas buscando dinámicas hogareñas y significativas para las personas.

El modelo residencial norteamericano *Green House* (extendido también por otros lugares del mundo), descrito en el capítulo 2 de este informe, ha desarrollado una cultura radicalmente distinta en cuanto a la organización del cuidado. Las *Green Houses*, además de lo que suponen en cuanto apoyar una atención personalizada y una vida hogareña y significativa para las personas, es una importante apuesta por organizar el cuidado desde el empoderamiento de los gerocultores. La nueva categoría profesional que propone este modelo, el *Shahbaz*, tiene una importante autonomía para tomar decisiones y flexibilizar las rutinas cotidianas con el objetivo de personalizar y buscar el bienestar de las personas a quienes acompañan. El *shahbaz* funciona a modo asistente personal proporcionando una atención integral con gran polivalencia (realizan cuidados personales, pero también otras relacionadas con la preparación de comidas, lavandería, etc.) y cuenta con una formación muy esmerada. Además, no funciona solo, existe una figura que actúa a modo de guía de cada unidad y otros profesionales (enfermeros/as, fisioterapeutas, etc.) visitan las casas ofreciendo asesoramiento y apoyos puntuales. Las decisiones de la vida diaria las toman las personas mayores junto con los *shahbazim* (plural de *shahbaz*); además las visitas, familias, amistades y voluntarios, se incorporan

⁵³McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A, Manning, M., Peelonkilroe, L., Tobin, C., &Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93–107.

⁵⁴Prieto, D. (2014). *Evaluación cualitativa del Proyecto Etxean Ondo Residencias*. Estudio no publicado encargado por Fundación Matía.

en las actividades y en la vida cotidiana de estas pequeñas casas. Esta visión del cuidado y de la organización del servicio, donde el personal de primera línea puede tomar decisiones junto con las personas mayores supone un cambio organizativo importante apartándose de los sistemas jerárquicos, creando equipos estables (sin rotación) que conocen bien y reconocen a las personas a quienes cuidan y que, además, se construyen desde relaciones interpersonales de respeto y de confianza. Sin duda, un ejemplo de buena práctica de la que tenemos mucho que aprender.

3.3.5. Otros profesionales

La presencia de otros técnicos de intervención en residencias en los países consultados es variable y su ratio es claramente inferior a la de los profesionales sanitarios descritos anteriormente. Pueden ser profesionales de perfil muy variado (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores, animadores, etc.).

En esta línea cabe la exigencia de trabajadores sociales a jornada completa en EEUU para los centros de más de 120 plazas o la reciente inclusión de profesionales del ámbito psicosocial en Alemania. A su vez, Francia incorpora personal educativo a sus plantillas. Asimismo, las unidades destinadas a personas que sufren problemas de comportamiento severos derivados de enfermedades neurodegenerativas asociadas a demencia, deben contar, además con un fisioterapeuta, un auxiliar especializado en geriatría y personal sanitario de noche. Todos los equipos que trabajan en estas unidades deben tener formación especializada en enfermedades neurodegenerativas y problemas de conducta

Esta tendencia contrasta con lo observado en España, donde la tendencia normativa de las últimas décadas es la de regular la presencia mínima de profesionales diversos para completar un equipo técnico en cada centro. El citado informe de profesionales en residencias españolas elaborado por la SEGG (SEGG, 2020) señala las ratios exigidas de psicólogos (rango entre 0,003 a 0,005), trabajadores sociales (rango entre 0,003 y 0,01), fisioterapeutas (rango 0,003- 0,04), Terapeutas Ocupacionales (rango 0,01 - 0,0) y Educadores Sociales/TASOC (rango 0,004- 0,0069).

3.3.6. La colaboración del voluntariado

Una cuestión muy relevante de presente y futuro es la incorporación de voluntariado en la actividad cotidiana de los centros, complementando, junto con las familias, la labor de los profesionales. Además del apoyo que este recurso supone para que los centros puedan desarrollar ciertas actividades y proyectos, así como para intensificar el acompañamiento a las personas, la convivencia cotidiana con voluntariado permite a los servicios una mayor conexión con su comunidad.

La presencia de voluntarios y voluntarias en los centros, todavía insuficientemente desarrollada en nuestro país y no exenta de cierta controversia, es una tendencia observada en estos los países, aunque no suele estar recogida en sus normativas. Como excepción hay que señalar el caso de Ontario (Canadá) donde se contempla la incorporación en plantilla de personal voluntario para prestar ciertas labores en el centro, con procedimientos de selección y formación similares a los profesionales de atención directa.

La práctica totalidad de iniciativas que este trabajo han sido identificadas como ejemplos de iniciativas inspiradoras, incluyen la presencia e implicación de personal voluntario de la comunidad en sus proyectos.

3.4. La imprescindible formación en competencias integrales vinculadas al buen trato y a la búsqueda de la vida significativa

Para lograr el cambio de rol hacia el acompañamiento de personas en apoyo a vidas propias y significativas, resulta imprescindible la formación y el desarrollo de competencias diversas. Estas incluyen además de las habituales referidas a cuestiones técnicas-procedimentales, otras en ocasiones han sido denominadas como “competencias blandas”. A pesar de esta denominación son imprescindibles para el buen trato ya que tienen que ver con conocimientos, actitudes y destrezas relacionales, emocionales y éticas. Todas estas competencias, que constituyen “el arte del cuidado” son imprescindibles para dispensar cuidados humanizados e intervenciones de calidad⁵⁵.

Como acabamos de ver, aunque los equipos profesionales en los siete países predominan las titulaciones sanitarias, estos desarrollan labores de atención integral y

⁵⁵Bermejo, J.C. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 1-16.

son formados en competencias no solo técnicas sino relacionales y de apoyo al buen trato. Destaca de forma especial el objetivo de apoyar la especialización en el cuidado y el buen trato de personas con demencia. Es un campo en el que estos países, de la mano de centros referenciales y expertos, cobra cada vez tiene mayor relevancia. Cabe destacar la gran labor relacionada con la promoción de la buena praxis en el cuidado y trato a las personas con demencia en todos estos países desarrollando directrices, estándares y manuales de buenas prácticas para fomentar el bienestar y la vida significativa de estos grupos. A modo de ejemplo cabe citar las Guías nacionales para el buen trato y la atención centrada en las personas con demencia en Suecia, los excelentes materiales elaborados por el SCIE (UK) o los estándares de vida significativa y de calidad en la atención a las personas con demencia elaborados por el NICE (UK), las aportaciones de la red norteamericana *Pioneers* o la iniciativa canadiense vinculada al proyecto *Butterfly*.

También es oportuno llamar la atención sobre las metodologías formativas para los profesionales del cuidado, a menudo planteadas desde formatos excesivamente teóricos y muy alejados de la realidad y cotidianeidad de los centros. Distintos trabajos advierten que la formación dirigida a los profesionales debe ser continuada y estar en estrecha conexión con el cuidado cotidiano de modo que se propicie la reflexión y se produzcan cambios significativos en la forma de ver, relacionarse y acompañar a las personas en el día a día. Se precisan formaciones más ecológicas y cercanas a la realidad de los profesionales de atención, desarrollando procesos de supervisión de la práctica cotidiana no solo en cuanto a conocimientos y habilidades técnicas sino también en cuanto a actitudes y destrezas relacionales, especialmente cuando se producen situaciones de tendencia a la rutina o de especial dificultad como es el caso de las personas con demencia⁵⁶ o con enfermedad mental grave.

⁵⁶Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 4, 362 – 367.

3. 5. Reconocimiento y apoyo a los profesionales del cuidado

Como señalamos al principio de este capítulo, son distintas las condiciones que contribuyen al actual escaso prestigio social que tienen las profesiones vinculadas al cuidado de larga duración, lo que en buena parte contribuye a que los profesionales desestimen estas ocupaciones y, mucho menos, se establezcan en ellas, algo indispensable para poder lograr equipos comprometidos.

Es habitual tender a ignorar la enorme importancia que el reconocimiento tiene para el ser humano, olvido que también suele afectar al ámbito profesional. Algo que es sobradamente conocido en el campo de la motivación laboral y que resulta especialmente necesario para quienes prestan cuidados. Si el personal no percibe reconocimiento, probablemente tendrá mayores dificultades para canalizar una actitud positiva hacia aquellos más vulnerables que reciben sus atenciones.

Aunque los países estudiados no son los que peores condiciones laborales mantienen, también expresan su preocupación por la contratación y la estabilidad de los y las profesionales en los servicios que cuidan personas en residencias. Una dificultad observada ya desde hace años y que a raíz de la pandemia mundial se ha visto incrementada. En este sentido, estos los países están desarrollando estrategias diversas para afrontar estos problemas. Como ejemplos, cabe recordar el plan que Alemania ha establecido para reclutar profesionales para residencias o el nuevo plan 2020 creado por Suecia para mejorar las condiciones y formación de los profesionales en residencias, con un paquete de medidas que incluyen el fomento de empleos indefinidos a jornada completa, el empleo en prácticas a personas sin experiencia laboral en el sector y el aumento de programas formativos.

Además de estas medidas de carácter general es indispensable que, en cada organización, se desplieguen de forma permanente estrategias de acompañamiento y apoyo a los profesionales y a los equipos. Si asumimos la importancia de “cuidar a quien cuida”, no podemos ignorar que en las organizaciones jerárquicas donde los profesionales tienen una escasa autonomía y todo se regula por tiempos medidos y estrictos protocolos organizados por cumplimientos de tareas, los profesionales tienden a percibir distancia y falta de apoyo por parte de los responsables.

El modelo del estrés laboral Demanda-Control-Apoyo ofrece un marco explicativo de alto interés en el tema que nos ocupa. Propuesto inicialmente por Karasek⁵⁷ y

⁵⁷Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *AdminSci Q*, 24, 285-308.

completado posteriormente por Johnson⁵⁸, apunta la coexistencia de tres factores explicativos del mismo: a) la percepción de las demandas que un trabajo tiene (a mayor percepción de demanda, mayor estrés), b) el grado de control o autonomía que el trabajador tiene (a mayor autonomía menor estrés) y c) la percepción del apoyo que recibe (a mayor apoyo, menos estrés).

Algunas investigaciones han mostrado que los modelos de atención centrada en la persona en entornos residenciales actúan previendo el estrés laboral ya que con esta forma de cuidar, en primer lugar se reduce la percepción de demanda o (carga de trabajo) en los profesionales, en segundo lugar aumenta su percepción de control sobre lo que hacen (lo que a su vez hace percibir con coherencia y sentido a su trabajo) y en tercer lugar perciben que son apoyados en mayor medida, tanto por parte de los compañeros como por los responsables de los servicios⁵⁹. Unos resultados importantísimos que ofrecen evidencia de la bondad de este enfoque no solo para las personas que reciben cuidados sino también para sus profesionales. Por eso hay quien ha señalado con acierto la necesidad de hablar de atención centrada en las personas (en plural). Como hemos podido ver, este es un enfoque en el que se posicionan los países analizados y muy especialmente las diversas iniciativas de estos y otros lugares que cabe reconocer como buenas prácticas y que figuran en el anexo de este informe.

3. 6. Hacia organizaciones centradas en las personas

Para avanzar en todos los aspectos que han sido mencionados, es necesario un marco organizacional que apoye relaciones más horizontales, tejidas desde relaciones de confianza y que otorguen mayor autonomía a los profesionales y a los equipos, proporcionando apoyo a lo largo de procesos de revisión y continuo desarrollo. Estos son contextos organizacionales indispensables para mejorar la calidad asistencial, como así se señala en la literatura internacional experta.^{60 61}

En los modelos revisados cabe apreciar una creciente toma de consciencia sobre la necesidad de que para mejorar la atención y el cuidado es imprescindible dar un giro importante a las actuales organizaciones. Es decir, se va comprendiendo que avanzar

⁵⁸ Johnson, J.V. (1989). Control, collectivity and the psychosocial work environment. En S. Sauter, J. Hurrell y C.L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health*. London: Wiley.

⁵⁹Te Boerkhorst, S., Willemsse, B., Depla, M.F., Efesting, J.A., &Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burn out and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.

⁶⁰Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T., &Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation*. Available in: <http://www.nhqualitycampaign.org>

⁶¹Webster, J. (2002). Teamwork: understanding multi-professional working. *Nursing Older People*, 14, 3, 14-22.

hacia un cuidado de calidad debe ir inexorablemente unido al reconocimiento y al apoyo de las personas, algo que solo se consigue con una transformación de las culturas organizacionales tradicionales, basadas en criterios jerárquicos y un funcionamiento altamente estandarizado e institucional. Esta nueva visión de los centros de cuidados de larga duración se aprecia en algunas de las medidas e iniciativas que estos países están desarrollando.

Los modelos residenciales de estos países, pretenden avanzar de organizaciones jerárquicas a centros colaborativos y para ello, se han desarrollado distintas medidas que se dirigen a mejorar la gestión de los centros generando procesos de desarrollo organizacional que desde la participación potencien la revisión interna, el aprendizaje y la innovación. En esta línea destaca la regulación 17 de Reino Unido dedicada a la Buena gestión donde se especifica el papel de la dirección, así como diversas herramientas para el aprendizaje y la innovación. Por su parte Alemania incluye en los criterios de evaluación de las residencias criterios diversos referidos a la organización y gestión de los centros. Holanda, como hemos visto, también otorga gran importancia, en su marco de calidad residencial, a la buena gobernanza, apostando decididamente por la reflexión de los equipos y por impulsar la mejora continua desde la revisión participativa de las prácticas cotidianas. En Ontario (Canadá) en su Ley *Long-term Care Homes* del 2007 introduce la importancia del desarrollo organizacional estableciendo que cada centro debe contar con una misión en la que se establezcan los principios, objetivos y filosofía del centro, que esta misión debe ser coherente con los derechos de las personas usuarias, que la misión se tiene que establecer en colaboración con el consejo de residentes y el consejo de familiares y que ésta debe ser revisada, como mínimo, cada cinco años.

En esta misma línea de liderar procesos de mejora continua, la evaluación interna es contemplada por distintos países. Concretamente en el caso de Francia, Reino Unido, Países Bajos y Canadá, es obligatorio que los centros realicen procesos de evaluación interna para mejorar sus procesos de gestión y de atención.

Por otra parte, hay que destacar que los modelos residenciales de estos países, apuestan por la participación en la definición de los servicios de los distintos actores del cuidado. De este modo se han puesto en marcha estrategias para fomentar y canalizar la participación de familias, residentes y profesionales. En esta línea, en Francia las residencias deben contar con un Consejo de la vida social en el cual participan representantes de residentes, familias, personal junto con el consejo de administración del centro. Este órgano participa en la elaboración del reglamento de funcionamiento del centro y en el proyecto de centro. Suecia y Holanda también aplican cauces de participación similares en sus centros residenciales. Por su parte, Canadá distingue entre

consejos para residentes y para familiares, ambos órganos para informar, sugerir, participar y abordar quejas.

A modo de conclusión cabe afirmar que los servicios y organizaciones que dispensan cuidados de larga duración van tomando cada vez mayor consciencia de un enfoque que concede importancia a lo grupal, a los procesos de los equipos y a la dimensión organizacional. Los objetivos puestos en el trabajo individual de los profesionales organizado por criterios de cumplimiento de un listado de tareas asistenciales en horarios y tiempos programados y altamente controlados (levantar, asear, dar la comida, etc.) o la mera cuantificación de los recursos profesionales, no son solo insuficientes sino francamente inadecuados.

Capítulo 4. Valores orientadores de la atención residencial, protección de derechos y personalización



Como hemos podido ver, los países más desarrollados apuestan por modelos residenciales que, además de ofrecer una atención integral y cuidados en entornos seguros, sitúan como objetivos centrales el bienestar y el logro de una vida significativa para las personas. La Organización Mundial de la Salud, en este sentido, ha afirmado que es preciso un cambio de paradigma en los cuidados de larga duración, identificando para ello dos ejes complementarios: la integralidad en el cuidado y la orientación a la persona⁶².

Se trata de una nueva visión sobre la calidad de los servicios, en la que además de criterios técnicos basados en la evidencia científica, se necesitan directrices para una buena praxis profesional, emanadas de consideraciones éticas, que orienten los cuidados desde la protección de los derechos, el respeto a los valores individuales y el mantenimiento de la identidad personal. Para conseguir todo esto, la atención personalizada se torna en algo indispensable.

Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es que la protección de derechos y la necesaria personalización de la atención, no queden en una mera declaración de intenciones. Por ello, en este capítulo hemos considerado de interés, en primer lugar, identificar qué valores comunes orientan el modo de vida residencial en los países analizados, así como los principales elementos de acción que están siendo impulsados en coherencia a esos valores. En segundo lugar, hemos identificado los principales derechos que suelen ser reconocidos en la atención residencial, así como algunas estrategias de especial utilidad para darlos a conocer, haciéndolos visibles y garantizarlos en el día a día. En tercer lugar, hacemos referencia a algunas de las metodologías que distintos países vienen utilizando y que pueden considerarse

⁶²World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva (Switzerland): WHO. Service Delivery and Safety. Retrieved on March from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=AF328B1632446AD35620F1AAB13921DB?sequence=1

especialmente valiosas para desplegar una atención realmente personalizada que permita a las personas seguir teniendo control en su atención y vida cotidiana.

4.1. Valores que inspiran el cuidado y los elementos de acción clave en la atención residencial

Las diferentes leyes de cuidados y normativas que regulan la atención residencial en los modelos analizados comparten un importante punto de partida: el reconocimiento de la dignidad inherente a toda persona, con independencia de su estado o situación, y en consecuencia, la consideración de que siguen siendo ciudadanos, ciudadanas, portadores de derechos.

Este común punto de partida conduce a estos países a señalar una serie de valores que constituyen el marco filosófico que debe orientar el cuidado. La integralidad, la autodeterminación, el desarrollo personal, la independencia, la inclusión social, el bienestar personal o la protección de la privacidad y de la intimidad, son principios o valores que todos estos países señalan y reconocen en sus normativas.

Pero este nivel declarativo no es suficiente. Como se dice coloquialmente “del dicho al hecho hay un gran trecho”, y por eso resulta de especial interés conocer qué elementos clave de acción han sido señalados en estos países para orientar los modelos residenciales.

En primer lugar, cabe destacar que algunas líneas generales que orientan los modelos residenciales en coherencia con los valores rectores enunciados, han adquirido una especial relevancia, entre las que cabe destacar la desinstitucionalización, la apuesta por entornos de vida hogareña, la búsqueda de una vida normalizada, la actividad cotidiana significativa, la existencia de espacios que permitan la privacidad y una mayor libertad cotidiana, la facilitación de relaciones interpersonales o la conexión con la comunidad.

En segundo lugar, se aprecia la tendencia de querer concretar este marco filosófico a través del enunciado de derechos específicos que las personas puedan ver garantizados en su atención cotidiana, así como el desarrollo de ciertas metodologías que personalicen su atención, lo que veremos seguidamente.

4.2. Concreción y protección de los derechos de las personas en el día a día de la atención residencial

Los siete países revisados relacionan una serie de derechos, con mayor o menor grado de concreción, de las personas que viven en residencias. En la mayoría de los casos lo hacen en sus respectivas leyes sobre el cuidado, enunciando los derechos de las personas que reciben cuidados, en distintos contextos, de forma genérica. Pero, además también suelen estar recogidos tanto en regulaciones más específicas referidas a los centros residenciales, como en los estándares de calidad de sus servicios; en ambos casos los derechos entonces suelen estar vinculados a aspectos muchos más concretos de la vida residencial. En el cuadro 1 se muestran los principales derechos que con mayor frecuencia suelen ser recogidos en relación a la atención residencial.

- Derecho a que se realice una evaluación integral y a recibir cuidados que cubran las necesidades integrales (nutrición, hidratación, cuidados sanitarios, apoyo en las actividades de la vida diaria, apoyo psicológico, actividades de ocio y desarrollo personal, contacto social, etc.).
- Derecho a vivir en un entorno seguro, tanto referidos a espacios como a los cuidados y atenciones que se reciben.
- Derecho a la privacidad e intimidad.
- Derecho a recibir un trato respetuoso.
- Derecho a la protección frente abusos y malos tratos.
- Derecho a la autodeterminación o libertad de elección en la vida cotidiana.
- Derecho a participar en la elaboración y desarrollo del plan personalizado de atención.
- Derecho al consentimiento informado en relación a tratamientos y ciertas decisiones.
- Derecho a ser informado y a acceder a información referida a su persona y situación.
- Derecho a la confidencialidad de sus datos e informaciones personales.
- Derecho a no recibir de forma indiscriminada y no consentida restricciones físicas.
- Derecho a presentar quejas o reclamaciones y a recibir respuesta.
- Derecho a gestionar sus asuntos financieros.

Cuadro 1. Derechos de las personas usuarias que habitualmente son recogidos en las normativas referidas al ámbito residencial

Elevar estos asuntos a categoría de derechos individuales, sin duda, supone un claro avance en la garantía de la calidad de la atención. Entendiendo que esto no es suficiente, se han ido desarrollado diferentes estrategias que permitan visibilizarlos, concretarlos y hacerlos efectivos. A tenor de las normativas y documentos analizados, cabe citar ciertos elementos que resultan especialmente necesarios para hacer efectiva la protección de los derechos individuales en grupos de elevada vulnerabilidad, entre los que cabe destacar la información, el consentimiento, las figuras valedoras o garantes de estos derechos, la promoción del buen trato y la actuación ante situaciones de mala praxis.

Veamos a continuación las principales características de estos elementos y algunas de las iniciativas encontradas en la revisión llevada a cabo que los incorporan.

4.2.1. Elaboración de cartas de derechos y deberes y otros documentos informativos

Conocer la existencia de derechos reconocidos para la población y en particular para las personas mayores, es el primer paso para asegurar la protección de los mismos. Si no se sabe de su existencia, será difícil tanto respetarlos como exigirlos. Por ello, la estrategia de informar, a la par de empoderar y acompañar a la persona en la defensa y ejercicio de sus derechos, debe ser implementada tanto en el ámbito residencial como en el comunitario. La población mayor debe conocer sus derechos y deberes como ciudadano/a en general y, en concreto, sobre los que atañen a la vida en una alternativa residencial.

De este modo, en Francia y en Alemania se han elaborado Cartas de derechos y deberes de las personas que viven en residencias con el objetivo de darlos a conocer, informar a las personas usuarias y a sus familiares, sensibilizar a la sociedad en general de que las personas mayores que viven en estos dispositivos siguen siendo portadoras de derechos y, sobre todo, concretarlos en el día a día residencial.

Otros documentos informativos como los contratos de alojamiento, el reglamento de funcionamiento del centro o folletos informativos de acogida que se entregan a las personas antes de su entrada en los servicios, son también medidas habitualmente aplicadas de indudable interés.

4.2.2. El consentimiento informado

El consentimiento informado, originariamente del ámbito médico o clínico, es una metodología que ha ido tomando fuerza también en el ámbito social. Pretende, fundamentalmente, asegurar un proceso informativo y deliberativo para que la persona pueda tomar decisiones en relación a la propuesta de ciertos tratamientos o intervenciones que le afectan personalmente y que pueden tener consecuencias en su salud, integridad y libertad.

La mayoría de los países analizados utilizan este procedimiento para asegurar la voluntariedad de ciertas actuaciones (aceptación o renuncia a tratamientos médicos, aplicación de medidas de sujeción, ingreso en centros, etc.). Concretamente el consentimiento es uno de los 13 estándares fundamentales que el Reino Unido incluye

para definir la calidad residencial. Canadá (Ontario), por su parte, define el consentimiento junto con la elección en la vida cotidiana, como uno de los derechos elementales que deben ser garantizados a las personas que viven en estos centros.

Cabe señalar, como así advierten distintos comités de ética de servicios sociales que un riesgo que afecta a esta herramienta es que acabe convirtiéndose en un mero trámite. Algo que ha sucedido en buena medida en la práctica médica, cuando el proceso informativo se reduce notablemente y el objetivo se centra solo en recabar una firma, lo que desvirtúa el auténtico fin de este procedimiento.^{63 64}

4.2.3. Figuras de acompañamiento y protección

En algunos de estos países, además de la figura legal de representación de aquellas personas que tienen modificada su capacidad jurídica para tomar ciertas decisiones, se han desarrollado otras figuras cuyo compromiso y cometido es velar de una forma especial por los derechos de los residentes.

En esta línea, resulta de interés la iniciativa francesa, que integra tres figuras complementarias implicadas en la protección de derechos de las personas que viven en residencias. Son las siguientes:

- a) El profesional de referencia en el centro. Es un profesional de atención directa que participa en la elaboración y puesta en marcha del plan personalizado de atención de residentes asignados a su cargo y se compromete de una forma especial en la protección de las personas a su cargo.
- b) La persona cualificada o mediadora. Se trata de una persona ajena al centro, de la comunidad, que la persona elige entre una lista de personas que la municipalidad pone a disposición y cuyo cometido es velar por los derechos de las personas que viven en centros o servicios residenciales.
- c) La persona de confianza. Con esta figura, los residentes tienen opción de nombrar una persona de confianza (familiar o amistad) quien actúa como representante y acompañante de la persona cuando ésta lo necesita y así lo desea.

⁶³Comité de ética en intervención social de Asturias (2016). *El consentimiento informado en los servicios sociales*. Disponible en https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/comite-de-etica-en-intervencion-social/publicaciones-informativas_766_1_ap.html.

⁶⁴Comité de ética en intervención social de Bizkaia (2019). *El proceso de información y consentimiento en servicios sociales. Guía de recomendaciones éticas*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

También hay que destacar el programa desarrollado en EEUU que fue recogido en la ley *Older Americans Act (2015)*, en la cual se insta a los distintos estados a disponer de la figura del Defensor del Pueblo en cada estado para defender los derechos de las personas que reciben servicios de larga duración (*Long-term Care Ombudsman Program*). Busca no solo la defensa de los derechos sino también el empoderamiento de quienes viven en entornos residenciales.

Además, cabe citar la existencia de órganos de participación de residentes y familiares, como en el caso de Francia y de Ontario (Canadá) entre cuyos cometidos figuran el análisis de quejas, sugerencias y reclamaciones efectuadas por las personas usuarias o por sus familiares.

4.2.4. Inclusión de criterios referidos a la protección de derechos en la evaluación de la calidad dispensada

Distintos sistemas para evaluar la evaluación de la calidad, como se analizará posteriormente, incluyen distintos asuntos referidos a la protección de derechos. Concretamente Alemania, Países Bajos, Reino Unido o Suecia así lo hacen, fijando estándares e indicadores de calidad referidos a los derechos que se han señalado anteriormente, e incluso llegando a concretar aspectos mucho más específicos la vida residencial, como por ejemplo el derecho a usar las habitaciones libremente, la capacidad de elegir entre varias opciones de comida o la libertad para amueblar o a decorar su habitación a su gusto y con sus pertenencias.

Esta es una decisión que tiene gran trascendencia ya que estas baterías de estándares e indicadores, a su vez, determinan condicionan la entrada de los servicios en los sistemas de cuidados que cuentan con financiación pública.

4.2.5. Promoción del buen trato y actuación ante el mal trato

Como hemos visto, todos los países revisados dan gran valor a la promoción del buen trato como estrategia clave para proteger los derechos de las personas y prevenir la mala praxis en el cuidado residencial. Esta es una tendencia común observada en los países más desarrollados en materia sociosanitaria. Entender que el buen trato y el compromiso de los centros y de sus profesionales con éste, es la clave para prevenir abusos y tratos inadecuados.

Por este motivo, fundamentalmente, a través de centros u organismos federales o estatales dedicados a la calidad de la atención, la mayoría de estos países han desarrollado guías o manuales de buena praxis que, además, en algunos casos, llegan a tener una relevancia máxima como referentes en sus sistemas de acreditación y de evaluación de la calidad. La producción internacional en el ámbito de la buena praxis residencial es extensísima, suscitando un especial interés el objetivo de la protección de los derechos de las personas con demencia en todos los países analizados, lo que se recoge tanto en los manuales de buena praxis como en indicadores de evaluación de la calidad.

Cabe citar, solo a modo de ejemplo la magnífica aportación de centros como el *Social Care Institute for Excellence (SCIE)* o el *Nacional Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, ambos en Reino Unido, los manuales de buenas prácticas en residencias de personas mayores dependientes, elaborados por la *ANESM (Haute Autorité de Santé)* o los materiales que han ido elaborando para apoyar el cambio del modelo residencial (*Culture Change Movement*) desde la red *Pioneer Network* que lidera este movimiento.

Estos manuales de buena praxis, no solo contemplan cuestiones referidas a las prácticas seguras y basadas en la evidencia científica sino desarrollan con gran detenimiento la protección de los derechos de las personas y asuntos implicados en el bienestar personal. Es una tendencia común claramente observada en todos los países consultados.

Otro asunto que recibe también una especial atención es el del uso de sujeciones o contenciones. La tendencia general es desarrollar medidas que tiendan a su eliminación y, en todo caso, a velar porque su aplicación sea mínima, revisada y temporalizada. Es habitual la exigencia del consentimiento informado, de la persona o de quien ostente su representación legal, para su aplicación. Los estándares de calidad formulados en países como Canadá pretenden que sean reducidas al máximo y en caso de ser aplicadas que se hagan de una forma temporal, puntual y justificada. Llama poderosamente la atención que en estos países que la tasa de uso de medidas restrictivas con el uso de sujeciones mecánicas en residencias es muchísimo más baja que la de España.^{65 66}

Además de esta clara apuesta por la promoción de la buena praxis, la detección y actuación específica ante situaciones de mal trato, negligencia o conducta impropia en la prestación de servicios, también es contemplada en los diferentes lugares. Si nos

⁶⁵Bové, J., Cardona, X., Rodríguez, J., Segura, A., Vergés, L., y Vidal, M. (2015). *Documento de reflexión sobre contenciones*. Serie Comité de ética de los servicios sociales de Catalunya. Documentos de reflexión. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.

⁶⁶Comité interdisciplinar de sujeciones de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2014). *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

fijamos en los siete países revisados, cabe citar la herramienta CQC Insigth, desarrollada en el Reino Unido, a través de la cual se recibe información de distintas fuentes (notificaciones administrativas, personal del centro, usuarios, familias) y mediante un sistema de indicadores se generan alertas para prevenir y actuar ante situaciones de riesgo y planificar inspecciones para constatar situaciones anómalas.

Por su parte, Suecia, ha desarrollado una ley específica, la Ley Sarah donde se recoge la obligatoriedad de comunicar cualquiera de estas situaciones, cómo actuar internamente y el papel de la inspección en estos procesos.

4. 3. La personalización de la atención. Metodologías valiosas y principales retos

4.3.1. Personalización de la atención ¿de qué estamos hablando?

Algunos autores⁶⁷ han diferenciado lo que la atención personalizada añade a la clásica atención individualizada, poniendo de relieve la diferencia en la mirada que albergan y la implicación que ello tiene en la intervención social.

Teniendo en cuenta las definiciones aportadas en la *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales*, publicada por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla⁶⁸, se reproduce literalmente esta diferenciación. “La atención individualizada busca actuaciones y apoyos individualizados, es decir, no uniformes, partiendo de las necesidades la persona habitualmente identificadas por los profesionales. A diferencia de la atención personalizada, no implica que la persona tenga un papel activo en su atención ni toma en cuenta de la perspectiva de lo que para ella es importante. La atención personalizada, busca el apoyo al proyecto de vida de cada persona desde el respeto a su singularidad y al ejercicio de su autodeterminación, centrando el foco en lo que para ella es importante y dispensando apoyos para que ésta mantenga control sobre su vida y un papel activo en su atención. Parte de la convicción profunda de que toda persona ha de recibir una atención que le ayude a vivir una vida plena, una vida en la que estén incluidas todas las dimensiones del ser humano.”

⁶⁷ López, A., Marín, A.I., y De la Parte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), nº 210.

⁶⁸ Martínez, T., Salgado C., Fraile R., Sánchez, J.M., y Rodríguez, A. (2019). *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales*. Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla

La personalización, por tanto, tiene que ver esencialmente, con la autodeterminación de la persona. Por ello, resulta esencial conocer y escuchar a cada persona; en el caso de personas con una demencia avanzada, observando e interpretando sus comportamientos y expresiones emocionales. Solo así es posible favorecer que el cuidado y la vida cotidiana para la que ahora necesita apoyos, se desarrolle en conformidad a sus valores, sus metas, sus deseos, y en todo caso, respetando su identidad y bienestar. Veamos, seguidamente, cómo diferentes países que avanzan decididamente por autodeterminación de las personas, incluso cuando éstas tienen una demencia, ha desarrollado distintas estrategias para personalizar la atención.

4.3.2. Metodologías valiosas para la atención personalizada

Lograr una atención personalizada no es algo sencillo, sobre todo en los contextos de atención en los que conviven diferentes personas con trayectorias únicas y necesidades diversas a la par de cambiantes.

a) La historia de vida

La biografía de la persona es el principal motivo de su singularidad⁶⁹. Los países más innovadores en la atención residencial han ampliado el foco del conocimiento de la persona, hace décadas centrado exclusivamente en cuestiones de atención básica y médica, para estar ahora más centrado en la continuidad biográfica de la persona y en el conocimiento de su trayectoria vital.

La evidencia científica señala que trabajar desde el acercamiento a la biografía de las personas que precisan cuidados permite avanzar en la personalización de la atención, al desarrollar una mayor empatía en los profesionales y aumentar su implicación en el cuidado⁷⁰. Destaca el valor de este acercamiento para dar voz a las personas con demencia y mejorar el conocimiento y la comprensión de sus conductas y reacciones emocionales⁷¹.

⁶⁹ Bayés, R. (2009). *Sobre la felicidad y el sufrimiento*. Discurso de investidura como doctor Honoris Causa en Psicología por la UNED. Universidad Nacional Educación a Distancia.

⁷⁰McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., &Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 148–158.

⁷¹Nowell, Z.C., Thorton, A. & Simpson, J. (2011). The subjective experience of personhood in dementia care settings. *Dementia*, doi: 1471301211430648.

Cuando los objetivos de la atención residencial trascienden a la mera custodia y atención sanitaria, se reconoce la importancia de la trayectoria vital y por ello se considera necesario que el cuidado parta del conocimiento biográfico de la persona, considerándolo especialmente necesario cuando las persona tienen una demencia y presenta dificultades para relatar su historia vital, sus preferencias vinculadas a sus valores y modo de vida. En esta línea cabe destacar la metodología propuesta por el grupo de Bradford (UK) para desarrollar planes enriquecidos para las personas con demencia, en las que la historia de vida es uno de sus ejes fundamentales, junto con la personalidad, el funcionamiento de la persona, su salud y el modo de vida⁷².

b) Los planes personalizados de atención contando con la participación de la persona y, en su caso, de su familia

Hemos comprobado que en todos los países analizados se desarrollan planes personalizados de atención, lo que como hemos visto, necesariamente implica la participación de la persona⁷³. Es interesante observar la tendencia de ir pasando de planificaciones muy centradas en objetivos vinculados a cuidados personales y sanitarios a proponer, contando con la opinión de la persona (o en su caso, de sus familiares), a proponer planes más globales que también contemplan apoyos para el logro de metas significativas relacionadas con los proyectos de vida.

En Francia, por ejemplo, se exige que tres meses tras la llegada de la persona al centro de existir un proyecto de acompañamiento personalizado o plan de atención que incluye, a su vez, dos instrumentos de planificación de la atención individual clave:

- a) Un plan de cuidado, donde se recogen aspectos referidos a los apoyos en la vida diaria y cuidados sanitarios.
- b) Un proyecto de vida, en el que se concretan aspectos referidos a objetivos de vida significativa y protección de derechos.

En el caso de EEUU tras la valoración integral de cada residente, la cual como hemos visto se hace obligatoriamente a través del sistema RAI-MDS, se exige la existencia de tres instrumentos de planificación:

- a) Un plan básico de atención individualizada (*Baseline Care Plan*). Debe realizarse las 48 primeras horas recogiendo la atención inicial básica: dieta, medicación, etc.

⁷² Brooker, D. & Woolley, R.J. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia: The development of a blue print for a sustainable activity-based model. *Aging & Mental Health*, 11, 4, 371-383.

⁷³ En el caso de personas con demencia, se cuenta con la participación de personas significativas, como familiares cercanos o amistades muy allegadas.

- b) Un plan integral de atención individualizada (*Comprehensive Care Plan*). Con objetivos medibles y plazos para satisfacer necesidades médicas, de enfermería, mentales y psicosociales. Debe elaborarse a la semana del ingreso y participan en su diseño, además del equipo profesional, el propio residente y la persona de referencia.
- c) Plan de alta (*Discharge Plan*), debido a la importancia de contemplar siempre la opción de volver a la comunidad. Si esto no es posible se debe documentar por qué no lo es.

De modo similar, en Países Bajos, también se indica dentro del marco de su Ley de la dependencia, que en los centros residenciales se debe contar con un plan de atención individual que desarrolle cómo se hace efectiva una atención centrada en la persona. Se distingue un primer plan provisional, que debe elaborarse el primer día y uno segundo más completado que puede ser diseñado, contando con la participación de la persona, hasta seis semanas tras la llegada al centro.

En todos los modelos consultados se concede gran importancia a la participación de la persona y, en su caso, a su persona de referencia (familia habitualmente). Esta es una tendencia común en los siete modelos analizados y que se extiende por otros muchos lugares. En los países que han diseñado sistemas de estándares o indicadores para evaluar la calidad de su atención, la participación de la persona en su plan de atención es habitualmente incluida como un indicador de calidad. Un aspecto que los centros residenciales españoles, todavía no ha sido incorporado suficientemente.

Algunos trabajos llevados en contextos residenciales concluyen la importancia que puede tener la participación de la persona en los espacios o reuniones donde se planifica su atención, al haber encontrado efectos positivos en cuanto esta metodología conduce a actitudes y prácticas profesionales más humanizadas⁷⁴.

c) Metodologías basadas en Planificación Centrada en la Persona

Se trata de una metodología desarrollada en la atención a las personas con discapacidad intelectual y que progresivamente está siendo aplicada también en los servicios gerontológicos⁷⁵.

⁷⁴ Villar, F., Vila-Miravent J., Celdrán, M., y Fernández, E. (2013). La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: Impacto en el bienestar y la calidad del cuidado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(6), 259-264.

⁷⁵Creaney- Kingsbury, L.A. (2009). *People Planning Ahead: Communicating Healthcare and End-of-Life Wishes*. Washington: Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Se tratan de procedimientos secuenciados donde la persona, junto con una figura que actúa a modo de facilitador del grupo, conduce un espacio donde un grupo de apoyo elegido por la propia persona, participa activamente en el diseño de su atención y especialmente en aquellas decisiones que afectan a su vida presente y futura ⁷⁶.

En los países estudiados destaca la iniciativa que ha puesto en marcha Suecia, el sistema IBIC (la persona en el centro) de utilidad tanto en atención domiciliaria como en residencias. Este es un sistema totalmente informatizado, que pretende asegurar que la persona pueda expresar su voluntad en el diseño y seguimiento de su atención.

En Reino Unido también hay una amplia experiencia en la utilización de esta metodología para el acompañamiento de personas que precisan cuidados.

d) Las figuras de acompañamiento

Vinculadas tanto a profesionales como a personas significativas, como se acaba de señalar en cuanto a la protección de derechos, lógicamente, también desempeñan un papel esencial en la personalización de la atención. Cabe asimismo señalar la tendencia en los países estudiados de que los profesionales de referencia, junto con la persona mayor y su familiar (o amistad) participen en las reuniones donde se planifica y acuerda, desde un proceso de decisiones compartidas, la atención de cada residente.

4.3.3. Principales retos

Sin lugar a dudas, las personas con demencia y, sobremanera, quienes presentan un deterioro cognitivo avanzado, suponen un especial reto en relación al objetivo de la personalización de la atención.

Los países analizados son conscientes de ello, lo que se aprecia tanto en los itinerarios formativos como en el diseño de estándares de calidad y en las recomendaciones de buena praxis. Entienden el apoyo a la autodeterminación desde el respeto y el

⁷⁶Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X., y Fernández, R. (2009). *Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI*. Fundación Adapta.

mantenimiento de aquellos aspectos que respetan los valores de vida, las señas de identidad y logran el mayor bienestar de las personas con demencia.^{77 78 79}.

Otros asuntos todavía no bien resueltos tienen que ver con poder equilibrar la autodeterminación individual con otros principios éticos que también deben estar presentes en el cuidado, como el de la no maleficencia o el principio de justicia, que hace referencia a la no discriminación y a un reparto justo de atenciones cuando los recursos son limitados. Temas de plena actualidad por todo lo que ha provocado y visibilizado la pandemia ocasionada por la Covid-19. Para ello, los procesos de decisiones compartidas, que basan éstas en la deliberación, cobran ahora una máxima relevancia. Aprender a abordar situaciones de cierta complejidad, valorando y, en su caso, apoyando preferencias o decisiones que impliquen riesgos, buscando opciones o cursos intermedios, sopesando riesgos/beneficios, y especialmente contemplando no solo los posibles daños físicos, también los daños emocionales y sociales que algunas medidas restrictivas pueden tener.

Cabe en esta línea destacar la aportación promovida por la fundación británica *Rothschild Foundation*, quienes han elaborado una metodología, *The process for care planning for resident choice*⁸⁰ que orienta a los equipos residenciales para valorar y apoyar a las preferencias de las personas que implican riesgos.

Francia, por su parte ha elaborado una serie de recomendaciones de buena praxis para abordar el sufrimiento psíquico de las personas mayores (2014) y concretamente en el contrato de estancia que debe ser firmado con cada residente, existe un anexo donde se deben detallar, en caso de ser necesarias, las medidas específicas para garantizar la integridad física y la seguridad, las cuales se emiten de forma colegiada, deben ser proporcionadas y la persona o su persona de referencia pueden pedir su revisión. De forma similar, en Holanda, donde que enfatiza la aplicación de un cuidado centrado en la persona, se da importancia a la seguridad de los cuidados residenciales, pero sin dejar de contemplar otros valores vinculados a la libertad, preferencias y bienestar de las personas.

⁷⁷Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead- Berkshire: Open University Press.

⁷⁸Brooker, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley

⁷⁹Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 4, 362 – 367

⁸⁰Calkins, M, Schoeneman, K., Brush, J. & Mayer. R. (2015). *A procces for care planning for resident choice*. UK: Rothschild Foundation.

Capítulo 5. Bienestar y vida significativa en residencias



Como hemos visto, la principal tendencia que orienta el cambio del modelo residencial en los países más avanzados e innovadores en cuidados de larga duración es concebir las residencias como hogares, opción que pretende ofrecer cuidados integrales y profesionalizados, pero vinculando estos al bienestar personal y al disfrute de una vida significativa.

Los países nórdicos han huido de los cuidados residenciales institucionales desde los años 60. Holanda, Alemania y Reino Unido también han avanzado bastante en esta dirección en estas dos últimas décadas. Francia también ha desarrollado alternativas diversas que buscan que las personas “se sientan como en casa”. En Estados Unidos, aunque sigue teniendo un modelo residencial en gran medida institucional, el movimiento *Culture Change movement*, liderado por la red *Pioneers*, cada vez va ganando terreno. Canadá también avanza en este recorrido.

Como hemos visto en el capítulo anterior, estos siete países enuncian valores orientadores de los servicios estrechamente ligados a la autodeterminación y al bienestar personal. Para ello, un ambiente cotidiano significativo donde la persona no pierde el control, desempeña un papel trascendental. La evidencia existente incide en que es el propio hogar en donde la persona puede actuar con mayor libertad y privacidad, además de ser un espacio que le otorga seguridad, control y le permite mantener su identidad. De ahí el lema de que cuando la persona mayor ya no puede ser cuidada en casa, el lugar donde la persona viva y reciba cuidados “se parezca lo más posible a una casa”.

Nuestro propósito en las siguientes páginas es llamar la atención sobre algunos elementos que parecen estar desempeñando un especial papel en lograr que las residenciales sean algo más que dispositivos asistenciales y de custodia, que sean lugares orientados a propiciar bienestar y vida significativa para las personas que necesitan cuidados. Para ello, nos detendremos en algunos apartados que hemos identificado de especial interés teniendo en cuenta las principales conclusiones de tres interesantes líneas de estudio de gran actualidad, concretamente:

- a) Las investigaciones realizadas en torno a la variable “percepción de hogar” en residencias, dado que esta característica parece predecir adaptación y bienestar de las personas a los entornos residenciales. Distintos elementos parecen tener influencia en ello, entre los que cabe destacar el ambiente físico, la actividad significativa o el tipo de relaciones interpersonales que un entorno determinado propicia.^{81 82}
- b) El marco teórico de Sentido de vida⁸³ y la investigación generada en entorno a sentido de vida en vejez.⁸⁴
- c) El estudio del “*thriving*” en entornos residenciales, el cual puede ser traducido como “prosperidad, o seguir adelante” y que trata de identificar qué elementos o aspectos apoyan el sentimiento de bienestar y de prosperidad de la persona que vive en residencias.^{85 86 87 88 89}

Es decir, en este capítulo queremos subrayar las principales conclusiones que la investigación nos muestra, a la par de mostrar qué aspectos, en mayor o menor medida, han sido ya incorporados por los países que integran esta revisión, así como por iniciativas pioneras llevadas a cabo en distintos lugares. Veremos qué elementos, además de los ambientales que ya han sido expuestos en el capítulo 2 de esta segunda parte, pueden contribuir en los entornos residenciales a fomentar el bienestar de las personas posibilitando oportunidades para una vida significativa⁹⁰, incluso cuando las personas tienen una gran dependencia o una demencia avanzada.

⁸¹Nygaard, 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, 227.

⁸²Rijnaard, M.D., van Hoof J., Janssen, B.M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Beerens, H.C., Molony, S.L., Wouters, E.J. The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *J Aging Res.* 2016;2016:6143645. doi: 10.1155/2016/6143645. Epub 2016 May 23. PMID: 27313892; PMCID: PMC4893593.

⁸³Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder

⁸⁴ Jiménez, F, y Arguedas-Negrini, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre 65 y 75 años. *Actualidades Investigativas en Educación* 4 (2)

⁸⁵Barba, B.E., Tesh, A.S., & Nancy F Courts. N.F. (2002) Promoting Thriving in Nursing Homes: The Eden Alternative. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(3).7-9.

⁸⁶Batxer, R., Sandman, P.O., Björ, S., Lood, O., Edvardsson, D. (2020). Illuminating Meanings of Thriving for Persons Living in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 60, 5, 859–867, <https://doi.org/10.1093/geront/gnz142>

⁸⁷Bergland, A, & Kirkevold, M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 6, 681-691.

⁸⁸Björk, S., Lindkvist, M., Lövheim, H. Bergland, A., Wimo, A, & Edvarson, D. (2018). Exploring resident thriving in relation to the nursing home environment: A cross - sectional study. *JAN* <https://doi.org/10.1111/jan.13812>

⁸⁹Patomella, A.H., Sandaman, P.O., Bergland, A., Edvardsson, D. (2016). Characteristics of residents who thrive in nursing home environments: a cross - sectional study- *JAN*, <https://doi.org/10.1111/jan.12991>

⁹⁰ Optamos por la denominación de vida significativa, entendiendo que este concepto que, aunque toma como referencia el concepto de Sentido de Vida, es menos restrictivo a la hora de trasladarlo a las personas con un deterioro cognitivo avanzado. La vida significativa puede ser apoyada, además de fomentando las fuentes que alimentan la vivencia introspectiva de vivir con sentido (desarrollo personal, contribución a los

5.1. Residencias, lugares de bienestar y de vida con sentido

Las investigaciones y aportaciones que desarrollan el marco teórico referido al Sentido de Vida presentan un enorme interés para identificar qué aspectos logran hacer sentir a las personas que su vida merece la pena. Viktor Frankl, desde el marco teórico de la logoterapia, fue quien formuló el concepto de Sentido de vida, que de forma sencilla puede ser definido como aquellos motivos o razones que otorgan significado a la vida de cada persona, haciéndole sentir que ésta tiene sentido y que merece la pena vivirla.

El sentido de vida ha sido señalado como un componente básico para el bienestar psicológico; así lo incluyen diferentes modelos como el de Carol Ryff⁹¹ o el modelo PERMA de Martin Seligman⁹². Además, distintos trabajos han puesto en evidencia que el sentido de vida se asocia a una mejor salud física y longevidad⁹³ así como al desarrollo de la resiliencia en personas mayores⁹⁴.

Identificar qué aspectos o elementos en la vida en general y, en concreto, en el cuidado residencial, alimentan la percepción de sentido de vida, es muy importante a la hora de orientar las intervenciones y apoyos de los servicios. Expertos en este campo⁹⁵ han señalado las cuatro fuentes básicas que incrementan el sentido vital del ser humano:⁹⁶

a) *El crecimiento personal*. Realizar actividades que permiten el crecimiento del individuo es una fuente de sentido de la vida muy importante. Las actividades de crecimiento pueden ser de distinta naturaleza (intelectual, relacional, espiritual, artística, creativa, etc.).

demás, sentimiento de pertenencia y trascendencia), a través de dos elementos clave: el mantenimiento de la identidad persona y el bienestar emocional.

⁹¹Ryff, C.D. (1989). La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico. *Revista de personalidad y psicología social*, 57 (6), 1069-108.

⁹²Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Barcelona:Ediciones B

⁹³Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., Gómez, D. (2009) Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *APCS*, 5,15-28.

⁹⁴Jiménez-Segura, F., y Arguedas-Negrini, I. (2004) Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 4, 002.

⁹⁵Esfahani-Smith, E. (2017). *El arte de cultivar una vida con sentido. Los cuatro pilares para cultivar una existencia rica y satisfactoria*. Barcelona: Urano.

⁹⁶Tomado literalmente de Martínez, T., Salgado C., Fraile R., Sánchez, J.M., y Rodríguez, A. (2019). *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales*. Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León.

b) *La contribución a los demás.* Realizar cosas por los demás, contribuyendo a su ayuda o bienestar, es una de las fuentes que mayor sentido de vida proporciona a las personas.

c) *El sentimiento de pertenencia.* Sentirse parte de un grupo contribuye a la percepción de una vida con sentido. Son muchas las personas que manifiestan que ser miembro de una comunidad o pertenecer a una determinada agrupación les hace sentir más vivos y que así su vida adquiere un mayor significado. El fin de la afiliación puede ser muy variado (religioso, deportivo, aficiones comunes, objetivos sociales, artísticos, etc.). Lo relevante es que esta pertenencia permite a la persona sentir que es parte de una comunidad, que dentro de ésta desempeña un rol y que mantiene relaciones significativas con los demás.

e) *La trascendencia.* Sentir que uno está conectado con algo superior, con algo que trasciende a uno mismo también intensifica de una forma notable el sentido de vida de las personas. La trascendencia puede estar vinculada a la religión o a un ser superior, pero no necesariamente. De este modo, el deseo o intención de dejar huella en los demás, a través del legado, es decir, de lo que se deja o se influye en los demás una vez que ya no estás, responde a la necesidad del ser humano de trascender.

Como hemos podido ver en la parte primera de este estudio, los modelos residenciales presentados ligan su concepto de calidad asistencial al de bienestar personal. Consideran que no es suficiente ofrecer un catálogo de servicios residenciales y la seguridad de la persona. Estos, cabría afirmar, son objetivos importantes, pero no suficientes. Es necesario poner el bienestar personal el centro de la atención, lo cual implica procurar un entorno agradable y significativo para las personas que allí conviven. Recordemos de modo resumido cómo estos países se alinean en esta tendencia.

Francia, en esta línea, enuncia que su objetivo en residencias no es otro que el que las personas se sientan “como en casa.” Como hemos podido comprobar en este país se da una gran importancia a las recomendaciones de buena praxis profesional; en este sentido cabe recordar las recomendaciones elaboradas para conciliar la vida en colectividad y la personalización en la acogida y el acompañamiento (2009) o las recomendaciones sobre la organización de la vida cotidiana (2011).

Reino Unido (Inglaterra), además de que muchos de los estándares básicos de calidad que se exigen en la atención residencial conectan con el objetivo del bienestar personal, cabe destacar la aportación realizada por el *Nacional Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Este prestigioso organismo elabora diferentes estándares que, aunque no son de obligado cumplimiento, tienen gran relevancia en cuanto directrices de buena praxis a seguir. Entre ellos hay que citar los estándares referidos al bienestar

psicológico de las personas que viven en residencias, donde se contemplan asuntos como las oportunidades para realizar actividades significativas que promuevan salud y bienestar, cómo favorecer el mantenimiento de la identidad personal, cómo reconocer y abordar los síntomas y problemas de salud mental, cómo atender las necesidades referidas a discapacidades sensoriales y cómo reconocer y actuar ante signos y síntomas de problemas de índole física las personas.

Alemania también dirige su atención al bienestar de las personas incluyendo en diversos criterios de evaluación de calidad de los servicios que son evaluados anualmente. En relación al bienestar y vida significativa, por ejemplo, incluyen el conocimiento de la biografía de las personas con demencia o si el centro monitoriza su estado de bienestar.

En Suecia, al igual que en el resto de países nórdicos, desde hace más de medio siglo hay una decidida apuesta por huir del cuidado residencial institucional, fundamentalmente para permitir vivir con control sobre la vida propia y con bienestar, algo que los entornos residenciales tradicionales no permitían. En este país los indicadores que integran el sistema abierto de comparación incluyen distintas dimensiones implicadas en la calidad de vida y el bienestar de las personas, especialmente de aquellas que tienen una demencia.

El marco de calidad residencial creado en Países Bajos que integran distintos asuntos, destaca entre ellos la atención centrada en la persona y el bienestar de éstas, junto la seguridad, sin olvidar los elementos organizaciones importantes para favorecer estos objetivos (aprendizaje y mejora, liderazgo, profesionales, etc.).

Por su parte en EEUU, en donde todavía persiste un modelo residencial bastante hospitalario e institucional, el movimiento por el cambio cultural aboga por avanzar hacia modelos hogareños que prioricen la personalización y el bienestar. El modelo *Green Houses* es un claro exponente de ello y los artículos publicados sobre sus efectos indican resultados positivos en ganancias de calidad de vida percibida y bienestar emocional.^{97 98 99}

Hay que destacar, además, la preocupación común por el especial bienestar de las personas con demencia, el grupo que ha venido siendo más ignorado, cuanto no maltratado en los entornos residenciales institucionales. Todos ellos disponen bien de

⁹⁷Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T., & Esmond, S. (2007). Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation. Available in: <http://www.nhqualitycampaign.org>.

⁹⁸ Koren, M.J. (2010). Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29, 2, 321-317.

⁹⁹Zimmerman, S., Shier, V., & Saliba, D. (2014). Transforming Nursing Home Culture: Evidence for Practice and Policy. *The Gerontologist*, 54, S1, S1-S5

manuales o estándares para mejorar la atención residencial a este grupo, que cada vez gana presencia en los entornos residenciales. Cabe destacar la elaboración en Suecia de una guía nacional inspirada en el enfoque de atención centrada en la persona para mejorar la atención y el bienestar de las personas con demencia que viven en residencias (incluyendo 72 recomendaciones específicas). El NICE también ha publicado una guía de estándares específicos para mejorar la atención y el bienestar de las personas con demencia. El material elaborado por distintos organismos y países es extenso y de sumo interés.

5.2. Actividad cotidiana significativa

El efecto beneficioso de una actividad cotidiana significativa para las personas mayores, y especialmente para las personas con demencia, ha sido ampliamente documentado. La actividad significativa se asocia con bienestar emocional, con una mayor implicación en el entorno y con el mantenimiento de la identidad de las personas con demencia,¹⁰⁰
101 102 103 104 105 106

Estos siete países otorgan gran importancia a la actividad cotidiana, de hecho, la apuesta de crear unidades de convivencia, como alternativa a la organización residencial tradicional, no solo conlleva un cambio importante en cuanto al espacio físico. Esta nueva forma de ofrecer vida residencial, busca a través de este nuevo espacio crear un modo de vida hogareño, diferente al institucional, donde la persona es estimulada y recibe apoyos para implicarse y realizar, en la medida de sus capacidades, actividades cotidianas que componen la rutina habitual de la vida en la casa (hacer la cama, colaborar en poner y quitar la mesa, preparar algunos alimentos, tender ropa, etc.), siempre que para ella resulte motivador. Ambientes que también muy beneficiosos para quienes tienen un gran deterioro, aunque sea a través de participaciones parciales, o

¹⁰⁰Clare, L., Marková, I.S., Roth, I., & Morris, R.G. (2011). Awareness in Alzheimer's disease and associated dementias: theoretical framework and clinical implications, *Aging & Mental Health*, 15, 8, 936 - 944.

¹⁰¹Cohen-Mansfield J., Dakheel-Ali, M., & Marx, M.S. (2009). Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17, 299–30.

¹⁰²Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M.S. (2014). Predictors of the impact of nonpharmacologic interventions for agitation in nursing home residents with advanced dementia. *J Clin Psychiatry*. 75 (7).

¹⁰³Hyden, L.C. (2014). Cutting Brussels sprouts: Collaboration involving persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 29, 115-123

¹⁰⁴Martorell, M.A. (2008). Cuerpo e identidad en la experiencia de Alzheimer. *Index de Enfermería*, 17 (1).

¹⁰⁵Twigg, J. & Buse, C. (2013). Dress, dementia and the embodiment of identity. Sage Journals. <https://doi.org/10.1177/1471301213476504>

¹⁰⁶Buse, C. & Twigg, J. (2016). Materialising memories: Exploring the stories of people with dementia through dress. *Ageing and Society*, 36(6), 1115-1135. doi:10.1017/S0144686X15000185

simplemente observando rutinas y actividades, que al ser familiares y significativas, suponen una oportunidad de estímulo y de bienestar para ellas.

En esta línea, como hemos podido ver, uno de los 13 estándares de calidad básicos de Reino Unido, que orientan la calidad residencial, se refiere al bienestar psicológico y en el mismo se incluye la existencia de oportunidades para realizar actividades significativas que promuevan salud y bienestar. Especifican que éstas deben estar vinculadas al día a día y que las personas deben poder participar en su elección. Se recomiendan tanto las actividades significativas individuales, como las grupales para facilitar espacios de conexión y socialización. También hacen referencia a la combinación de actividades organizadas con dejar espacio para las iniciativas que puedan surgir de forma espontánea a lo largo del día.

El marco de calidad residencial holandés, por su parte, dedica uno de sus capítulos al bienestar de las personas destacando, además de las atenciones básicas residenciales la importancia de la vida significativa otorgando una enorme relevancia a cómo desde el centro se promueve que la vida diaria, la actividad y el uso del tiempo cotidiano tenga sentido para la persona y se busque su bienestar psicológico.

Por su parte, Francia, en su Código de Acción Social y de las Familias, dentro del catálogo mínimo de prestaciones que establece con carácter obligatorio para los EHPAD establece que éstos deben contar con lo que denominan la prestación de animación a la vida social, la cual incluye actividad del interés de las personas tanto dentro como fuera del centro.

Cabe destacar algunas actividades que resultan especialmente motivadoras para las personas con demencia, como es la actividad de reminiscencia, la música personalizada, el contacto con animales y con la naturaleza. La creación de entornos reminiscentes, incluyendo objetos significativos asociados a épocas de vida previa, con el objetivo de provocar actividad y comunicación interpersonal entre residentes, familias, visitas, amistades y profesionales, es una tendencia comúnmente observada. Esta estrategia es habitualmente utilizada en los centros, entre los que cabe citar los espacios interiores de las casas y del barrio exterior diseñado en las *Dementia Village* (Holanda y otros lugares) o el gran espacio dedicado a la reminiscencia en las residencias de *Humanitas* (Holanda) o el modelo *Butterfly* (UK, Irlanda, Canadá y EEUU). También la utilización de música significativa y personalizada como actividad que permite la estimulación y la conexión con personas con gran deterioro, es habitual en los modelos residenciales más innovadores. Por su parte el proyecto *Edeny las Green House* (EEUU) otorgan gran importancia a introducir en los centros niños, animales y plantas para combatir lo que

denominan las tres plagas de los entornos residenciales institucionales: la soledad, la desesperanza y el aburrimiento.

Dentro de las actividades cotidianas, la comida es un momento de gran importancia para quienes reciben cuidados en residencias. Distintas iniciativas para mejorarla experiencia de la comida¹⁰⁷, contemplan los diversos aspectos que se añaden al nutricional como es el de lograr una presentación esmerada de los platos, el trato y el ambiente a la hora de ayudar a comer y el estímulo a la interacción social entendiendo que la comida es un espacio de relación social¹⁰⁸. De especial interés, en los países revisados tiene el modelo FAMM (*Five aspects meal model*), utilizado en las residencias de Suecia para mejorar estos importantes momentos del día.

También cabe destacar la iniciativa desarrollada en EEUU para personalizar el momento del baño, aplicando las denominadas técnicas de “Baño sin batalla” (*Bathing without a battle*), buscando aplicar el enfoque de atención centrada en la persona y que comprenden, además del procedimiento técnico del aseo, medidas muy personalizadas y técnicas de comunicación y manejo de las alteraciones de conducta para que las personas no se sientan “forzadas” en esta actividad cuando ofrecen resistencia.^{109 110}

5.3. En conexión social

Es sobradamente conocida la importancia que las relaciones sociales tienen en la vejez, al estar asociadas a una mejor salud y al bienestar psicológico¹¹¹. Sin embargo, los estudios muestran que algo más importante que la extensión de la red social, es la apreciación subjetiva que la persona tiene sobre la relación social que mantiene y el apoyo que para ella supone. La familia y allegados muy cercanos, en la vejez y sobre todo cuando aparecen situaciones de dependencia, adquieren un valioso papel.

¹⁰⁷ Brawley, E.C. (2006). *Design innovations for aging and Alzheimer*. New Jersey: John Wiley & Sons.

¹⁰⁸ Buiza, C. y Díaz-Veiga, P. (2020). *Guía para facilitar la realización de actividades cotidianas significativas en personas con demencia*. San Sebastian: Matía Fundación.

¹⁰⁹ Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J., Stewart, B.J., Talerico, K.A., Rasin, J.H., Zink, R.C., & Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795–1804.

¹¹⁰ Zimmerman, S., Sloane, P.D., Cohen, L.W., & Barrick, A.L. (2014). Changing the Culture of Mouth Care: Mouth Care “Without a Battle”. *The Gerontologist*, 54, S1, S25–S34.

¹¹¹ Fernández-Ballesteros, R. (2003) *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide

5.3.1. Las relaciones significativas

En primer lugar, hay que destacar la especial relevancia de lo que se ha venido denominando como relaciones significativas, debido a su influencia en el bienestar de la persona que precisa cuidados y a su específica aportación en relación a la provisión de apoyo al residente. Son aquellas relaciones interpersonales que son valoradas por la persona como especialmente valiosas y están fundamentadas, habitualmente, en relaciones donde el valor otorgado a la relación y la vinculación afectiva es algo recíproco.

Como hemos visto, distintos países incluyen una persona de referencia, además de las que puedan actuar desde el centro, la cual es elegida por cada residente entre familia o amistades, la cual puede participar en el diseño del plan de atención, así como en su desarrollo. Esta persona puede recibir información y ser el contacto para el centro cuando se precise (por ejemplo, problemas de salud) cuando la persona así lo autoriza. En este sentido, cabe destacar que en las metodologías que se utilizan se observa un especial cuidado en que estas figuras no suplanten la autonomía de la persona cuando ésta tiene competencia suficiente para tomar decisiones concretas.

5.3.2. Las familias, aliados en el cuidado residencial

Desde el enfoque de atención centrada en la persona, la familia es un elemento central en la calidad asistencial, son aliados del cuidado profesional, aunque la persona mayor viva en una residencia ¹¹². Se busca, por tanto, no solo su participación y colaboración en el cuidado, sino del convencimiento de la relevancia de su papel en el centro. El objetivo, por tanto, es lograr relaciones colaborativas con la familia, algo especialmente necesario cuando la persona mayor tiene una demencia.

Todos los países revisados admiten la importancia de las familias en la atención residencial, apoyando su presencia y participación en la vida cotidiana de los centros residenciales. No obstante, no debemos ignorar que el concepto de apoyo familiar, el deber moral de reciprocidad en el cuidado, y las relaciones entre padres, madres e hijos a lo largo del ciclo vital presentan diferencias culturales notables.

Francia, por ejemplo, estimula la participación de los familiares en los centros residenciales incluyendo en sus manuales de buena praxis diversas recomendaciones dirigidas a reforzar su presencia y su papel. También, como hemos visto, incluye la figura

¹¹²Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., y Rodríguez, P. (2014). *Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos*. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

de la persona de confianza que elige la persona mayor (habitualmente un familiar) y además ha canalizado la participación grupal de las familias en el consejo del centro. EEUU, en su ley federal OBRA, recoge el derecho de las familias a implicarse en la atención siempre que la propia persona así lo consienta, en la valoración y diseño de los planes y proporciona la posibilidad de crear consejos familiares en las residencias y la figura de la persona de referencia familiar. Por su parte, en Ontario (Canadá), además de la figura del SDM (*Resident's substitute decisions-marker*), es decir, el representante legal para sustituirle en la toma de decisiones) contempla la figura de las personas de referencia escogida por la persona. Ambas pueden participar en la elaboración de los planes personalizados de atención (*Care Planes*). Así mismo han desarrollado los consejos de familias en residencias (*Family Councils*). Holanda, también concede una gran importancia a la política de participación de las familias en la vida residencial.

5.3.3. El contacto y encuentro intergeneracional

Es preciso también destacar el beneficioso papel que el contacto y encuentro intergeneracional ejerce en el cuidado residencial. Mantener contactos con grupos y personas, diferentes, de la comunidad cercana es una estrategia deseada por quienes viven en residencias que sin lugar a dudas ofrece muchas ventajas. Evita el aislamiento, permite tener contactos y generar vínculos afectivos, así como aumentar la red de apoyo social. Además, el marco del encuentro intergeneracional entronca con el concepto de interdependencia y generatividad, una línea de investigación de especial relevancia en el envejecimiento humano que hace referencia a la aportación que las personas mayores, desde su vejez, experiencia, dedicación y legado, realizan a otras generaciones, contribuyendo así a la comunidad¹¹³. Los estudios realizados sobre este tipo de proyectos muestran, además, no solo aspectos positivos para las personas mayores sino también para el resto quienes participan en ellos¹¹⁴. Entender las relaciones sociales con las personas que precisan apoyos desde el concepto de interdependencia y de la reciprocidad abre un interesante horizonte para reflexionar y reorientar algunas intervenciones dirigidas a promocionar el voluntariado y los encuentros intergeneracionales.

Una de las dificultades descritas en el mantenimiento de la red social de las personas mayores es que con el paso del tiempo va perdiendo amplitud, debido a los fallecimientos de familiares y amistades, así como disminuyendo la frecuencia de sus

¹¹³ Villar, F., López-Fernández, O.; Celdrán, M. (2013) La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología* 29(3),897-906.

¹¹⁴ Sánchez, M., y Díaz, P. (2005). *Programas Intergeneracionales en Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

contactos, sobre todo cuando se padecen enfermedades y sobreviene la dependencia. En este sentido, las viviendas intergeneracionales, así como los programas de encuentros y contactos entre grupos diferentes, pueden suponer oportunidades de ampliar y fortalecer las redes sociales de las personas que con el paso del tiempo pueden verse reducidas.

La presencia de programas e iniciativas de contacto e intercambio de residencias con distintos grupos de edad de la comunidad es algo muy habitual en los países analizados. Tanto articulados como programas para favorecer el contacto con personas que viven en centros para mayores como desde el concepto de cohousing intergeneracional. Cabe destacar iniciativas como el proyecto de *Cohousing Takoma* (Washington-EEUU), desde la idea de vivienda para todas las edades en las que conviven personas de distintas edades, nacionalidades y necesidades de apoyo, incluyendo personas mayores con deterioro cognitivo. Esta iniciativa muestra con absoluta claridad el enorme potencial que conlleva el intercambio social desde en reconocimiento del valor de la diversidad y el apoyo mutuo.

5.3.4. El papel del voluntariado

Del mismo modo, cabe poner de relieve el importante y necesario papel que el voluntario desempeña en los modelos residenciales más innovadores.

Cabe destacar el gran desarrollo que estas iniciativas tienen en los países descritos, complementando la labor de los profesionales. Es decir, no sustituyen su presencia y cometidos, sino que participan de una forma activa en actividades diversas de ocio y en acompañamiento a las personas. La presencia de voluntariado en los centros residenciales españoles es todavía insuficiente, debido tanto al menor desarrollo del voluntariado en general en nuestro país, así como a ciertas resistencias todavía presentes sobre su papel en los servicios residenciales.

Holanda, a modo de ejemplo, contempla dentro de su marco de calidad residencial, la presencia regular de voluntariado en las residencias, señalando la necesidad de que sus cometidos estén incardinados en la programación del centro, cuenten con formación y sus cometidos sean conocidos y aceptados por toda la organización.

Cabe también citar el caso de Ontario (Canadá), donde se establece por normativa la obligación de tener un programa de voluntariado para favorecer la participación de las personas voluntarias en la vida y actividades de los residentes. Además, en *los*

Retirement Homes pueden contar con voluntarios en su plantilla, con procedimientos de selección y formación similar a los profesionales de atención directa.

5.4. Sentirse parte de una comunidad

Como destacábamos en el inicio de este capítulo, estar en contacto con un grupo o comunidad y sentirse parte de ella es una fuente que contribuye a dar sentido a la propia vida.

Para ello, cobra gran relevancia, en primer lugar, una cuestión de fondo, que no es otra que apostar por una planificación de los servicios de cuidados de larga duración desde modelos ecosistémicos territorializados que faciliten la interrelación comunitaria.

Pero, además, en segundo lugar, cabe señalar dos líneas de acción complementaria que en los modelos residenciales estudiados se vienen teniendo en cuenta: por un lado, facilitar la cercanía a la comunidad y el contacto con grupos que forman parte de la vida e identidad de las personas (clubs sociales, religiosos, culturales, deportivos, etc.), y por otro, fomentar sentido de pertenencia en el propio centro desarrollando espacios y grupos significativos.

5.4.1. La cercanía y pertenencia a la comunidad vecina

Los distintos países revisados, desarrollan estrategias para facilitar la cercanía y conexión de los centros con su comunidad, tanto abriendo sus espacios a la comunidad, como facilitando apoyos (transporte y acompañamiento) para que las personas puedan seguir saliendo y disfrutando de los servicios y actividades comunitarias.

De este modo, Francia dedica precisamente uno de sus manuales de buenas prácticas a la apertura del centro residencial a su entorno (2008). Propone para ella una doble vía: el centro abre puertas a la comunidad, a la par de brindar apoyos para facilitar el acceso y la conexión con la comunidad. Además, articula esta conexión en dos esferas: entorno familiar y relacional y el territorio. Destaca la realización de un diagnóstico de la comunidad y recursos del entorno y la elaboración de una estrategia de apertura a la comunidad.

En Ontario (Canadá), los *Long-term Care Homes* pueden disponer de unidades especializadas que gestionan de manera coordinada con los *Local Health Integration Networks*. Los residentes tienen derecho a utilizar servicios externos al centro y a participar en actividades organizadas por la comunidad.

5.4.2. Convivir y pertenecer a grupos significativos dentro del propio centro

El sentido de pertenencia también debe ser fomentado en el propio centro. La organización de actividades que refuercen elementos identitarios en grupos de aficiones o intereses compartidos, la agrupación de unidades de convivencia por afinidades o modos de vida son líneas de acción que se observan en iniciativas llevadas a cabo en diferentes lugares. Sentirse parte de un grupo, de una comunidad es una necesidad del ser humano y esto puede ser reforzado a través de estrategias e intervenciones en los centros y unidades de convivencia.

Cabe destacar en este sentido las iniciativas llevadas a cabo en el proyecto de *Dementia Village (Holanda)*. La organización de convivencia en las casas se realiza por estilos o modos de vida (agricultores, orientales, intelectuales, etc.) y no por otras características que habitualmente organizan la composición de los grupos como el grado de deterioro cognitivo o la necesidad de apoyos. Los espacios de ocio, que se realizan en el barrio de la villa, es decir, fuera de las casas, se organizan en torno a la idea de clubs de ocio, donde las personas se juntan según afinidades, hobbies o intereses.

Otras iniciativas de indudable interés son las residencias para personas LGTBI, como por ejemplo la *Rainbow House* (como hemos visto en el capítulo 2), o la existente en Madrid gestionada por la Asociación 6 de diciembre, en las que conviven personas homosexuales, entendiéndose que es una opción que les permite seguir identificadas y comprendidas con el grupo de iguales

También hay que citar la existencia de residencias específicas para diversos colectivos gremiales concretos (músicos/as, actores y actrices, granjeros/as, etc.) o con características muy específicas, desde la idea que convivir con personas de recorridos vitales semejantes, puede fomentar el sentido de pertenencia a la par facilitar la organización de una vida cotidiana más significativa. Cabe citar, a modo de simples ejemplos la residencia para músicos creada en Italia, la residencia para personas con obesidad de Alemania o distintas residencias para gente del teatro creadas en distintos lugares.

5.5. Trascendencia y espiritualidad

Como también se ha señalado anteriormente, sentir que uno trasciende a sí mismo, que la importancia de la vida va más allá de uno mismo, es algo que incrementa el sentido de la propia vida. El sentido de trascendencia no está vinculado exclusivamente a las creencias religiosas o la espera de una vida posterior a la muerte. Este se puede canalizar a lo largo de la vida de maneras muy diversas vinculadas al desarrollo de la espiritualidad, a la conexión con la naturaleza o desde el mantenimiento de compromisos humanitarios generales o con una comunidad.

En los diferentes modelos residenciales es habitual la protección y respeto a las distintas creencias religiosas. De hecho, así lo recogen en los derechos que deben ser respetados en los centros. Cabe poner de relieve que la mayoría de los países más avanzados se enfrentan en las últimas décadas al reto del envejecimiento de una creciente población multicultural. Población que envejece y va precisando de cuidados de larga duración. En los centros residenciales se observa, además del apoyo a la práctica de los correspondientes diferentes ritos religiosos, la disponibilidad de espacios diversos y polivalentes para la espiritualidad (no pensados para una única religión como habitualmente todavía sucede en nuestro país), las opciones en los menús o el mantenimiento de ciertas tradiciones en el arreglo personal y vestido, en respeto a las diferentes creencias y tradiciones. Esta especial atención a la creciente diversidad cultural es una tendencia observada para así poder hacer realidad una atención centrada en la persona. Los y las profesionales, en nuestro país, van a requerir formación también en este nuevo reto.

Hay que subrayar, además, que en las personas mayores el asunto del legado cobra un especial interés para facilitar la percepción de trascendencia. La percepción de que uno, en la recta final de su vida, deja algo importante a otras generaciones, y con ello poder seguir objeto de consideración y aprecio tras el fallecimiento, es un elemento que mantiene el sentido de la vida en edades avanzadas y que también, permite afrontar mejor la separación que conlleva la muerte¹¹⁵. Un tema, no obstante que apuntamos por su interés pero que todavía está escasamente desarrollado en las iniciativas residenciales.

¹¹⁵Chochinov, H.M. (2009). Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. *Medicina Paliativa*, 16(2), 95-99

Capítulo 6. La gestión de la calidad residencial. Inspección, evaluación y apoyo a la mejora continua



Como han señalado Leturia et al. (2019)¹¹⁶, en los sistemas internacionales existentes referidos a la gestión de la calidad en el ámbito de la dependencia, cabe diferenciar dos grandes tendencias o tipos. Por un lado, están los modelos básicamente orientados a la regulación “ex ante”, entre los que se encuentra España, en los que la normativa detalla de forma bastante exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros, prestando poca atención a los indicadores de resultados relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias. Por otro lado, se encuentran los modelos básicamente orientados a la evaluación ex post de los procesos de atención y, especialmente, de sus resultados que ponen el foco en la atención prestada una vez que están en funcionamiento, sobre todo en resultados vinculados a la salud, bienestar y derechos de las personas que reciben cuidados. Estos últimos, aunque también suelen contar con normativa que regula la autorización de los servicios, ésta es mucho más laxa en cuanto a las exigencias iniciales requeridas para su puesta en marcha.

Como vamos a ver en este capítulo, los diferentes países que forman parte de este estudio, pertenecen a segundo tipo y suponen un giro importante en el modo de entender el control de la calidad por parte de la administración pública en relación a cómo se concibe en la actualidad en nuestro país. La tradicional inspección, dirigida fundamentalmente a verificar una larga serie de condiciones exigidas a los centros y habitualmente referidas a condiciones materiales y organizativo-funcionales de los servicios, deja paso a la evaluación de la calidad de la atención dispensada, la cual no solo se dirige a controlar la calidad de atención dispensada sino también a apoyar procesos de mejora continua.

Los diferentes sistemas de inspección y evaluación aparecen descritos en los informes por países. En estas páginas, hemos querido destacar las tendencias que hemos podido observar en estos siete modelos además de aquellas iniciativas que pueden suponer elementos de reflexión y de innovación para los actuales servicios de inspección y de

¹¹⁶ Leturia, M., Zalakaín, J., Mendieta, A., y Carcavilla, A. (2019). *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión Internacional*. Montevideo (Uruguay): Sistema de Cuidados

calidad dependientes de las comunidades autónomas españolas, como departamentos responsables de controlar y mejorar la atención residencial.

6.1. Inspección y evaluación la calidad residencial: organización competencial y principales actuaciones

Como hemos podido comprobar, las competencias en materia de gestión y aseguramiento de la calidad en los países revisados suelen estar compartidas, en primer lugar, por diferentes administraciones pública en correspondencia con distintos niveles territoriales (federal, estados y regiones) y, en segundo lugar, por los sistemas de salud y servicios sociales. En este sentido, cabe excepcionar el caso de Inglaterra que el 2008 crea un organismo autónomo para asumir las diferentes competencias en materia de aseguramiento de la calidad en los cuidados (*The Care Quality Comission*). La presencia de distintos organismos implicados, a la par de los diversos niveles territoriales, añade en buena medida complejidad a su gestión e incrementa la diversidad en los sistemas de inspección y evaluación de los servicios que han sido expuestos en la primera parte de este trabajo.

En la tabla 4 un resumen de los organismos de los distintos países con competencias en materia de control de la calidad, con el objetivo facilitar la consulta y comprensión de las principales tendencias que se destacan seguidamente en este capítulo.

País	Niveles y organismos implicados	Principales competencias
Francia	Nivel estatal	Regulación nacional genérica de los servicios residenciales, a través del <i>Code de L'action sociales et les familles</i> (Código fe la acción social y las familias). Definición de las buenas prácticas profesionales y de los criterios de evaluación de centros y la habilitación de empresas evaluadoras.
	Nivel provincial	Autorización de los centros y firma de los CPOM (Contratos Plurianuales de Objetivos y Medios) con los centros cuyos residentes pueden solicitar y recibir prestaciones económicas vinculadas a la protección de la dependencia.

	Agencias regionales de salud (Ministerio de salud)	<p>Puede entenderse como el equivalente a las condiciones de acreditación o habilitación para que los residentes de estos centros puedan solicitar prestaciones económicas.</p> <p>Autorización de ciertos aspectos de los centros que tienen un componente más sanitario.</p>
Inglaterra (Reino Unido)	<p>Nivel estatal</p> <p><i>The Care Quality Commission (CQC)</i></p>	<p>Registro de los proveedores de servicios, Autorización, Inspección y evaluación de los servicios, Protección de derechos de los residentes, Publicación de guías y estándares de calidad, Postestad sancionadora y Generación de debate y reflexión sobre la calidad servicios.</p>
Alemania	<p>Nivel Federal</p> <p>Cajas de seguros de dependencia y proveedores de servicios</p>	<p>Regulación de ciertos aspectos generales de los centros (Libro XI del código de la seguridad social) requisitos básicos de los profesionales (Ley federal que estable algunos requisitos generales de los profesionales y la Ley de enfermería del 2017).</p> <p>Ambos llegan a acuerdos a nivel federal para establecer las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia donde se concretan los criterios de calidad de los servicios.</p>
	<p>Nivel Regional</p> <p>Agencias regionales de salud</p> <p>Servicios medios de las Cajas de Seguros (MDK)</p>	<p>Regulaciones diversas de las condiciones de los centros residenciales.</p> <p>Autorización e inspección de los centros (condiciones materiales y requisitos de los profesionales)</p> <p>Evaluación de la calidad dispensada según las directrices de calidad y acuerdos de transparencia acordados a nivel federal para autorizar la entrada de los centros a la financiación del seguro de dependencia.</p>
Países Bajos	<p>Nivel estatal</p> <p>Ministerio de Salud, Bienestar y Deport, a través de la Agencia de Inspección de Salud y Juventud (Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeud- IGJ)</p>	<p>Marco general de calidad residencial (2017)</p> <p>Autorización de los centros, inspección y evaluación de los servicios desde los estándares regulados en el marco de calidad residencial.</p>

Suecia	Nivel estatal El consejo de salud y servicios sociales (<i>Socialstyrelsen</i>). Dependencia estatal Inspección de salud y servicios sociales (<i>Inspektionenforvardochoomsorg</i>).	Regulación (mínima) de los servicios sociales. Publicación de directrices de calidad y recomendaciones de buenas prácticas. Promoción del conocimiento. Autorización, inspección y registro de servicios. Tramitación y actuación ante las quejas (Ley Sarah).
	Nivel regional y municipal La Asociación sueca de municipios y regiones (<i>SverigesKomuneroch Regioner</i>)	Elaboración de directrices (condiciones materiales y profesionales) y recomendaciones de buenas prácticas. Elaboración de informes estadísticos y otras herramientas de calidad.
Estados Unidos	Nivel federal CMS (<i>Medicare y Medicaid Services</i>).	Ley OBRA 1987 donde se regulan amplios aspectos de la atención residencial. Recoge estándares de calidad orientados a los resultados y a las personas: calidad de vida, calidad de atención, derechos y satisfacción de los residentes. Acreditación de los <i>Nursing homes</i> y los <i>Assisted living</i> dependen de las normativas de acreditación del nivel federal para su financiación a través de los programas Medicare y Medicaid.
	Nivel estatal	Autorización de los centros. Regulación normativa que desarrolla y complementa las exigencias de la ley OBRA.
Canadá	Nivel federal	No existe regulación federal
	Nivel estatal Ontario	Cada estado tiene su propia regulación. Gran diversidad en las exigencias y modelos. Dos dos normas que regulan las condiciones y funcionamiento de los dos tipos de centros: a) la <i>Retirement Homes Act</i> . 2010 en la que se establecen estándares obligatorios de atención y seguridad y b) <i>La Long-termcare Homes Act</i> 2007 en la que se establecen los estándares obligatorios que regulan su calidad.

Tabla 4. Organismos de los distintos países y sus competencias en materia de control de la calidad de los centros residenciales

La tendencia común observada en los modelos residenciales revisados es que el control de la calidad va ligado al apoyo y desarrollo de la misma. De allí la importancia que se concede tanto a la evaluación externa como a la interna y el giro que la inspección ha tomado. La mirada inspectora va más allá la constatación del cumplimiento de la normativa vigente que, de hecho, como hemos podido ver, en algunos países con un importante desarrollo de servicios, la normativa es mucho más laxa que la existente en España (en sus diferentes comunidades autónomas).

En cuanto a la actividad inspectora suelen distinguirse inspecciones iniciales, ordinarias (cada vez más vinculadas a la evaluación de la calidad dispensada) y las que se realizan ante sospecha, alertas o denuncias recibidas de mala praxis o incumplimientos. Esta se lleva a cabo, tanto mediante visitas presenciales como a través de comprobaciones que no requieren presencia en el centro, en este sentido los sistemas informatizados de registro de información van tomando un mayor protagonismo, actuando, por así decirlos, de control permanente y filtro previo a las visitas programadas.

Como elemento novedoso cabe destacar que, en Inglaterra, la *Comisión Quality Care* (CQC) incorpora en sus visitas de inspección a personas con experiencia (cuidadores, usuarias) que acompañan a los inspectores para hablar con las personas usuarias y familias. Sus conclusiones son tenidas en cuenta y pueden ser incluidas en los informes de inspección.

Seguidamente se resumen algunos elementos e iniciativas de especial interés encontrados que forman parte de la gestión e inspección de la calidad competencia de las administraciones públicas, concretamente: la autorización y registro de los servicios, la evaluación de la calidad dispensada, el control y actuación ante la mala praxis y el apoyo a la mejora continua.

6.2. La autorización de los servicios

La autorización para el inicio de la actividad es un procedimiento común en los distintos países el cual se realiza mediante la constatación de ciertas condiciones exigidas por las correspondientes normativas. Se realiza mediante procedimientos de verificación de las condiciones exigidas por las normativas de los países, incluyendo en la mayoría de los casos visitas in situ. Sin embargo, hay que destacar que habitualmente la entrada al sistema como proveedores de servicios no conlleva una elevada exigencia normativa de inicio ya que el control se realiza una vez que el centro está funcionando. Una visión que se diferencia con claridad de la práctica inspectora española, más centrada en la exigencia de las condiciones normativas “ex ante”, concretamente en requisitos

materiales y funcionales-organizativos, recogidos en una amplia documentación) y mucho menos dirigida a la evaluación de la atención cotidiana dispensada.

También cabe destacar que la mayor parte de los países revisados no diferencian entre los niveles de autorización y acreditación, al menos como es entendido aquí en España, donde suele conllevar, dependiendo de lo legislado en las diferentes comunidades autónomas, procedimientos administrativos distintos.

Veamos de forma resumida algunas características en relación a la autorización y a lo que puede equivaler al nuestro nivel de acreditación de los centros residenciales en los siete países analizados.

En **Francia**, se distingue la autorización de un nivel superior de exigencia que se establece mediante la firma de Convenios plurianuales de objetivos y medios (CPOM) con los centros de 5 años de duración, lo que puede ser interpretado como el equivalente a nuestro procedimiento de acreditación u homologación. La autorización, que corresponde a la autoridad provincial, se concede por 15 años y se renueva tácitamente excepto cuando los resultados de evaluación externa arrojan resultados negativos, ya que los centros están obligados a realizar, como veremos seguidamente, evaluaciones internas y externas de la calidad que dispensan. En centros residenciales para personas no dependientes la autorización habilita directamente al servicio para recibir ayudas públicas, mientras que los EHADP (establecimientos residenciales para personas mayores con dependencia) se requiere la firma del correspondiente CPMO, lo que habilita el acceso a los residentes a recibir ayudas departamentales. En cada CPMO se especifica, teniendo en cuenta las evaluaciones obligatorias, los objetivos del servicio, las acciones a realizar, las personas a atender, el ámbito territorial, su horario, los objetivos de cualificación profesional, las estrategias y medidas tanto para la detección del maltrato como para el fomento del buen trato, el modo de prestación sanitaria, así como los indicadores de evaluación propuestos. Este contrato, a su vez, determina el proyecto de centro (*Projetd'établisseent*) que es elaborado en cada recurso contando con la participación de los residentes y el personal. *El cahier de charges* (de condiciones), que es parte del CPMO, establece las actividades que deben realizarse parte en el centro. Aunque cada CPOM se concreta en cada centro, existe uno de carácter genérico para los EHPPA, establecido en 1999 donde se establecen recomendaciones de buena praxis e indicadores de evaluación.

Inglaterra, por su, no establece diferencias entre autorización y la acreditación. Todos los centros tienen que estar autorizados y registrados y deben cumplir los 13 estándares básicos calidad que, a su vez, se describen con gran detalle en los correspondientes reglamentos. Esto es la labor de la *Care Quality Commission* (CQC), organismo público de carácter estatal. Cada centro debe solicitar su registro, hacer una declaración responsable de cumplimiento de estos estándares y además hacer un envío de pruebas.

Normalmente se realiza el análisis de la documentación en despacho y una visita de constatación, sin embargo, esta no tiene carácter obligatorio. Entre los 6 y 12 meses de la puesta en marcha del centro se realiza la primera evaluación.

En **Alemania**, la autorización depende de las agencias regionales y están sujetos a un sistema de doble inspección. Los centros, en primer lugar, deben ser inspeccionados por estas agencias antes de su apertura para asegurar el cumplimiento de ciertos requisitos. Además, los centros residenciales deben contar con un nivel de calidad superior al de autorización para poder formar parte de como proveedores de servicios, inspección/evaluación que realizan las Cajas de seguros de la dependencia a través de sus servicios médicos de inspección (MDK).

Para formar parte del sistema público de provisión de la dependencia, los servicios residenciales deben:

- Cumplir con la normativa federal y regional básica.
- Superar evaluaciones que realizan los consejos médicos de los seguros de enfermedad, en ocasiones junto con las agencias regionales de calidad.
- Respetar los estándares de calidad dictados por expertos (ulceras, dolor, gestión de altas, prevención de caídas, continencia urinaria, heridas crónicas, nutrición, relación con personas con demencia, movilidad).
- Aplicar un sistema interno de gestión de la calidad, que puede ser realizado por una entidad certificadora externa.

Sin embargo, la entrada inicial como proveedor de servicios no es complicada. El control se realiza a posteriori, es decir, una vez que el centro está funcionando mediante evaluaciones anuales de la calidad.

En **Suecia** el organismo nacional Inspección de salud y servicios sociales (*Inspektionen för vård och omsorg*) es el responsable de la autorización, inspección y registro de servicios, desarrollando sus cometidos desde delegaciones territoriales. No existe un nivel de acreditación.

En **EEUU**, la autorización de los centros depende y está regulada por cada estado. Sin embargo, la acreditación, entendida como un nivel de calidad superior y que no es obligatoria, es requerida para que los centros puedan ser financiados por los programas federales *Medicare* y *Medicaid*. Para ello los centros deben cumplir un amplio listado de estándares recogidos en la ley OBRA. La acreditación depende del nivel federal a través del organismo CMS (*Medicare y Medicaid Services*).

En **Holanda**, la autorización de los servicios la otorga el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, a través de la Agencia de Inspección de Salud y Juventud (*Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd- IGJ*), dependiente del anterior. Se encarga de evaluar si cada centro cumple con los requisitos obligatorios establecidos en la ley de Admisión de Instituciones Sanitarias (Wtzi) dentro del marco de calidad residencial.

Finalmente, **en Canadá** donde no existe regulación a nivel federal, las regulaciones se establecen en cada una de las diez provincias que integran este país. Concretamente en Ontario, en el caso de los *Retirement Homes* la autorización e inspección corresponde al organismo autónomo *Retirement Homes Regulatory Authority*, mientras que en los *Long Term Care Homes*, la autorización e inspección corre a cargo del Ministerio de Salud y Cuidados de larga duración.

6.3. El giro hacia la evaluación de la calidad de la atención. Las experiencias más novedosas

Como se ha dicho, la evaluación de la calidad es la actividad que ha ganado mayor intensidad y relevancia en estos países en el marco de la gestión de la calidad residencial. Las evaluaciones periódicas, de obligada realización en la mayoría de estos países, se dirigen a conocer la atención realmente dispensada y pretende ir más allá del cumplimiento de condiciones y organizativo-funcionales. Esta actividad, por tanto, permite ejercer cierto control de los servicios prestados, así como apoyar el desarrollo de la buena praxis y orientar un proceso de mejora continua de la calidad.

En algunos de ellos, las evaluaciones se realizan partiendo de modelos de excelencia que son definidos, en algunos casos desde estándares o criterios de calidad (Inglaterra, Países Bajos, Alemania y EEUU) o como en el caso de Francia por un importante marco de recomendaciones de Buena Praxis (Francia). La evaluación de la atención se realiza una vez que el centro ya está en funcionamiento, lo que contrasta con la tradicional inspección que se dedica fundamentalmente a verificar el cumplimiento (sí/no) de condiciones obligadas por normativa y que habitualmente se dirige a la constatación de aspectos materiales y funcionales, más fáciles de objetivar pero que no permiten llegar a conocer realmente qué cuidado se está dispensado. En este sentido, cabría afirmar que evaluar la calidad, en primer lugar, al realizarse desde marcos de excelencia, permite una mirada más amplia y flexible que la constatación de un listado cerrado de condiciones. En segundo lugar, la evaluación de la calidad permite llegar a ciertas conclusiones sobre la atención dispensada ya que, aunque también se incluyen algunos indicadores de estructura y proceso, la mayor parte de estos indicadores se refieren a los resultados de la atención a las personas (salud, bienestar y protección de derechos).

Las evaluaciones de la calidad, tal y como la están realizando los países revisados, sirven para varios objetivos. En primer lugar, permiten conocer y controlar la atención dispensada por los proveedores de servicios que han entrado a formar parte de los sistemas públicos de atención y, por tanto, son financiados con dinero público (a través de prestaciones económicas a las personas que reciben servicios en estos centros). En segundo lugar, cuando estas evaluaciones se hacen públicas (como en el caso de

Inglaterra, Holanda, Alemania y Estados Unidos), contribuyen a que las personas puedan conocerlas y tomar decisiones en cuanto a la elección de los centros. A esto hay que añadir que cuando las evaluaciones arrojan resultados negativos son tenidas en cuenta para dictar requerimientos a los centros e incluso proceder a la retirada de autorizaciones (de funcionamiento o de entrada en la provisión de servicios incluidos en los sistemas de cuidados a la dependencia).

Seguidamente destacamos los elementos más novedosos que hemos encontrado en los países en cuanto a los modelos y procedimientos de evaluación que están siendo utilizados.

6.3.1. Francia: La combinación de la evaluación interna y externa de la calidad dispensada

Este país ha desarrollado un interesante sistema de gestión e inspección de la calidad basado en la evaluación de la calidad de la atención (interna y externa), la cual, a su vez, toma como principal referencia las directrices y manuales de buena praxis profesional que constituyen el principal marco de calidad referencial para los centros. Unas directrices y recomendaciones claramente orientadas a la calidad de vida y a la protección de los derechos de las personas que reciben cuidados en residencias.

El Código Acción Social y Familia obliga a que los centros residenciales de atención a las personas dependientes se realicen con cierta periodicidad tanto evaluaciones internas como externas.

Es obligatorio realizar un total de tres *evaluaciones internas* en el periodo de 15 años que dura la autorización y sus resultados deben ser enviadas a la entidad responsable de la autorización del centro, que como hemos indicado depende del nivel provincial. Cada evaluación interna se dirige a distintas áreas: a) Garantía de derechos individuales y colectivo, b) Prevención de riesgos asociados a salud de personas vulnerables, c) Mantenimiento de capacidades, d) Personalización del acompañamiento y e) Acompañamiento en el final de la vida.

Respecto a las *evaluaciones externas* deben realizarse dos en este periodo de quince años, siendo obligatorio que la primera de ellas se realice como máximo a los siete años de su puesta en marcha. Como se ha indicado con anterioridad, el resultado de la evaluación externa es el punto de partida para acordar los Contratos Plurianuales de Medios y Objetivos (CPMO) que deben ser firmados en los centros residenciales para personas dependientes (EHPAD). Estas evaluaciones externas son realizadas por empresas ajenas al centro que previamente han sido habilitadas por la *Haute Autorité de Santé* (HAS). Contemplan dos vertientes: una general sobre derechos (participación

de la persona, respeto a la elección, intimidad, confidencialidad, seguridad, relaciones afectivas, etc.) y otra adaptada a cada centro y a sus dinámicas de trabajo. El informe de la evaluación externa que es enviado al centro recoge propuestas de mejora, pero no es de acceso público.

6.3.2. Inglaterra: Evaluación y calificación de los centros según estándares de calidad

Inglaterra obliga a todos los centros residenciales a realizar evaluaciones externas periódicas, las cuales son efectuadas por la *Care Quality Commission* (CQC), el organismo estatal público que tiene las competencias inspectoras, aproximadamente cada dos años. La primera evaluación se realiza entre los 6 y 12 meses de la puesta en marcha del centro.

Las evaluaciones que realiza la CQC contemplan cinco parámetros ejes de calidad que, a su vez, recogen información sobre diferentes aspectos clave:

1. *Seguridad* (prevención malos tratos, gestión de riesgos, personal adecuado y suficiente, fármacos, infecciones, aprender de lo que no funciona).
2. *Efectividad* (prácticas basadas en la evidencia, habilidades profesionales, alimentación e hidratación, trabajo equipo, apoyar a que las personas vivan más sanas, locales accesibles, consentimiento...).
3. *Atención* (dignidad, empatía, participación, privacidad...).
4. *Flexibilidad* (atención centrada en la persona, sugerencias y quejas, cuidados final de vida).
5. *Gestión* (visión y estrategia, gobernanza y gestión, compromiso y participación, aprendizaje-mejora-innovación, trabajo colaborativo).

Estos cinco ejes están en correspondencia con los 13 estándares básicos de calidad que definen la calidad de los centros residenciales.

Cada centro es calificado en estos cinco ejes según cuatro grados (Sobresaliente, Bueno, Necesita mejorar e Inadecuado), según descriptores que guían su puntuación. También se ofrece una calificación general del centro en estos mismos cuatro grados.

Un aspecto muy importante de este sistema de evaluación es que los resultados obtenidos se publicitan en la web de la CQC. Los informes que se publican incluyen las principales conclusiones de la inspección, la calificación obtenida en los cinco ejes clave y la calificación total del centro, así como los aspectos a rectificar y las recomendaciones para la mejora.

6.3.3. Alemania: evaluación y calificación de centros según estándares de calidad y publicidad de los resultados

La evaluación de la calidad se realiza una vez que el centro ha sido autorizado (para lo cual las agencias regionales exigen ciertos criterios materiales y ratios/cualificaciones profesionales) y ya está en funcionamiento. Es obligatoria una evaluación anual a los centros que operan con los seguros de dependencia.

La evaluación es realizada por los servicios médicos de las cajas aseguradoras (MDK) aplicando, por un lado, el marco común de evaluación regulado federalmente (Código de la Seguridad Social, XI) y, por otro, el acuerdo marco de criterios de calidad elaborado por la MDS.

Este acuerdo marco recoge 77 criterios ordenados en 5 áreas:

1. Enfermería y asistencia médica (32)
2. Tratamiento a las demencias (9)
3. Cuidado y vida cotidiana (9)
4. Alojamiento, alimentación, higiene y limpieza (9)
5. Encuesta a residentes (18)

En el procedimiento de evaluación de estas cinco áreas se combinan varias estrategias:

- a) Análisis de una muestra (entre 5 y 15 personas) en cada centro para las áreas asistenciales. Se verifica el número de personas que cumplen con el criterio chequeado.
- b) Evaluación del centro. Se verifica si el centro cumple (si/no) los criterios referidos al centro.
- c) Encuestas a personas usuarias o a familiares Escala Likert de 4 grados.

El informe de evaluación recoge en una puntuación de 1-5 (1/Muy bien; 2/Bien; 3/ Satisfactorio; 4/Suficiente; y /. Deficiente). Con ello se elabora y emite un informe con carácter interno al centro indicando aspectos que deben ser modificados y distintas recomendaciones.

Hay que advertir que, ante las críticas recibidas por este sistema, entre las cuales se encontraba la escasa discriminación entre las calificaciones (la práctica totalidad de centro obtenían puntuaciones entre 1 y 2), se ha reformado, aunque todavía no se aplica en su nueva versión que incluye 80 criterios y un rango de puntuación de 0 a 10 para cada uno de ellos.

Alemania también ha optado por la publicación de informes individuales que deben ser divulgados tanto en las páginas webs de los propios como centros como pueden ser consultados a través de varios buscadores. Estos informes recogen información que

permite comparar la situación del centro con la puntuación media de la región. También se realizan y publican informes agregados cada tres años, documentos muy completos que muestran la situación del sector.

6.3.4. Países bajos: La inspección unida a la evaluación interna de los centros desde el marco de calidad residencial

La agencia holandesa de Inspección y Juventud (*Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd- IGJ*) es el organismo que controla la calidad residencial tomando para ello los estándares que desarrollan el marco de calidad residencial. Los estándares se organizan en tres ejes:

a) Atención centrada en la persona. Tienen en cuenta aspectos como la participación de la persona en su atención, el conocimiento del personal de cada residente (deseos, preferencia y necesidades), las posibilidades de elección y control en la vida cotidiana por parte de las personas, su percepción de buen trato, el apoyo a la continuidad del contacto social.

b) Personal (adecuación y cualificación). Supervisan aspectos como la toma de decisiones integrando seguridad, preferencias y capacidades de las personas, trabajo sistemático y riguroso, existencia de espacios para la reflexión y la mejora, actualización de sus conocimientos, suficiencia de personal, actuación desde protocolos de buena praxis y trabajo en equipo,

c) Control de calidad y seguridad. Integración de la orientación a las personas con seguridad, definición de la misión, valores y visión del centro orientada a la calidad de vida; sistemas de revisión y control de la seguridad y la calidad, promoción de una cultura centrada en el aprendizaje y la mejora continua.

Esta agencia de inspección evalúa la aplicación de los estándares en una escala de cuatro puntos, calificando y distinguiendo los centros, a la hora de publicar los resultados obtenidos, en cuatro colores:

- El centro cumple con los estándares (verde oscuro).
- El centro cumple en gran medida con los estándares (verde claro).
- El centro no cumple con gran parte de los estándares (amarillo).
- El centro no cumple con los estándares (rojo).

Además, los centros deben realizar anualmente una evaluación interna enviando al Instituto de Salud un conjunto definido de indicadores obligatorios, que van modificándose anualmente y que tienen que ver con la calidad asistencial y con la calidad del empleo (profesionales).

Países Bajos también publica en páginas web de acceso libre, tanto los informes de inspección como las evaluaciones internas realizadas a través del conjunto obligatorio de indicadores.

6.3.5. Suecia: El sistema de comparación abierta de indicadores de calidad residencial por municipios

No existe, como sucede en Alemania, Inglaterra o EEUU, un sistema de evaluación de la calidad estatal basado en estándares o criterios de calidad. En vez de esto, se realizan anualmente encuestas a personas usuarias y a centros, que junto con otros datos han permitido crear un sistema de comparación abierta basado en indicadores. Los indicadores son de estructura, de proceso y de resultados.

Las encuestas a residentes y centros, que son realizadas por el consejo de salud y servicios sociales (*Socialstyrelsen*), constan de 27 preguntas en relación a distintas áreas:

- 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 actividades de ocio y tiempo libre.
- Soledad percibida.
- Disponibilidad de la atención.
- Satisfacción general.

Con estos datos se elabora un informe de resultados para cada centro que se remite internamente pero que no es de conocimiento público.

Lo que sí se publica es el sistema de comparaciones abiertas basado en indicadores que fue elaborado conjuntamente por el *Socialstyrelsen* por la asociación sueca de municipios y regiones (*Sverigeskommuneroch regioner*). Permite comparar municipios, pero no centros y para ello se utilizan colores en vez de otorgar calificaciones numéricas.

6.3.6. Estados Unidos: el sistema de calificación cinco estrellas

El CMS realiza evaluaciones periódicas (entre 9 y 15 meses) a los centros que son financiados por los programas *Medicare* y *Medicaid* para comprobar que cumplen con los estándares de calidad fijados en la OBRA 1987. Estos estándares son muy extensos y cubren cuestiones relacionadas con la atención y con una clara orientación a la calidad de vida y a la protección de derechos de los residentes.

Sin embargo, la base fundamental de información que recoge resultados de la atención dispensada, a través del sistema Inter RAI (RAI- MDS) de un mayor peso a los aspectos clínicos y sanitarios. Este sistema de valoración de las personas atendidas en las residencias, que es de obligada cumplimentación para los centros acogidos a los programas Medicare y Medicaid, para así poder monitorizar de una forma continuada a los residentes de los centros financiados con fondos públicos.

El RAI-MDS incluye tres herramientas

- A) El conjunto mínimo de datos (MDT) (284 ítems)
- B) Alarmas
- C) Protocolos de valoración según asuntos/temáticas a residentes a los que se acude tras la identificación de ciertas alarmas. Los protocolos son un total de 18

Con esta información se llega a 30 indicadores de calidad agrupados en las siguientes áreas:

- Accidentes.
- Conducta y patrón emocional.
- Gestión clínica.
- Patrón cognitivo.
- Eliminación de continencia.
- Control de infecciones.
- Nutrición/alimentación.
- Función física.
- Uso de psicofármacos.
- Calidad de vida (sujeciones físicas y prevalencia de poca o nula actividad).
- Función sensorial/comunicación.
- Cuidados de la piel.

Partiendo de esta evaluación, cada centro es calificado con un sistema de estrellas, siendo las 5 estrellas la máxima calificación.

En Estados Unidos se ha optado también, con rotundidad desde hace años, por la transparencia informativa de la situación de las residencias. Concretamente en la página

web *Nursing Home Compare* se accede a una amplia información sobre la situación y evaluación de las residencias que integra:

- Información general de cada centro.
- Sistema calificación por estrellas (de 1 a 5).
- Inspecciones sanitarias y de seguridad realizadas.
- Personal (horas dedicadas a la atención).
- Calidad de la atención según indicadores.
- Sanciones.

Además, algunos estados, como por ejemplo *Minnesota*, siguiendo este modelo, también hacen pública información de este tipo.

6.4. Control de la atención dispensada y actuación ante la sospecha de mala praxis

El control de la atención dispensada es una prioridad en todos los países. Ello, en parte está vinculado a la evaluación periódica de la calidad. Cabe destacar algunas de las estrategias desarrolladas para llevar a cabo este cometido.

a) Un procedimiento de especial interés es la programación de las inspecciones según los resultados de las evaluaciones externas realizadas. Por ejemplo, en Inglaterra, la *Care Quality Commission* (CQC) temporaliza las inspecciones en función de los resultados de las evaluaciones ordinarias realizadas y de las calificaciones obtenidas. De este modo los centros calificados como buenos son inspeccionados cada 30 meses, los que deben mejorar cada 12 meses y lo que han sido calificados como Inadecuados a los 6 meses.

b) Además, estos países han desarrollado sistemas de información compartida que permiten conocer la situación de los centros, generar alertas y programar inspecciones específicas dirigidas a comprobar y analizar estas anomalías.

En Inglaterra funciona un sistema online donde se registra la información de las residencias, el *Provider Information Collection (PIC)*, donde los proveedores registran telemáticamente información relacionada con los 5 ejes que organizan las evaluaciones periódicas que realiza la CQC. Existe, además, la obligación de actualizar esta información una vez año, aunque la recomendación es realizarlo trimestralmente.

También este país ha desarrollado la herramienta *CQC-Insight* que recoge información de distintas fuentes: notificaciones administrativas, personal del centro, usuarios, familias y según indicadores se identifican alertas para prevenir y actuar ante situaciones

de riesgo y planificar inspecciones para constatar situaciones anómalas. Cuando se detectan anomalías o existen denuncias se realizan inspecciones específicas.

Por su parte en Estado Unidos, el sistema Inter RAI (RAI- MDS), de obligada utilización para todas las residencias, permite monitorizar de una forma continuada a los residentes de los centros financiados por los programas *Medicare* y *Medicaid*. El RAI-MDS incluye tres herramientas: a) el conjunto mínimo de datos (MDT) que incluye un total de 284 ítems, b) un sistema de alarmas y c) un total de 18 protocolos de valoración para aplicar en residentes a los que se acude tras la identificación de las alarmas.

También en Ontario (Canadá) se ha puesto en marcha un sistema de indicadores de calidad que se recoge monitorizando información de los *Nursing Homes* utilizando la herramienta RAI-MDS.

Por otra parte, hay que señalar que los resultados de una evaluación negativa suelen tener efectos para los centros, en cuanto a autorización para poder recibir financiación pública de los sistemas de dependencia o ayudas, y también cuando se identifican situaciones graves de mala atención o importantes incumplimientos provocar cierres de establecimientos. Es el caso de Alemania, país en el que si la evaluación anual obligatoria muestra un incumplimiento de aspectos básicos establecidos en las normativas puede conllevar la rescisión del contrato o incluso el cierre del servicio.

También cabe destacar que no es infrecuente que las inspecciones a los centros sean dobles, por los distintos organismos implicados en el control de la calidad, participando tanto servicios sociales como los servicios de salud, incluso organizando visitas conjuntas, dependiendo del motivo de sospecha o incidencia.

Finalmente, cabe recordar que los países han desarrollado procedimentalmente sus sistemas de cómo presentar quejas o denuncias. Incluso Suecia, país con una escasísima regulación normativa de sus establecimientos de cuidados, cuenta con la ley Sarah, en la que se describe la tramitación y actuación ante las quejas, así como el papel y procedimiento de la autoridad inspectora.

6.5. Apuesta por la mejora continua de la calidad

Además de estos cauces para identificar la mala praxis, es importante destacar que la principal estrategia para prevenirla es la promoción del buen trato y el apoyo a la mejora continua de la calidad. Este constituye un elemento de primer orden ya que logra generar conciencia interna en los equipos y con ello se fomenta la tolerancia cero al trato inadecuado. Esto es algo que muestran tener claro los diferentes países, a tenor del esfuerzo en elaborar materiales y guías de buena praxis, así como en su labor de concienciación, difusión, formación y orientación y apoyo a los servicios.

En primer lugar, hay que señalar que, en las experiencias revisadas, es habitual que los centros recurran, de forma no obligatoria y complementaria a las exigencias normativas y evaluaciones periódicas, a la obtención de certificados de calidad.

En Francia, los centros pueden adherirse a procesos de certificación de la calidad, y algunos certificados se han reconocido y homologado, tras haberse adaptado a la carta nacional de calidad y a las recomendaciones de buena praxis oficiales, lo cual tener estos certificados exonera al centro de la obligatoriedad de la evaluación externa. Es el caso de los certificados *Qualicer* y *Qualisap V4*, entre otros. También en Alemania es muy habitual que los centros cuenten con certificados de gestión de calidad complementarios a lo exigido por la normativa. Cabe destacar el Sello Verde (*Der Grüner Haken*), de especial valor porque se centra en la Calidad percibida por los usuarios (participación, promoción de la autonomía y dignidad); el sello de Sello de calidad *Diakonie-Siegel*, el *Certificado KDT* y el *Caqu. Caritas*. En Estados Unidos, cabe citar la afamada *Joint Commission*, que parte de distintos estándares centrados en el paciente y en la organización, para lograr su certificación.

En segundo lugar, cabe poner de relieve la existencia en estos países de organismos nacionales o federales que, desde distintas fórmulas, se constituyen en centros referentes y promotores de la calidad en el cuidado de larga duración. Desarrollan cometidos de gran relevancia para la promoción de la calidad, con competencias diversas, desde la evaluación de la calidad a la creación de estándares o directrices de calidad y de los correspondientes sistemas de evaluación, la elaboración de guías de recomendaciones de buena praxis o el desarrollo de estudios. Son lugares de referencia que contribuyen de una forma significativa a la formación del sector y a la generación de conocimiento.

De este modo en Francia desempeña este papel la Alta Autoridad de Salud (HAS) que desde el 2018 integra a la ANESM (*Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*). En Inglaterra, además de la existencia de la *Care Quality Commission* (CQC) destaca por su gran papel el *Social Care Institute for excellence* (SCIE), entidad sin ánimo de lucro independiente donde se elaboran documentos de gran interés y se ofrece asesoramiento a los centros, así como

el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) el cual ha elaborado números estándares de calidad y guías de alto interés. Alemania, por su parte cuenta con la MDS (Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad), Estados Unidos con el CMS o la Joint Commission y Suecia con el Socialtyreslsen.

Finalmente cabe subrayar la importancia que algunos países conceden a la evaluación interna de los centros para apoyar los procesos de mejora, entendido que estos necesariamente deben partir de la autoevaluación y reflexión participativa, llegando a hacerla obligatoria, como es el caso de Francia, Holanda, Inglaterra y Ontario.

Capítulo 7

Las residencias tras la Covid-19 ¿qué hemos aprendido?



7.1. Impacto de la COVID-19 en el ámbito de los cuidados de larga duración en residencias

A pesar de que el presente informe de alguna manera es fruto de la crisis generada por la pandemia, con un trágico impacto en las personas mayores y especialmente entre las que viven en centros residenciales, hemos procurado otorgar a este tema un espacio limitado, desde la certeza de que estamos ante una situación temporal y que es el futuro el que debe ocupar nuestro mayor esfuerzo para aplicar las lecciones aprendidas y afrontar una reformulación en profundidad del modelo de cuidados de larga duración. Como se ha podido observar en la primera parte del estudio, los países analizados han vivido situaciones e incidencias diferentes, al estar ubicados en contextos culturales y sociales también distintos y que han impactado directamente en la forma en la que han afrontado esta situación y, en consecuencia, en los resultados obtenidos al combatir esta epidemia. Pero no podemos obviar en ningún caso que el azar también ha jugado un papel importante, curiosamente en sociedades muy estructuradas en las que se pretende mantener bajo control y protocolización cualquier situación nueva o no prevista. La COVID-19 es una crisis realmente inimaginable. Todavía lo es, cuando afrontamos la anunciada segunda ola, momento en el que se redacta este segundo informe, la cual rebrota con gran fuerza y nos vuelve a sorprender.

Esta pandemia ha afectado de manera desproporcionada a las personas mayores y especialmente a aquellas que viven en los centros residenciales. Ello se debe, además del inherente riesgo que conlleva convivir en espacios colectivos, a algunas características vinculadas a su fragilidad. Quienes reciben cuidados en residencias (con una estancia media entre los 2 y tres años) cuentan con una edad por encima de los 83 años, presentan pluripatologías, elevados grados de dependencia y, además, un importante porcentaje de ellas tienen distintos grados de deterioro cognitivo.

En definitiva, esta crisis se ha ensañado con la población más frágil, de tal forma que, en muchos países, los datos demuestran que más del 40% de las muertes relacionadas con la COVID-19 se hallan vinculadas a los centros residenciales, con cifras de hasta el 80%

en alguno de ellos. Además, la tasa de letalidad de los residentes de estos centros, en ocasiones es superior a la de la población de la misma edad que vivía fuera de ellos. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por COVID-19 entre los residentes de los establecimientos de atención de larga estancia en Ontario (Canadá) ha resultado ser 13 veces mayor que la de los enfermos de 70 años o más integrados en la comunidad ¹¹⁷. A la vista de la información disponible podemos afirmar que la dimensión de la presencia del COVID en un país está relacionada directamente con su extensión en el medio residencial. Los casos de Alemania y, en menor medida, Canadá son bastante esclarecedores.

7.1.1. El reto de los datos y el rigor de la información

Si bien en los primeros momentos de la pandemia reinaba la confusión en la práctica totalidad de los países y también de organismos internacionales esenciales en esta situación, como es la Organización Mundial de la Salud, actualmente se ha realizado un gran esfuerzo de armonización de los modelos de recogida de datos para poder realizar análisis rigurosos que sustentan los cimientos de la investigación epidemiológica. No obstante, perviven lagunas importantes que generan equívocos y errores que pueden tener consecuencias a la hora de tomar decisiones para frenar esta pandemia. España es un triste ejemplo de este tipo de problemas.

A modo de ejemplo, se observa que los sistemas de recogida de datos del sistema sanitario son diferentes y, por lo tanto, no comparables con los de los servicios sociales, dificultad a la que se añade el permanente problema de no disponer de sistemas interoperables. La otra gran dificultad, reside en tipo de datos que se recogen. En el caso de los fallecimientos, hay tres enfoques principales para su cuantificación¹¹⁸:

- a) muertes de personas que dan positivo en la prueba (antes o después de su muerte)
- b) muertes de personas sospechosas de tener COVID-19 (basadas en síntomas o vinculadas epidemiológicamente).
- c) muertes en exceso (comparando el número total de muertes con las de las mismas semanas en años anteriores).

¹¹⁷ OMS (24 de Julio 2020) Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa

¹¹⁸ Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A.T., Schmidt, A.E., Arling, G., & Fernández, J.L. (2020). International Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Article in LTCcovid.org, Long-TermCarePolicy Network, CPEC-LSE, 14 October

Otra distinción importante reside en si los datos cubren las muertes de los residentes solo en el centro o se incluyen también las que fallecen después de haber sido trasladadas al hospital.

7.1.2. Algunas cifras sobre la COVID-19 en residencias de personas mayores

Teniendo en cuenta la casuística descrita, que no es la única y, considerando que la cuantificación no es prioritaria en esta parte del informe, reproducimos a continuación algunos datos (gráficos 3-6) que ofrece la OMS a fecha 8 de septiembre¹¹⁹:

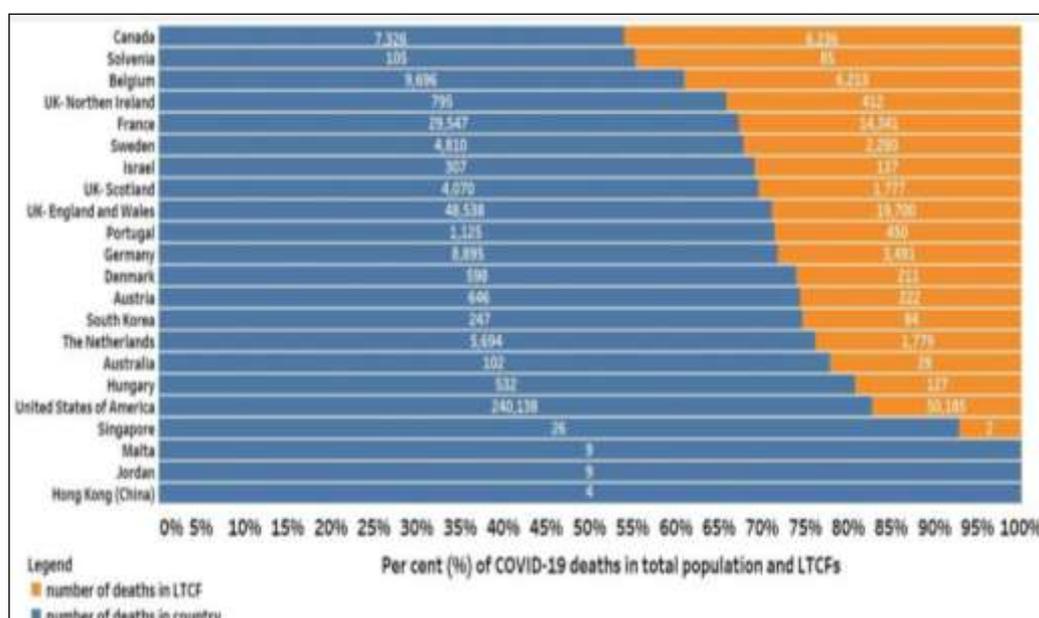


Gráfico 3. Porcentaje de muertes por Covid-19 ocurridas en centros residenciales por país

Como se puede observar a continuación, los datos muestran que, si bien algunos países han registrado pocas o ninguna muerte entre los residentes de los centros de atención de larga estancia, en otros un promedio de casi la mitad del total de las bajas nacionales relacionadas con la COVID-19 se produjeron entre los residentes de esos centros (desde el 8% de Singapur al 85% de Canadá).

¹¹⁹<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/COVID-Deaths-LTCFs>

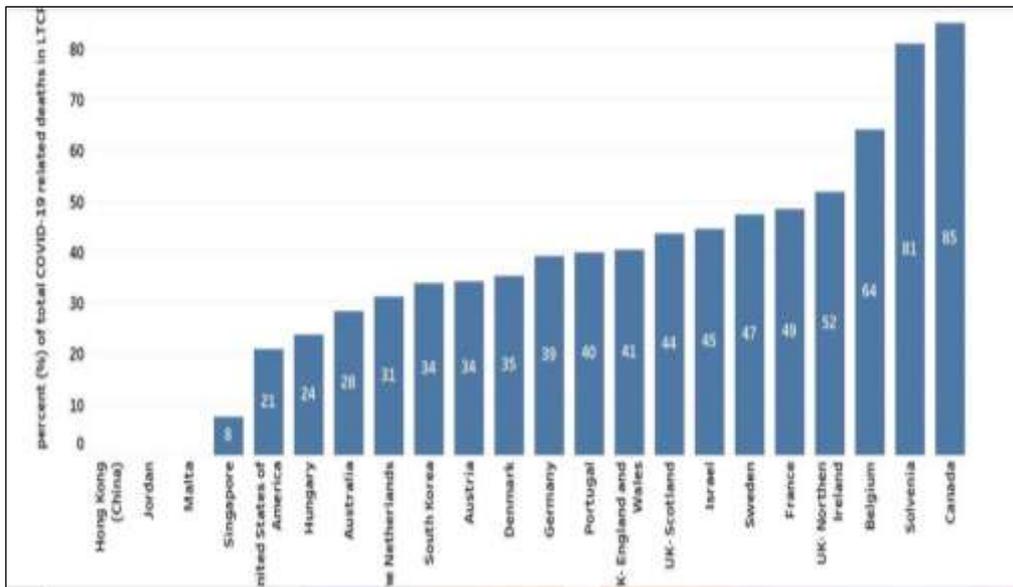


Gráfico 4. Porcentaje del total de fallecimientos por Covid-19 ocurridos en centros residenciales por país

Por último, reflejamos los significativos datos sobre edad y sexo de las personas fallecidas.

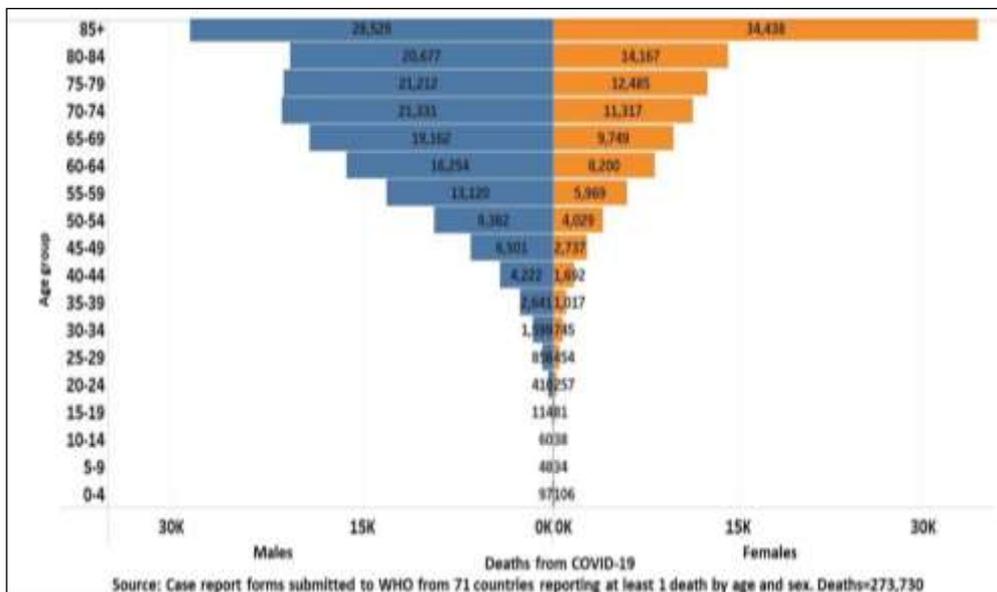


Gráfico 5. Fallecimientos ocasionados por COVID-19 por edad y sexo. Septiembre 2020.

En definitiva, las dimensiones de esta pandemia y su terrible impacto entre las personas mayores están documentadas, a pesar de los múltiples problemas que generan la organización y análisis de los datos disponibles.

Cada vez más países reconocen que los centros residenciales no fueron considerados suficientemente importantes en la priorización de medidas para frenar los imparable contagios que se producían. Las carencias eran de todo tipo: desde pruebas diagnósticas y materiales de protección (mascarillas, EPIS.) hasta espacios para garantizar el aislamiento de las personas contagiadas, que en muchos centros comparten habitación con otras. Todo ello, sin entrar en las carencias de personal cuidador y profesionales sanitarios que analizaremos más adelante.

En varios países, entre los que se encuentra España, el ejército y otras unidades de emergencia tuvieron que intervenir para ayudar a los centros residenciales, desbordados por el gran número de muertes y por la falta de personal.

7.1.3. Medidas recomendadas para afrontar la COVID-19 en residencias de personas mayores

Ante este complejo panorama internacional, la Organización Mundial de la Salud, en su documento, *Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración*, difundido el 20 de julio de 2020, plantea un conjunto de once objetivos para la acción.

1. Incluir los cuidados de larga duración en todas las fases de la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19.
2. Movilizar fondos suficientes para los cuidados de larga duración con el fin de responder a la pandemia de COVID-19 y recuperarse de sus efectos.
3. Garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces del impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y una transmisión eficaz de la información entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración para optimizar las respuestas.
4. Reunir el personal y los recursos necesarios (en particular una cantidad suficiente de personal de salud y productos sanitarios) para responder a la pandemia de COVID-19 y prestar servicios de cuidados de larga duración de calidad.
5. Garantizar la continuidad asistencial en los servicios básicos dispensados a las personas que reciben cuidados de larga duración, con inclusión de la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
6. Asegurar que las normas de prevención y control de infecciones se apliquen y cumplan en todos los contextos de cuidados de larga duración para prevenir y gestionar de forma segura los casos de COVID-19.
7. Dar prioridad a las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración en la realización de pruebas, el rastreo de contactos y el seguimiento de la propagación de la COVID-19.
8. Brindar asistencia a los cuidadores del entorno familiar y a los cuidadores voluntarios.

9. Dar prioridad al bienestar psicosocial de las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración.
10. Asegurar una transición fluida a la fase de recuperación.
11. Empezar medidas para transformar el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración con el fin de integrar adecuadamente los servicios de cuidados de larga duración y garantizar una gobernanza continua y eficaz de dichos servicios.

Cuadro 2. Objetivos normativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para mitigar el impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración

Cada uno de ellos es desarrollado contemplando los desafíos que entrañan, las repercusiones y las medidas para ponerlos en marcha. También recogen algunas buenas prácticas relacionadas con cada uno de los objetivos, algunas de ellas son recogidas, a modo de ejemplos ilustrativos, en el epígrafe final de este capítulo.

7.2. Consecuencias para las personas mayores que viven en los centros residenciales

Nos enfrentamos al análisis de las principales víctimas de esta pandemia que, desde situaciones de máxima fragilidad, han sufrido problemas de todo tipo. En demasiadas ocasiones han derivado en fallecimiento y, en otras muchas, en situaciones dramáticas. En primer lugar, cabe llamar la atención sobre un posible desconocimiento de lo que estaba sucediendo en el centro, un asunto poco explorado hasta el momento que deberá analizarse, con detalle, para extraer lecciones para el futuro. Pero, además, hay que advertir sobre los efectos que han podido tener las restricciones en cuanto al contacto social, a su libertad de acción cotidiana o a las actividades estimulativas. Preguntas como las siguientes, surgen en estos días:

- ¿Han sido informados suficientemente de lo que estaba sucediendo?
- ¿Se les ha explicado la importancia de la enfermedad y su enorme peligro de contagio?
- ¿Se les ha informado sobre la situación de sus compañeros, sobre sus traslados al hospital, sobre sus fallecimientos?
- ¿Hemos garantizado el contacto con sus familias y amigos por las vías disponibles?
- ¿Hemos valorado los efectos que tenía el aislamiento social en pro de su seguridad en contraposición al riesgo que se podía asumir recibiendo visitas controladas?

- ¿Se ha trabajado suficientemente el mantenimiento de sus actividades y sobre todo su movilidad cuando esta es posible?
- ¿Cómo hemos abordado esta situación con las personas con deterioro cognitivo, es decir, con la mayoría de los residentes?

Sin duda, a fecha de hoy, tenemos ya respuestas para la mayoría de estas cuestiones, lo que nos ayudan a reformular nuestras actuaciones desde las importantes lecciones aprendidas y el reconocimiento de muchas actuaciones equivocadas, fruto de la improvisación y la angustia ante la gravedad de una situación desconocida.

Por otra parte, empiezan a publicarse trabajos con evidencia científica sobre las consecuencias que esta situación ha tenido y que, todavía, está teniendo.¹²⁰ La percepción de soledad y las consecuencias en su salud en condiciones extremas como las que han vivido estas personas son importantes. Lo mismo sucede con la ansiedad, que aparece con manifestaciones diversas ante sentimientos de inseguridad, de cambio de rutinas o de interrupción del contacto con los seres queridos.

En situaciones previas a la COVID, la investigación ha clasificado las intervenciones para la soledad y la ansiedad entre las personas mayores en múltiples categorías. Entre ellas, la facilitación social, el desarrollo del ocio / habilidades y las terapias psicológicas han demostrado ser las más efectivas¹²¹. En una situación de pandemia de aislamiento forzado, la investigación¹²² indica que el aumento de la conectividad social representa una herramienta poderosa para los usuarios en los centros residenciales, ya que disminuye la percepción de soledad y la ansiedad emocional. De hecho, el mantenimiento del contacto con familiares y amigos a través de teléfonos y tablets se ha convertido en la mayoría de los países en la única vía de comunicación, valorando sus posibilidades, pero también sus limitaciones, especialmente en personas con deterioro cognitivo.

Otras investigaciones evidencian la importancia de mantener las visitas familiares controladas y aplicando las recomendaciones realizadas en una guía elaborada para tal fin en Holanda.¹²³

¹²⁰ Mo, S., & Shi, J. (2020). The Psychological Consequences of the COVID-19 on Residents and Staff in Nursing Homes., *Aging and Retirement*, 6, 4, 254–259. <https://doi.org/10.1093/workar/waaa021>

¹²¹Quan, N.G., Lohman, M.C., Resciniti, N.V., & Friedman, D.B. (2019). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging Ment Health*. doi: 10.1080/13607863.2019.1673311. Epub ahead of print. PMID: 31602993.

¹²² Liotta, G., Marazzi, M.C., Orlando, S., & Palombi, L. (2020) Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *PLoS ONE* 15(5): e0233329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233329>

¹²³Verbeek, H., et al. (2020) Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19. Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being *JAMDA* Elsevier. www.jamda.com

Lecciones

Cuando estamos afrontando la segunda ola del COVID-19, que se presenta con fuerza, es el momento de reconsiderar decisiones tomadas inicialmente, fruto del desconocimiento y la urgencia de tomar medidas que garantizaran la seguridad de personas muy vulnerables y con un riesgo extremo de contraer el virus como, desafortunadamente, ha sucedido.

Pero a la vista de los resultados de la evidencia científica, es necesario valorar el riesgo de las medidas de aislamiento desde una perspectiva más centrada en la persona y teniendo en cuenta las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que ha generado esta decisión de garantizar seguridad física por encima de todo.

Se debería avanzar en la garantía de la distancia física y reformular el ya eslogan del “distanciamiento social” sin ignorar sus graves consecuencias. Las administraciones públicas deberían apoyar y favorecer la relación social con medidas de seguridad, promoviendo que las personas cercanas, especialmente familias, puedan acceder a pruebas rápidas, facilitar espacios seguros para mantener las visitas, a ser posible abiertos o en el jardín, instalando mamparas, habitaciones con auto- desinfección, etc.

7.3. Consecuencias para los y las profesionales. Multidimensionalidad del impacto

Si el protagonismo en relación a las consecuencias de la pandemia les corresponde de manera inequívoca a las personas mayores, no es menos cierto que los profesionales, especialmente aquellos que se dedican a la atención directa, han estado en el centro de toda la problemática derivada de la pandemia en circunstancias muy complicadas. Las recomendaciones señaladas en el apartado anterior son una buena muestra.¹²⁴ De forma resumida, cabe destacar las siguientes:

- Se han encontrado sin disponibilidad suficiente de medios y material adecuado. En varios países (España también) el suministro de mascarillas y EPIs no fue prioritario en los centros residenciales. Además, en bastantes países la distribución de materiales ha sido aleatoria, sin responder a criterios claros de asignación.
- El acceso a pruebas diagnósticas ha sido escaso, una acción imprescindible en el contexto de vigilancia epidemiológica.

¹²⁴ WHO (2020). Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa de 24 de Julio de 2020.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334184/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-Web_Annex-2020.1-spa.pdf

- Tampoco han contado con una información inicial ágil y eficaz ante una situación desconocida, ni la recibieron posteriormente en cuestiones relacionadas con cuidados al final de la vida y al duelo.
- En muchos casos han recibido protocolos e indicaciones de procedencias diversas (sanitarias y sociales) con contenidos, e interpretaciones sobre los mismos, contradictorios.
- En este contexto, el porcentaje de contagios, especialmente entre el perfil de cuidadoras/ gerocultoras ha sido variable, muy importante en algunos países, con las consecuencias personales y colectivas que ha acarreado esta situación. Las bajas por enfermedad han sido numerosas, incluso a veces, con complicaciones que han derivado en fallecimientos.
- Ello ha conducido a los centros a dificultades casi insalvables para sustituir a los profesionales en situación de baja laboral. El agotamiento, en algunos casos hasta la extenuación, se ha producido al verse obligados a doblar turnos ante la escasez de personal y las necesidades de cuidados de las personas residentes.
- Se ha producido gran desconcierto, impacto psicológico y emocional ante situaciones de total impotencia y falta de control y apoyo sanitario. Todo ello sin obviar los vínculos afectivos establecidos con personas que fallecieron en soledad y rápidamente, siendo sus cuidadoras su único apoyo.
- Ha existido, y existe, miedo al contagio en sus entornos familiares. No olvidemos las características de estos perfiles profesionales: escasa remuneración y estabilidad laboral, mujeres mayoritariamente solas con hijos bajo su total responsabilidad, alto porcentaje de inmigrantes y por tanto escaso apoyo familiar. En definitiva, la precariedad está presente en un gran número de estas trabajadoras.
- Merece especial atención la situación de los profesionales que rotan por diferentes centros y en distintas empresas proveedoras de servicios, con el objeto de lograr una jornada laboral completa: fisioterapeutas, psicólogos, monitores de ocio y sobre todo cuidadoras o gerocultoras de refuerzo. Todo ellos son potenciales transmisores del virus entre unos y otros centros. Existe evidencia científica sobre la necesidad de restringir el trabajo a un solo centro. Los trabajadores sin dedicación exclusiva son transmisores eficaces de la infección entre residencias y entre las residencias y la comunidad. Esta evidencia ha llevado a órdenes ministeriales en la provincia canadiense de la Columbia Británica¹²⁵ y se cita como una de las principales causas que explican el control de la epidemia en sus residencias en comparación a lo que ha ocurrido en la provincia de Ontario. Somos conscientes de las dificultades que

¹²⁵ Orden de la Autoridad Sanitaria para la Columbia Británica, Canadá, por la que se obliga a trabajar en un solo centro: <https://bchealthstaffing.ca/>

entrañan estas decisiones que, en todo caso, deben llevar medidas adicionales que garanticen el sustento de los profesionales que ven mermada su actividad laboral.

Lecciones

Dada la centralidad del rol que desempeñan los profesionales, parece urgente y necesario tomar decisiones y medidas que, aunque supongan un incremento del gasto tanto para las administraciones públicas (sanitarias o sociales) como para los propios proveedores de servicios, son de una necesidad indiscutible. Cabe destacar las siguientes:

- Dotar de fondos para ayudar a los proveedores de los centros a sufragar los gastos adicionales incurridos para garantizar la seguridad de sus residentes y su personal, entre otras cosas, a través de la adopción de medidas adicionales de prevención y control de infecciones y la realización de pruebas de detección de la COVID-19.
- Ofrecer mejores condiciones laborales a las cuidadoras tanto económicas como en lo que se refiere a la calidad de sus empleos. El caso de Alemania en estos aspectos es especialmente significativo.
- Identificar fórmulas que eviten la transmisión dentro de los centros, eliminando la rotación por plantas y la presencia de otras cuidadoras para refuerzos.
- Ofrecer medidas alternativas que garanticen su seguridad, como los alojamientos en hoteles o los auto- confinamientos en los propios centros. Los resultados de estas prácticas han sido muy buenos. Un estudio francés¹²⁶ evidencia tasas de contagio mucho más bajas (0.4% de los residentes frente al 4,4% de los demás centros analizados). Sin embargo, es imprescindible preservar la voluntariedad de esta decisión.
- Poner a disposición de los profesionales servicios de apoyo psicológico imprescindible ante las situaciones vividas que están generando un incremento importante de bajas laborales.
- Informar y acompañar con formación in situ la aplicación de protocolos. Estos deben contar con la participación y acuerdo de los profesionales del ámbito social, para no caer en situaciones irrealizables derivadas de la realidad arquitectónica y

¹²⁶Belmin J, Um-Din N, Donadio C, et al. Coronavirus Disease 2019 Outcomes in French NursingHomesThatImplemented Staff ConfinementWithResidents. JAMA Netw Open. 2020;3(8):e2017533. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17533

organizativa de los centros residenciales, teniendo en cuenta su finalidad principal centrada en el cuidado y el bienestar de las personas que viven en estos centros¹²⁷.

- Asegurar el refuerzo por parte del sistema sanitario, el cual ha sido determinante en algunos países e inexistente en otros. Las pandemias suponen crisis sanitarias de dimensiones incalculables. Los recursos sociosanitarios no están diseñados para hacer frente a estas situaciones, por lo que la coordinación temprana y ágil con el sistema sanitario es imprescindible. Todo ello, sin sustituir en ningún momento el papel de los servicios sanitarios comunitario o especializados a los que tiene derecho de acceso cualquier ciudadano, con independencia de su edad.

7.4. La importancia de los apoyos informales: familiares, acción voluntaria, comunidad

Como se puede observar en la primera parte de este informe, la práctica totalidad de los países analizados, al igual que otros muchos, optaron por “cerrar” totalmente los centros a personas que formaban parte de red afectiva y relacional de las personas usuarias.

Dadas las consecuencias de esta crisis, muchas familias han experimentado un gran sentimiento de impotencia, sobre todo cuando no han contado con información sobre la gravedad de lo que estaba pasando, lo que se ha traducido en lógicas manifestaciones de indignación cuando en algunos centros comprobaban que sus familiares fallecían en soledad sin haber podido saber lo que estaba sucediendo.

Lecciones

En algunos países, la acción voluntaria ha promovido la relación personal y familiar telefónica de una forma intensísima y, actualmente, colaboran estrechamente con los profesionales de estos centros en el apoyo y acompañamiento afectivo. La acción voluntaria está desempeñando un papel complementario a los servicios profesionales imprescindible y coherente con su misión.

Desde el enfoque centrado en la persona, familias y amistades, forman parte del equipo que facilita el bienestar a las personas mayores. Como ya se ha comentado anteriormente, es necesario promover su participación en la vida cotidiana desde la máxima seguridad y precaución para todos. Sería de interés valorar en términos de

¹²⁷ Del Pino et al(Octubre 2020). Cómo reducir el impacto de la covid-19 en las residencias de mayores.CSIC
<http://agendapublica.elpais.com/como-reducir-el-impacto-de-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores/>

coste-efectividad, el gasto que supone la realización de pruebas diagnósticas en relación al insustituible papel que están desempeñando en los centros.

7.5. El diseño de los centros residenciales, su organización y su impacto en el COVID-19

Sin entrar en detalles sobre las características y tendencias en materia de diseño de centros residenciales, ya analizados en los dos primeros capítulos de este informe, los entornos domésticos facilitan una vida más familiar, natural y humanizada, previene alteraciones en el comportamiento y, sobre todo, genera un mayor bienestar. Pero además de estas importantes ventajas, no es aventurado suponer que las características arquitectónicas y ambientales de los centros también hayan tenido consecuencias sobre la prevención de contagios en el escenario COVID.

El modelo residencial tradicional ha evidenciado los inconvenientes de diseños de centros grandes, de carácter hotelero- hospitalario, como motores de la transmisión del virus: habitaciones compartidas, salones y comedores que acogen a grupos grandes (a veces de más de 50 personas), ausencia de espacios pequeños que faciliten en este caso el aislamiento cuando aparece el virus, etc.

La experiencia de los países analizados y otros muchos que, hace décadas, han transitado del modelo institucional a cuidados centrados en las personas, basados en el concepto vivienda en las que lo doméstico se constituye en modo de vida cotidiana, ofrece la posibilidad de compartimentar espacios, pero también de personalizar y organizar los apoyos y cuidados de manera más eficaz ante este tipo de situaciones.

Cabe destacar algunos aspectos especialmente importantes de estos modelos, no solo en cuanto a la prevención del contagio, sino también a la prevención de otros riesgos inherentes a las restricciones que conlleva vivir y convivir en residencias en esta pandemia:

a) El funcionamiento en modelos “burbuja” utilizados también en otro tipo de ámbitos, como el educativo. Cuidadores estables con un grupo pequeño de personas mayores, permiten lógicamente un mayor control de la transmisión, desde las medidas de higiene de las personas y de los espacios, hasta el seguimiento de las pruebas diagnósticas que se realizan. Además, en los entornos pequeños es posible incorporar a “la burbuja” a familiares o voluntarios que realizan un apoyo afectivo insustituible.

b) Un entorno doméstico organizado en pequeñas unidades de convivencia conduce a una organización de los profesionales evitando las rotaciones dentro del centro, lo que se reconoce como un aspecto crucial en el control de la transmisión.

c) La existencia de profesionales de referencia, que de alguna forma se convierten en “valedores” de las personas, facilita enormemente el seguimiento de los síntomas o de la enfermedad si ésta ya ha surgido. También contribuye a mejorar la comunicación con el entorno familiar y de amistad.

d) Los postulados en torno a lo que conocemos como “vida y actividades plenas de sentido” se hacen realidad en situaciones de fragilidad extrema como la que se está viviendo.

Aunque existe todavía evidencia escasa sobre este tema, empiezan a aparecer tendencias claras que, en un futuro, señalarán las bondades de este modelo ante situaciones de crisis frente a las instituciones tradiciones.

Lecciones

Los primeros informes, relatos e investigaciones que se están realizando, han evidenciado que, ante una situación imprevista como esta, se ha vuelto a la cultura de la rigidez y el protocolo para todo. Es decir, de alguna manera, podríamos estar dando un paso atrás en el desarrollo de una atención centrada en las personas. Sin embargo, es importante señalar que en las evaluaciones que se empiezan a realizar sobre esta situación, surge un claro posicionamiento en los profesionales de centros que han apostado y avanzado hacia este enfoque, de no perder lo avanzado y su demanda y deseo de volver a la mayor brevedad al modo de vida conseguido desde este enfoque.

7.6. La deseada coordinación del sistema social y sanitario

Como hemos ido señalando a lo largo de este informe, la mayoría de los países analizados y otros solamente referenciados, se acercan decididamente a un modelo de cuidados de larga duración basado en el concepto vivienda. En el cual, la atención sanitaria se presta como a cualquier otro ciudadano, acudiendo a demanda, o si la dependencia es elevada y las viviendas se organizan en torno a unidades de convivencia, reforzando el papel de la enfermería como protagonista en la vida cotidiana, en coherencia con la misión esencial de este perfil profesional, es decir, los cuidados.

En ambas situaciones, los promotores de este tipo de iniciativas suelen disponer de equipos sanitarios consultores que acuden a las residencias para atender situaciones que no requieren asistencia hospitalaria. También acompañan los procesos de cuidados paliativos.

En resumen, cada vez menos, los cuidados de larga duración se organizan en torno a instituciones tradicionales donde los médicos están presentes muchas horas diarias.

Pero ante la crisis del COVID-19 han aflorado, una vez más, problemas que en parte están relacionados con el escaso valor de la vejez en nuestra sociedad, de tal forma que su acceso a la atención hospitalaria en ocasiones ha sido puesto en cuestión, especialmente cuando los sistemas sanitarios han estado al borde del colapso. En países como Francia, donde existe una mayor presencia sanitaria en sus centros sociosanitarios, han pretendido acelerar altas desde los hospitales a los centros residenciales, ante la saturación de sus hospitales¹²⁸.

El debate sobre las implicaciones éticas de determinados posicionamientos en torno al triaje estableciendo criterios selectivos de acceso a las UCIs en función de la edad están generado un debate imprescindible en torno a la discriminación. Muy recientemente ante la fuerza de esta segunda ola, Suiza ya se ha posicionado restringiendo el acceso de las personas mayores a los hospitales¹²⁹.

A nivel práctico, una vez más, se ha puesto de manifiesto la fragilidad o inexistencia de coordinación entre la atención primaria, la hospitalaria, los dispositivos de urgencias, los sistemas de salud pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad de la atención y del cuidado a las personas mayores residentes en centros.

¹²⁸ Vienne-Noyes et al. 2020. Strategy for residents of nursing homes facing the sars-cov2 epidemic in France. *JourNursing Home Res* 2020;6:53-54. <http://dx.doi.org/10.14283/jnhrs.2020.15>

¹²⁹ https://www.abc.es/sociedad/abci-suiza-advierte-no-ingresara-ancianos-si-saturacion-coronavirus-202010241409_noticia.html

7.7. Buenas prácticas

Resulta de un especial interés, en cuanto a identificar y transferir conocimiento generado en esta situación mundial vivida, poder identificar diferentes buenas prácticas que podrían ampliarse y generalizarse en esta segunda ola y ante futuras situaciones similares.

En la primera parte de este estudio donde se encuentran los informes de los siete países estudiados, figuran algunas iniciativas que cada país revisado ha desarrollado para hacer frente a las dificultades que está generando esta pandemia. En el documento anteriormente descrito de la OMS, *Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración*, como se ha comentado, también se pueden consultar ejemplos de buenas prácticas. Por ello, seguidamente nos limitamos a recoger, a modo de ejemplos ilustrativos, algunas iniciativas desarrolladas en diferentes países y en relación a diferentes objetivos.

- En relación al objetivo referido al seguimiento y la evaluación del impacto de la Covid, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades que ha incluido los centros de atención de larga estancia en su estrategia de vigilancia de la COVID-19 a nivel nacional, comunitario y del Espacio Económico Europeo y está recabando información de los Estados miembros en materia de mitigación, tasas de infección y mortalidad.
- En cuanto al objetivo relacionado con la dotación de recursos adicionales y apoyo a los sistemas de salud:
 - Aunque a primera vista resulte muy mercantilista, es necesario reconocer la decisión en la mayoría de los países de compensar económicamente el esfuerzo de los profesionales, con el objetivo de poder asegurar una amplia bolsa de trabajadores de sustitución ante las bajas laborales. Acciones que se deben valorar de gran eficacia en esta situación. Por ejemplo, en algunas partes del Reino Unido, durante la pandemia de COVID-19 se han aumentado los salarios de los profesionales de la salud y se les ha ofrecido una paga especial puntual
 - En Francia se crearon equipos móviles de urgencia en cada región de salud gestionados desde los hospitales, con funciones de apoyo, asesoría e identificación de casos en centros residenciales. También realizaron funciones de revisión de las rutinas cotidianas que podrían generar riesgos, así como la vigilancia ante el empeoramiento de casos y su posible necesidad de traslado al hospital.

- En los Países Bajos, los profesionales de la salud que llevan a cabo actividades que requieren contacto cercano (menos de 1,5 metros) con personas que tienen necesidades de cuidados de larga duración, disponen de EPIs gratuitos.
- En Israel, si los centros sufren escasez de personal, el Ministerio de Salud les asigna un equipo especial durante 7 a 14 días para apoyar la prestación de atención en el periodo agudo.
- En relación al objetivo 5 de garantizar la continuidad asistencial en los servicios básicos dispensados a las personas que reciben cuidados de larga duración, cabe destacar la rápida respuesta que se ha producido en bastantes países en relación a los cuidados paliativos. Concretamente en Austria, la Asociación Nacional de Cuidados Paliativos ha publicado un documento de posición sobre los cuidados paliativos y ha proporcionado orientaciones para asegurar el acceso a dichos cuidados a las personas que no recibirán los cuidados intensivos que generalmente se prestan. La Asociación también ha publicado pautas para los cuidadores del entorno familiar y los trabajadores que prestan cuidados de larga duración. Además, está disponible una serie de orientaciones multidisciplinarias elaborada por el Gobierno para apoyar a las personas con COVID-19 que están llegando al fin de su vida. Tanto los cuidadores familiares como el personal sanitario cuentan con directrices clínicas y recursos sobre cómo facilitar apoyo social y sobre el duelo.
- En relación al acceso a pruebas y rastreo, aspecto vital en el control de esta pandemia:
 - En Dinamarca, tanto los residentes (sintomáticos y asintomáticos) como el personal de los centros tienen acceso a las pruebas en los hospitales regionales (desde el 12 de mayo de 2020). Incluso antes de esa fecha, si en un centro institucional de atención de larga estancia se producía un brote, se administraba la prueba a todos ellos. Cuando un residente presenta síntomas, se somete a la prueba a todos los residentes y a todo el personal en un plazo de 24 horas y la prueba se repite siete días después. Si un miembro del personal da positivo, también se hace la prueba a todos los residentes de su zona.
 - En Alemania, con una incidencia baja de la enfermedad en esta primera fase, se evidencia la importancia de disponer de un plan para afrontar epidemias, en el marco de un excelente modelo de salud pública que, en el momento adecuado, otorgó la importancia que merecía a la actividad de rastreo¹³⁰.

¹³⁰(Wieler et al., 2020).

- En cuanto a las recomendaciones para prevenir el daño físico y emocional que el aislamiento está provocando a todos los afectados, con total prioridad entre las personas mayores, existen bastantes recomendaciones y acciones.
 - En Dinamarca, que está siendo ejemplar en este proceso, se siguió permitiendo visitar a los residentes que recibían cuidados paliativos, siempre en cumplimiento de los protocolos de higiene. Asimismo, desde el 24 de abril de 2020, los residentes de los centros de atención de larga estancia pueden recibir visitas en las zonas al aire libre.
 - En Alemania, la restricción de las visitas comenzó a flexibilizarse de nuevo en mayo de 2020. Si bien las normas específicas sobre el número de personas y la frecuencia y la duración de las visitas varían entre los estados federales, todos los estados exigen que los centros de atención de larga estancia apliquen medidas claras de prevención de infecciones. Además, los visitantes tienen que registrarse para poder localizarlos si fuera necesario para el rastreo de contactos.

A modo de conclusión, la principal lección que sin duda debe ser aprendida, hace referencia a uno de los factores determinantes en la buena gestión del COVID que, una vez más, está aflorando en esta segunda oleada: la necesidad imperiosa de TOMAR DECISIONES A TIEMPO.

Las catastróficas consecuencias económicas de esta crisis están frenando la toma de decisiones políticas y en consecuencia técnicas que, si bien a corto plazo, pueden perjudicar a la economía y ser demasiado contundentes para la población, a medio plazo están demostrando su adecuación y costo efectividad, si conseguimos evitar y en su caso, detener, la temida transmisión comunitaria cuyas consecuencias seguimos padeciendo.

Capítulo 8

Conclusiones y claves de futuro



A la luz de la información recogida en este informe en el que se recoge la experiencia de siete países referentes en cuidados de larga duración y se analiza un conjunto de dimensiones focalizadas en los ámbitos residenciales, se ofrecen a continuación algunas reflexiones a modo de conclusiones, identificando claves de futuro aplicables al proceso de reformulación de los centros residenciales en Castilla y León.

8.1. Las principales conclusiones

1. Aunque el presente informe se circunscribe al análisis del modelo residencial, resulta indispensable tener presente en todo momento el marco conceptual que actualmente preside el modelo de cuidados de larga duración. En este sentido, podemos afirmar que la práctica totalidad de los países analizados avanzan hacia **modelos ecosistémicos de carácter comunitario**, generalmente territorializados en torno a la dimensión municipal, aunque no en todos los casos. La respuesta a las necesidades y deseos de las personas **se planifica en torno a su domicilio**, como espacio elegido para vivir aun cuando se necesite ayuda.
2. Este propósito, expresado con contundencia desde hace décadas por la ciudadanía, se está traduciendo en un claro desarrollo de los modelos de **atención en el ámbito comunitario**, generando en algunos países un acusado **descenso en los índices de cobertura de centros residenciales a favor de un incremento de servicios e iniciativas de carácter domiciliario** que intentan dar respuestas integrales a necesidades diversas.
3. Paralelamente se observa en todos los países analizados un proceso de **reformulación de los modelos residenciales tradicionales con un fuerte componente institucional hacia otro tipo de soluciones que se acercan a los modelos domésticos**, insertos en espacios territoriales delimitados y que cierran ese enfoque circular ecosistémico desde la complementariedad de toda la oferta de apoyos y servicios que se pueden ofrecer.

4. En este contexto, la **diversidad aflora como característica común** a todas las experiencias, en coherencia con la heterogeneidad del grupo de personas mayores a las que se ofrecen cuidados, así como de las características estructurales y socioculturales de los diferentes países
5. La tendencia a **transitar de los modelos tradicionales hacia una reconversión en unidades de convivencia** es sólida. Las clásicas “*nursing homes*” han evolucionado, con diferente intensidad, hacia entornos hogareños, vida cotidiana significativa y una mayor integración en la comunidad.
6. La **vivienda como concepto y como paradigma** se identifica como **solución al hábitat de las personas cuando envejecen y también al espacio de los cuidados de larga duración**. El diseño interior y el entorno cercano y comunitario son determinantes para que este modelo sea realmente eficaz y coste efectivo. Siempre que exista un sistema sólido de provisión de apoyos y cuidados domiciliarios.
7. El desarrollo y aplicación de este modelo, conocido en el ámbito internacional como “*housing*” está suponiendo **un importante “cambio cultural,”** que ha generado un amplísimo abanico de experiencias de viviendas y proyectos colectivos para personas en proceso de envejecimiento, en principio con propósito de mejorar su calidad de vida y, muy especialmente, su mundo relacional, huyendo de la soledad, pero también con la expectativa, convertida ya en realidad, de poder recibir apoyos y cuidados profesionales cuando sean necesarios.

En esta línea, diferentes modalidades de *cohousing*, apartamentos, experiencias intergeneracionales, iniciativas en ámbitos rurales adaptadas a su población, proyecto de grupos de personas a los que les une su opción sexual, religiosa, étnica o de género, proliferan en múltiples países, nutriendo así, además de iniciativas de carácter asociativo y autogestionario, un mercado emergente en el mundo de la economía plateada cada vez más interesante.

8. Cualquiera de estas tipologías de alojamientos aspira a **dar respuesta a las necesidades de las personas, incluidas las situaciones de dependencia**, por lo que el concepto “vivienda para toda la vida” va imponiéndose progresivamente. En este grupo estaríamos refiriéndonos a viviendas con servicios externos que proceden de la provisión de atenciones domiciliarias de todo tipo. Teniendo siempre en cuenta que, sin un buen modelo de cuidados en el domicilio y entorno comunitario, el marco conceptual “vivienda” como solución para las personas en situación de dependencia no tiene futuro. Conceptos como personalización y amigabilidad, aparecen en este intento de dar una respuesta holística y ecosistémica a las necesidades de cuidados de larga duración.

9. Pero el **paradigma vivienda** se ha aplicado también en el **proceso de reformulación de los centros residenciales en unidades de convivencia** que respondan al principio “si no es en casa, como en casa”. Se observa la tendencia progresiva a abandonar los modelos residenciales tradicionales, buscando entornos de cuidado donde prime el carácter hogareño y la vida cotidiana significativa que se alejan de modelos y rutinas institucionales, asociadas a menor adaptación y diversas manifestaciones de malestar emocional especialmente entre las personas con demencia.
10. En cuanto a los **modelos de gestión**, excepto Suecia, donde predomina claramente la gestión pública y Francia, con la mitad de sus alojamientos de titularidad y gestión pública, en el resto de los países predomina la gestión privada con o sin fin de lucro. Generalmente, las iniciativas destinadas a personas independientes y con carácter privado, tienden a tener escasa financiación pública.
11. En lo que se refiere a la **estructura competencial**, una vez más es difícil realizar comparaciones entre países que tienen diferentes estructuras territoriales y administrativas, además de culturas históricas que han ubicado los cuidados sobre todo en el sistema sanitario (Holanda, Reino Unido...).
 - En la práctica totalidad de los países, los departamentos de salud, asumen la responsabilidad de la atención sanitaria que reciben las personas que viven en estos centros, desde una concepción más o menos amplia. En ocasiones también se asumen tareas que corresponderían al perfil profesional de auxiliares de clínica.
 - Los municipios tienen un alto grado de responsabilidad en la gestión y control de los centros. En ocasiones, con funciones añadidas de inspección y gestión de la calidad. En otros, estas tareas son asumidas por las administraciones territoriales, federales o centrales, en función de la estructura administrativa del país.
 - En los países que disponen de un Seguro de dependencia, Alemania y Francia, desde modelos muy diferentes, este tiene también competencias en el ámbito residencial.
12. Merece la pena señalar la práctica de la diversificación en el **establecimiento de tarifas para la organización de la financiación** de los alojamientos. El ejemplo francés es muy claro.
 - a. La tarifa de cuidados, cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria, y se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias.

- b. La tarifa de alojamiento cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. Es asumida por las personas usuarias. Si no disponen de medios, los servicios sociales se hacen cargo de su coste.
 - c. La tarifa sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria. Puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de una farmacia propia para el centro.
13. Este sistema, utilizado en la mayoría de los países, en algunos casos se traslada también a la distribución de **competencias en materia de construcción de viviendas/centros, que corresponde a los departamentos de vivienda**. Es obvio que este tipo de soluciones aligerarían en parte el sistema que tenemos en España, donde los servicios sociales asumen la práctica totalidad de la construcción, puesta en marcha y gestión de los centros residenciales.
14. En cuanto al modelo de atención se aprecia en el conjunto de países analizados una clara apuesta por **avanzar más allá de lo sanitario y lo asistencial**. La línea rectora reside en el **enfoque de atención integral centrado en las personas** que busca la personalización de la atención, protegiendo derechos y velando, especialmente, además de la seguridad y los cuidados integrales, por el bienestar personal y el apoyo a una vida significativa.
15. En cuanto a los profesionales y equipos, se constata en los países e iniciativas más innovadoras un **importantísimo cambio en el rol de los profesionales, vinculado al enfoque de atención centrada en la persona**, cuyo punto de partida es una visión centrada en el **reconocimiento del valor de la persona**, así como al propósito de cuidar respetando y apoyando el proyecto de vida y la identidad personal.
16. Especialmente relevante es **este cambio de rol en el personal auxiliar o gerocultor**, con una **mayor autonomía y con una mayor polivalencia** referida a competencias más amplias vinculadas al apoyo y acompañamiento de las personas en su vida cotidiana. Esta visión del cuidado y de la organización del servicio, donde el personal de primera línea puede tomar decisiones junto con las personas mayores supone un cambio organizativo importante apartándose de los sistemas jerárquicos, creando equipos estables (sin rotación) que conocen bien y reconocen a las personas a quienes cuidan y que, además, se construyen desde relaciones interpersonales de respeto y de confianza. Para ello resulta imprescindible no solo una ratio suficiente y la formación en nuevas competencias, sino el reconocimiento y la oferta de unas condiciones de trabajo mejores.

17. Se constata un creciente interés en apoyar **procesos de desarrollo organizacional para avanzar desde organizaciones jerárquicas a centros colaborativos** donde se alienta y canaliza la participación de los profesionales junto con las personas usuarias y sus familiares, se anima al aprendizaje y se incentiva a la mejora continua y la innovación. El mensaje es claro, precisamos un cambio cultural en la visión del cuidado y para ello debemos transformar las organizaciones, muchas ellas obsoletas y ancladas en modelos organizacionales que no generan bienestar a nadie.
18. Los servicios y organizaciones que dispensan cuidados de larga duración van tomando cada vez mayor consciencia de un enfoque que **concede importancia a lo grupal, a los procesos de los equipos y a la dimensión organizacional**. Los objetivos puestos en el trabajo individual de los profesionales, organizado por criterios de cumplimiento de un listado de tareas asistenciales en horarios y tiempos programados y altamente controlados (levantar, asear, dar la comida, etc.) o la mera cuantificación de los recursos profesionales, no son solo insuficientes sino francamente inadecuados.
19. Además, también hay que reseñar que los modelos residenciales de estos países, apuestan por la **participación en la definición de los servicios de los distintos actores del cuidado**. De este modo se han puesto en marcha estrategias, como la creación de órganos de participación para fomentar y canalizar la participación de familias, residentes y profesionales.
20. Se observa **un giro en la labor inspectora** por parte de las administraciones responsables, otorgando mayor importancia a la evaluación de la calidad realmente dispensada una vez que el centro entra en funcionamiento que a la constatación de largos listados de requisitos vinculados a condiciones materiales y organizativo-funcionales, habitualmente exigidos con carácter previo a la apertura del centro.
21. Llama la atención que la mayoría de los países revisados han desarrollado **una normativa bastante laxa en cuanto a exigencias “ex ante”** a la apertura de los servicios y tampoco es habitual la exigencia de ratios profesionales mínimas en los profesionales. Sin embargo, hay que destacar que esta ausencia de exigencia no parece conducir a una inevitable reducción de la ratio existente en los servicios, lo cual se explica, al menos en algunos de ellos, porque se facilita un mayor control a través de sistemas periódicos de la calidad dispensada, así como mediante la publicación de los resultados encontrados.

22. Distintos países han diseñado diferentes **marcos de calidad residencial, definiendo estándares, criterios o recomendaciones de buena praxis**, que permiten evaluar y acompañar a los servicios en procesos de mejora continua a la par de identificar situaciones de baja calidad y riesgo. Los sistemas de evaluación de la calidad incluyen, habitualmente, tanto indicadores de estructura, como de proceso y resultado, pero dan mayor peso a estos últimos, los cuales a su vez incorporan resultados vinculados no solo a aspectos clínicos, de salud y seguridad, sino también al bienestar percibido y a la protección de los derechos de las personas en su vida cotidiana.
23. Además, distintos países exigen que los propios centros lleven a cabo **evaluaciones internas periódicas**, como complemento a las inspecciones o evaluaciones externas realizada por organismos con competencias en estas materias, con el propósito de apoyar procesos reflexivos participativos imprescindibles en la mejora continua.
24. También resulta de especial interés, los distintos **sistemas de información compartida on line** que algunos países han desarrollado para contar con **datos actualizados que facilite a la administración pública el seguimiento de los centros**, tanto en cuestiones de gestión como de calidad dispensada, generando, en su caso alarmas que permiten la identificación y actuación temprana ante situaciones de riesgo.
25. También cabe destacar la opción seguida por distintos países (Alemania, Holanda, Inglaterra y Estados Unidos) de **hacer públicos los resultados de las inspecciones y de las evaluaciones realizadas a los centros**. Decisión que va estrechamente unida a la libertad en la elección de las personas entre los diferentes servicios que acceden a la financiación pública, facilitando así tanto un mayor control por la población del funcionamiento de los servicios, así como la transparencia de la información para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en relación a quién confiar sus cuidados.
26. Para apoyar los procesos de mejora de los servicios, distintos países cuentan ya, a nivel estatal o federal, con **organismos expertos y promotores de la calidad** (en ocasiones públicos, pero también de fundaciones sin ánimo de lucro) para promover la excelencia en el cuidado, generar y transferir conocimiento, diseñar modelos y herramientas de evaluación, así como difundir estrategias y materiales para la buena praxis profesional.
27. No podemos cerrar estas conclusiones sin hacer una referencia al asunto que sin duda desencadenó la necesidad de avanzar en este proceso de cambio. Nos referimos a **la COVID 19** que aflora con fuerza en su segunda ola en estos momentos

y que vuelve a atacar de manera desproporcionada a las personas mayores que viven en centros residenciales. También a las que siguen en sus domicilios.

Asuntos como la debilidad en el suministro de datos fiables que alimentan la investigación y también la información realista de la ciudadanía, la falta de coordinación entre sistemas, la escasez de medios materiales y humanos para afrontar esta situación o la toma de decisiones precipitada que ha dejado en situación de aislamiento a miles de personas durante meses, con graves consecuencias para su salud física y mental, afloran con diferente intensidad en la mayoría de los países analizados. **Tomar decisiones a tiempo** en cada uno de estos asuntos y muy especialmente en la puesta en marcha de medidas de contención de los contagios se identifica como una de las claves a tener en cuenta para el futuro y sobre todo para el HOY.

8.2. Claves de futuro y recomendaciones

Teniendo en cuenta la información aportada y, especialmente, las conclusiones que acaban de ser destacadas, señalamos en primer lugar, a un nivel más macro de planificación, algunas claves de futuro referidas al modelo de cuidados de larga duración que pueden contribuir a reforzar la apuesta y el recorrido en estos años llevado en Castilla y León. Además, a continuación, ofrecemos algunas recomendaciones que tienen que ver con aspectos que atañen a más cuestiones de gestión e intervención, niveles meso y micro, que, sin duda, también son importantes para orientar el largo camino que en el ámbito aplicado todavía queda por recorrer.

8.2.1. Claves de futuro en relación al modelo de cuidados

Como hemos visto a lo largo de todo este informe, se trata de avanzar en la implantación de un **modelo de cuidados de larga duración de carácter ecosistémico, territorializado** y basado en el concepto “vivienda para toda la vida”. Para ello, consideramos necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Castilla y León, a partir de la experiencia acumulada en los últimos años, está en condiciones de avanzar en este marco conceptual, superando definitivamente la concepción de que las personas tengan que trasladarse a los recursos adecuados en diversos momentos de la evolución de su situación de dependencia, para implantar recursos y servicios flexibles y adaptables a las situaciones de necesidad de apoyos y cuidados.

- **En su domicilio habitual, en modelos alternativos de viviendas o en unidades de convivencia**, concebidas como conjunto de viviendas en torno a un espacio común. Esta fórmula se ha de priorizar en personas con demencia ya que la evidencia científica identifica las unidades pequeñas con menor manifestación de ansiedad y depresión, menor uso de psicofármacos, mayor movilidad, así como mejor interacción entre residentes y profesionales, por lo que es importante limitar su tamaño.
- El modelo que se sugiere, cuando se desarrolla en base **al concepto “vivienda para toda la vida”**, debe contar con un sólido sistema de provisión de atenciones, apoyos y servicios domiciliarios de base comunitaria. La imprescindible coordinación de cuidados sociales, sanitarios, familiares y cualquier otro procedente de la acción voluntaria y comunitaria puede ser coordinado desde la metodología **de gestión del caso** de procedencia sanitaria o social en función del tipo de complejidad que presente.
- En el caso de las unidades de convivencia, es necesario mejorar **el modelo de coordinación sociosanitaria** actual. La crisis que estamos padeciendo con la pandemia de la COVID 19, y su trágico impacto en los centros residenciales impone una reflexión en profundidad basada siempre en la complementariedad y el refuerzo de la atención sanitaria desde el sistema de salud en función de necesidades. Posicionamiento que refrenda los derechos de las personas con independencia de su edad y también el enfoque centrado en ellas, desde la promoción de su intimidad y vida hogareña, en ningún caso hospitalaria. El sistema de atención primaria de salud se identifica como referente para afrontar las necesidades sanitarias, desde el reconocimiento de la necesidad de reforzar su estructura actual.
- Un modelo de cuidados de larga duración, como el que se propone, requiere un **esfuerzo financiero** a todos los niveles, pero sobre todo:
 - Mejorando el **equilibrio entre las partidas presupuestarias destinadas a atenciones domiciliarias y residenciales**, para dar respuestas a los deseos de la población desde la calidad de la atención, allí donde se preste.
 - Revisando la situación y dotación de **profesionales de atención directa, especialmente las de gerocultoras o cuidadoras**. “Cuidar a los que

cuidan” debe ser una realidad también en los ámbitos profesionales, más allá de la necesaria revisión de sus condiciones salariales.

- Invirtiendo en **formación y acompañamiento** de estas profesionales, para avanzar en el conocido como “cambio cultural” que define el enfoque centrado en las personas y que se concreta en el respeto a la dignidad, autonomía y promoción del buen trato en entornos de fragilidad extrema.
- De este modo, se propone analizar los sistemas de **diversificación tarifaria y competencial** que otros países realizan para valorar aquellos aspectos que pudieran ser viables en Castilla y León.
- En este marco de desarrollo, tanto las iniciativas de viviendas integradas en barrios o pueblos, como la construcción de nuevos centros que reúnan un conjunto de unidades de convivencia, deberán tener en cuenta el conocimiento adquirido y reseñado someramente en este informe. sobre **diseño arquitectónico y ambiental** y su impacto en la salud y el bienestar de las personas: usuarias, profesionales y familias.
- La integración de estos recursos en **entornos urbanos o rurales amigables** y llenos de vida es condición indispensable para garantizar enfoques personalizados.

8.2.2. Algunas recomendaciones de especial interés para el ámbito aplicado

a) Para facilitar el ambiente hogareño, doméstico en los centros y abandonar “lo institucional”:

- Reorganizar los centros en pequeñas unidades residenciales modelo hogareño, lo cual implica tanto medidas referidas al diseño del espacio físico como a la organización de la vida y actividad cotidiana. En relación al diseño y organización de las viviendas o miniapartamentos, es recomendable que:
 - Su tamaño sea limitado sobre todo cuando son personas con demencia (no más de 12 personas).
 - Los espacios comunes sean susceptibles de subdivisión, en función de la disponibilidad de cuidadores y del tipo de actividad que se lleve a lo largo día.

- Se ubiquen en torno a un espacio común central que disponga de una cocina comedor y de un salón de estar donde se realiza la vida cotidiana con estas personas.
 - Cuenten con un espacio amplio amueblado por la persona que garantice su intimidad, autonomía e identidad. Se debe no solo permitir sino apoyar la personalización de las habitaciones, teniendo libertad para poder traer sus propios muebles y permitiendo que sean completamente decoradas a su gusto.
 - Se organicen siguiendo criterios de afinidad personal, intereses y modos de vida similares, en vez de según grados de dependencia.
- Eliminar en los centros todos los elementos institucionales que recuerden a hospitales u hoteles. Siempre, procurando que estos espacios sean acogedores, en los que se percibe la calidez del hogar.
 - Prestar una especial atención a la iluminación de los espacios, evitando las luces frías de carácter hospitalario.
 - Personalizar los espacios, privados y comunes, contando con la participación de las personas mayores, familias y profesionales.
 - Promover un acceso sencillo y seguro a zonas que permitan estar al aire libre (jardín, terrazas o incluso barrios de la urbanización). Esto es de máxima importancia para las personas con demencia, evitando que estén “encerradas” en unidades, que puedan caminar y moverse en zonas exteriores, experimentando sensación de libertad y disfrutar de los beneficios del aire libre.
 - Organizar actividades cotidianas domésticas y significativas para las personas, prestando un especial apoyo y atención a las personas más dependientes para que no queden “aisladas” aunque su participación sea parcial o menos activa.
 - Fomentar el contacto social con el barrio y personas de distintas edades.
 - Apoyar a las personas para que puedan seguir manteniendo el contacto con grupos de la comunidad significativos para la persona.
 - Organizar la presencia habitual y planificada de voluntariado en los centros.
 - Fomentar y apoyar la presencia y colaboración familiar en la actividad cotidiana del centro.

- Ofrecer oportunidades y apoyos para que las personas puedan mantener sus prácticas religiosas y espirituales.
- Respetar la diversidad cultural en aumento en cuanto a hábitos (comida, vestido) y modos de vida, sensibilizando y formando a los profesionales en este tema.
- Prestar una especial atención a la búsqueda del bienestar y de la vida significativa en personas con demencia (estímulo a la participación en actividades cotidianas, espacios de reminiscencias y objetos significativos, utilización de música personalizada, etc.).

b) Para avanzar en la personalización de la atención, la protección de derechos y el bienestar personal de quienes allí viven y reciben cuidados:

- Desarrollar estrategias para visibilizar, informar y apoyar los derechos los derechos de las personas que viven en residencias. La existencia de figuras defensoras o valedoras de las personas que viven en residencias y se preocupan por velar por sus derechos.
- Prestar una especial a la protección de derechos de las personas y a la búsqueda del bienestar de las personas con demencia. Trabajar con profesionales y familias desde procesos formativos y reflexivos sobre la mirada y el reconocimiento a las personas con gran deterioro.
- Realizar planes personalizados de atención que incorporando no solo objetivos de cuidados sino también contemplando metas personales y objetivos relacionados con el aseguramiento de derechos.
- Impulsar y facilitar la participación de la persona, y en su caso, de alguna persona cercana (familia o amistad) en el diseño y realización del plan de atención. Utilizar para ello metodologías basadas en la Planificación Centrada en la Persona (PCP).
- Valorar, y en su caso apoyar, las preferencias personales importantes para las personas que, aunque puedan suponer ciertos riesgos, evitando la tendencia a restringir la libertad ante situaciones que supongan el mínimo riesgo para la seguridad de la persona ignorando los daños psicoemocionales.

c) Para mejorar el cometido de un rol profesional centrado en las personas, apoyando de una forma especial al personal gerocultor:

- Facilitar la estabilidad, en y en cuanto a asignación estable en el cuidado (no rotación dentro del propio centro).
- Incrementar las actuales ratios por turnos de trabajo en cuanto a contratación y módulos o grupos de personas.
- Lograr una mayor polivalencia de la figura del gerocultor/a (o similar), desarrollando un número mayor de tareas vinculadas al apoyo de la vida diaria, modo asistente personal o cuidado en el domicilio.
- Apoyar su mayor autonomía, capacidad de organizar su trabajo y así de este modo poder realizar atenciones más personalizadas.
- Diseñar nuevos modos de formación continuada, orientada desde un acompañamiento in situ supervisando el correcto desempeño del rol, desarrollando de forma progresiva sus conocimientos, habilidades y apoyando sus dificultades.
- Ofrecerles apoyo por parte de otros profesionales que, desde relaciones colaborativas, actúen a modo consultor.

d) Para apoyar equipos, personas y crear organizaciones amigables:

- Fomentar procesos de liderazgo y desarrollo organizacional afines a modelos de atención centrados en las personas.
- Seleccionar y ofrecer un especial apoyo a los responsables de los servicios, reconociendo su importante papel en el liderazgo de los centros y en los procesos de cambio.
- Crear estrategias de cooperación entre los distintos actores (profesionales, personas mayores, familias, voluntarios/as), clarificando sus roles complementarios, alineando una visión común y canalizando su participación, a través de órganos y espacios concretos, en la planificación y evaluación de los servicios.

- Generar una presencia habitual de voluntariado, organizada y alineada con el centro para hacer posible un acompañamiento más intenso a algunas personas y desarrollar proyectos diversos.
- Desarrollar el trabajo en red para favorecer la cercanía de los recursos a los servicios residenciales, realizando diagnósticos de los recursos de la zona y planificando estrategias para el fomento del contacto y apoyo mutuo.

e) Para mejorar los sistemas de inspección y apoyo a la calidad:

- Reforzar el papel de la inspección, como acompañante de procesos de cambio, ayudando a los equipos y servicios a implantar buenas prácticas y, de alguna forma, priorizando un rol basado en la confianza y el apoyo en detrimento del mero control con fin sancionador, lo cual, obviamente, no implica olvidar su potestad sancionadora.
- Centrar el control de la calidad de la atención dispensada una vez que el centro está en funcionamiento, realizando evaluaciones periódicas orientadas desde marcos de calidad definidos, bien por estándares, directrices de calidad o recomendaciones de buena praxis.
- Diseñar modelos de evaluación que den más peso a los resultados de la calidad dispensada (indicadores referidos a la salud, el bienestar y la protección de derechos de las personas) que a las condiciones materiales y funcionales de los servicios (indicadores de estructura y proceso).
- Combinar la evaluación externa, realizada por organismos con competencias en inspección, junto con la evaluación interna realizada por los propios centros.
- Crear de sistemas de información actualizada y compartida para facilitar el seguimiento de los centros, detectar y actuar ante alarmas y situaciones de riesgo.
- Poner en marcha herramientas de información y gestión de datos interoperables entre el sistema sanitario y social, con las consiguientes restricciones en el acceso a la información que garanticen los requisitos establecidos en la Ley de protección de datos.
- Dar publicidad a los resultados de las inspecciones y de las evaluaciones realizadas a los centros, obviamente, garantizando cuestiones de confidencialidad referida a informaciones personales.