



Sistema
de **Cuidados**

MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA

Revisión internacional de Miguel Leturia, Instituto
Matia y Joseba Zalakain, Arantxa Mendieta, Ainhoa
Carcadilla, SIIS.

**REVISIÓN INTERNACIONAL DE MODELOS DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS
CON DEPENDENCIA**



Sistema
de **Cuidados**



Obra publicada bajo licencia Creative Commons

El material del presente libro puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestran los créditos. Pero de este uso no se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	13
1.1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	15
1.2. ESTRUCTURA DEL INFORME	16
2. REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS: PANORAMA GENERAL	21
2.1. MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: FUNCIONES, HERRAMIENTAS Y MODELOS	21
2.1.1. Funciones y herramientas de los sistemas de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia	21
2.1.2. Elementos contextuales e institucionales.....	28
2.1.3. Los modelos de regulación y gestión de la calidad	30
2.2. EL SISTEMA DE REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ALEMANIA, BÉLGICA, ESPAÑA, FRANCIA, REINO UNIDO, PORTUGAL Y ESTADOS UNIDOS	32
2.2.1. Introducción.....	32
2.2.2. El uso de las herramientas de regulación y gestión de la calidad en Alemania, Bélgica, España, Francia, Reino Unido, Portugal y Estados Unidos.....	33
2.2.3. Principales características de los modelos de gestión y regulación de la calidad en los países analizados	68
2.3. CONCLUSIONES: ALGUNAS PAUTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO EFICIENTE DE REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	76
2.4. BIBLIOGRAFÍA.....	89
Anexo	90
3. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ALEMANIA	93
3.1. INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	93
3.1.1. Elementos básicos del sistema: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.....	93
3.1.2. Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Alemania.....	100
3.2. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA.....	101
3.2.1. Regulación, autorización e inspección	101
3.2.2. Evaluación y publicación de resultados	116

3.2.3.	Acreditación, concertación y homologación	120
3.2.4.	Estandarización, certificación, protocolización y definición de guías y buenas prácticas	120
3.3.	OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO ALEMÁN: LA CARTA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE NECESITAN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	125
3.4.	CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES.....	126
3.5.	BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y RECURSOS EN INTERNET.....	129
3.5.1.	Bibliografía	129
3.5.2.	Normativa	129
3.5.3.	Recursos en internet.....	130

4. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN BÉLGICA..... 133

4.1.	INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN BÉLGICA Y LA REGIÓN DE VALONIA	133
4.1.1.	Elementos básicos del sistema	133
4.1.2.	Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Bélgica	141
4.2.	LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	142
4.2.1.	Autorización e inspección	142
4.2.2.	Estandarización, certificación, protocolización y definición de guías y buenas prácticas	155
4.2.3.	Evaluación.....	157
4.3.	OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO BELGA.....	158
4.3.1.	Proyecto de indicadores sobre la calidad de la atención los centros residenciales de flandes	158
4.3.2.	Agencia valona contra el maltrato a personas mayores – respect seniors	160
4.4.	CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES.....	161
4.5.	BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y RECURSOS EN INTERNET.....	164
4.5.1.	Bibliografía	164
4.5.2.	Normativa	164
4.5.3.	Recursos en internet.....	164

5. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA Y CATALUÑA 167

5.1.	INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CATALUÑA Y ESPAÑA	167
5.1.1.	Elementos básicos del sistema: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.....	167
5.1.2.	Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Cataluña.....	171
5.2.	LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	172
5.2.1.	Regulación, autorización e inspección	172
5.3.	ACREDITACIÓN, CONCERTACIÓN Y HOMOLOGACIÓN.....	190

5.3.1.	Estandarización, certificación, protocolización y definición de guías y buenas prácticas	197
5.3.2.	Evaluación y publicación de resultados	201
5.4.	OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO ESPAÑOL.....	204
5.4.1.	Proyecto de decreto de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.....	204
5.4.2.	Modelo ACP Gerontología: evaluación de los servicios gerontológicos desde el paradigma de la Atención Centrada en la Persona (ACP)	208
5.4.3.	Elaboración de estándares y transferencia del conocimiento en materia de calidad en servicios sociales: la Fundación Eguía Careaga	210
5.4.4.	Estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía	212
5.4.5.	Publicación de los planes de inspección de las CCAA	212
5.5.	CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES	213
5.6.	BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y RECURSOS EN INTERNET.....	215
5.6.1.	Bibliografía	215
5.6.2.	Normativa	217
5.6.3.	Recursos en internet.....	218

6.	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN FRANCIA	221
6.1.	INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN FRANCIA	221
6.1.1.	Elementos básicos del sistema	221
6.1.2.	Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Francia.....	228
6.2.	LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	229
6.2.1.	Autorización e inspección	230
6.2.2.	Acreditación y habilitación	243
6.2.3.	Evaluación, estandarización, certificación, protocolización y definición de guías y buenas prácticas	247
6.2.4.	Evaluación y publicación de resultados	254
6.3.	OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO FRANCÉS	257
6.3.1.	Panel de indicadores sobre el rendimiento de centros sociosanitarios (Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social)	257
6.3.2.	Carta Nacional de Calidad (Charte National de Qualité)	260
6.4.	CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES	261
6.5.	BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS EN INTERNET	263
6.5.1.	Bibliografía	263
6.5.2.	Normativa	264
6.5.3.	Recursos en internet.....	264

7. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL REINO UNIDO E INGLATERRA 267

7.1. INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL REINO UNIDO E INGLATERRA.....	267
7.1.1. Elementos básicos del sistema: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.....	267
7.1.2. Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Inglaterra.....	275
7.2. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN INGLATERRA.....	276
7.2.1. Regulación y normativa básica.....	276
7.2.2. Registro y autorización.....	278
7.2.3. Inspección, evaluación y monitorización permanente.....	283
7.2.4. Estandarización, buenas prácticas y transferencia del conocimiento.....	287
7.3. OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL REINO UNIDO.....	292
7.3.1. Un nuevo enfoque en la evaluación de la calidad en los servicios sociales.....	292
7.3.2. Compromiso común por la atención de alta calidad.....	293
7.4. CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES.....	294
7.5. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS EN INTERNET.....	296
7.5.1. Bibliografía.....	296
7.5.2. Recursos en internet.....	297

8. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN PORTUGAL 303

8.1. INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN PORTUGAL.....	303
8.1.1. Elementos básicos del sistema: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.....	203
8.1.2. Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Portugal.....	312
8.2. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN PORTUGAL.....	313
8.2.1. Regulación, autorización e inspección.....	314
8.2.2. Acreditación, concertación y homologación.....	326
8.2.3. Evaluación, monitorización y publicación de resultados.....	327
8.2.4. Estandarización, certificación y definición de guías y buenas prácticas.....	332
8.3. OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO PORTUGUÉS: LA ESTRATEGIA DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	334
8.4. CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES.....	335
8.5. BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y RECURSOS EN INTERNET.....	338
8.5.1. Bibliografía.....	338
8.5.2. Normativa.....	339
8.5.3. Normativa.....	339

9. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESTADOS UNIDOS	343
9.1. INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESTADOS UNIDOS	343
9.1.1. Elementos básicos del sistema: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.....	343
9.1.2. Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia en Estados Unidos	351
9.2. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESTADOS UNIDOS	355
9.2.1. Regulación, autorización e inspección	356
9.2.2. Acreditación y estandarización	360
9.2.3. Evaluación, monitorización y publicación de resultados	361
9.2.4. Certificación, definición de guías y buenas prácticas.....	369
9.3. OTRAS EXPERIENCIAS DE INTERÉS EN EL ÁMBITO ESTADOUNIDENSE.....	371
9.3.1. Programa de Mejora de la Calidad en la Organización	371
9.3.2. Programa para garantizar la calidad y mejorar el rendimiento	372
9.3.3. Programa Defensor del Pueblo de la atención a la dependencia	373
9.3.4. Programas basados en el valor (pago por rendimiento)	374
9.4. CONCLUSIONES Y PRINCIPALES APRENDIZAJES	375
9.5. BIBLIOGRAFÍA, NORMATIVA Y RECURSOS EN INTERNET.....	379
9.5.1. Bibliografía	379
9.5.2. Normativa	379
9.5.3. Recursos en Internet.....	379

01. PRESENTACIÓN

1. PRESENTACIÓN

1.1. Introducción y objetivos

La República Oriental del Uruguay está poniendo en funcionamiento un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) que se constituirá en uno de los pilares fundamentales de la nueva matriz de protección social. Uno de los objetivos del sistema ha de ser el de garantizar la calidad de los cuidados, independientemente del prestador del servicio, para lo cual es necesario desarrollar un modelo de calidad que implica la fijación de estándares únicos para los servicios y prestaciones, con independencia de que el prestador sea público o privado, así como definir el mecanismo a utilizar para otorgar el cumplimiento del estándar, los incentivos para que los prestadores cumplan, y el modelo de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía que esto implica.

En ese marco, y para el posterior diseño de un modelo de Gestión de Calidad para el SNIC, este documento recoge un exhaustivo análisis de diversas experiencias internacionales de modelos de calidad de las políticas de cuidado. Con ese punto de partida, los objetivos del informe son dos:

- por una parte, describir los modelos de regulación y gestión de la calidad desplegados en diversos países de Europa y América en el ámbito de los servicios a personas en situación de dependencia, con particular atención a la calidad de la atención en los servicios residenciales para personas mayores. También se analiza, sin embargo, la aplicación de esos modelos a otros colectivos (como las personas con discapacidad menores y adultas) y en otros servicios, como la atención diurna o a domicilio. En ese sentido, el objetivo del informe es el de establecer los instrumentos y métodos de trabajo que cada una de esas diferentes institucionalidades de gestión de la calidad utilizan para la implementación, tales como medidas de desempeño, información pública y modelo de acreditación y certificación, detallando las capacidades organizativas que poseen y los diferentes modelos de articulación de políticas que llevan adelante.
- por otra parte, a partir de una lectura transversal de las diferentes experiencias nacionales descritas, identificar los elementos clave que han de tenerse en cuenta a la hora de la construcción de un modelo de aseguramiento y gestión de la calidad, y las diferentes opciones que pueden existir en relación a esos elementos, así como las consecuencias o efectos que cabe esperar de las opciones disponibles.

Por las razones que se señalan posteriormente, los países –o regiones–¹ cuyo caso se ha analizado son Alemania, España (con particular atención a la comunidad autónoma de Cataluña),

1 Como se explica en el informe, el carácter descentralizado de algunos de los sistemas analizados obliga a centrar la descripción y el análisis en la realidad de las entidades subestatales (regiones, estados, comunidades autónomas, etc.) que conforman estos países. Solo en el caso de Francia y de Portugal no ha sido necesario hacer referencia a una región específica, dado el carácter centralizado de sus respectivos sistemas de protección social.

Francia, Bélgica (región de Valonia), Reino Unido (Inglaterra), Estados Unidos (con particular atención al Estado de Minnesota) y Portugal.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo de análisis se ha realizado básicamente a partir de la documentación contenida en la base bibliográfica sobre servicios sociales que gestiona el SIIS Centro de Documentación y Estudios, y que contiene en torno a 5.000 referencias bibliográficas específicas sobre calidad de la atención en el ámbito de los servicios sociales.

1.2. Estructura del informe

La estructura del informe responde a los objetivos señalados.

Además de este primer capítulo introductorio, el segundo capítulo recoge una lectura transversal de toda la información recogida y, en sus conclusiones, plantea algunos elementos básicos sobre los componentes de los modelos de regulación y gestión de la calidad establecidos, que puedan contribuir a sentar las bases de un modelo de gestión de la calidad en Uruguay. Para ello, el capítulo propone en primer lugar marco conceptual para el análisis de la gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia, detallando las funciones, herramientas y modelos que se identifican en la literatura consultada, así como los factores contextuales e institucionales sobre los que se aplican y que, lógicamente, determinan su aplicación. A partir de marco conceptual, se describen las principales características de los modelos analizados, articulando la información en función de cinco grandes ejes o ámbitos:

- el establecimiento, mediante la normativa reguladora, de requisitos básicos para la autorización administrativa y el registro de los centros y servicios;
- la homologación o habilitación de los centros y entidades para la prestación de servicios de responsabilidad pública y/o para el acceso a la financiación pública por los servicios prestados;
- la inspección de los requisitos establecidos para la autorización y la homologación, así como la evaluación de la calidad de la atención mediante escalas e indicadores capaces de medir los procesos y los resultados, y su eventual publicación;
- la certificación o acreditación de la calidad de la atención por parte de entidades independientes;
- la estandarización de la atención mediante directrices y guías de buenas prácticas.

Tras el análisis realizado, en el siguiente apartado se plantan, de forma esquemáticas, las conclusiones que cabe extraer de los siete casos analizados y algunas pautas para la construcción de un modelo eficiente de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados a las personas en situación de dependencia.

El resto del informe recoge, en el Anexo, el análisis de caso realizado para los siete países estudiados analizados, representativos de los diferentes modelos o enfoques identificados en la literatura. Pese a la dificultad de establecer un marco común de análisis, se ha intentado que todos los capítulos del Anexo tengan una estructura común, que permita un análisis sistemático y ordenado del sistema establecido en cada país. En todo caso, y como se señala posteriormente, se trata de una estructura relativamente arbitraria, no exenta de solapamientos y que no siempre se adapta al modelo existente en cada uno de los países analizados, pero que permite una descripción sistemática y razonablemente homogénea de cada uno de los siete sistemas analizados.

Con ligeras variantes, los aspectos que se recogen en cada uno de los siete capítulos monográficos son los siguientes:

- Elementos básicos del sistema analizado: marco competencial y normativo y principales servicios y prestaciones.
- Datos básicos sobre el sistema de atención a la dependencia (gasto, cobertura y principales elementos).
- Normativa reguladora básica.
- Procedimiento de autorización.
- Procedimiento de acreditación u homologación.
- Procedimientos de inspección y evaluación.
- Sistemas de medición y publicación de resultados.
- Certificación, estandarización y buenas prácticas.
- Otras experiencias de interés.
- Conclusiones y principales aprendizajes.

02. PANORAMA GENERAL

2. REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS: PANORAMA GENERAL

2.1. Marco conceptual para el análisis de la gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia: funciones, herramientas y modelos

2.1.1. FUNCIONES Y HERRAMIENTAS DE LOS SISTEMAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

De acuerdo a Mor (2014), las funciones que normalmente se atribuyen a los sistemas de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de la atención a las personas en situación de dependencia son tres. Por una parte, el establecimiento de requisitos o estándares mínimos, de carácter obligatorio, para la prestación del servicio y la autorización administrativa para el inicio de la actividad, a partir de una inspección o comprobación inicial. Se trata de las funciones más habitualmente asociadas a la **regulación** y se centra en determinar qué agentes, con qué medios y en qué condiciones pueden prestar los servicios de cuidado objeto de regulación. Los estándares se han centrado habitualmente en los aspectos más claramente estructurales (*inputs*), estableciendo una serie de requisitos físicos, materiales y funcionales para el desarrollo de la actividad, tanto en lo que se refiere a las características físicas de los centros en los que se desarrolla el servicio como a la cualificación y las funciones del personal. A menudo, los requisitos se han centrado también en los procesos y procedimientos de atención (*outputs*), y en su adecuado registro. En ocasiones, señala Mor, los requisitos establecidos en la regulación hacen también referencia a los resultados de la atención (*outcomes*), si bien, como se verá, su consideración a la hora de regular los estándares de atención ha sido, en general, escasa.

Es importante señalar, además, que el establecimiento de requisitos y estándares de obligado cumplimiento puede adoptar varias formas: en ocasiones, se trata de las normas que regulan el ejercicio de la actividad, de tal forma que cualquier entidad que haya accedido a una **autorización** o licencia administrativa pueda desempeñarla. Sin embargo, dado el papel que el sector privado, con y sin fin de lucro, juega en el ámbito de la dependencia en lo que se refiere a la provisión de servicios de responsabilidad pública –o, al menos, de servicios cofinanciados por parte de las administraciones públicas–, la **acreditación** u **homologación**² de determinados

2 En la normativa del País Vasco, por ejemplo, la previa homologación constituye un requisito preceptivo para que una entidad privada pueda concertar o contratar, o, en su caso, convenir la provisión de servicios sociales con una administración pública. En ese marco, la homologación es el acto por el que la Administración competente declara, mediante resolución motivada, que una entidad, un servicio o centro de titularidad privada–estos últimos autorizados para actuar en el área de los servicios sociales en el ámbito territorial correspondiente–, son idóneos, de acuerdo con la planificación existente, para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, atendiendo en todo caso a criterios de calidad, eficacia y costo económico y social (Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco). Puede ocurrir en cualquier caso que para la concertación o contratación de servicios se establezcan condicionales adicionales a las que se establecen para la homologación.

centros o entidades como proveedoras de servicios juega en este aspecto un papel esencial, estableciéndose por lo general criterios o estándares adicionales a los que afectan a los centros que únicamente intervienen en el mercado privado. La instauración de los requisitos para la autorización y la homologación, y su comprobación, suele en ocasiones corresponder a un mismo agente o nivel institucional, aunque no son pocos los casos en los que diversas entidades o niveles de la administración se responsabilizan de cada una de estas fases.

Por otra parte, el control permanente del cumplimiento de esos requisitos, generalmente mediante los servicios de **inspección**.³ La segunda función señalada por Mor se refiere al control y el seguimiento del cumplimiento de los requisitos establecidos, ya sea en la fase de autorización, ya sea en la fase de homologación. Las fórmulas establecidas para la inspección del cumplimiento de esos requisitos (frecuencia y contenido de las inspecciones, destinatarios preferentes, perfil del personal inspector, etc.), así como las consecuencias que se derivan de su incumplimiento, varían en función de los modelos establecidos en cada país. También varía el enfoque en el que se basan estas inspecciones, distinguiéndose en la literatura dos aproximaciones diferentes: una basada en el cumplimiento o la adhesión (*compliance based approaches*), que busca fórmulas de resolución informal de los conflictos, y otra basada en la prevención o la disuasión (*deterrence based*), que se identifica generalmente con la adhesión a un marco regulador rígido. Ambas tienen, como señala Mor, sus ventajas y desventajas: en el primer caso, por ejemplo, tiende a evitarse una aplicación excesivamente subjetiva de los criterios establecidos, mediante una determinación más explícita y formalizada de los criterios, al precio de priorizar el cumplimiento de la letra, y no del espíritu, de los criterios establecidos. En el segundo caso, se fomenta una aplicación de la norma más adaptada a la realidad de cada caso, pero, al mismo tiempo, se corre el riesgo de favorecer diferencias en la aplicación de la norma y una excesiva discrecionalidad.

Junto a los procedimientos de inspección, juegan también un papel relevante en este ámbito los procedimientos para la presentación de quejas por parte de las personas usuarias o sus familiares, que en ocasiones dan pie a la realización de inspecciones extraordinarias. Tanto en el caso de las inspecciones rutinarias u ordinarias, como de las extraordinarias, la respuesta de la autoridad inspectora a las deficiencias detectadas es también muy variable y va desde la recomendación de subsanar las carencias leves detectadas a la suspensión o revocación de la autorización de apertura y/o de la homologación, pasando por la imposición de sanciones económicas. Sin embargo, las dificultades prácticas y administrativas que existen para la determinación de las sanciones en caso de incumplimiento –derivado, en parte, de una normativa que también busca garantizar los derechos de las entidades prestadoras de servicios–, resta utilidad a estas sanciones desde el punto de vista de la mejora de la calidad de la atención. En efecto, señala Mor, las sanciones juegan un papel importante a la hora de prevenir deficiencias de calidad en los recursos o instalaciones de los centros, así como a la hora de expulsar del mercado a las entidades que reinciden en incumpli-

3 De acuerdo a ese mismo Decreto, la potestad administrativa de inspección comprende el ejercicio de las funciones de vigilancia, control y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de servicios sociales, con objeto de garantizar el derecho de la ciudadanía a la calidad de la atención en los servicios sociales.

mientos relevantes, pero resultan poco útiles para incentivar la mejora de la calidad de la atención en lo referente a los aspectos más cualitativos o a los que, siendo importantes, no comprometen la seguridad o el bienestar básico de las personas usuarias.

El elevado esfuerzo, económico y administrativo, que generan los procedimientos de inspección ha llevado, por otra parte, al desarrollo de modelos de inspección basados en “perfiles de riesgo”, que se derivan de determinadas características de los centros o entidades prestadoras de servicios.

En tercer lugar, la evaluación o el reconocimiento del grado de desempeño en la aplicación de esos requisitos. Más allá de la autorización administrativa y de la homologación de entidades y centros para la provisión de servicios de responsabilidad pública, y de su posterior inspección, la tercera función básica de los modelos de regulación y gestión de la calidad se basa en la evaluación de los resultados de la atención prestada y su eventual publicación. Ello requiere el desarrollo de sistemas de indicadores que permitan medir de forma adecuada la calidad de la atención y, de forma cada vez más habitual, su impacto en términos de calidad de vida de las personas atendidas, mediante escalas específicas.

Esta tercera función incluye también el establecimiento de sistemas voluntarios, generalmente privados, de **certificación** de la calidad y/o de **estandarización** de los procesos de atención mediante directrices profesionales, guías de buenas prácticas y otras herramientas similares. Se trata en general de elementos ajenos a la regulación y su inspección, en principio de carácter optativo, y están básicamente orientados, como después se señalará, a la lógica de la competencia en el mercado. Estas certificaciones, calificaciones o clasificaciones pretenden desde ese punto de vista orientar la elección por parte de las personas usuarias –consideradas como consumidoras en un mercado en el que rige la ley de la oferta y la demanda– de los centros que procuran una atención de más calidad y, por ende, la competición entre los diversos proveedores de servicios. Las estrategias de *marketing* juegan en ese caso, como se verá más adelante, un papel importante.

Esta tercera función se corresponde, por otra parte, en mayor medida que las anteriores, a la toma en consideración de la situación real de las personas usuarias desde el punto de vista de los resultados (outcomes) que se derivan de los cuidados prestados y, en última instancia, a la medición de su calidad de vida. También se incluyen en este enfoque –si bien constituyen más una herramienta que una función propiamente dicha– los sistemas establecidos para recompensar con pagos adicionales a los proveedores de servicios que demuestran cumplir unos criterios y/o alcanzar unos resultados considerados óptimos.

Murakami y Colombo (2013) plantean un modelo similar en relación a las funciones y las herramientas que conforman los sistemas de gestión y regulación de la calidad, agrupando las políticas e instrumentos disponibles en tres grandes grupos, que reflejan, a su vez, los principales enfoques desarrollados en los países de nuestro entorno en relación a esta cuestión. De acuerdo a estos autores, “un primer paso para superar incapacidad de los proveedores de servicios para autorregularse es imponer ciertos controles regulatorios externos para salvaguardar y contro-

lar la calidad. Estos controles típicamente se enfocan en controlar los *inputs* o insumos (cualificación y dotación de personal, infraestructuras, etc.) estableciendo normas mínimas aceptables, y luego controlar su cumplimiento. Un segundo enfoque es desarrollar estándares que busquen estandarizar la práctica del cuidado de manera deseable, y luego monitorear los indicadores de calidad para asegurar que los resultados del cuidado coincidan con los objetivos deseados. Un tercer enfoque es estimular la mejora de la calidad mediante el uso de incentivos dirigidos a proveedores y usuarios, incluido el uso de incentivos financieros y el fomento de la competencia entre los proveedores de atención basada en medidas de rendimiento” (página 21).

La tabla siguiente recoge las políticas o instrumentos que, de acuerdo a estos autores, cabe relacionar con cada uno de estos enfoques o funciones.

Tabla 1. Funciones y herramientas para la regulación y la gestión de la calidad en el ámbito de la atención a las personas en situación de dependencia

Función	Medidas / políticas
Regulación y control de los <i>inputs</i>	• Calidad del cuidado y legislación de protección a personas mayores. • Normas mínimas de calidad. • Acreditación y certificación de proveedores y organizaciones. • Auditoria de instalaciones. • Cualificación y certificación del personal.
Seguimiento y estandarización de los procesos	• Evaluación de necesidades, elaboración de planes individuales de cuidados. • Directrices y guías de buenas prácticas. • Escalas de medición de la situación de las personas atendidas. • Encuestas de satisfacción. • Políticas para la notificación pública de resultados y desempeño.
Mejora del sistema mediante incentivos	• Pago por rendimiento. • Políticas orientadas a incentivar la elección por parte de las personas usuarias. • Políticas e instrumentos de protección del usuario (ombudsman, etc.). • Informes públicos y calificaciones. • Políticas de integración y coordinación. • Uso de las TIC.

Fuente: Elaboración propia a partir de Marukami y Colombo (2013).

Finalmente, Leone, Maresso y Mor (2014) distinguen hasta 17 funciones o herramientas diferentes dentro del “arsenal” de instrumentos de gestión de la calidad en el ámbito de la atención a las personas dependientes. Si bien es evidente que se trata de una definición arbitraria en la que ciertos conceptos pueden solaparse y en la que se mezclan políticas e instrumentos de muy diversa entidad y categoría, el listado propuesto resulta de utilidad para plantar una aproximación preliminar a la “caja de herramientas” disponible en este ámbito. Se describen a continuación, muy brevemente, estos instrumentos.

- **Registro/autorización.** Se trata obviamente de la función más común y extendida, aplicada de una u otra forma en todos los sistemas analizados.
- **Definición de estándares respecto a los elementos estructurales, físicos o materiales.** También ampliamente extendido y vinculado a menudo, al menos en parte, a la normativa técnica sobre seguridad y requisitos constructivos en los edificios de uso público, si bien también se incluyen en este apartado todas las disposiciones relativas a los requisitos materiales y funcionales de los centros.
- **Definición de criterios para la formación profesional.** La definición de criterios (contenidos de los currículos formativos, niveles mínimos de cualificación, para el acceso a determinadas ocupaciones, etc.) relativos a la formación de los profesionales (e, incluso, en ocasiones, cuidadores informales) que intervienen en el ámbito de los cuidados es también generalizada en la práctica totalidad de los sistemas de regulación y gestión de la calidad, siendo en todo caso muy acusadas las diferencias que existen entre los diversos países en lo que se refiere a los niveles mínimos de cualificación requeridos.
- **Asociaciones profesionales.** En algunos países resulta habitual el recurso a las asociaciones profesionales a la hora de establecer los estándares relativos no solo a la cualificación profesional, sino al resto de los criterios relacionados con la gestión de la calidad. En ocasiones, no se trata estrictamente hablando de las asociaciones de profesionales sino, como en el caso de Alemania, de las entidades que agrupan a las empresas o fundaciones proveedoras de servicios, en el marco de un modelo, como se señalará más adelante, de carácter corporativo.
- **Establecimiento de criterios básicos relativos a los procedimientos de atención.** Estos criterios –también ampliamente utilizados– hacen referencia a la parte no estructural de la atención y tienen por objeto promover los procedimientos vinculados a una atención de calidad, así como evitar aquellos procedimientos o pautas de actuación que se han demostrado perjudiciales. De acuerdo a Leone, Maresso y Mor (2014), entre los criterios que se suelen aplicar con mayor frecuencia destacan los relativos a las sujeciones físicas o la medicación antipsicótica.
- **Medición de resultados (*outcomes*) desde el punto de vista de las personas usuarias.** Si bien resultan más difíciles de operativizar y de medir, parece ob-

vio –como se señalará más adelante– el creciente interés por la medición, mediante escalas u otros instrumentos, de los resultados de las intervenciones desde el punto de vista de las condiciones de salud o la calidad de vida de las personas atendidas.

- **Inspecciones rutinarias, aleatorias/imprevistas o basadas en perfiles de riesgo.** Como se ha señalado antes, las inspecciones –ya sean rutinarias, aleatorias o basadas en perfiles de riesgo– forman parte también de la caja básica de herramientas de todos los sistemas de gestión y regulación de la calidad. De acuerdo a la literatura consultada, no parece haber evidencia clara de una mayor utilidad de unos tipos u otros de inspecciones, si bien parece probado que las inspecciones basadas en el historial de los centros evitan el costo de inspeccionar los centros o entidades que cuentan con una trayectoria acreditada de cumplimiento de las normas y estándares.
- **Sanciones económicas.** Las sanciones económicas –que en ocasiones toman la forma de suspensión temporal de nuevas admisiones hasta la subsanación de las deficiencias planteadas y, en otras, de sanciones económicas directas– constituyen también una herramienta utilizada en la práctica totalidad de los sistemas.
- **Suspensiones temporales o definitivas.** Junto a las multas o sanciones económicas, los procedimientos de inspección y la resolución de las quejas pueden derivar en cierres temporales o definitivos de las instalaciones –lo que ocurre en general únicamente en casos de extrema gravedad, debido a la necesidad de realojar a las personas usuarias y de garantizar el derecho al ejercicio de una actividad económica–, o en la retirada de la homologación para la provisión del servicio.
- **Recursos administrativos y judiciales.** En la mayor parte de los países, este tipo de sanciones –así como la negativa a la autorización o la homologación de los centros– puede ser recurrido ante diversas instancias administrativas y judiciales, lo que en general desincentiva el uso de estas herramientas por parte de la administración y complica su aplicación (Leone, Maresso y Mor, 2014). Pese a ello, juegan un cierto papel en el “arsenal” de las medidas relacionadas con la gestión de la calidad, en la medida en que protegen a las entidades prestadoras del servicio de la eventual arbitrariedad de los organismos encargados de la inspección y aplicación de los estándares establecidos.
- **Cumplimentación de quejas.** La mayor parte de los países ha puesto también en marcha sistemas de presentación de quejas, mediante los cuales se pretende dar voz a las personas usuarias y a sus familias, así como a los grupos que defienden sus derechos, a la hora de denunciar deficiencias o incumplimientos en la atención prestada. Los sistemas de quejas varían en función de si pueden ser presentadas ante el mismo centro o ante la administración y en algunos casos se han creado figuras, como los ombúdsmanes, especializados en la gestión de las reclamaciones.

- **Publicación de informes.** La publicación de los datos relativos a las inspecciones realizadas o a la situación de las personas atendidas es una herramienta crecientemente utilizada y está vinculada a la disponibilidad sistemática de datos sobre la calidad de la atención y sus resultados. Estos sistemas, como se explicará más adelante, están muy vinculados a la consideración de las personas usuarias como consumidoras capaces de seleccionar el servicio más adecuado cuando cuentan con la suficiente información, y a la búsqueda de la competencia entre proveedores para incentivar la mejora de la calidad. El efecto de este tipo de publicaciones se analizará en detalle en el siguiente apartado.

A partir de ese análisis, los estudios de caso que se incluyen en este informe –y en este capítulo general– se han estructurado en torno a cinco grandes ámbitos o áreas de análisis, en función de las cuales se han intentado agrupar las distintas funciones y herramientas señaladas en la literatura. Como cualquier otra, esta categorización es en cierto modo arbitraria y los elementos que la conforman se solapan o confunden en alguna medida (los requisitos básicos que de acuerdo a la normativa han de cumplir los diversos centros pueden establecerse bien de cara a la autorización, bien de cara a la homologación; la inspección de esos requisitos puede darse tanto en relación a la autorización como a la homologación y no siempre puede diferenciarse de la evaluación; la estandarización puede formar parte de los procesos de evaluación y de acreditación, etc.). Se ha considerado, sin embargo, que permite una descripción razonablemente clara, sistemática y ordenada de los diferentes modelos analizados, garantizando una cierta homogeneidad en el análisis de cada caso.

De todas formas, los cinco aspectos que se analizan en cada uno de los estudios de caso –así como en análisis realizado en el punto 2.3. de este capítulo– son los siguientes:

- el establecimiento mediante la normativa reguladora de unos requisitos básicos para la **autorización** administrativa y el registro de los centros y servicios;
- la **homologación** o habilitación de los centros y entidades para la prestación de servicios de responsabilidad pública y/o para el acceso a la financiación pública por los servicios prestados;
- la **inspección** de los requisitos establecidos para la autorización y la homologación, así como la **evaluación** de la calidad de la atención mediante escalas e indicadores capaces de medir los procesos y los resultados, y su eventual **publicación**;
- la **certificación o acreditación** de la calidad de la atención por parte de entidades independientes;
- la **estandarización** de la atención mediante directrices y guías de buenas prácticas.

2.1.2. ELEMENTOS CONTEXTUALES E INSTITUCIONALES

El desarrollo de las funciones y la aplicación de las herramientas que se acaban de señalar tiene, lógicamente, una materialización diferente en función de una serie de elementos contextuales e institucionales, diferentes en cada país. Esos elementos condicionan la forma que adoptan los diferentes sistemas de regulación y gestión de la calidad y se concretan, a la postre, en los modelos típicos o ideales que se describen en el punto siguiente. Los elementos contextuales e institucionales más relevantes se detallan a continuación.

- La **estructura competencial** y el **grado de descentralización** de las administraciones responsables de la regulación y la gestión de la calidad. El grado de centralización del aparato regulador es, probablemente, uno de los elementos contextuales que ha recibido mayor atención y el que en mayor medida define, en la práctica, la implementación de estos sistemas. De acuerdo a Leone, Maresso y Mor (2014), la centralización se refiere a la asignación de la responsabilidad de establecer los estándares de atención a un nivel administrativo superior –nacional, estatal o federal, según la terminología de cada país–, independientemente de que su aplicación o inspección se delegue en entidades subestatales. Al contrario, los sistemas descentralizados son aquellos en los que la capacidad reguladora, inspectora y evaluadora recae en las entidades subestatales –estados federados, regiones, comunidades autónomas, municipios...–, jugando los niveles administrativos superiores un papel básicamente armonizador. En todo caso, este papel armonizador de la administración central resulta clave, en los modelos descentralizados, para garantizar una cierta igualdad de la ciudadanía y para evitar las tensiones, contradicciones o duplicidades que puedan generarse cuando más de una administración interviene sobre una misma realidad.

La estructura administrativa de cada país –centralizada en Francia y Portugal, federal en EE. UU. y Alemania, autonómica en España, etc.– determina lógicamente el grado de centralización de cada sistema. En todo caso, el nivel de centralización o descentralización de un sistema también se relaciona con la existencia de agencias de la administración encargadas del conjunto de las funciones relacionadas con la gestión de la calidad –como la Care Quality Commission inglesa– y/o con la delegación a los agentes sociales o extragubernamentales de determinadas atribuciones en este campo.

- El papel de los **agentes sociales** o extragubernamentales. Efectivamente, otro de los elementos contextuales o institucionales que definen los modelos de gestión y regulación de la calidad se refiere al papel que se asigna a los agentes sociales (profesionales, universidades, entidades prestadoras de servicios, etc.) en el desarrollo del sistema. En ese sentido, el caso paradigmático es el alemán, como se señalará más adelante, que aplica el principio de subsidiariedad también en este campo y de-

lega en las entidades gestoras del seguro de dependencia la responsabilidad no solo de establecer los criterios de calidad, sino también de inspeccionar su cumplimiento y/o de evaluar sus resultados.

- El grado de **universalidad** y el alcance o desarrollo del sistema de atención a la dependencia, medidos en términos de cobertura y de gasto público. Otro de los elementos esenciales que se deben tener en cuenta a la hora de entender cómo se materializan las funciones y las herramientas señaladas previamente se refiere al grado de universalidad y al alcance del sistema de atención a la dependencia establecido en cada país. En ese sentido, el grado de desarrollo del sistema regulador es necesariamente diferente en países como Estados Unidos o Reino Unido –con sistemas esencialmente selectivos, en los que la responsabilidad pública solo se aplica a personas con rentas inferiores a un umbral determinado–, en países como Portugal o España –en los que el nivel de gasto y cobertura es aún reducido, pese al carácter subjetivo del derecho a los servicios de atención–, en países como Bélgica, Alemania o Francia –con niveles de cobertura o gasto intermedios, en el contexto europeo, y sistemas de corte bismarckiano– o en los países del norte de Europa, caracterizados por un amplio desarrollo de estos sistemas.
- El nivel de **mercantilización** del sistema, desde el punto de vista no solo del grado de intervención de las entidades privadas, sino de la capacidad de elección de las personas usuarias y la existencia de lógicas de mercado en la provisión y la asignación de los servicios. Aunque en la totalidad de los países analizados el papel de la iniciativa privada con y sin fines de lucro en la provisión de servicios es muy importante, no puede decirse que el grado de mercantilización de los sistemas de atención a la dependencia sea el mismo en todos ellos. En ese sentido, cabe señalar que las lógicas mercantiles –diversidad de la oferta, capacidad de elección por parte de la persona usuario/a, competencia entre proveedores, recurso a herramientas de *marketing*, etc.– es en algunos países muy elevada –caso de Alemania, por ejemplo– mientras que en otros casos el nivel de desarrollo de los operadores privados es menor y las lógicas de mercado mucho más débiles (caso de España, por ejemplo, donde la capacidad de elección de las personas usuarias se ve restringida por la relativa rigidez de los sistemas de acceso a los servicios). En ese contexto, las funciones relacionadas con la mejora del sistema mediante incentivos, en la línea de lo señalado por Colombo y Marukami (2013), tienen en esos países un recorrido menor.
- El equilibrio entre los **servicios de atención de base institucional** –fundamentalmente, los centros residenciales–, los **servicios comunitarios** –esencialmente, los servicios de atención a domicilio– y las **prestaciones económicas**. El desarrollo de los sistemas de gestión de la calidad está también determinado por el papel que juegan las prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención en el mercado –cash for care– y por el equilibrio entre los servicios de corte institu-

cional –básicamente, centros residenciales– o de corte comunitario –fundamentalmente, atención a domicilio–, si bien existen ciertas fórmulas (centros de atención diurna, viviendas tuteladas, etc.) que ocupan un papel intermedio en ese continuo. Lógicamente, la aplicación de estándares de calidad resulta más sencilla en aquellos sistemas más orientados a la atención residencial o, al menos, en los que la atención a domicilio se realiza por parte de empresas, cuyo desempeño resulta más fácil de inspeccionar y evaluar. Frente a esos modelos, la calidad de la atención en los casos en los que se ha primado la atención informal mediante cuidados familiares –como es el caso de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PCEF) de España– resulta un objetivo difícil de garantizar.

- Las **condiciones laborales** y la **regulación del mercado de trabajo**. Otro de los elementos que afecta de forma directa a la configuración de los sistemas de regulación y gestión de la calidad se refiere a las condiciones laborales que existen en el ámbito de la atención a la dependencia y, en términos más generales, a la regulación del mercado de trabajo en cada país. En ese sentido, existen diferencias importantes en función de los países en lo que se refiere a las condiciones laborales –salarios, jornada, etc.– imperantes en el sector de la dependencia, tanto entre países como entre sectores (siendo en general mejores las condiciones de las personas que trabajan en entidades de titularidad pública o en centros residenciales, frente a quienes trabajan en entidades de titularidad privada o en los servicios comunitarios). También tiene un impacto directo el grado de formalización del mercado de trabajo, en la medida en que en aquellos países en los que la economía sumergida tiene una cierta extensión en el ámbito de los cuidados –caso de España–, las herramientas de regulación y gestión de la calidad dejan fuera a un segmento importante de los servicios realmente prestados.⁴

2.1.3. LOS MODELOS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

La combinación que se da en cada país entre los elementos contextuales e institucionales señalados, las funciones a las que se da prioridad y las herramientas que se utilizan se traduce, en la práctica, en una serie de modelos ideales de gestión y regulación de la calidad. En ese sentido, cada uno de los siete países o regiones que se analizan en este estudio se enmarca, de forma más o menos clara, en uno de los modelos que Leone, Maresso y Mor (2014) distinguen a la hora de clasificar los sistemas desarrollados en los países de nuestro entorno para la regulación y la gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia. Esta clasi-

⁴ El caso español resulta en este caso paradigmático, ya que el personal que trabaja en el ámbito de los servicios sociales es, proporcionalmente, menor que en otros países, con 10 personas ocupadas en ese sector por cada 1.000 habitantes. En Portugal, los servicios sociales dan empleo a 17 personas por cada 1.000 habitantes, en Alemania a 28, en Francia a 30 y en Bélgica a 31. España destaca, sin embargo, en el ámbito europeo, por contar con una gran cantidad de personas ocupadas en el sector de los servicios domésticos. Estos servicios, prestados a menudo de forma irregular en el marco de la economía sumergida, se utilizan con frecuencia para el cuidado de personas dependientes, también a menudo mediante la contratación de mujeres inmigrantes (Zalakain y Nogueira, 2016).

ficación se basa en el tipo de herramientas que en cada sistema tienen una mayor relevancia y en las funciones básicas que se le atribuyen al sistema, así como en el contexto institucional y administrativo sobre el que se asientan.

Además del enfoque desarrollado en el continente asiático, que los autores asocian a los modelos de atención a la dependencia en vías de desarrollo, Leone, Maresso y Mor distinguen tres grandes enfoques reguladores.

- **Enfoque profesionalista.** El enfoque profesionalista se caracteriza por el importante papel que las asociaciones profesionales tienen en lo que se refiere a la definición de los estándares de calidad, así como a su control y seguimiento. En estos países, las administraciones públicas actúan en estrecha conexión con las entidades profesionales en lo que se refiere a la definición de los estándares de atención y de los requisitos para el ejercicio de las labores profesionales en este campo, lo que implica que la sociedad ha depositado en estas entidades una elevada confianza en su capacidad reguladora. En ese sentido, en el marco de este modelo se considera que las instituciones sociales que articulan las diferentes profesiones cuentan con un alto grado de conocimiento teórico y práctico, y de legitimidad, por lo que las administraciones públicas no deben aspirar a ocupar su papel, sino, más bien, a delegar en ellas la definición de los criterios que determinan la calidad de la atención.⁵ Leone, Maresso y Mor atribuyen este enfoque a países como Alemania, Japón, Suiza y Austria. En el caso alemán, como se señalará más adelante, la participación de las entidades prestadoras de servicios en la definición e inspección de las directrices de calidad, o la elaboración de los estándares de expertos/as de la Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, constituyen manifestaciones claras de esta orientación.
- **Enfoque basado en la inspección.** El enfoque basado en la inspección –al que corresponden países como Holanda, Australia, Bélgica, Francia o España– se caracteriza por el papel que se atribuye al establecimiento detallado de requisitos funcionales, materiales y de personal en la normativa reguladora y a su posterior comprobación por parte de la inspección. Se trata, en principio, de modelos en los que el papel regulador se atribuye a las administraciones públicas –no a los profesionales, como en el caso anterior– que son quienes definen los estándares de calidad e inspeccionan y evalúan su cumplimiento. Estos países han desarrollado, por lo general, sistemas sólidos de autorización y homologación a partir de una regulación detallada y profusa que, sin embargo, no siempre se aplica íntegramente.

5 A juicio de Mor, en todo caso, cuanto más profesionalizado es el modelo de gestión y regulación de la calidad, más se orienta hacia versiones sanitarias y hospitalarias de los cuidados de larga duración, con su énfasis en el registro de todas las intervenciones y decisiones.

- Enfoque basado en la evaluación y la recolección y publicación de datos. El tercer modelo señalado por Leone, Maresso y Mor se refiere a los sistemas basados en la evaluación de los resultados de la atención, la recolección de datos o indicadores y la publicación de esos resultados. Se asocian a este enfoque países como Estados Unidos, Suiza, Canadá o Nueva Zelanda, si bien cabe pensar que países pertenecientes a otros modelos –como Alemania–, también se caracterizan por el uso de ese tipo de herramientas. En todo caso, lo que define a estos modelos es el uso de diversas escalas de valoración –como las englobadas en la familia de herramientas de valoración Inter RAI– para la elaboración y seguimiento de los planes de atención y/o la publicación de los resultados de las inspecciones y evaluaciones realizadas, atribuyendo una calificación a cada centro o servicio, al objeto de que toda aquella persona interesada pueda conocer la calidad de la atención prestada en ellos. Este enfoque se asocia a aquellos países en los que la lógica de mercado es más prevalente y se busca que el consumidor disponga de toda la información necesaria para elegir el servicio que garantice una mayor calidad.

2.2. El sistema de regulación y gestión de la calidad en Alemania, Bélgica, España, Francia, Reino Unido, Portugal y Estados Unidos

2.2.1. INTRODUCCIÓN

En el punto anterior se ha planteado un modelo conceptual que permite definir las funciones y las herramientas de los sistemas de regulación y gestión de la calidad, establecer los elementos contextuales básicos sobre los que se asientan e identificar algunos modelos ideales. A partir de ese marco conceptual, en este punto se analiza cómo se llevan a la práctica esas funciones, cómo se aplican esas herramientas y cuáles son las principales características de los sistemas de regulación y gestión de la calidad en los siete países –Alemania, Bélgica, Francia, España, Reino Unido, Portugal y Estados Unidos– que se presentan de forma detallada en el Anexo.

El primer apartado recoge un análisis general de la forma en la que se desarrollan en la práctica los cinco grandes ámbitos de intervención señalados anteriormente –establecimiento de requisitos básicos y autorización, homologación, inspección y evaluación, certificación y estandarización–. La información se basa fundamentalmente en el estudio de casos recogidos en el Anexo, aunque también se hace referencia a información referida a otros países y los análisis generales publicados en la literatura consultada. El segundo apartado, más breve, recoge las características básicas del modelo establecido en cada uno de los países analizados.

2.2.2. EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ALEMANIA, BÉLGICA, ESPAÑA, FRANCIA, REINO UNIDO, PORTUGAL Y ESTADOS UNIDOS

2.2.2.1. AUTORIZACIÓN, REGISTRO Y ESTABLECIMIENTO DE LOS REQUISITOS BÁSICOS EN CUANTO A PERSONAL, ELEMENTOS FÍSICOS Y MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS

En todos los países de la OCDE, el gobierno central tiene la responsabilidad de garantizar la efectividad y seguridad de la atención a las personas con dependencia, incorporando esta responsabilidad a la legislación. Esa legislación tiene como objetivo garantizar que las personas en situación de dependencia puedan acceder a una atención de calidad, recibir la información adecuada sobre los cuidados, y ejercer su derecho a la elección y el control sobre los servicios que reciben. También define el papel de los proveedores de servicios a fin de garantizar la calidad de los servicios y sus obligaciones, así como los estándares mínimos esperados (Marukami y Colombo, 2013).

Siguiendo el modelo de Marukami y Colombo, la regulación y el control de los inputs constituye la principal función de los sistemas de gestión de la calidad. Ciertamente, la regulación afecta a todos los procesos o elementos que se abordan en este informe, en la medida en que todos ellos pueden establecerse o fomentarse a partir de la normativa. En los estudios de caso realizados, sin embargo, el apartado sobre la regulación se centra básicamente en las normas de obligado cumplimiento que se aplican a todos los proveedores de servicios, en general como condición necesaria para la autorización y al margen –idealmente al menos– de las normas que se aplican para la homologación, habilitación o contratación pública de los servicios. También se incluyen en este apartado los aspectos relativos al registro de los centros, un elemento al que algunos países dan gran importancia.

a) Autorización y registro

De una u otra manera, todos los países analizados establecen un sistema de autorización administrativa que habilita para la prestación del servicio y en el que se establecen las obligaciones o estándares mínimos que deben cumplirse en la provisión del mismo. En algunos casos, esta autorización se vincula, además, a la planificación de recursos realizada por las administraciones competentes. Se resumen a continuación los elementos básicos del procedimiento seguido en los países analizados.

- En **Alemania**, las barreras de acceso de los operadores al mercado son escasas y la apertura de centros o servicios de atención se permite siempre que se cumpla una serie de requisitos mínimos (estructurales, ratios y cualificaciones de personal, etc.), determinadas a nivel federal y estatal. El cumplimiento de esos requisitos y la adecuación a las directrices y estándares de calidad se evalúa fundamentalmente a

posteriori, en el marco de un modelo de gestión de la calidad basado en la realización de evaluaciones anuales obligatorias y la publicación de sus resultados, para todos los centros y servicios inspeccionados. El sistema se basa, por tanto, fundamentalmente en la evaluación de los servicios prestados y no, como en otros países, en el establecimiento de una normativa reguladora estricta. De ello se deriva la escasa consideración en la normativa de los aspectos relativos a la autorización administrativa para el inicio de la actividad y la relativamente laxa definición de los requisitos físicos, materiales y funcionales.

- En **Bélgica**, todo servicio o centro de atención a personas mayores debe contar con una autorización (accord de principe) antes de su apertura. La administración regional competente analiza la adecuación de la solicitud, la valora y remite al Ministerio de Acción Social, Salud, Igualdad de Oportunidades, Función Pública y Simplificación Administrativa en un plazo máximo de tres meses, que es el que toma la decisión final sobre si conceder o no el accord de principe. Para que se otorgue, además del cumplimiento de los requisitos normativos, se valora si el proyecto es compatible con el programa de implantación regional, en función de las necesidades sociosanitarias de atención, presentes y futuras, la adecuación del reparto de plazas sobre el territorio, respetando el principio de proximidad, y la garantía de libre elección entre los sectores público, asociativo o empresarial. La autorización se concede por un periodo de tres años. Tras obtener el accord de principe, todo centro o servicio de atención a personas mayores debe obligatoriamente solicitar un agrément o titre de fonctionnement –es decir, una licencia de funcionamiento– y obtenerlo en un plazo máximo de tres años.
- En **Francia** las competencias de autorización de los centros o servicios de atención a la dependencia corresponden, en principio, a la administración regional en la que se ubica el servicio. En el caso concreto de las residencias para personas dependientes (EHPAD), además de la autorización, estas deben firmar una convention plurianual de objetivos y medios (CPOM) con la Agencia Regional de Salud correspondiente (de competencia estatal), con el departamento regional y con otras administraciones implicadas, si las hubiere. La autorización de funcionamiento para la puesta en marcha de un centro o servicio de atención a la dependencia se otorga siempre que el proyecto solicitante cumpla con las reglas de organización y funcionamiento previstos, contemple el cumplimiento de los correspondientes mecanismos de evaluación y sistemas de información y responda a las especificaciones técnicas previstas por la normativa. En el caso de que la solicitud se refiera a proyectos que prevén percibir financiación pública, la autorización debe tener en cuenta además la compatibilidad de los objetivos del proyecto con las necesidades sociosanitarias fijadas por los planes regionales de cuidados.
- La autorización se otorga por un periodo de 15 años y se renueva tácitamente salvo si, en vista de los resultados de la evaluación externa, se notifica al centro lo contrario, al

menos un año antes de la fecha de renovación. La renovación de la autorización está totalmente supeditada a los resultados de la evaluación externa.

- En **España (Cataluña)** las competencias de autorización corresponden a la administración regional. Para obtener la autorización administrativa de funcionamiento y de modificación de los servicios, se debe acreditar el cumplimiento de los requisitos que establecen la normativa de servicios sociales y la normativa sectorial aplicable, y en todo caso, las condiciones materiales, de seguridad y de equipamiento exigibles a los servicios en función de su naturaleza; las condiciones de edificación, emplazamiento y acondicionamiento de los establecimientos; y los requisitos de titulación y dotación del personal, que debe ser suficiente teniendo en consideración el número de personas y necesidades que se deben atender, y el grado de ocupación, de acuerdo con la normativa sectorial de servicios sociales. También es preceptivo disponer de una memoria y de un plan de actuación en los que se especifique el régimen de intervención, la manera de desarrollar los programas de atención y la metodología y los procedimientos de ejecución.

El decreto en vigor en Cataluña ha establecido, por otra parte, un procedimiento, la comunicación previa, que pretende agilizar la apertura de nuevos establecimientos, permitiendo el inicio de la actividad desde el momento de la presentación de la solicitud y facultando al departamento competente en materia de servicios sociales para verificar *a posteriori* el cumplimiento de los requisitos.

- En **Inglaterra**, todos los centros o servicios sociosanitarios de atención a la dependencia tienen que estar registrados y regulados por la Comisión de Calidad de la Atención (Care Quality Commission o CQC). En el proceso de registro, la CQC comprueba que el centro o servicio cumpla con los requisitos establecidos por la normativa. El proceso de registro se desarrolla en tres etapas: solicitud escrita, valoración y dictamen, donde a los agentes proveedores se les notifica la decisión y se les otorga, en su caso, el certificado. De todas formas, como ocurre en Alemania y como se explicará posteriormente, los requisitos para la autorización administrativa son en Inglaterra relativamente laxos.
- En **Portugal**, los centros residenciales destinados a las personas mayores –centro de día, centro de noche y centros residenciales– requieren de una autorización de apertura otorgada por la administración central (Instituto de Seguridad Social). La autorización se otorga siempre que el proyecto disponga de instalaciones y equipamiento adecuados para el desarrollo de las actividades, así como de un reglamento interno, y cuente con el personal apropiado para la realización de las actividades.
- En **Estados Unidos**, los servicios y centros de atención a la dependencia requieren de una autorización de apertura otorgada por la administración regional (en este caso, por cada uno de los estados). En este sentido, son los estados los que tienen el

control sobre quién accede y permanece en el mercado de la provisión de atención a la dependencia. En el caso del estado de Minnesota, analizado de forma específica en este informe, el Departamento de Salud es el organismo encargado de otorgar dicha autorización. La Ley estatal de salud, así como la normativa administrativa de Minnesota recogen los requisitos que deben reunir los centros y servicios de atención a personas mayores para poder ejercer en el territorio. El Departamento de Salud concede la autorización por un periodo de un año y esta es renovada tácitamente salvo si en las inspecciones o evaluaciones se detecta que ha dejado de reunir los requisitos que establece la normativa. En cualquier caso, son pocos los centros y servicios que no han podido acceder al mercado por no reunir los requisitos estatales, y la pérdida de licencia es una medida reservada para casos muy extremos, por lo que suele ser poco frecuente recurrir a ella.

b) La regulación de los requisitos relativos al personal y a su cualificación

Los procedimientos de autorización y registro a los que se ha hecho anteriormente referencia suelen detallar en general los aspectos relativos a la cualificación y la dotación del personal. El grado de exhaustividad varía, sin embargo, claramente en función de los diversos países, de forma que, si en algunos casos la dotación y la cualificación del personal se establece con gran detalle, en otros solo se indican algunas pautas u orientaciones básicas. También existen diferencias, lógicamente, en lo que se refiere a las ratios de atención –cuando se establecen– o a los niveles formativos básicos.⁶

- En **Alemania**, las condiciones relativas al personal se establecen de manera particularmente laxa, tanto en la normativa federal que regula el sistema de atención a la dependencia como en la normativa estatal que regula el funcionamiento de los centros de atención. De acuerdo a esa normativa, la ratio mínima de profesionales de enfermería se establece en un/a profesional por cada 20 personas usuarias y la de auxiliares en uno/a por cada cuatro. Junto a la regulación regional señalada, los requisitos generales de personal de los centros residenciales se establecen en una norma federal, denominada Ley sobre Requisitos de Personal de los Centros Residenciales. Se trata de una ley muy sucinta –consta únicamente de 13 artículos– y regula muy genéricamente elementos tales como la cualificación del personal directivo, y los casos de incapacitación para el desempeño de tales puestos, el número de personal especializado en relación al número de residentes o las fórmulas existentes para la formación continua y profesional.
- Además, la normativa federal que regula el sistema de atención a la dependencia establece también algunas disposiciones sobre la cualificación de los profesionales de

⁶ Según Marukami y Colombo, por ejemplo, los niveles formativos mínimos exigidos al personal de atención directa varían entre las 75 horas lectivas exigidos en Estados Unidos y los más de tres años de formación exigidos en Japón.

los centros de atención, que deben ser o enfermeras (krankenschwester) o cuidadores de personas mayores (altenpfleger). En los dos casos se trata de títulos profesionales obtenidos tras haber cursado estudios superiores durante tres años. Para ocupar un puesto de responsabilidad en los servicios autorizados de ayuda a domicilio es necesario, además, cumplir con otros dos requisitos: haber ejercido su profesión durante al menos dos años (en el curso de los últimos cinco años) de los cuales deben haber dedicado un año a la atención comunitaria y haber participado en un curso de formación continua (de una duración mínima de 460 horas) sobre organización y gestión.

- Por el contrario, en **Bélgica** la cualificación y la dotación de personal se establece con gran exhaustividad, tanto en lo que se refiere a la cualificación del personal como a la dotación de los centros. A título de ejemplo, en el caso de las residencias asistidas el personal debe elevarse (por cada 30 residentes) a:
 - al menos 5 puestos de enfermería a tiempo completo,
 - al menos 5 puestos de personal de cuidado o auxiliares-cuidadores,
 - 1 equivalente a tiempo completo en labores de rehabilitación (fisioterapeuta, ergoterapeuta o logopeda),
 - 0,1 puestos de personal competente en materia de cuidados paliativos.

Cabe señalar, además, que en Bélgica existe un interés público para garantizar el bienestar y adecuación del personal de atención en los sectores social y sanitario y han sido varias las iniciativas orientadas a mejorar las condiciones laborales: para ello, los salarios del sector de cuidados de larga duración se han equiparado a los del sector sanitario con el fin de motivar la incorporación de personal cualificado, se ha reducido la duración de la jornada laboral y se ha adelantado la edad de jubilación y, con el fin de fomentar la incorporación de personal recientemente graduado, se han lanzado varios programas específicos de cuidados y enfermería.

- También en el caso español (**Cataluña**) se han establecido con detalle las dotaciones mínimas de personal y su cualificación. Así, por ejemplo, en el caso de las personas con mayor nivel de necesidad (Grado III) usuarias de los centros residenciales para personas mayores, la normativa catalana establece las siguientes dotaciones mínimas:
 - Trabajador/a social: 12 horas/año por persona usuaria.
 - Terapeuta ocupacional: 9 horas/año por persona usuaria.
 - Educador/a social: 10 horas/año por persona usuaria.
 - Psicólogo/a: 10 horas/año por persona usuaria.
 - La ratio mínima de atención directa de este servicio para el Grado III de dependencia será de 0,39.

Es por otra parte importante señalar que la mayor parte de las especificaciones relativas a la cualificación del personal se establece en España en el marco de la normativa de acreditación, que da lugar a la participación de los centros en el sistema de atención a la dependencia y en la financiación pública que de ella se deriva.

- Como en Bélgica y España, el Código de Acción Social y Familias **francés** establece con gran detalle la formación y la cualificación del personal, tanto en lo que se refiere a los centros de atención residencial como a los servicios de asistencia a domicilio. El caso de estos últimos, se exige una titulación específica, tanto si se trata de servicios públicos como privados. Este tipo de tareas las deben realizar profesionales auxiliares de vida social, acompañantes educativos y sociales o asistentes personales. El título de referencia para ejercer esta profesión es el Diploma de Acompañante Educativo y Social (Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social DEAES), especialidad "acompañamiento de la vida en domicilio". Existen otras titulaciones que permiten ejercer esta profesión, siempre y cuando estén inscritas en el repertorio nacional de certificados profesionales y acrediten disponer de competencias en el ámbito sanitario, médico-social o social.
- También en el caso **portugués** la dotación mínima de personal se establece con una gran exhaustividad. Así, las estructuras residenciales deben disponer del personal suficiente para garantizar la prestación de los servicios 24 horas al día. Para ello, además del/la directora/a técnico/a, estos centros deben disponer como mínimo de:
 - Un/a animador/a sociocultural o educador/a social o técnico de geriatría, a tiempo parcial por cada 40 residentes.
 - Un/a enfermero/a por cada 40 residentes.
 - Un/a cuidador/a por cada 8 residentes.
 - Un/a cuidador/a por cada 20 residentes, de cara al refuerzo en el turno nocturno.
 - Un/a encargado/a de servicios domésticos en establecimientos con capacidad igual o superior a 40 residentes.
 - Un/a cocinero/a por establecimiento.
 - Un/a ayudante de cocina por cada 20 residentes.
 - Un/a trabajador/a auxiliar por cada 20 residentes.

Cuando la estructura residencial acoja personas mayores en situación de gran dependencia, las ratios de personal de enfermería, de cuidadores/as y auxiliares son los siguientes:

- Un/a enfermero/a para cada 20 residentes.
- Un/a cuidador/a por cada 5 residentes.
- Un/a auxiliar por cada 15 residentes.

- En **Estados Unidos**, igual que sucede en Alemania o Inglaterra, las condiciones relativas al personal se establecen de manera particularmente laxa, tanto a nivel federal como estatal. La normativa federal se limita, en ese sentido, a señalar que los centros residenciales tienen que estar dotados del suficiente personal de atención. Indica también que todo el personal de atención de los centros residenciales tiene que disponer de un certificado que acredite que ha superado un programa estatal de formación.

A nivel estatal, la normativa del estado de Minnesota establece que toda residencia debe contar con un/a director/a, con una titulación superior reconocida por el Estado. El centro residencial puede compartir con otro centro los servicios del/la directora/a con titulación superior, siempre que esto no dificulte su presencia en el centro el tiempo suficiente para la correcta gestión del mismo. El/la directora/a debe establecer procesos y delegar en el personal presente durante su ausencia, aunque siempre sea el responsable último de la gestión del centro. En todo momento, debe constar en el centro residencial el nombre del/la directora/a y el de la persona responsable durante su ausencia. Asimismo, con relación al personal de cuidados, se establece que la dedicación mínima sea de dos horas por residente en una jornada de 24 horas.

c) La regulación de los aspectos físicos y materiales

Como ocurría con el caso de la dotación y la cualificación del personal, la determinación de los requisitos físicos y materiales varía –en cuanto a su alcance y exhaustividad– en función de los países analizados. Los análisis monográficos del Anexo recogen en detalle, para cada país, los aspectos que se tienen en cuenta en la fase inicial de autorización (es decir, los requisitos de obligado cumplimiento exigibles para el inicio de la actividad). Los elementos básicos que cabe destacar para cada uno de los países analizados son los siguientes:

- En **Alemania**, el establecimiento de los requisitos físicos de los centros de atención diurna o residencial es desde 2008 competencia de los estados. En el caso del Estado de Baviera, por ejemplo, en 2008 se aprobó la Ley de regulación de la atención, el apoyo y la calidad de vida en la vejez y la discapacidad (PfleWoqG) y en 2011 la ordenanza sobre la implementación de la Ley de calidad de vida y enfermería (AVPfleWoqG), que recoge tanto aspectos relativos a los requisitos mínimos estructurales como los requisitos relativos a la dotación de personal, las cuestiones relativas a la participación de las personas usuarias en la gestión del centro o la cualificación de las personas profesionales. Estas normas establecen en todo caso, en general, unos requisitos básicos, centrándose los aspectos relativos a la calidad de la atención en las directrices de calidad (qualitätsprüfungs richtlinien) y los acuerdos de transparencia (pflege-transparenzvereinbarung) que se analizan posteriormente.
- Como en el caso de la dotación y la cualificación del personal, la normativa que regula la autorización de los centros de atención a personas dependientes en **Bélgica**

detalla de forma exhaustiva los aspectos relativos a las condiciones físicas que deben cumplir los centros, en lo que se refiere al entorno arquitectónico, los espacios privados y colectivos, la temperatura o la seguridad antincendios. Se señalan, a título de ejemplo, algunos de los requisitos establecidos en la normativa:

- El mobiliario de las habitaciones individuales debe incluir, como mínimo: cama, armario, lavabo, mesa, sillón, silla, mesilla y sistema de iluminación accesible desde la cama.
 - Si se trata de habitaciones con más de una cama, el espacio entre estas debe ser mínimo de 0,9 metros y debe haber separadores que permitan cierta intimidad. Deben existir mesas suficientes para permitir que todos los residentes coman en la habitación simultáneamente. El mobiliario comprende, al menos, para cada residente una cama, un armario, un sillón, una mesilla y un sistema de iluminación independiente. Debe haber además al menos un lavabo por cada 4 personas.
 - Como mínimo, el 50% de las habitaciones de cada centro residencial deben ser habitaciones individuales. No se permiten habitaciones con más de dos residentes a partir de 2015.
 - Las ventanas deben ocupar como mínimo una sexta parte de la superficie de cada habitación
 - Todo centro residencial debe contar con una sala común de ocio y otra de comedor, accesibles para todas las personas residentes, al margen de su grado de dependencia.
 - La temperatura debe ser al menos de 22 grados en las habitaciones y espacios ocupados. En caso de olas de calor, al menos una de las estancias comunes debe tener aire acondicionado.
- Lo mismo ocurre en el caso de España (**Cataluña**). El decreto que regula la autorización de apertura de los centros detalla de forma muy exhaustiva las condiciones físicas que deben cumplir en relación a su emplazamiento, acceso y recorridos interiores, características generales de la edificación, instalaciones y servicios complementarios o las condiciones específicas en cuanto a ocupación y determinación de espacios. Se recogen, a título de ejemplo, algunas de las especificaciones para los dormitorios en centros específicos para personas mayores:
- La puerta de acceso al dormitorio debe tener una anchura libre mínima de 0,80 m.
 - Las camas deben tener una anchura mínima de 90 cm (tanto la estructura como el colchón), y el espacio que ocupen debe ser como mínimo de 2,00 x 1,00 m.
 - Mesilla de noche con un enchufe doble y punto de luz individual accesible desde la cama, como mínimo.
 - Hay que respetar un espacio libre a un lado y en los pies de cada cama de 80 cm.

- Debe haber elementos que permitan la personalización del dormitorio. Asimismo, según las características del usuario, debe haber una butaca confortable.
 - Los dormitorios dobles deben tener elementos de separación entre las camas que garanticen la privacidad cuando haya que recibir asistencia.
 - Sistema de aviso individual luminoso y/o acústico, similar para cada cama y conectado a un cuadro de registro de control o a otros sistemas. Deberá ser de fácil acceso para los usuarios.
 - Superficies:
 - Dormitorio individual: 8 m².
 - Dormitorio doble: 12 m². Los dormitorios dobles deben disponer de elementos de separación entre camas de una altura mínima de 2 metros, para garantizar la intimidad.
 - Los establecimientos deben disponer de un dormitorio individual por cada 10 dormitorios dobles y, para capacidades inferiores a 10 dormitorios, deberá haber como mínimo uno individual. No se permiten dormitorios de más de 2 camas. En los edificios de nueva construcción, el 50% de los dormitorios deberá ser accesible.
- En **Francia**, los requisitos técnicos que deben cumplir las residencias destinadas a personas mayores vienen determinadas por un conjunto de normas, así como de recomendaciones de buena práctica que, sin tener rango normativo, constituyen una referencia para la firma de las convenciones prescriptivas para el funcionamiento de los centros residenciales. Como en el resto de los casos analizados, esas especificaciones hacen referencia al entorno arquitectónico, los espacios privados y colectivos o a la temperatura. En el caso de los espacios privados, por ejemplo, se establece que:
- deben ser modulables en función de la futura pérdida de autonomía, evitando transferencias obligatorias de las personas usuarias de unas unidades a otras, generando rupturas de lazos sociales,
 - ninguna habitación debe ser ocupada por más de dos personas y la proporción de habitaciones dobles no debe sobrepasar el 10% de la capacidad del centro,
 - en el caso de construcciones nuevas –o sometidas a reforma completa– las habitaciones deben contar siempre con un baño (ducha, lavabo y aseo) y opcionalmente con una pequeña cocina. En cuanto a la superficie, se recomienda:
 - 18 a 22 m² en el caso de habitaciones individuales,
 - 30 a 35 m² en viviendas para dos personas,
 - las recomendaciones para otro tipo de centros establecen que el espacio privado debe contar siempre con un baño incorporado y deben tender a una superficie mínima de:
 - 16 a 20 m² en habitaciones de 1 cama,

- 22 a 25 m² en habitaciones de 2 camas,
 - 20 a 22 m² en habitaciones que cuenten con una pequeña cocina.
- Frente a lo que ocurre en Francia, Bélgica o España, y en una línea similar a lo que ocurre en Alemania, en **Inglatera**, la normativa no establece requisitos funcionales específicos. Las ordenanzas son muy genéricas y en todo momento se refieren a que los servicios y centros tienen que ofrecer una atención adecuada dependiendo de las características del centro –número de personas usuarias atendidas, dimensión del establecimiento, etc.–. La Comisión para la Calidad de la Atención (CQC) es la encargada de elaborar guías y recomendaciones para que los agentes proveedores puedan interpretar y cumplir con la legislación y, de este modo, obtener el registro y la certificación, así como para superar las inspecciones. En ese marco, tienen especial relevancia las guías o reglamentos que elabora la CQC y, especialmente, los estándares fundamentales que posteriormente son objeto de inspección.
- En el caso de **Portugal**, la normativa es más genérica y, en lo que se refiere a las condiciones físicas de los centros, se recogen cuestiones relativas a la capacidad, la ubicación y las áreas funcionales de los centros, con un grado de exhaustividad muy inferior al que se observa en Francia, Bélgica o España.
- En **Estados Unidos**, la normativa estatal define las condiciones físicas de los centros para poder obtener la autorización de apertura y/o para poder seguir operando en el mercado. La normativa del estado de Minnesota es muy detallada, y entre otras cuestiones relativas a las condiciones físicas, establece lo siguiente:
- ° Espacios privados
 - Al menos, el 5% de las habitaciones tienen que ser individuales (con una cama), y deben disponer de baño privado. Al menos el 75% de las camas tienen que estar ubicadas en habitaciones individuales o dobles. Ninguna habitación debe tener más de cuatro camas.
 - Las habitaciones de las personas usuarias deben estar bien ventiladas, sin humedad y ser luminosas.
 - Cada habitación debe tener acceso directo a un pasillo con salida.
 - El espacio, por cama, no debe ser inferior a 100 pies cuadrados en el caso de las habitaciones individuales, y de 80 pies cuadrados en las de dos, tres o cuatro camas.
 - Ninguna habitación debe tener acceso a una zona común como el comedor o la sala de descanso.
 - La puerta al pasillo tiene que ser resistente al fuego.
 - Cada residente de la habitación debe disponer de un armario individual.
 - ° Espacios colectivos

- El total de áreas reservadas para el comedor, salones y actividades debe ser superior a 30 pies cuadrados por cama.
- La puerta al pasillo tiene que ser resistente al fuego.

d) La regulación de los elementos organizativos y los procedimientos de atención

Junto a las dotaciones y la cualificación del personal, la normativa que regula la autorización de los centros –también en algunos casos la homologación o habilitación– presta atención a determinados elementos organizativos y a los procedimientos o procesos de atención. El análisis se centra en los casos de Bélgica, España, Estados Unidos y Francia, que son los países cuya normativa recoge con mayor detalle estas cuestiones.

- En el caso de la región belga de **Valonia**, el código de la acción social y la salud establece, por una parte, los derechos de las personas residentes que deben respetarse en los servicios y centros de atención a las personas en situación de dependencia. Para el cumplimiento de los derechos de la persona usuaria y con el fin de asegurar una buena calidad de la atención, los centros residenciales de personas mayores autorizados deben disponer de una amplia serie de documentos, planes y estructuras –reglamento de régimen interno, contrato de alojamiento, proyecto de vida del centro, consejo de residentes y plan de calidad en residencias asistidas–, que se detallan en el estudio de caso recogido en el Anexo. Al margen de los mecanismos de funcionamiento señalados, la normativa valona establece además otros requisitos de funcionamiento de obligatorio cumplimiento para los centros residenciales de personas mayores en relación al acceso a la información, la alimentación, la higiene, la igualdad de género o el tratamiento de las personas desorientadas.
- En el caso de la región española de **Cataluña**, entre las obligaciones de los centros cabe destacar las de contratar una póliza de seguro; mantener debidamente actualizado el libro de registro de personas atendidas y el reglamento de régimen interno; disponer de un programa anual de actividades en las áreas funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación comunitaria, en relación con el usuario, así como el calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistemas de evaluación; suscribir un contrato asistencial con el usuario del servicio; disponer de hojas de reclamación; mantener un expediente asistencial en el que deberán constar, al menos, los datos identificativos, el familiar o persona responsable del usuario; disponer de un tablón de anuncios; disponer de protocolos de acogida y adaptación y mantener diversos registros.
- El enfoque **francés** de la calidad se centra en la persona usuaria y, en consecuencia, presta mayor atención a los resultados de la atención que al establecimiento previo de requisitos técnicos. En este contexto, los derechos de la persona usuaria constituyen un eje principal del sistema. En todo caso, para el cumplimiento de dichos principios y/o derechos de la persona usuaria, el centro autorizado debe poner en marcha, fun-

damentalmente en el caso de las residencias, mecanismos tales como el contrato de estadía, el plan individualizado de atención, el consejo de la vida social, y el reglamento interno de funcionamiento, así como disponer de un folleto de acogida. Los centros residenciales deben además contar con una “persona cualificada”, cuya función es asegurar que las personas residentes puedan hacer valer sus derechos gratuitamente. La persona residente o su representante legal deben elegir a la persona cualificada de entre los nombres de una lista establecida conjuntamente por el prefecto –administración central– y el presidente del Conseil Général–administración regional–, que se adjunta al folleto de acogida o se halla disponible en el centro. Esta persona cualificada no tiene relación alguna con la denominada persona de confianza, que es la persona cercana que designa el usuario (pareja, familiar, médico de confianza, etc.).

- En **Estados Unidos** la normativa estatal establece una serie de requisitos de funcionamiento de obligatorio cumplimiento por parte de los centros residenciales en relación a la privacidad de los historiales personales y médicos, los planes individualizados de atención, el uso de restricciones físicas, la alimentación, los derechos de las personas residentes o el consumo de fármacos. Además de estas cuestiones, el centro debe contar con un comité de evaluación de la calidad, compuesto por al menos seis personas expertas, así como de una serie de documentos, como un plan de seguridad y emergencia.

2.2.2.2. HOMOLOGACIÓN Y ACREDITACIÓN

En el punto anterior se han detallado, fundamentalmente, el marco que la normativa establece para la definición de los criterios o estándares de calidad que deben cumplir los servicios y centros de atención a las personas en situación de dependencia. En la mayor parte de los países analizados, sin embargo, a esta normativa básica hay que añadir los requisitos que se establecen para la homologación o habilitación, es decir, para que los centros autorizados, de titularidad privada, puedan prestar servicios de responsabilidad pública (y ser financiados para ello) y/o para que las personas que los utilizan puedan recibir por parte de la administración una compensación económica.

Aunque, en aras a una mayor claridad, el proceso de homologación se ha distinguido en este análisis del de autorización, es importante señalar en cualquier caso que en diversos países ambos están estrechamente vinculados. Además, en ocasiones, resulta difícil diferenciar el proceso de homologación del de inspección o evaluación, en la medida en que el acceso a la prestación de servicios de responsabilidad pública se deriva, básicamente, de la superación de los procedimientos de inspección o evaluación establecidos. Por otra parte, se utiliza en este informe el término de homologación, como es usual en España, si bien se suele también utilizar –tanto en inglés como en castellano– el término de certificación o acreditación (Marukami y Colombo, 2013).

Se resumen a continuación las principales características de los procedimientos de homologación desarrollados en los países analizados.

- En **Alemania**, la acreditación u homologación se realiza entre las entidades prestadoras del servicio y los seguros de dependencia. Entre los requisitos que se plantean para esta acreditación se incluyen los relativos a la aplicación de sistemas de calidad, tal y como se señalarán en el apartado siguiente, y los requisitos funcionales, materiales y de personal establecidos en el apartado anterior. En el marco que regula la gestión de la calidad de la atención en Alemania, los conceptos de acreditación, concertación y homologación se entienden de forma distinta a otros países en los que existe un marco de acreditación y concertación más específico. En ese sentido, como se ha señalado previamente, las barreras de entrada al sistema alemán de cuidados son mínimas, y se entiende que todas las empresas de cuidados a domicilio y centros de atención pueden prestar los cuidados contemplados en el seguro de dependencia alemán, y recibir, por tanto, fondos públicos por parte de los seguros de dependencia, siempre que: a) se cumpla la normativa regional básica previamente señalada; b) se sometan a las evaluaciones de calidad y se respeten los estándares de expertos que se describirán posteriormente; y c) se aplique un sistema interno de gestión de la calidad.
- En **Bélgica** no se ha identificado un procedimiento de homologación o acreditación diferente del establecido para la autorización de funcionamiento señalado previamente (accord de principe, agrément y titre de fonctionnement).
- En **Cataluña**, el proceso de acreditación es doble, en la medida en que deben cumplirse los requisitos establecidos por la administración estatal (en el marco de la regulación del sistema de atención a la dependencia) y los establecidos por la administración autonómica (en el marco de la regulación del sistema de servicios sociales).

En lo que se refiere al marco normativo estatal, se establecieron en los primeros años de desarrollo del modelo de atención a la dependencia unos criterios comunes para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Tales criterios estaban preferentemente centrados en la cualificación y dotación del personal de los centros y programas financiados en el marco de ese sistema (bien mediante la figura de la concertación, bien mediante la del cheque de servicio), y preveía un proceso de acreditación progresiva de la cualificación profesional de los trabajadores/as de tales centros, para garantizar el derecho de las personas usuarias a recibir unos servicios de calidad. Aunque la norma establece que la acreditación se referirá tanto a los recursos materiales como a los humanos, los acuerdos se han centrado básicamente en la dotación y cualificación del personal, estableciéndose condiciones tanto en términos de cualificación como de dotación de profesionales (una titulación específica para los diferentes perfiles profesionales, que se preveía alcanzar de forma progresiva entre el año 2011 y 2015, habiendo sido aprobada la norma en 2008, y unas ratios de atención exigibles en 2011, a partir de las existentes en 2008). Además de estas cuestiones, el acuerdo establecía condiciones adicionales en relación a cuestiones relacionadas

con la documentación y la información, la accesibilidad de los centros, la calidad en el empleo o la mejora progresiva de la calidad en la atención. Como se explica en el apartado correspondiente, sin embargo, la aplicación de estas disposiciones ha sido incompleta o dificultosa.

El sistema estatal descrito se complementa con las disposiciones autonómicas para la acreditación y la concertación de los servicios sociales, que establecen, básicamente, el cumplimiento de la normativa señalada para la autorización inicial de los centros y regula los aspectos relativos a la concertación entre la administración pública autonómica y las entidades prestadoras del servicio.⁷

- En **Francia**, las competencias de autorización y acreditación se distribuyen entre las administraciones regionales y el Estado, dependiendo de la modalidad del centro o servicio sociosanitario: en el caso de los centros residenciales para personas válidas (*maison de retraite*), salvo declaración expresa contraria, la aprobación de la autorización conlleva acreditación y habilita a la estructura residencial privada a atender a personas mayores beneficiarias de ayudas públicas; mientras que en el caso de las residencias para personas dependientes (EHPAD) además de la autorización, estas deben firmar una convención plurianual de objetivos y medios (CPOM). El objetivo de estos contratos es el de permitir la consecución de los objetivos previstos en los planes sociales y sociosanitarios correspondientes y su firma equivale a la habilitación para recibir a personas usuarias receptoras de las ayudas departamentales. Los CPOM fijan las obligaciones respectivas de las partes y prevén los medios necesarios para la realización de los objetivos previstos, sobre una duración máxima de 5 años.

En el caso de los servicios de atención a domicilio, para obtener la acreditación, la organización debe cumplir con un conjunto de especificaciones que componen el denominado *cahier de charges* en el que se definen las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento de los servicios de ayuda y acompañamiento a domicilio. Estas especificaciones hacen referencia a aspectos tales como el marco general de intervención, el acompañamiento y seguimiento de las personas usuarias y la organización y funcionamiento interno.

- En **Inglaterra**, como en Alemania, no existen diferencias entre autorización, registro y certificación, asumiendo la Care Quality Commission esas funciones. La CQC es un organismo público ejecutivo no departamental, independiente, encargado de regular los servicios de salud y sociales de Inglaterra, así como de autorizar la prestación de un servicio por parte de un proveedor mediante su registro, para lo cual debe res-

⁷ Es importante señalar, en cualquier caso, que en otras comunidades o regiones, como en Gipuzkoa, las administraciones establecen para la concertación de los servicios requisitos físicos, estructurales y de personal adicionales a los que se establecen en la normativa básica de autorización u homologación.

petarse una serie de estándares de calidad. Su función es la de registrar la provisión de atención social y sanitaria y, atendiendo a la ley, su principal función es “proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud”. Asimismo, la ley establece que la CQC debe desempeñar sus funciones con el propósito general de fomentar la mejora de la atención y servicios sociosanitarios, la provisión de atención y servicios sociosanitarios centrados en las necesidades y experiencias de las personas usuarias y el uso eficiente y efectivo de los recursos en la prestación de servicios sociosanitarios.

Como ocurre en Alemania, y al objeto también de establecer las mínimas barreras de acceso al mercado, la autorización y registro en la CQC equivale a la acreditación u homologación para la prestación de servicios de financiación pública, para lo cual se deben superar, en todo caso, los procedimientos de inspección que se detallarán en el apartado siguiente.

- En **Portugal** la provisión de servicios de atención social recae, fundamentalmente, en el sector privado, en concreto en estructuras gestionadas por entidades privadas sin fines de lucro, las denominadas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Mediante el establecimiento de acuerdos con el Instituto de Seguridad Social, las IPSS pasan a formar parte oficialmente de la Red oficial de centros de atención a la dependencia, de este modo, pueden percibir financiación pública por la prestación de servicios a la dependencia. La normativa que define los criterios, las reglas y las formas de cooperación entre el Instituto de Seguridad Social y las IPSS, establece que para que una IPSS pueda formar parte de la red como prestataria de servicios, y recibir por tanto fondos públicos, debe cumplir requisitos tales como garantizar el funcionamiento del servicio o equipamiento acorde con la normativa básica, asegurar el bienestar de las personas usuarias en el respeto de la dignidad humana, promoviendo su participación en las actividades de la vida diaria, aplicar la normativa de copago a las personas usuarias y/o sus familiares, disponer de un reglamento interno, enviar a los servicios de seguridad social la información necesaria relativa a las personas usuarias, así como al centro para la evaluación cualitativa y cuantitativa de la actividad desarrollada, y hacer el seguimiento constante de la normativa estatal que se va aprobando en el ámbito de la seguridad social.

En la actualidad, el Estado actúa principalmente como un organismo de financiación y de concesión de licencias a entidades privadas –sin fines de lucro, la gran mayoría– para la acreditación de provisión de servicios. El gobierno portugués no interfiere en cuestiones operativas, y en su función de agente acreditador, su papel se limita a comprobar el cumplimiento de los requisitos técnicos de las instalaciones para mantener los acuerdos de cooperación activos.

- En **Estados Unidos**, los servicios y centros de atención a la dependencia no están obligados a disponer de una acreditación para ejercer su actividad; sin embargo, se

trata de un requisito necesario para poder tener derecho al reembolso de los costos de la atención a través de los programas Medicare y Medicaid. Esta acreditación, que es competencia del Gobierno federal, la otorga el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). La normativa federal establece los requisitos que los centros y servicios tienen que cumplimentar para obtener la acreditación. Estos requisitos son muy extensos y cubren aspectos relativos a diversas cuestiones tales como la calidad de vida de la persona residente, la calidad de la atención, los derechos de las personas residentes o la mejora del rendimiento.

2.2.2.3. INSPECCIÓN, EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Junto al establecimiento en la normativa reguladora de los requisitos funcionales y de personal que se exigen para la autorización de los centros o para su homologación, los sistemas de gestión de la calidad establecen, además, sistemas obligatorios de inspección o evaluación de la calidad de la atención, supeditándose el mantenimiento de la autorización o acreditación a la superación de esas auditorías. En algunos casos –especialmente los que establecen unos requisitos más detallados–, la inspección se centra en verificar el cumplimiento de esos requisitos; en otros, los requisitos que los servicios y centros deben cumplir se detallan, precisamente, en los procedimientos de inspección y evaluación que, por otra parte, no siempre se diferencian con claridad.

Al objeto de clarificar la exposición, y dada la amplitud de las cuestiones analizadas, en este apartado se analizan de forma separada tres cuestiones diferentes: por una parte, los sistemas de inspección de los requisitos establecidos, ya sea en la fase de autorización o en la de homologación, y de evaluación; por otra, la utilización de sistemas de indicadores o escalas para la medición de la situación de las personas atendidas y la evaluación de su plan de cuidados; y, por último, los sistemas que –fundamentalmente en Alemania, Inglaterra y Estados Unidos– recurren a la publicación de los resultados de esas evaluaciones.

- a) Inspecciones y evaluaciones
 - En **Alemania**, el sistema de inspección y evaluación que se deriva del marco legal establecido es doble, en la medida en que las inspecciones pueden ser realizadas tanto por los consejos médicos del Seguro de Enfermedad (vinculados a los seguros de Dependencia) como por las agencias regionales encargadas del cumplimiento de la normativa promulgada en cada Bundesländer, realizándose en ocasiones estas evaluaciones conjuntamente. De forma muy general, en todo caso, podría decirse que las administraciones regionales se encargan de la inspección de los requisitos de carácter básicamente estructural contemplados en la normativa regional, así como del cumplimiento de las ratios de personal, mientras que los servicios médicos de los seguros de enfermedad (MDK) se encargan de evaluar la calidad de la atención prestada, a partir del marco establecido por el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS).

El objetivo básico de este marco evaluador es el de que todos los centros y servicios de atención sean evaluados de acuerdo a los mismos criterios de calidad y ajustándose a la misma metodología, en el marco de un procedimiento común de evaluación que tiene, además, carácter obligatorio. Es importante señalar, por otra parte, que este marco general está muy orientado a la posterior publicación de los resultados de las inspecciones o evaluaciones realizadas, que se analizará posteriormente.

El procedimiento de inspección/evaluación se basa fundamentalmente en dos tipos de documentos, elaborados, difundidos y actualizados por el MDS: las directrices de calidad (qualitätsprüfungs richtlinien) y los acuerdos de transparencia (pflege-transparenzvereinbarung). En lo fundamental, los dos documentos señalados recogen los criterios que se van a utilizar para la realización de las evaluaciones y que constituyen la base del informe de evaluación individual que posteriormente será publicado, así como la forma de cálculo de cada criterio o estándar y las normas básicas que rigen la publicación de los informes.

A partir de estas dos referencias, todos los servicios y centros de atención deben ser inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizadas por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del Seguro de Salud regional (MDK). En 2016 se inspeccionaron más de 13.000 centros residenciales, en relación a más de 100.000 personas usuarias.

El análisis del cumplimiento de los criterios se basa en general en el análisis de la situación de una muestra (entre 5 y 15 personas, siendo la media de 7,8 personas por centro en el caso de las residencias) de las personas usuarias del centro o servicio –no analizándose por tanto la situación del conjunto de las personas usuarias– así como en una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Es también importante señalar que los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones, etc.), sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención. El procedimiento de inspección se traduce en una puntuación específica para cada área y criterio o indicador –que, como se explicará en detalle más adelante, se publica de forma individualizada– y en un informe de resultados interno –no publicable– en el que se recogen una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección.

Cabe señalar, finalmente, que el sistema alemán de gestión de la calidad presta una creciente atención a la evaluación de los servicios de atención a domicilio, utilizándose para estos servicios una batería de criterios o indicadores distinta de la que se utiliza para la atención residencial.

- En **Bélgica**, la administración regional es la encargada de velar por el cumplimiento, por parte de los centros, de los requisitos de funcionamiento que establece la normativa. Para ello, efectúa de manera periódica o imprevista, o como consecuencia de una queja, visitas de control o inspección de los centros. Los agentes designados por el Gobierno regional para el control de servicios para personas mayores tienen, por tanto, la potestad de realizar todo examen, control, encuesta o recogida de información que consideren necesario; básicamente interrogar a toda persona usuaria o trabajadora del centro y acceder a todo documento que consideren de utilidad para su labor. Si se detectan incumplimientos, se hace llegar un aviso a la entidad responsable para subsanar dichas deficiencias en un plazo máximo que va desde una semana hasta tres meses máximo. Si la subsanación no se produce, se toma la decisión de suspender o retirar la licencia, según el caso. La obstrucción al trabajo de los agentes de inspección también puede conllevar la suspensión de la licencia.

La ley prevé sanciones económicas que van desde los 250 hasta los 25.000 euros para las personas responsables de centros de personas mayores que incumplan la normativa y/o ejerzan su actividad sin licencia. En caso de reincidencia, las sanciones económicas se duplican. En caso de que se decida el cierre de urgencia del correspondiente centro por razones de seguridad o salud pública, las autoridades locales son las responsables de ejecutar el cierre del centro, de evacuar a las personas residentes y de buscarles un alojamiento alternativo de urgencia.

En el caso de los Servicios de Asistencia a Domicilio, la normativa prevé la obligación de todo servicio a someterse a los procesos de control y evaluación llevados a cabo por funcionarios del Gobierno regional. En caso de detectarse incumplimientos con relación a la normativa, está prevé multas de entre 100 y 10.000 euros e incluso la retirada de la autorización y de las subvenciones públicas. En el caso de los servicios a la persona gestionados vía cheques-servicio, las empresas que gestionan dichas prestaciones tienen la obligación de entregar al Gobierno regional un informe anual de actividades en el que se detallan, entre otros, los precios, las condiciones salariales y de trabajo, las personas beneficiarias y las trabajadoras. Si se detectan fallas en dichos informes o estos no se entregan, ello puede derivar en una retirada de la autorización.

La principal responsabilidad para el desarrollo de estas tareas de inspección y evaluación corresponde a la Agencia para una vida de calidad (Agence pour une vie de qualité, AVIQ), un organismo de interés público, creado en 2016, con el objetivo de “apoyar una vida de calidad en cada etapa de la vida”. La AVIQ es el organismo público competente en materia de promoción y prevención de la salud, servicios de salud mental, residencias y centros sociosanitarios, hospitales, asistencia a domicilio y servicios de planificación familiar. En el ámbito específico de los centros y servicios sociales de personas mayores, las misiones de la Agencia se concretan en el apoyo a la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida en establecimientos y servicios,

la autorización y gestión de los centros de atención a personas mayores y de atención a domicilio, y la financiación de los centros y servicios.

- En **Cataluña**, como en Bélgica, la inspección corresponde a la administración autonómica y se centra en supervisar el cumplimiento de la normativa previamente señalada, por lo que no puede hablarse de sistemas específicos de evaluación de la atención impulsados por las administraciones (aunque sí, lógicamente, desde entidades profesionales y del tercer sector).
- En **Francia**, como se ha señalado previamente, las Agencias Regionales de Salud (Agence Régionale de Santé o ARS), organismos dependientes de la administración central, son las encargadas de realizar inspecciones periódicas en los centros y servicios sociosanitarios –incluyendo residencias asistidas y servicios a la persona– con el fin de garantizar su buen funcionamiento. Igualmente, al margen de la autoridad competente para la autorización, los centros y servicios de atención a las personas mayores en general están sometidos a las inspecciones generales de asuntos sociales (Inspection Générale des Affaires Sociales).

Además de esta inspección, las entidades de atención a las personas con dependencia en Francia deben someterse a una evaluación interna y a una evaluación externa

- La evaluación interna la lleva a cabo la propia entidad, aunque puede ser llevada a cabo con el apoyo de algún agente externo. Los resultados de estas evaluaciones se comunican a la autoridad responsable de la autorización del centro o servicio cada cinco años, de modo que se prevén un total de tres evaluaciones internas para cada periodo de autorización, que suele ser de 15 años. La Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios, ANESM (cuyas funciones ha asumido la Haute Autorité de Santé, a partir de 2018) publica materiales de apoyo al desarrollo de los procesos de evaluación interna, que tiene en cuenta una serie de ejes,⁸ ámbitos e indicadores.
- Las evaluaciones externas se derivan del cahier des charges al que antes se ha hecho referencia y en él se detallan los principios deontológicos, los objetivos, la organización y los mecanismos de puesta en marcha de las evaluaciones externas, así como las posibles incompatibilidades y requisitos del personal evaluador, los procedimientos de contratación, las fases y los plazos del proceso de evaluación, etc. La evaluación externa cuenta con dos

8 Los cinco ejes contemplados son la garantía de los derechos individuales y colectivos, la prevención de los riesgos asociados a la salud vulnerable de los residentes, el mantenimiento de las capacidades en las actividades de la vida diaria y acompañamiento, la personalización del acompañamiento y el acompañamiento en el fin de vida.

vertientes: una más general, centrada en los derechos de las personas usuarias (participación e implicación, respecto a la elección de vida, relaciones afectivas, intimidad, confidencialidad, seguridad, etc.), y una segunda más particularmente adaptada a la realidad de centro o servicio evaluado y a sus dinámicas de trabajo, que evalúa aspectos tales como el acompañamiento al desarrollo y autonomía personal; limitaciones de la actividad individual, sensibilización al riesgo de aislamiento, atención a las relaciones sociales, trabajos orientados a fomentar el acceso a los derechos... El informe final de la evaluación externa establece propuestas de mejora, tanto de aspectos estratégicos, en primer lugar, como de elementos más directamente operacionales, en segundo lugar. Sigue un modelo fijado por la Haute Autorité de Santé, que se encuentra accesible en línea.

Estas evaluaciones pueden ser publicadas, aunque no existe un sistema de publicación sistemática u obligatoria, en la línea de lo que ocurre en Alemania o Estados Unidos.

- En **Inglaterra**, cada dos años aproximadamente, el sistema sanitario y los servicios sociales para personas adultas son objeto de una evaluación independiente, cuya finalidad es determinar la calidad de los servicios de acuerdo con cinco parámetros: seguridad, efectividad, diligencia, flexibilidad y adecuada gestión. La entidad reguladora (CQC) lleva a cabo para ello inspecciones *in situ*, recaba datos administrativos y recoge las opiniones de las personas usuarias y sus familias. En base a los cinco parámetros que determinan la calidad y seguridad de los servicios, la CQC ha elaborado un conjunto de preguntas denominado la “línea de investigación clave” (key lines of enquiry), que sirve de protocolo estandarizado a la hora de realizar las inspecciones.⁹ Para el desarrollo de estas inspecciones, la CQC ha puesto en marcha un sistema que permite recopilar en línea la información proporcionada por los proveedores de servicios y centros.

Los equipos que llevan a cabo las inspecciones de los servicios de atención sociosanitaria están dirigidos por un/a inspector/a de la CQC e incorporan a personas expertas con experiencia (experts by experience). Se trata de personas que tienen experiencia personal con los servicios, bien por tratarse de usuarias de los mismos o bien por cuidar de una persona usuaria. Durante las inspecciones, la persona experta con

⁹ Los ámbitos que se tienen en cuenta en estas evaluaciones son muy numerosos: prevención y protección ante los malos tratos, gestión de riesgos, personal adecuado y cobertura de personal, distribución de fármacos, control de infecciones, aprender de lo que no funciona, evaluación de necesidades y tratamientos basados en la evidencia, habilidades y conocimiento del personal, alimentación e hidratación, y trabajo en equipo, instalaciones accesibles, consentimiento para el cuidado y el tratamiento, amabilidad, cuidados y compasión, implicación de las personas en la toma de decisiones sobre sus cuidados, privacidad y dignidad, atención centrada en la persona, sugerencias y quejas, cuidados al final de la vida, visión y estrategia, gobernanza y gestión, compromiso y participación, aprendizaje, mejora e innovación, trabajo en colaboración.

experiencia habla con las personas usuarias de los servicios sociales y sanitarios, así como con sus familiares. Sus conclusiones se utilizan para respaldar las opiniones de los inspectores sobre los servicios y pueden incluirse en los informes de inspección. Por otro lado, además de las inspecciones y evaluaciones, la CQC realiza el seguimiento del cumplimiento de los estándares de calidad mediante la monitorización permanente de los servicios y centros sociales. Para ello, la CQC ha desarrollado la herramienta CQC Insight que analiza información procedente de diversas fuentes –notificaciones administrativas, personal de los centros, personas usuarias, etc. – y, en base a unos indicadores, permite a la entidad detectar posibles desviaciones en el correcto funcionamiento de un servicio. Esta herramienta funciona como un sistema de alerta que, si bien no se utiliza para tomar decisiones, tiene un papel crucial en la detección de posible riesgo en la atención, y en la planificación de inspecciones con el objeto de evaluar la situación *in situ*.

Además de esta inspección o evaluación externa que realiza la CQC, la normativa inglesa establece que las entidades prestadoras de servicios tienen que tener implantados sistemas o procesos de auditoría que evalúen y monitoreen la calidad y la seguridad de los servicios que prestan, además de la calidad de la experiencia de la persona usuaria del servicio. Esta evaluación interna tiene que detectar y evaluar cualquier riesgo relacionado con la salud, seguridad y bienestar de las personas usuarias del servicio.

En lo que se refiere a las iniciativas inglesas orientadas a la evaluación de la atención, cabe hacer finalmente referencia al cuadro de indicadores sobre la atención social (ASCOF). En los últimos años se ha producido en Inglaterra un notable cambio de enfoque en la medición de la calidad de la atención. Esta evolución se ha caracterizado por, en lugar de centrarse en medir los resultados de rendimiento, poner el foco en la medición de la calidad de vida de las personas usuarias. Este cambio se basa en el principio de que el bienestar o la calidad de vida es el objetivo último de los servicios públicos, y que la prestación de servicios debe estructurarse en torno a este principio en lugar del rendimiento interno (Forder *et al.*, 2016). Partiendo de esta idea, en 2011, el Departamento de Salud elaboró cuadro de indicadores sobre la atención social (Adult Social Care Outcomes Framework, ASCOF) que coloca a las personas usuarias de los servicios de atención social en el centro de la definición de calidad y eficacia de los servicios sociales. ASCOF se ha convertido en una pieza clave de la estrategia política de impulsar mejoras en la atención social a través de la medición de resultados.

- En **Portugal** compete a los servicios del Instituto de Seguridad Social evaluar el funcionamiento de los establecimientos, al objeto de verificar que las actividades que se desarrollan en el centro corresponden con las previstas en la autorización, evaluar la calidad y verificar la conformidad de los servicios prestados a las personas usuarias, en lo referente a las condiciones de instalación y alojamiento, adecuación del

equipamiento, alimentación y condiciones higiénico-sanitarias. Estas evaluaciones tienen que realizarse junto con el/la directora/a técnico/a del establecimiento, con una periodicidad bienal. La normativa establece también la obligación de realizar una evaluación interna, que ha de llevar a cabo la propia entidad. Para ello, el Instituto de Seguridad Social ha elaborado una serie de manuales para la evaluación de la calidad en los diferentes servicios de atención social, entre los que se encuentran las estructuras residenciales y la atención domiciliaria.

Por otro lado, junto con este modelo de evaluación de la calidad propuesto por el Instituto de Seguridad Social, convive una política de calidad derivada de la creación en 2006 de la Red de Atención Continuada, entendida como una dinámica de mejora continua. En el marco de esta política de calidad, la Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) define unos estándares mínimos de calidad para las diferentes tipologías de servicios y estructuras que integran la Red. Estos requisitos se dividen en generales, en términos de estructura, recursos humanos y calidad de cuidados, y en específicos para cada tipología de unidad de internamiento. A partir de estos estándares mínimos, se lleva a cabo un seguimiento de la Red a través de un sistema de monitorización de la actividad, el denominado GestCareCCI. Este sistema consiste en una plataforma web que permite la gestión y monitorización, en tiempo real, de los procesos y de sus resultados. Las diferentes estructuras y servicios que conforman el sistema de atención sociosanitario deben, con una periodicidad semestral, incorporar a la plataforma web los datos relativos a los *inputs* y los *outputs* de la actividad, en lo que se refiere a una serie de objetivos clave. Los resultados de las evaluaciones se publican, de forma agregada, en informes semestrales y anuales. Además, los datos extraídos de la herramienta GestCareCCI sobre el seguimiento de la Red pueden consultarse en la web del Servicio Nacional de Salud.

- En el caso **estadounidense**, las inspecciones son competencia de los estados. El Departamento de Salud estatal es la entidad encargada de realizar inspecciones periódicas en los centros de atención a la dependencia que garanticen el cumplimiento, por parte de esos centros, de los requisitos que establece la normativa estatal. La inspección consiste en un examen de todo el centro de la manera que consideren más oportuna, lo que puede incluir entrevistas tanto con el personal como con las personas residentes. Si se detectan incumplimientos de la normativa, se realiza una segunda inspección no tan exhaustiva como la primera, puesto que el objetivo de esta segunda inspección es comprobar si se han subsanado las deficiencias detectadas.

Las inspecciones se realizan de manera imprevista. En esta línea, la ley establece que cualquier persona empleada en el Departamento de Salud que informe o avise a un centro residencial de una inspección prevista por el Departamento, podrá ser despedida o suspendida.

La ley establece que no pueden pasar más de dos años sin que se realice una inspección, si bien el Departamento de Salud tiene la libertad de fijar la frecuencia de las inspecciones en base a los recursos disponibles. En este sentido, el Departamento debe destinar más recursos a la inspección de aquellos centros que presentan mayores deficiencias en relación a la salud, trato, comodidad, seguridad y bienestar de las personas usuarias. Estas deficiencias pueden manifestarse de diversa manera como, por ejemplo, cambios frecuentes en la dirección del centro, quejas por parte de las personas usuarias o familiares, o cuando las inspecciones previas no han resultado favorables. En caso de incumplimiento, la ley prevé sanciones económicas que pueden llegar a los U\$D 500 por día de no cumplimiento de la normativa. Los centros disponen de 15 días para efectuar el pago de la multa, de lo contrario, esta se irá acumulando. En caso de reincidencia, el Departamento puede ordenar la suspensión o cierre del centro por razones de seguridad.

- b) La utilización de escalas de valoración y evaluación de la situación individual de las personas atendidas

Resulta de particular interés –de cara al objetivo de establecer un sistema adecuado de indicadores de calidad de la atención que permitan evaluar la calidad de la atención desde el punto de vista de las estructuras, los procesos y, fundamentalmente, los resultados– el recurso sistemático a las escalas de valoración que permiten evaluar las necesidades de las personas atendidas, elaborar un plan de atención y, finalmente, evaluar el impacto del cuidado sobre la calidad de vida de esas personas.

En ese sentido, resulta de particular interés el uso del Minimum Data Set del sistema de valoración Inter-RAI que se realiza en **Estados Unidos**, así como en otros países de Europa y América. De acuerdo a Carpenter y Hirdes (2013), el uso cada vez más frecuente de las herramientas de valoración permite obtener datos de gran calidad de cara a la planificación de los servicios. En ese sentido, el uso agregado de los datos que se derivan de esas herramientas permite la identificación de resultados deseables, protocolos para la organización de los cuidados, indicadores de calidad y el desarrollo de sistemas de clasificación de usuarios en grupos de isodependencia o isorrecursos. Este tipo de herramientas responden a una tercera generación de instrumentos de valoración de necesidades que pueden utilizarse de forma longitudinal, en diversos entornos de cuidados, para realizar el seguimiento de una misma persona, lo que facilita la continuidad de los cuidados. Además de la valoración de la situación de la persona, y de la consiguiente identificación de los elementos que se deben tener en cuenta a la hora de la elaboración del plan de cuidados, esta herramienta permite la medición de diversos aspectos relativos a la calidad de la atención.

El caso estadounidense, de los analizados en este estudio, el que en mayor medida ha desarrollado este enfoque. Efectivamente, en Estados Unidos, una de las aportaciones más importantes de la ley OBRA'87, desde el punto de vista de la calidad de la atención, es la implementación obligatoria del denominado Minimum Data Set (MDS, en adelante). El MDS es una base de datos de información recopilada a través del Resident Assessment Instrument (RAI, en adelante).

El RAI-MDS está diseñado para recopilar una información básica, unos datos mínimos, para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas mayores residentes de los servicios de atención a la dependencia.

El RAI-MDS, es en definitiva un sistema de herramientas integradas que incorporan elementos básicos para el desarrollo de la gestión clínica, gestión de calidad y gestión de costos. Está fundamentado en el proceso asistencial y ejecutado por los propios profesionales de manera interdisciplinar. Abarca un amplio espectro que va desde la detección de problemas de salud, la elaboración del plan de cuidados, sistema de información básica administrativa y una serie de indicadores para el desarrollo de programas de calidad. Esta herramienta es de uso obligado por todos los centros de atención socio-sanitaria acreditados.

Esta herramienta está constituida por tres componentes: un conjunto mínimo de datos, una serie de “alarmas” y protocolos de valoración de la persona residente. El conjunto mínimo de datos (MDS) recoge un total de 284 ítems, agrupados en secciones entre variables sociodemográficas y variables asistenciales (características básicas de los patrones de vida del individuo, de las necesidades del individuo, tratamientos...).

c) La publicación de los resultados de las evaluaciones

Como se ha señalado previamente, tres de los países analizados en este informe –Alemania, Estados Unidos e Inglaterra– han desarrollado sistemas mediante los cuales se publican, para su consulta por parte de todas las personas interesadas, los resultados de las inspecciones o evaluaciones realizadas, de forma individualizada para cada centro o servicio.

El modelo **alemán** de gestión de la calidad está muy centrado en la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones que se han descrito en el punto anterior, y tanto las directrices de calidad como los acuerdos de transparencia están muy enfocados a la manera en la que debe recogerse y difundirse esa información. En ese sentido, los acuerdos de transparencia establecen la necesidad de que los informes individuales estén disponibles en lugares visibles en los propios centros, además de estar accesibles en Internet. Para ello, la gestión, publicación y actualización de los informes individuales está asignada a un centro de análisis de datos, encomendado a una de las empresas del sector, que elabora anualmente en torno a 22.000 informes de transparencia. El informe de cada centro recoge la puntuación que se asigna a cada uno de los ámbitos relevantes –enfermería y asistencia médica, tratamiento de los residentes con demencia, cuidado y vida cotidiana, alojamiento, alimentación, limpieza e higiene y encuesta de residentes–, se basa en una escala que va de 5 a 1, donde el 5 es la peor puntuación y el 1 la mejor. Se obtiene a partir de ahí una puntuación parcial por cada ámbito que se traduce en una calificación –muy bien, bien, satisfactorio, suficiente, deficiente– y una puntuación general, basada en las mismas calificaciones, que también se compara con la media de todos los centros de esa misma región. Además de estos datos generales, en el informe se ofrece la puntuación alcanzada en cada uno de los criterios analizados.

Las personas interesadas en la elección de un centro –como cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.– pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro, mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales, que ofrecen igualmente información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.

El informe público se complementa con un informe interno en el que se recogen las recomendaciones del equipo evaluador en relación a los aspectos que deben mejorarse y los aspectos que deben modificarse de cara a la siguiente evaluación. La evaluación de los centros y servicios descrita arroja por lo general calificaciones positivas: es difícil encontrar centros o servicios con calificaciones globales inferiores a 2, siendo la media tanto en el caso de los centros residenciales como de los servicios de atención ambulatoria de 1,2 puntos sobre 5.

Cabe destacar, por otra parte, que el sistema descrito ha sido sometido a diversas críticas, tanto por los especialistas como por las entidades proveedoras de servicios. De hecho, se barajó en un momento dado la suspensión de este sistema, debido a las críticas planteadas, si bien el sistema sigue en funcionamiento en el momento actual. También cabe señalar, sin embargo, que las evaluaciones que se han realizado en relación a este modelo son positivas e indican que los centros que obtienen calificaciones negativas en relación a unos criterios determinados tienden a mejorar esos aspectos de cara a la posterior evaluación.

- En el caso de **Inglaterra**, realizada la inspección a la que se ha hecho previamente referencia, la CQC publica el informe de inspección en su sitio web. El informe recoge información de contexto sobre el servicio y la inspección, la descripción de las principales conclusiones del equipo de inspección, la valoración (calificación) para cada pregunta clave (key lines of enquiry), así como la calificación general otorgada, los indicios sobre cualquier incumplimiento de la reglamentación y las acciones señaladas al agente proveedor para solucionar esta situación irregular, las recomendaciones realizadas por el equipo de inspección para mejorar el servicio y un resumen de la inspección llevada a cabo para que el agente proveedor del servicio comparta con las personas usuarias, familiares y cuidadores, tanto como con el resto de personal del servicio. Esta información sirve de directorio de servicios y centros sociales, y pretende ser de utilidad a la ciudadanía a la hora de elegir uno de ellos.

El informe recoge también la calificación obtenida por cada centro, que consta de cuatro grados o notas: excelente, bien, necesita mejorar e inadecuado. Los centros y servicios de atención social están obligados a mostrar en un lugar visible para todas

las personas –su página web, folleto informativo, etc. – la clasificación otorgada por la CQC como resultado de la evaluación.

- Como los anteriores, el modelo **estadounidense** está muy orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, de manera que se le otorga una gran importancia a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. Esto se traduce en la publicación de toda la información disponible en un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

A nivel federal, el Gobierno publica la página web Nursing Home Compare con información detallada y actualizada de los centros residenciales que reciben financiación de Medicare o Medicaid. Esta página está disponible desde finales de 2008 y pone a disposición de toda la ciudadanía la información obtenida de varias fuentes: la base de datos de las evaluaciones realizadas por el CMS, el sistema Payroll-Based Journal (que permite a los centros residenciales proporcionar, de manera electrónica, cada tres meses el número de horas que el personal del centro ha cobrado por las horas de trabajo diarias), la base de datos nacional derivada de la utilización del Minimum Data Set (MDS), que recopila los datos de las evaluaciones realizadas por el centro residencial a las personas residentes, tal y como se ha señalado previamente, y la base de datos de solicitudes de Medicare, para identificar las hospitalizaciones y los ingresos en las residencias. A través de la página web se puede consultar abundante información en relación a cada centro: información general sobre el centro residencial, calificaciones obtenidas, resultado de las inspecciones sanitarias y de seguridad contra incendios realizadas, dotación y cualificación del personal, calidad de la atención residencial, sanciones, etc.

2.2.2.4. LA ACREDITACIÓN O CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR ENTIDADES ESPECIALIZADAS

Junto a los elementos de carácter obligatorio que se recogen en la normativa, es también habitual la utilización de modelos de acreditación o certificación de la calidad, generalmente de carácter optativo –aunque no siempre, pues en ocasiones su utilización viene determinada en la regulación– y gestionados por entidades no gubernamentales, que acreditan o certifican la calidad de los procesos de atención. Aunque en el esquema de Marukami y Colombo este tipo de herramientas se ubican en la primera de las funciones que se atribuyen a los sistemas de regulación y gestión de la calidad –regulación y control de los inputs–, pueden también considerarse como parte de la tercera de las funciones que estos autores apuntan –la mejora del sistema mediante incentivos–, en la medida en que estas herramientas están en muchos casos determinadas por la necesidad de garantizar a las personas (potencialmente) usuarias de los servicios que se respeta en los centros acreditados una serie de pautas básicas en lo que se refiere a los procedimientos de atención. Cabe señalar, por otra parte, como se señala en el capítulo de conclusiones, que buena parte de estas herramientas se deriva de procedimientos de aseguramiento de la calidad desarrollados en

otros ámbitos de actuación, como la industria, y que su aplicación en el ámbito de los servicios de atención a la dependencia genera ciertas dudas y dificultades.

Se resume a continuación el enfoque utilizado en los países de estudio en relación a este tipo de herramientas.

- En **Alemania**, al margen de las evaluaciones realizadas en el marco del sistema obligatorio de gestión de la calidad que se contempla en el seguro de dependencia, es habitual que los centros residenciales y servicios de atención a domicilio dispongan de certificados de gestión de la calidad, concedidos por entidades certificadoras que aplican diversos modelos de calidad. Aunque algunas veces se considera que la aplicación de estos sistemas implica una carga adicional a la que representan las evaluaciones oficiales, los gestores de los servicios consideran también, en ocasiones, que estas certificaciones contribuyen a posicionar a sus centros en el mercado y que constituyen una buena herramienta de *marketing*. Asimismo, valoran positivamente la labor de asesoramiento y formación que las entidades certificadoras realizan, ausente en general de los procesos de evaluación oficiales (Garms Homolova y Busse, 2014).

Entre los sellos o certificados más habituales, cabe destacar el llamado Sello Verde (der Grüner Haken), el Sello de calidad Diakonie-Siegel Pflege, el Certificado KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) y el sello CaQu (Caritas Qualität Qm-Rahmenhandbuch Altenhilfe Und Pflege).

- En **Bélgica**, a diferencia de lo que ocurre en otros países, existe un sello de calidad impulsado por la administración pública. En 1999 se creó la Carta de Calidad de Centros residenciales para personas mayores a la que pueden adherirse los establecimientos residenciales que lleven a cabo las acciones necesarias para satisfacer las necesidades y las demandas de las personas residentes en aspectos tales como el respeto a la dignidad humana y los derechos fundamentales, la acogida y acompañamiento de las personas residentes, la garantía de los cuidados de salud adecuados, una buena nutrición y el bienestar general (equipamiento adaptado, atención interdisciplinar, estética y vestimenta) o el acceso a la animación y al ocio. Los centros de personas mayores que se adhieren a la Carta de calidad de centros obtienen un sello de calidad y forman parte de una lista pública de centros adheridos.

En un sentido parecido, aunque más específico, cabe hacer referencia al sello regional de certificación de Calidad-Alimentación-Nutrición que ha lanzado el Gobierno valón en 2018 y que constituye una experiencia pionera en Europa. Las situaciones de desnutrición o el riesgo de padecerlas constituyen una realidad entre las personas mayores residentes en centros residenciales. Con el fin de responder a esta problemática, el Gobierno de Valonia ha creado, en el marco de su Plan Valón Nutri-

ción-Salud-Bienestar de los Mayores (Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés, PWNS-be-A), el sello regional de certificación sobre alimentación y nutrición de calidad en los centros residenciales de personas mayores.

- En **Francia**, como en Bélgica, existe un sistema de acreditación de la calidad impulsado por la propia administración. La Charte National de Qualité, elaborada por la MISAP (Mission des services à la personne) de la Dirección General de Empresas dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas constituye la principal herramienta de acompañamiento en el desarrollo de mecanismos de calidad de la atención, destinado a todos los organismos que gestionan servicios de atención a la persona (conjunto de una veintena de servicios a domicilio, definidos reglamentariamente, dirigido a personas mayores, personas con discapacidad, menores de 3 años...). La Carta surgió como un trabajo conjunto de los actores implicados en los servicios de atención a la persona y actualmente lo gestiona la Dirección General de Empresas, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas. La Carta define los aspectos éticos y deontológicos relativos al funcionamiento e intervención de los servicios de atención a la persona, cuyos gestores, públicos y privados, deben adquirir y respetar mediante un compromiso escrito. Se trata de un método de autoevaluación anual que permite la definición de planes de acción personalizados. Para la persona usuaria, recurrir a un organismo que se ha adherido a la Carta constituye una garantía de calidad y de atención a sus necesidades individuales. La persona usuaria puede identificar la adhesión del servicio a la Carta mediante la visibilización del logo correspondiente.

Además, los organismos de atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia tienen en Francia la posibilidad de adherirse a un amplio catálogo de procedimientos de certificación de la calidad. Estas certificaciones, emitidas por entidades privadas, pero recientemente reconocidas por las autoridades francesas –las homologaciones se han aprobado en 2018–, suelen estar adaptadas para responder simultáneamente a las exigencias tanto de la Carta Nacional de Calidad previamente señalada como de los cuadros de especificaciones de autorización y acreditación (Cahier des Charges).

Entre estos sistemas de certificación, cabe citar la Certificación de Calidad del Servicio (Qualicert) impulsado por la Société Générale de Surveillance (SGS); el modelo QUALISAP V4 de certificación de Servicios a la persona, desarrollado por Bureau Veritas y centrado en el ámbito específico de los servicios de atención a domicilio; la norma francesa de AFNOR sobre servicios de atención a la persona en el domicilio o la Certification Cap Handéo, que constituye al mismo tiempo una certificación de calidad –y su sello correspondiente– y una red de más de 250 profesionales y servicios, siempre en el ámbito específico de la discapacidad. Gestionada por la asociación sin fines de lucro Handéo, la certificación, que ha sido diseñada por las propias personas con discapacidad, se centra en los servicios de atención a la persona, los servicios de apoyo a la autonomía y la movilidad y los productos de apoyo.

- En **Estados Unidos**, como complemento a la autorización y a la acreditación otorgadas por las autoridades competentes estatales y federales, los centros y servicios de atención a la dependencia tienen la posibilidad de adherirse, de forma voluntaria, a otros procedimientos de certificación de la calidad. Entre los organismos de certificación del territorio estadounidense destaca la Joint Commission, una entidad sin fines de lucro que desde 1951 certifica a más de 21.000 organismos y programas del ámbito sociosanitario. Este modelo de certificación está basado en funciones clave de todas las áreas relevantes de la organización. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la certificación. En el sector sociosanitario, el modelo de certificación se basa en la integración de cuidados y servicios entre los distintos centros de atención y a lo largo de las distintas fases del proceso de apoyo a la persona, desde el punto de vista social y sanitario. La Joint Commission publica la información de los centros y servicios certificados en una página web abierta a toda la ciudadanía, en la que se ofrece una descripción detallada y actualizada de los organismos.
- En **Portugal**, debido a que la provisión de la atención social a la dependencia recae, principalmente, en entidades privadas con una larga trayectoria, pero con una casi total ausencia de mecanismos normalizados de gestión de la calidad, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social portugués puso en marcha, en 2003, un Programa de Cooperación para el Desarrollo de la Calidad y la Seguridad en los centros y servicios sociales (Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais). Este programa tiene como principal objetivo garantizar a la ciudadanía el acceso a servicios de calidad.

En este contexto, el Instituto de Seguridad Social, responsable del programa, propone a los agentes proveedores de atención social un mecanismo estandarizado para realizar un seguimiento de las actividades, así como un registro cronológico de las mismas. Este modelo de calidad se basa en otros ya implantados –como la Norma ISO 9001:2000 o el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)– y establece tres niveles de exigencia para su implementación, que pueden alcanzarse de forma progresiva. Cabe destacar que la certificación en Portugal no es obligatoria para las IPSS, aunque la pretensión del Instituto de Seguridad Social sea que, en un futuro próximo, todos los centros y servicios sociales garanticen un nivel C (que actualmente es el más elevado).

En cualquier caso, como complemento al cumplimiento de la normativa para formar parte de la Red de atención sociosanitaria a la dependencia y percibir financiación pública, las entidades de atención social tienen la posibilidad de adherirse a una serie de procedimientos de certificación de la calidad, emitidas por entidades privadas, pero reconocidas por el Organismo de Certificación portugués APCER, entre las que se

hallan las anteriormente citadas Norma ISO 9001:2000 y la Committed to Excellence (C2E) basado en el modelo EFQM.

2.2.2.5. ESTANDARIZACIÓN: GUÍAS, DIRECTRICES Y MANUALES DE BUENA PRÁCTICA

Junto a los sistemas de acreditación o certificación, es común también en los diversos países analizados el recurso a la utilización de guías, directrices y manuales de buena práctica. Si bien se trata, en general, de herramientas de uso optativo por parte de los centros, y en general impulsadas desde instituciones académicas y/o desde el tercer sector, en algunos casos –por ejemplo, en Alemania– estas herramientas de estandarización de la atención forman parte del marco legal establecido y sus contenidos se tienen en cuenta en las inspecciones o evaluaciones. Como antes se ha señalado, por otra parte, no siempre se puede establecer una diferencia clara entre estas herramientas de estandarización y las previamente analizadas de certificación, en la medida en que las segundas también incluyen un proceso cumplimiento de directrices y estandarización de la atención, que, además, es certificada por una entidad independiente.

- De todos los analizados en este informe, el ejemplo más desarrollado de estandarización de la atención corresponde a las directrices de calidad desarrolladas en **Alemania**. Allí, la normativa que regula el sistema de atención a la dependencia establece la necesidad de desarrollar y aplicar estándares de expertos para la gestión de la calidad en la atención a las personas con dependencia. Estos estándares se utilizan para definir, implementar y evaluar la calidad de la atención. Aunque están fundamentalmente orientados a los profesionales, también sirven para concienciar a las y los usuarios de los servicios y a sus familiares sobre el nivel de calidad y las características de la atención que reciben. La elaboración de esos estándares está actualmente encomendada a la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados (Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), una asociación nacional de profesionales cuyo objetivo es mejorar la atención hospitalaria y residencial que se presta a las personas mayores con dependencia. Creada en 1992 por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Osnabrück, la red está compuesta por personas expertas (investigadores, personal docente y profesionales de centros residenciales y hospitalarios) en cuidados en el ámbito sociosanitario.

Uno de los objetivos de la red es la investigación de métodos e instrumentos para la promoción y la medición de la calidad en los cuidados. El segundo objetivo de la red es consiste en el desarrollo e implementación de estándares de calidad asistencial consensuados y basados en la evidencia clínica disponible. Los estándares señalados hacen referencia a la atención hospitalaria y los cuidados de larga duración y se elaboran en estrecha colaboración con el Consejo Nacional de Cuidados (Deutschen Pflegerat) y con apoyo económico del Ministerio de Salud. Desde el año 1999 se han elaborado –y en algunos casos actualizado– una

decena de documentos de estándares relacionados con otros tantos aspectos de la atención (prevención de úlceras, gestión de altas, gestión del dolor, prevención de caídas, promoción de continencia urinaria, cuidados de las personas con heridas crónicas, gestión de la nutrición para asegurar y promover la nutrición oral, gestión de relaciones en el cuidado de personas con demencia, preservación y promoción de la movilidad, etc.).

- En España, y en el caso concreto de **Cataluña**, en lo que se refiere al marco del Sistema Estatal de Atención a la Dependencia, cabe hacer referencia al Acuerdo sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema Estatal para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (LAPAD). Este acuerdo pretende ser un referente técnico a la hora de identificar, planificar, desarrollar y difundir las buenas prácticas (BBPP) en la aplicación de la LAPAD a través de un catálogo disponible en la plataforma informática común del Sistema, SAAD, favoreciendo la transferencia de las mismas y compartiendo este trabajo entre las administraciones públicas y con entidades colaboradoras, para mejorar la calidad de vida de las personas. En ese marco, las BBPP se definen como “actuaciones y experiencias sistematizadas, documentadas y con un enfoque innovador, que se orientan a la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y a la participación y cooperación de los agentes implicados en el del SAAD”. El acuerdo preveía una metodología para la elección de BBPP y una memoria tipo para su descripción. Pese a la aprobación de este acuerdo, en 2011, no se ha articulado en la práctica un sistema de buenas prácticas en el marco del SAAD.

También se han desarrollado, tanto en **Cataluña** como en otras comunidades españolas, otras iniciativas interesantes de estandarización de la atención. Particular interés tiene en el contexto catalán, pese a su antigüedad, el sistema de indicadores de calidad para la gestión de centros de atención secundaria promovido por el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), dependiente de la Generalitat de Catalunya. La colección ha sido elaborada por la Subdirección General de Programación y Evaluación del ICASS y por el Instituto Universitario Avedis Donabedian y consta de ocho guías de indicadores de calidad, para otros tantos tipos de servicios. Cada una de esas guías se articula en torno a una serie de dimensiones e indicadores –en el marco de esta iniciativa, los indicadores se definen como “instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la atención y/o del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, aspectos relacionados con la mejora de la organización y la gestión del centro y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada”–, que se relaciona con un área relevante de la atención y con una serie de dimensiones de la calidad de vida (derechos, inclusión social, autodeterminación, bienestar físico, desarrollo personal, bienestar material, relaciones interpersonales y bienestar emocional) de acuerdo con el modelo desarrollado por Schalock y Verdugo.

Junto a estas guías desarrolladas en Cataluña, también cabría señalar, en otras comunidades, el Proceso de Garantía de la Calidad Kalitatea Zainduz desarrollado por la Fundación Eguía Careaga, así como el proyecto Vivir Mejor desarrollado por esta misma entidad, o los Estándares para la atención en centros residenciales y de atención diurna de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

- En **Francia**, la normativa establece que los centros y servicios de atención a personas mayores y/o con discapacidad deben guiarse por las recomendaciones de buenas prácticas de la Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).¹⁰ Esta agencia tiene como misión definir las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario (personas mayores y personas con discapacidad), y habilitar los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios, por lo que se trata de un dispositivo muy estrechamente vinculado tanto con la evaluación de los centros sociales y sociosanitarios, como con la renovación de la autorización, que está condicionada a los resultados de dichas evaluaciones externas. En todo caso, en este ámbito, su papel se ha centrado en la publicación de numerosas guías y manuales de buena práctica.
- En el caso **inglés** es preciso hacer referencia, al menos, a tres entidades diferentes, cada una con su perfil y funciones específicas, no siempre adecuadamente delimitadas:
 - Por una parte, la CQC, a la que ya se ha hecho referencia, tiene entre sus funciones, además de registrar a los agentes proveedores de servicios y monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios, la de publicar guías y estándares para la correcta interpretación y aplicación de la normativa vigente, así como contribuir al debate y a la reflexión, desde una posición independiente, sobre las principales cuestiones relativas a la calidad en la atención social y sanitaria mediante publicaciones.
 - El Instituto Británico para la Excelencia en la Atención Social (SCIE) es una entidad sin fines de lucro independiente que trabaja para la mejora de la atención asistencial en Inglaterra. Su objetivo es la mejora del diseño de políticas y de la práctica profesional mediante la investigación, la difusión del conocimiento, la formación especializada y el fomento del debate.
 - El Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado (NICE) tiene por objeto guiar y asesorar, a nivel nacional, para la mejora de la atención social y sanitaria. Para ello, el NICE produce guías basadas en la evidencia y recomendaciones para los y las profesionales del ámbito de la salud, la salud

¹⁰ El organismo ha sido disuelto en 2014 y sus misiones han sido confiadas a la MISAP (Mission des services à la personne de la Dirección General de Empresas del Ministerio de Economía e Industria).

pública y la atención social, elabora estándares de calidad e indicadores de desarrollo para los agentes proveedores de servicios y las entidades responsables de proporcionar servicios sociales, de salud y de salud pública y proporciona servicios de información para profesionales y responsables del ámbito de la atención social y sanitaria.

- En **Portugal** el Instituto de Seguridad Social, en el marco del programa para el desarrollo de la calidad y la seguridad en los servicios sociales, elabora una serie de materiales para facilitar a las entidades proveedoras de atención social la gestión de la calidad, que incluyen tanto recomendaciones técnicas para centros sociales como manuales de gestión de la calidad.

2.2.2.6. OTRAS HERRAMIENTAS

Se describen a continuación otras herramientas de interés identificadas en el proceso de revisión y que no han sido señaladas en este resumen por no corresponderse directamente al esquema planteado y/o por hacer referencia a marcos territoriales que no han sido analizados en este informe.

- **Carta de derechos de las personas que necesitan cuidados de larga duración de Alemania.** Además de los diversos sistemas específicamente centrados en la calidad de la atención en Alemania, es preciso destacar también el papel que en ese ámbito juega la Carta de los Derechos de las personas que necesitan atención y asistencia a largo plazo. Esta Carta contiene un preámbulo y ocho artículos que incluyen temas clave y áreas de la vida (autodeterminación y apoyo para la autoayuda, integridad física y mental; libertad y seguridad; privacidad; cuidados, apoyo y tratamiento; información, asesoramiento y consentimiento informado; comunicación, sensibilización y participación en la sociedad; religión, cultura y creencias; cuidados paliativos).
- **Agencia Valona contra el maltrato a personas mayores – Respect Seniors.** La Agencia Valona contra el maltrato a personas mayores (Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées o Respect Seniors) se creó en 2008 en el contexto de un decreto genérico de lucha contra el maltrato a las personas mayores. Con el fin de garantizar una descentralización adecuada, la Agencia cuenta para con seis centros de alerta o seguimiento repartidos por la región, uno por provincia. La Agencia publica informes de situación, estadísticas, recomendaciones para la orientación de la política frente al maltrato, materiales de sensibilización, etc.
- **Ombudsman para la atención a la dependencia en Estados Unidos.** La Older Americans Act (OAA) establece que todos los estados deben disponer de un Programa de Defensor del Pueblo (Long-term care Ombudsman Program) que vele por la mejora de la calidad de la atención a la dependencia, a través de la defensa y el empoderamiento de las personas usuarias de los diferentes servicios.

- **Proyecto de indicadores sobre la calidad de la atención los centros residenciales de Flandes.** El Gobierno de Flandes –la otra gran región belga– ha puesto en marcha un proyecto orientado a la recopilación de indicadores de calidad en el sector específico de la atención residencial a las personas mayores. Este sistema de indicadores se estructura en torno a indicadores objetivos e indicadores subjetivos. La información de origen de los indicadores objetivos viene determinada, en gran parte, por la obligación legal de los centros reconocidos de reunirla, de manera sistemática, mientras que la información correspondiente a los indicadores subjetivos se recopila a través de encuesta a las propias personas usuarias.

- **Panel de indicadores sobre el rendimiento de centros sociosanitarios en Francia.** La Agencia Nacional de Apoyo al Rendimiento de los Centros de Salud y Sociosanitarios (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, ANAP) puso en marcha en Francia, en 2010, un proyecto orientado a proponer a los centros de salud y sociosanitarios destinados a personas mayores y/o con discapacidad un panel de indicadores para mejorar el pilotaje de su rendimiento. Este sistema de evaluación del rendimiento pretende fomentar el diálogo entre los centros, las agencias regionales de Salud y los departamentos, apoyar el pilotaje interno de los centros, facilitar la comparación entre los centros que componen el sistema, y mejorar el conocimiento de la oferta, así como fortalecer una cultura de la medición y evaluación de las estructuras sociosanitarias. El panel presenta de forma sintética, bajo la forma de tablas y gráficos, un conjunto de indicadores que se actualiza en cada campaña anual. El cuadro de mando cuenta con 43 indicadores, estructurados en torno a cuatro ejes temáticos –cuidado y acompañamiento; recursos humanos y materiales; finanzas y presupuesto; objetivos (mejora continua de la calidad y sistema de información), que pretenden dar respuesta a las diversas cuestiones clave sobre el rendimiento de los centros sociosanitarios de atención a personas mayores y/o con discapacidad.

- **Evaluación de los servicios gerontológicos desde el paradigma de la Atención Centrada en la Persona (ACP) en España.** En España, el Grupo de Investigación sobre Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo, partiendo del modelo ACP-Gerontología de Teresa Martínez Rodríguez, ha desarrollado un kit de instrumentos de evaluación de los servicios gerontológicos desde la atención centrada en la persona (ACP). En el marco de ese proyecto, se ha desarrollado, por una parte, una batería de cuestionarios de opinión para medir la percepción de los diferentes agentes respecto al grado de aproximación de la atención prestada en cada centro al modelo de atención centrada en la persona (ACP). Al mismo tiempo, se ha desarrollado una batería de 50 indicadores derivados del Modelo ACP Gerontología, articulados en dos dimensiones: prácticas centradas en la persona (conocimiento, autonomía, comunicación, individualización y bienestar, intimidad) y entorno facilitador de la ACP (actividad cotidiana, espacio físico, familia y amistades, comunidad,

organización). Aunque estas dos herramientas se encuentran todavía en fase de desarrollo, suponen un avance de indudable interés en lo que se refiere a la evaluación de los servicios gerontológicos desde el paradigma de la ACP.

- **Compromiso común por la atención de alta calidad en Inglaterra.** En 2017, diferentes entidades inglesas del ámbito de la atención sociosanitaria –CQC, NHS Digital, Association of Directors of Adult Social Services (Adass), Local Government Association (LGA), entre otras– han firmado un compromiso común por una atención social de alta calidad, centrada en la persona. El propósito de esta iniciativa, denominada Quality Matters, es el de alentar a todos los agentes implicados en la atención social –personas usuarias, entidades proveedoras, etc.– a que contribuyan a mejorar la atención para conseguir servicios de alta calidad.
- **Programa de Mejora de la Calidad en la Organización en Estados Unidos.** El programa Quality Improvement Organization (QIO, en adelante) de Medicare surge con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, el costo y la calidad de los servicios provistos a las personas beneficiarias de Medicare. Sus principales funciones son mejorar la calidad de la atención de las personas beneficiarias de Medicare, proteger el Fondo Medicare garantizando que este únicamente pague por los servicios necesarios ofrecidos por los centros apropiados y proteger a las personas beneficiarias en caso de vulneración de alguno de sus derechos. Los QIO son entidades privadas, la mayoría de ellas sin fines de lucro, formadas por profesionales del ámbito sanitario expertos en calidad que llevan a cabo tareas como proporcionar asistencia técnica a los agentes proveedores de atención sociosanitaria; mejorar la calidad de la atención mediante el establecimiento de canales de comunicación para que las personas usuarias puedan hacer llegar sus quejas u opiniones sobre el servicio; o analizar los datos y los historiales de las personas beneficiarias para identificar áreas de mejora en la atención.
- **Programa para garantizar la calidad y mejorar el rendimiento en Estados Unidos.** A finales de 2016 se implementó el programa Quality Assurance & Performance Improvement Program (QAPI) en los centros residenciales estadounidenses. El programa consiste en un proceso de gestión de calidad que deriva de la suma de dos sistemas: Quality Assurance (QA) y Performance Improvement (PI). La iniciativa QAPI se basa en un enfoque sistemático, integral y basado en datos para garantizar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención en los centros residenciales, involucrando a las personas usuarias, a sus familiares y al personal del centro en todo el proceso.

2.2.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE GESTIÓN Y REGULACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PAÍSES ANALIZADOS

2.2.2.1. ALEMANIA

Si bien forma parte del modelo profesionalista, dada la importancia que los agentes profesionales y extragubernamentales tienen en la gestión del sistema, el modelo alemán se caracteriza también por la importancia que da a la orientación de los centros al mercado y por la evaluación ex post de los procesos y resultados de la atención, frente a la regulación ex ante que caracteriza a otros países. Desde ese punto de vista, el acuerdo entre los agentes sociales para la determinación de los estándares de calidad, y no el establecimiento de marcos normativos estrictos por parte de la administración, es uno de los principales elementos definitorios del sistema. Un buen ejemplo de este enfoque es la laxitud con la que se determinan las dotaciones y cualificaciones profesionales del personal de los centros y servicios o la importancia que se da a la elaboración consensuada de una serie de directrices y acuerdos de transparencia, que juegan en muchos casos el papel de la normativa reguladora básica, ya que en ellos se establecen muchos de los elementos relacionados con la calidad de la atención en sus tres dimensiones (estructuras, procesos y resultados).

Desde el punto de vista de la gobernanza del sistema, cabe destacar también el papel que juegan los seguros de Dependencia, tanto desde el punto de vista operativo (los consejos médicos de los seguros regionales de Salud y Dependencia son los responsables de la realización de las evaluaciones), como desde el punto de vista estratégico, destacando en este caso el papel del Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS), encargado de la definición de las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia, la publicación de los informes de calidad, etc. También debe destacarse el papel de la administración regional, encargada de la regulación de los centros residenciales.

La segunda característica se refiere al papel que en el marco de este sistema se da a la competencia entre diferentes proveedores y a la capacidad de elección de las personas usuarias. En ese marco, las barreras de acceso de los operadores al mercado son mínimas y la apertura de centros o servicios de atención se permite siempre que se cumpla una serie de requisitos mínimos (estructurales, ratios y cualificaciones de personal, etc.). La capacidad de elección de los consumidores se pretende facilitar o garantizar mediante el impulso a la transparencia, lo que implica el énfasis en la realización obligatoria, con carácter anual, de visitas de inspección y la publicación de sus resultados en internet. La lógica que subyace al sistema es la de que los centros estarán interesados en garantizar una buena calidad de la atención, en la medida en que ello se reflejará en sus calificaciones y, a su vez, en una mayor demanda por parte de posibles usuarios.

Junto a la importancia de estas evaluaciones y de su publicación, es también reseñable la importancia que se da en el contexto alemán a la estandarización de la atención –mediante la elaboración de una serie de estándares expertos, cuya elaboración, actualización y aplicación

viene recogida en la normativa– y a la certificación de la calidad de la atención por parte de empresas certificadoras. En ese sentido, destaca el esfuerzo de las principales redes del tercer sector en Alemania para el desarrollo de sellos de este tipo y la acreditación de los centros que forman parte de los mismos.

Otro de los elementos distintivos del modelo alemán es el creciente interés por aplicar los métodos de gestión de la calidad que se han apuntado en el ámbito domiciliario. Las inspecciones anuales obligatorias se refieren tanto a los centros residenciales o de atención diurna como a los servicios que prestan asistencia domiciliaria, y las herramientas que se han ido generando (directrices y acuerdos de transparencia) hacen referencia a ambos elementos (si bien, lógicamente, los sistemas de gestión de la calidad están más desarrollados en los servicios residenciales).

Finalmente, cabe señalar que, pese al énfasis que el sistema alemán de atención a la dependencia pone en el aseguramiento de la calidad, sus resultados han sido objeto de crítica por parte de diversos analistas (Matzke, M y Wiß, T., 2017; Garms-Homolova, V. y Busse, R., 2014). Son frecuentes, además, las críticas de los operadores de los servicios y la detección de incidencias de todo tipo, aún en centros que han obtenido buenas calificaciones en las evaluaciones realizadas.

2.2.3.2. BÉLGICA (REGIÓN DE VALONIA)

El sistema belga comparte con el resto de los países del sur de Europa la tendencia a la determinación ex ante de los requisitos y criterios de calidad que han de cumplir los servicios de atención a la dependencia, y por una cierta debilidad de sus mecanismos de evaluación ex post. En efecto, el sistema belga de gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia ha otorgado tradicionalmente una considerable importancia tanto a la regulación de requisitos previos como al seguimiento su cumplimiento, mediante mecanismos de inspección por parte de las administraciones y de informes de actividad elaborados por los propios centros. Sin embargo, al menos en el caso de la región de Valonia, es perceptible una tendencia –común a otros muchos países europeos, como Francia– en los que la calidad de la atención y su evaluación otorgan una importancia cada vez mayor a la persona usuaria y a sus derechos convirtiéndola en un aspecto fundamental de los procesos de calidad. Ello se plasma entre otros aspectos, en:

- la creación en 2016 de la Agencia para una vida de calidad (Agence pour une vie de qualité, AVIQ), con la misión de “apoyar la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida en establecimientos y servicios”;
- la puesta en marcha de la Carta de calidad de centros, que implica, para aquellos centros que se adhieren a ella, llevar a cabo las acciones necesarias para satisfacer las necesidades de las personas residentes, y el fomento de su bienestar, obteniendo a cambio una certificación y un sello de calidad;

- la obligatoriedad, por parte de los responsables de los centros residenciales, de evaluar anualmente el proyecto de vida del centro, verificando el cumplimiento de las medidas orientadas al bienestar y calidad de vida de las personas residentes.

Desde el punto de vista competencial, el modelo belga de atención a la dependencia se caracteriza por una provisión financiada mediante contribuciones obligatorias (seguro de dependencia obligatorio a partir de 2019), con un gasto público importante frente a un gasto privado reducido. Los centros y servicios de atención a las personas con dependencia pueden estar gestionados directamente por las administraciones públicas o por entidades privadas, sometidas a una serie de reglas específicas de autorización y funcionamiento. La concesión de la autorización no se limita al cumplimiento de los requisitos normativos, sino que se toma en cuenta si el proyecto es compatible con el programa regional de implantación en función de las necesidades sociosanitarias, la adecuación del reparto de plazas sobre el territorio y la garantía de libre elección entre los sectores público, asociativo o empresarial, de modo que el Gobierno regional garantiza un porcentaje mínimo de 50% de plazas públicas y/o sin fines de lucro.

2.2.3.3. ESPAÑA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA)

El modelo catalán –y, por extensión, español– de regulación y gestión de la calidad está claramente orientado a la regulación ex ante de los servicios, y a su posterior inspección, con un énfasis claro en los aspectos estructurales y de proceso, siendo generalmente menor la atención que se presta a los elementos relacionados con los resultados y/o a la evaluación ex post de la calidad de la atención.

Desde el punto de vista competencial, el sistema español de gestión de la calidad está claramente determinado por la estructura competencial del sistema de servicios sociales y por la existencia de un modelo de gestión mixto, en el que la prestación de los servicios de atención directa se encomienda tanto a centros de titularidad pública como privada. En ese marco, se observa que en ocasiones la regulación estatal y la regulación autonómica se superponen, si bien la normativa estatal –en los aspectos relativos a la gestión de la calidad– tiene en general carácter básicamente orientador.

Junto a la importancia de los aspectos relativos a la acreditación de los centros dependientes de entidades de titularidad privada, destaca la importancia de la regulación relativa a la autorización necesaria para la apertura de los centros y para su funcionamiento. En ese sentido, el modelo catalán se caracteriza por la existencia de un marco normativo denso, compuesto por numerosas normas, que en ocasiones se solapan y se superponen. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la definición de los criterios y estándares de calidad se establece a priori, mediante la definición previa de numerosos elementos estructurales y de proceso. Esta tendencia a la regulación previa contrasta, por una parte, con la incapacidad que en la práctica muestran las administraciones competentes para la inspección de los centros, que se centran generalmente en la comprobación de los requisitos estructurales y personales más básicos.

Contrasta, además, incluso, con la incapacidad de exigir a las entidades el cumplimiento de algunos de los requisitos establecidos, lo que obliga al aplazamiento de la exigencia de esas condiciones o, aun, a su no consideración.

El énfasis que el modelo español pone en la regulación de los aspectos formales y estructurales contrasta, por otra parte, con la escasa implantación que desde las administraciones públicas se ha dado hasta la fecha al desarrollo de modelos de evaluación de la calidad de la atención centrados en el impacto de los servicios sobre la calidad de vida de las personas atendidas. Se trata, por tanto, de un modelo muy orientado a la regulación administrativa, y poco orientado a la evaluación de la calidad de la atención. La regulación, por otra parte, se establece a nivel político y resulta muy escasa la participación de otros agentes –al menos de forma pública– en el diseño de esas regulaciones. Sí cabe destacar, sin embargo, el impulso que en los últimos años se ha dado a la estandarización de la atención y a la elaboración de manuales, modelos, directrices y guías de buenas prácticas, así como a la extensión de diversos sistemas de certificación.

También cabe destacar, tanto en Cataluña como en el conjunto de España, el énfasis que tanto en el ámbito de la regulación como de la estandarización o la certificación se da a la atención en centros –y, especialmente, en centros residenciales–, siendo mucho menor el interés mostrado por la gestión de la calidad en el ámbito domiciliario o comunitario. Igualmente, puede destacarse la ausencia en el marco catalán o español de centros o instituciones tractoras en el ámbito de la gestión de la calidad, como podrían ser el Care Quality Commission inglés, la Joint Commission estadounidense, o la AVIQ belga. En ese sentido, el modelo español se caracteriza por la atomización de la acción en este ámbito y la incapacidad de la administración central para asumir una labor de liderazgo. Finalmente, aunque ya se ha señalado que la mayor parte de los elementos reguladores se centran en los aspectos estructurales o de proceso (personal, etc.), se han ido reforzando en los últimos años iniciativas más orientadas a la evaluación de los servicios en cuanto a los resultados de la intervención, a partir de modelos que ponen el énfasis en la calidad de vida, la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias.

2.2.3.4. FRANCIA

El modelo francés de atención a la dependencia se vertebra en torno a la Prestación para la autonomía y la atención a las personas dependientes, APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Dicha prestación no es estrictamente una prestación de asistencia social, pero tampoco se incorpora al sistema de la Seguridad Social, puesto que no se ha creado un verdadero seguro social específicamente dedicado al riesgo de dependencia. A medio camino entre el esquema alemán y el español, el sistema francés de atención a la dependencia se sustenta en mayor medida en la evaluación de los servicios que en la regulación de requisitos previos. Por tanto, es un sistema en el que los mecanismos de evaluación y las recomendaciones de buena práctica tienen un gran peso. Es decir, se hace un mayor hincapié en los outputs del sistema que en sus inputs. Así, los mecanismos de evaluación (interna y externa) constituyen un imperativo legal para la obtención de las autorizaciones y habilitaciones correspondientes, y el sistema cuenta

con agencias estatales de evaluación y establecimiento de recomendaciones de buena práctica, como la Agencia Nacional de la Evaluación y la Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM) o la Agencia Nacional de Servicios a la Persona (ANSP).

En ese marco, las herramientas básicas que el sistema francés utiliza para impulsar la garantía de la calidad se relacionan con la acreditación u homologación para la prestación de servicios públicos. Entre esas herramientas, cabe citar el contrato plurianual de objetivos y medios, mediante el que se fijan las obligaciones respectivas de las partes y se prevén los medios necesarios para la realización de los objetivos previstos, sobre una duración máxima de cinco años o el denominado *Cahier de charges*, en el que se definen las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento de los centros.

2.2.3.5. REINO UNIDO

Inglaterra puede ser considerado, en el marco de este informe, como uno de los países en los que, teóricamente al menos, es más clara la evaluación ex post de los servicios y la orientación hacia los resultados. Es también muy destacable en el modelo inglés el papel que juega la denominada Care Quality Commission (CQC) que, aplicando los estándares establecidos por la ley, es la encargada de desarrollar las principales tareas relativas a la calidad de la atención: la regulación, la inspección y evaluación, la elaboración de material de apoyo para agentes del ámbito social, entre otras.

Además de la autorización, certificación y registro de todas las entidades prestadoras de servicios, una de las principales acciones que lleva a cabo la CQC para garantizar la calidad de la atención son las inspecciones –con o sin previo aviso– de los centros o servicios de atención social y sanitaria. Mediante las inspecciones, los centros o servicios obtienen una valoración que las personas usuarias pueden consultar en todo momento, bien en la página web del CQC, bien en el propio centro o servicio, que tiene la obligación de mostrar la puntuación recibida por la CQC. En ese marco, la CQC ha establecido cinco parámetros que constituyen los principios básicos de la calidad en la atención, a saber: seguridad, efectividad, diligencia, flexibilidad y adecuada gestión. Estos cinco dominios son muy genéricos, pero constituyen el marco en el que tienen que integrarse todos los servicios y centros, entre ellos, los de atención a la dependencia. Todos los centros y servicios de atención social y sanitaria tienen la obligación de realizar evaluaciones internas y de proporcionar una serie de datos a la CQC, mediante la aplicación web, para que la comisión pueda llevar a cabo su seguimiento y publicación.

En relación al caso inglés destaca, como se ha señalado, el creciente interés por colocar a la persona usuaria en el centro del sistema de medición de la calidad de la atención. Esta tendencia queda patente en:

- La incorporación de la opinión y experiencias de las personas usuarias, de sus familiares y de cuidadores/as (Adult Social care User Survey, Survey of Adult Carers).

- La medición de resultados en los procesos de evaluación de la calidad de la atención social a partir del cuadro de indicadores Adult Social Care Outcomes Framework.
- El papel que en cuanto a la elaboración y difusión de materiales para la gestión de la calidad juegan el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y el Social Care Institute for Excellence (SCIE).

2.2.3.6. PORTUGAL

Hasta hace dos décadas, las infraestructuras de atención a la dependencia de Portugal estaban muy poco desarrolladas en comparación con el resto de los Estados miembro de la Unión Europea. En un periodo relativamente corto, Portugal ha implementado un sistema nacional de servicios de atención social, con unas ratios de cobertura cercanas a la media de la Unión Europea, si bien, a día de hoy, es uno de los países menos generosos de la UE en el porcentaje del PIB destinado a la atención a la dependencia, así como uno de los países con el número más bajo de profesionales del sector de la dependencia.

Históricamente, la prestación de servicios de bienestar ha estado a cargo de redes informales (familia, entidades sin fines de lucro). El sector público ha desempeñado un papel minoritario en la atención a la dependencia en Portugal y, si bien en los últimos años ha habido cambios importantes con el objeto de evolucionar de los cuidados informales a los institucionales, lo cierto es que, al día de hoy, la atención informal proporcionada por familiares sigue siendo el principal agente del sistema.

Desde el punto de vista competencial, la provisión formal de servicios de atención social recae, fundamentalmente, en el sector privado en Portugal. Las estructuras de atención social están gestionadas por entidades privadas sin fines de lucro que reciben financiación del Gobierno, las denominadas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entre las que destacan las Misericórdias, entidades de carácter religioso. Los servicios dirigidos a las personas en situación de dependencia se articulan en torno a la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dependiente tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social. Esta Red constituye un nuevo modelo de coordinación destinada a garantizar un mejor uso, más equitativo, de los recursos existentes, y una mejor coordinación entre los diferentes agentes implicados en la provisión de la atención a la dependencia.

Las IPSS, que constituyen las principales estructuras de provisión de atención social a la dependencia, se integran en la Red y perciben financiación pública del Gobierno mediante acuerdos de cooperación con el Instituto de Seguridad Social, siempre que cumplan una serie de requisitos establecidos en la normativa vigente. La certificación de las IPSS por entidades independientes externas no es obligatoria para ejercer como proveedoras de atención social. Para obtener financiación pública el requisito es cumplir con las obligaciones que se indican en el protocolo/acuerdo de colaboración que se establece con el Ministerio de Trabajo y Segu-

ridad Social. Si bien la calidad de la atención a las personas en situación de dependencia está presente en el debate público y en la normativa de muchos países europeos, Este no es el caso de Portugal, donde la regulación en términos de calidad de la atención es muy somera y las guías para la gestión de la calidad tienen poco efecto en la práctica.

En todo caso, debe también destacarse que Portugal ha desarrollado iniciativas de interés para avanzar en la medición de los resultados de los procesos de atención, como el sistema GestCareCCI. Este sistema consiste en una plataforma web que permite la gestión y monitorización, en tiempo real, de los procesos y de sus resultados. Las diferentes estructuras y servicios que conforman el sistema de atención sociosanitario deben, con una periodicidad semestral, incorporar a la plataforma web los datos relativos a los inputs, relacionados con los/las profesionales (recursos humanos, ratios, formación) y estructura (dimensiones, distribución de espacios, accesibilidad), y a los outputs, que hacen referencia a los resultados obtenidos en los diferentes niveles, a través de instrumentos relacionados con la evaluación de necesidades y planificación de cuidados, auditorías y monitorización de la evolución de los resultados.

2.2.3.7. ESTADOS UNIDOS

El modelo de protección social de Estados Unidos se caracteriza, en relación al resto de los países analizados en este informe, por su escaso desarrollo y reducido gasto público. En ese sentido, los estudios comparativos relativos al funcionamiento de los Estados de Bienestar enmarcan el caso estadounidense en el modelo de Estado de Bienestar liberal, caracterizado por un importante componente asistencial y basado en transferencias focalizadas a los más pobres. En efecto, si se considera el conjunto del gasto social público, Estados Unidos apenas destina un 19% del PIB a los servicios que conforman el Estado del Bienestar, lejos del esfuerzo realizado por otros países analizados en este informe. Pese a ello, el sistema de cuidados de larga duración o atención a la dependencia establecido en Estados Unidos ha sido objeto de una extensa regulación y constituye, por tanto, un caso relativamente atípico en el contexto estadounidense. El esfuerzo regulador realizado se debe, al menos en parte, a la participación de la administración pública en la financiación de tales servicios, fundamentalmente mediante dos programas de ámbito nacional –Medicare y Medicaid–, a través de los cuales se financia el 60% del costo de estos servicios.

En lo que se refiere a la normativa que regula el sistema de atención a la dependencia, cabe señalar la importancia de la Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987, conocida como OBRA'87. Esta ley define el sistema de control de la calidad de los cuidados de larga duración en Estados Unidos y modificó sustancialmente las responsabilidades de los agentes proveedores de servicios. Entre las diferentes disposiciones que establece, el cambio más significativo lo representa el establecimiento de estándares orientados a resultados y centrados en las personas usuarias. Al día de hoy, esta ley sigue constituyendo el principal marco regulador de los requisitos de los centros de atención a la dependencia, si bien el sector está experimentando cambios significativos, derivados de los cambios en la Administración federal, y que se concretizan en nuevas

leyes tales como la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, también conocida como ACA) de 2010. Esta ley tiene entre sus objetivos ampliar la atención domiciliaria y la comunitaria, extendiendo de este modo la oferta que estaba muy centrada en la atención residencial. En cualquier caso, es relevante insistir en que el sistema objeto del presente análisis está inmerso en un proceso de cambio debido a que muchas de las reformas introducidas por la anterior Administración están siendo parcialmente revertidas por la actual administración Trump.

En relación a la estructura competencial, el sistema se caracteriza por la intervención de la Administración federal y de la Administración estatal. Tal y como se detallará más adelante, recae en la Administración federal la competencia para establecer los requisitos para la acreditación de los centros que reciben financiación en el marco de los programas Medicaid o Medicare, así como para velar por su cumplimiento. Los estados, por su parte, son los responsables de autorizar la apertura de los centros.

Los servicios y centros de atención a la dependencia requieren de una autorización de apertura otorgada por los estados. El Departamento de Salud estatal es el encargado de realizar inspecciones periódicas en los centros de atención a la dependencia que garanticen el cumplimiento de los requisitos que establece la normativa estatal. Para ello, realiza visitas de control. La inspección consiste en un examen de todo el centro de la manera que consideren más oportuna, lo que puede incluir entrevistas tanto con el personal como con las personas residentes. Si se detectan incumplimientos de la normativa, se realiza una segunda inspección no tan exhaustiva como la primera, puesto que el objetivo de esta segunda inspección es comprobar si se ha subsanado las deficiencias detectadas. A diferencia de la autorización, los servicios y centros de atención a la dependencia no están obligados a disponer de una acreditación para ejercer su actividad; sin embargo, sí es un requisito necesario para poder tener derecho a reembolso a través de los programas Medicare y Medicaid. Esta acreditación, que es competencia del Gobierno federal, la otorga el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS).

En lo que se refiere a las herramientas para la determinación de la calidad, más allá de la regulación básica establecida a nivel federal y estatal, destacan la utilización obligatoria del Minimum Data Set de InterRAI para la medición de la calidad de vida de las personas residentes; la obligatoriedad de publicar, para todos los centros y servicios acreditados, los resultados de las inspecciones, y el desarrollo de diversos programas para el desarrollo de la calidad, como el Quality Improvement Organization (QIO) o el Quality Assurance & Performance Improvement Program (QAPI). El primero surge con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, el costo y la calidad de los servicios provistos a las personas beneficiarias de Medicare y se articula en torno a entidades privadas, la mayoría de ellas sin fines de lucro, formadas por profesionales del ámbito sanitario expertos en calidad que llevan a cabo tareas como proporcionar asistencia técnica a los agentes proveedores de atención sociosanitaria, mejorar la calidad de la atención mediante el establecimiento de canales de comunicación para que las personas usuarias puedan hacer llegar sus quejas u opiniones sobre el servicio, o analizar los datos y los historiales de las personas beneficiarias para identificar áreas de mejora en la atención. El segundo consiste en

un proceso de gestión de la calidad que se basa en un enfoque sistemático, integral y basado en datos para garantizar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención en los centros residenciales, involucrando a las personas usuarias, a sus familiares y al personal.

También juega un papel significativo en el modelo estadounidense la Joint Commission, una entidad sin fines de lucro que desde 1951 certifica a más de 21.000 organismos y programas del ámbito sociosanitario. Este modelo de certificación está basado en funciones clave de todas las áreas relevantes de la organización. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la certificación. En el sector sociosanitario, el modelo de certificación se basa en la integración de cuidados y servicios entre los distintos centros de atención y a lo largo de las distintas fases del proceso de apoyo a la persona, desde el punto de vista social y sanitario. La Joint Commission publica la información de los centros y servicios certificados en una página web abierta a toda la ciudadanía, en la que se ofrece una descripción detallada y actualizada de los organismos.

Finalmente, cabe destacar el desarrollo en este país de sistemas de pago por rendimiento. En efecto, en la medida en que el sistema de pagos a los centros y servicios estadounidenses no incentiva la provisión de una atención de alta calidad, en los últimos años, algunas iniciativas han ido destinadas a modificar el esquema de pagos de manera que incida en la calidad para pasar de pagar a los centros no únicamente por el volumen de personas atendidas, sino por la calidad de la atención prestada. De acuerdo con esta filosofía, surgen los Value-based programs, que consisten en vincular el pago del servicio a la calidad de la atención, de manera que el importe reembolsado esté supeditado a la calidad. El pago puede depender de resultados absolutos de calidad (por ejemplo, número total de úlceras por presión) o bien de su evolución positiva en el tiempo. Debido a su corto recorrido, no hay evaluaciones que permitan determinar el impacto de este tipo de programas, sin embargo, en relación a los no específicos de centros residenciales, la evidencia existente no es concluyente al respecto. Si bien algunos trabajos apuntan hacia tímidos resultados positivos, otros señalan que el impacto de estos programas en la calidad de la atención es inexistente (Stevenson, D., Bramson, J., 2014; Grabowski, D.C. *et al.*, 2017).

2.3. Conclusiones: algunas pautas para la construcción de un modelo eficiente de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia

Tras el análisis realizado, en este apartado se plantean, de forma esquemáticas, las conclusiones que cabe extraer de los siete casos analizados y algunas pautas para la construcción de un modelo eficiente de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados a las personas en situación de dependencia. En ese sentido, como se decía en la introducción, se pretende identificar los elementos clave que han de tenerse en cuenta a la hora de la construcción de un modelo de aseguramiento y gestión de la calidad, y las diferentes opciones que pueden existir en relación a esos elementos, así como las consecuencias o efectos que cabe esperar de las opciones disponibles.

La importancia de los factores contextuales e institucionales

Aunque obvio, el primer elemento que cabe destacar es la necesidad de tener en cuenta los factores contextuales e institucionales que existen en cada país a la hora de desarrollar no solo un sistema de cuidados a las personas en situación de dependencia, sino las herramientas y las funciones del modelo de regulación y gestión de la calidad. En ese sentido, se ha indicado, y los estudios de caso han permitido confirmarlo, que existen muy diversos elementos contextuales –la estructura competencial y el grado de descentralización de las entidades encargadas de estas funciones; la capacidad de acción e influencia de los agentes sociales o extragubernamentales; el grado universalidad y el alcance o desarrollo del sistema de atención a la dependencia, medidos en términos de cobertura y de gasto público; el nivel de mercantilización del sistema y la existencia de lógicas mercantiles en el acceso a los servicios, así como el grado de orientación al mercado de los proveedores; el tipo de prestaciones más extendidas; el equilibrio entre los servicios de atención de base institucional, los servicios comunitarios y las prestaciones económicas; o las condiciones laborales y la regulación del mercado de trabajo, que determinan el modelo de regulación de la calidad en el ámbito de los cuidados y que deben necesariamente tenerse en cuenta.

En ese sentido, si bien es posible utilizar herramientas eficaces o exitosas aplicadas en contextos muy diferentes, parece clara también la necesidad de que los elementos que conformen el modelo de regulación de la calidad se adecuen en la mayor medida posible a la forma que en cada país adopta esos elementos contextuales.

Diversidad de modelos, que se pueden sin embargo resumir en dos

El repaso de la literatura y el análisis de los diferentes sistemas analizados ha permitido observar la extraordinaria variedad y diversidad de funciones, objetivos, herramientas, normativas, instituciones o indicadores utilizados para la regulación y la gestión de la calidad en los sistemas de cuidados. La literatura consultada distingue en ese sentido tres modelos –el profesionalista, el basado en la inspección, y el basado en la recolección y la publicación de datos–, pero hubiera sido posible señalar otras categorías basadas en otros aspectos diferentes.

Van Rompaey (2018), por ejemplo, distingue, en líneas gruesas, tres grandes perspectivas o enfoques. Por un lado, los enfoques que tienen en cuenta de manera exclusiva la dimensión subjetiva de la calidad, es decir, que se enfocan en el estudio de la percepción o valoración de las personas involucradas en el cuidado y, en particular, de las/los usuarias/os o beneficiarias/os del servicio en relación a su grado de satisfacción con la atención recibida. Una segunda perspectiva concibe que la calidad del cuidado está vinculada fundamentalmente con los aspectos materiales y organizacionales del proceso de producción técnica del servicio. Por último, visiones más integrales la entienden como el resultado de un proceso de producción de servicios que integra aspectos técnicos y organizacionales y que uno de sus indicadores o medidas principales es la percepción o valoración subjetiva de las personas involucradas en el servicio (y, en particular, la de las personas usuarias).

Leturia (2012) también distingue tres aproximaciones o etapas diferentes: una primera aproximación se da cuando se pretende que el servicio cumpla una serie de especificaciones técnicas preestablecidas, unos criterios concretos de funcionamiento y el interés se centra en el servicio y en aspectos estructurales y funcionales. Es más un enfoque de aseguramiento, de control de calidad. Una segunda aproximación introduce al receptor del servicio y sus necesidades y, de esta manera, la valoración del servicio se realiza en función de su adecuación al uso para el que ha sido concebido. Y, por último, una tercera etapa amplía sus miras contemplando la calidad más como un sistema de gestión que responda a las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés. No solo los usuarios receptores directos del servicio sino también los profesionales trabajadores, proveedores, alianzas, sociedad...

En todo caso, a pesar de esa diversidad, el análisis realizado en torno a siete casos concretos permite distinguir dos orientaciones claras y en cierto modo antitéticas:¹¹

- De una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación ex ante, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (inputs) más fácilmente comprobables, y en cierta medida en determinados indicadores de proceso (outputs), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (outcomes) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias. Por otra parte, los modelos basados en la regulación ex ante conceden una gran importancia a la inspección del cumplimiento de esos requisitos, si bien, a menudo, los equipos inspectores no tienen la capacidad suficiente para inspeccionar todos los aspectos contenidos en la regulación y las inspecciones tienden a centrarse en aspectos estructurales y procedimentales que la norma establece y no en los resultados alcanzados mediante los dispositivos regulados. En ese sentido, si bien las inspecciones que se realizan en este modelo pueden ser útiles para prevenir las deficiencias más palmarias –aunque no siempre o necesariamente–, resultan poco adecuadas para impulsar una visión más holística de la calidad de la atención. De hecho, se ha constatado que, en la práctica, las inspecciones que periódicamente realiza la administración tratando de garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores no inciden de manera sustancial en la verificación del nivel de la calidad asistencial y de la calidad de vida del residente (San Miguel, 2011).

El modelo catalán (y, por extensión, el español) pertenece claramente a ese modelo, aunque también podría decirse que forman parte de él –al menos en cierta medida– el resto de los modelos del sur de Europa analizados en este informe (Francia, Bélgi-

11 Se trata, en cualquier caso, de una clasificación ideal y aunque cada uno de los países analizados se puede adscribir a una de estas orientaciones en función de qué tipo de herramientas prevalezcan, lo normal es que convivan en cada modelo aspectos más cercanos a un modelo u a otro.

ca y Portugal). Es importante señalar que estos países comparten, en gran medida, algunos de los elementos contextuales e institucionales previamente señalados.

- De otra parte, los modelos básicamente orientados a la evaluación *ex post* de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permite una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales, como a los materiales o de personal). En estos países, el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad está puesto en los procedimientos de inspección y/o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir.

Son ejemplos de este enfoque, de los países analizados en el informe, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos. En general, estos modelos prestan una mayor atención a la evaluación de los procesos de atención y a la medición de sus resultados, por encima de los elementos estructurales o personales. Se trata, además, de modelos más orientados a las lógicas mercantiles, más orientados al mercado, en la medida en que utilizan la evaluación de la calidad de la atención como una herramienta para atraer a posibles clientes, en un marco en el que la demanda de servicios encuentra ofertas cercanas, variadas y accesibles. Estos modelos basados en la evaluación *ex post* se concretan en muy diversas herramientas, si bien la utilización de escalas de medición de la calidad de vida de las personas usuarias y la publicación de los informes de evaluación de cada centro resultan las más habituales.

La necesidad de avanzar en un cambio de paradigma: de la calidad de la atención a la calidad de vida

Hoy por hoy, junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios desarrollos similares destinados a proporcionar a los profesionales y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad (Verdugo *et al.*, 2009).

Efectivamente, la conclusión más clara que cabe extraer del análisis realizado se refiere a la necesidad de avanzar hacia modelos de evaluación *ex post* que, a partir de un marco normativo previo sólido y coherente, permitan evaluar los procesos de atención y, sobre todo, el impacto de esos procedimientos en la calidad de vida de las personas atendidas. Se trata, en ese sentido, de avanzar en un cambio de paradigma, pasando de la calidad de la atención a la calidad de vida e incorporando a los modelos de regulación y gestión de la calidad el enfoque de la atención centrada en la persona (ACP). En efecto, como ha señalado Martínez Rodríguez (2017), “la mirada a la calidad de los servicios no siempre ha estado orientada a conseguir logros en la

calidad de vida de las personas, sino que en ocasiones ha estado más vinculada a otros objetivos relacionados con la gestión de los servicios. La consciencia de esta desviación ha hecho que en estos últimos años distintos organismos internacionales apuesten por un enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) como eje estratégico orientador de la calidad de los servicios y, consecuentemente, con el desarrollo de sistemas de evaluación de la atención y/o de medición de los resultados de la misma basados en el paradigma de la calidad de vida” (página 84).

De acuerdo a Leturia (2012), “en la última década se ha impulsado el desarrollo de sistemas de gestión lo cual ha supuesto una mejora organizacional, una profesionalización de la gestión y también una sistematización de las actividades que en el ámbito de un servicio de atención se llevan a cabo. Pero los sistemas de gestión de la calidad y las certificaciones y reconocimientos relacionados no garantizan, por sí mismos, la calidad de la atención. La calidad organizacional y la calidad del servicio deben tener una consecuencia directa sobre la calidad de vida de las personas y ser facilitadora de la implantación de un modelo de atención que garantice la mejora continua de la calidad de vida en los servicios residenciales. Y considerando que dicha mejora implica, en primer lugar, poner los medios para que las personas que viven en estos alojamientos tengan la oportunidad de seguir eligiendo su estilo de vida, mantengan su autonomía, entendida como capacidad de decidir y de seguir ejerciendo dicha capacidad. Y en segundo lugar se considere y se respeten, en todas las pautas de la organización y de actuación, así como en las prácticas profesionales, los derechos de las personas” (página 44).

A partir de esa idea, diversos autores/as han defendido la idea de orientar los modelos de gestión de la calidad hacia la calidad de vida, frente a la gestión de la calidad de la atención que se ha venido manteniendo hasta ahora. En efecto, Kane (2001) ponía ya hace casi 20 años de manifiesto la necesidad de prestar una menor atención a la calidad técnica del servicio y una mayor atención, por el contrario, a la calidad de vida –medida tanto de forma objetiva como subjetiva– de las personas usuarias: a su juicio, frente a la piadosa idea de la calidad de la atención, la calidad de vida de las personas atendidas se debe considerar el objetivo prioritario de los servicios de cuidados. Más recientemente, Razo *et al.* (2016) ha puesto de manifiesto que “la calidad de la atención es importante para apuntalar a la calidad de vida. Sin embargo, la calidad de la atención se ha confundido con la obtención de estándares de calidad que sistematizan el proceso de atención como un mecanismo de producción, donde lo importante es obtener puntos, ya sea por el número de pacientes atendidos o los procedimientos realizados, sin tomar en cuenta la participación activa de la persona que es atendida, ni considerarla como un ser único, que necesita una atención integral, desde su historia de vida, su condición física, psicológica, social y espiritual, aspectos que sí logran los modelos de Atención Centrada en la Persona” (página 1).

¿Qué medir? La necesidad de elegir adecuadamente las dimensiones y los indicadores

Los análisis realizados ponen de manifiesto la variedad de dimensiones e indicadores que se tienen en cuenta a la hora de medir la calidad de la atención, tanto en lo que se refiere a los

procedimientos de atención como al impacto de esos procedimientos en el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias, así como en el ejercicio de sus derechos. Efectivamente, como señalan Murakami y Colombo (2013), “la calidad es un concepto difícil de definir y operacionalizar para su medición. Buen número de países no recogen sistemáticamente la información sobre la calidad de los servicios prestados y muchos no han alcanzado un consenso nacional respecto a los indicadores que deben ser tenidos en cuenta y respecto a los que se debe facilitar información. Así, la medición de la calidad se ve frenada por los problemas metodológicos y por la dificultad de identificar los indicadores apropiados, y la ausencia de un mandato claro para recoger estos datos” (página 53).

En los últimos años se han desarrollado diversos trabajos y proyectos de investigación específicamente orientados al análisis de esta cuestión (Murakami y Colombo, 2013; Hoffman *et al.*, 2010; Dandi y Casanova, 2012). En el trabajo de Hoffman se identifican 94 indicadores relacionados con la calidad de la atención, la calidad de vida, el rendimiento económico y el liderazgo. Por su parte, Dandi y Casanova, en el marco del proyecto ANCIEN recogieron hasta 390 indicadores utilizados en nueve países de Europa, clasificándolos desde el punto de vista del contexto institucional (residencial, comunitario, domiciliario), la dimensión de la calidad a la que hacen referencia (efectividad, seguridad, sensibilidad, coordinación) y los elementos básicos del sistema (estructura o inputs, procesos, y resultados o outcomes). La mayor parte de los indicadores recogidos se refieren a la dimensión de la efectividad y a los indicadores de proceso.

En un trabajo posterior, Murakami y Colombo (2013) señalan que los indicadores de efectividad y seguridad más utilizados se refieren a seis aspectos concretos: la prevalencia de las escaras o úlceras por presión, la incidencia de las caídas y las fracturas provocadas por caídas, la incidencia de las restricciones físicas, la incidencia de casos de sobremedicación y errores en la administración de fármacos, la prevalencia de pérdida involuntaria de peso y la incidencia de la depresión. Los autores indican también, en cualquier caso, que además de este tipo de indicadores de carácter clínico resulta imprescindible desarrollar indicadores que midan los resultados de la atención desde el punto de vista de la atención centrada en la persona y la calidad de vida. En este campo, algunos de los sistemas recogidos en este informe (el modelo ASCOT desarrollado en Inglaterra, la utilización del MDS del RAI en EE. UU. o el kit de indicadores para la medición de la ACP desarrollado por Rodríguez *et al.* en España) responden plenamente a ese objetivo. También resulta de particular interés el sistema Gest Care desarrollado en Portugal.

La utilidad de los diversos enfoques e instrumentos

El análisis realizado ha permitido, por otra parte, describir algunas herramientas que, más allá del establecimiento de unos criterios o estándares básicos, se utilizan de forma cada vez más frecuente en los sistemas de gestión de la calidad: la publicación de los informes de evaluación e inspección; el recurso a escalas para la medición de la calidad de vida; y los sistemas de certificación de la calidad por parte de entidades especializadas. También cabe hablar, en

esa misma línea, de los sistemas de pago por rendimiento y de la utilización de la homologación o concertación –es decir, la contratación y/o financiación pública de los servicios prestados por entidades privadas– como elemento de gestión de la calidad. Se detallan, brevemente, los aspectos más relevantes relativos a cada uno de ellos.

a) Publicación de informes

Como se ha señalado, y como se explica en detalle en los análisis monográficos, la publicación de los resultados de las evaluaciones o inspecciones realizadas constituye, especialmente en los modelos más orientados al mercado –Alemania, Inglaterra y EE. UU.– una herramienta cada vez más utilizada. Si bien, como se explica para el caso alemán, este tipo de herramientas despierta recelos y resistencias por parte de los proveedores del servicio, cabe pensar que tiene un cierto impacto en la mejora de las deficiencias inicialmente detectadas (Herr, Nguyen y Schmitz, 2015). Otros autores concluyen, sin embargo, que la evidencia sobre la efectividad de estos sistemas no es concluyente y han puesto de manifiesto la necesidad de garantizar que la información que se pone a disposición de las personas usuarias tenga la máxima fiabilidad y sea, al mismo tiempo, comprensible por parte de las personas potencialmente usuarias de los servicios (Kumpunen *et al.*, 2014). Para estos autores, en cualquier caso, aunque no hay evidencia de que la mayor parte de los potenciales usuarios conozca o accede a estos informes, parecen haber tenido un cierto papel en la mejora de los servicios y responden, por otra parte, al derecho de los usuarios a disponer de información respecto a los centros con la mayor transparencia posible, lo que sí se valora de forma muy positiva por parte de los potenciales usuarios.

b) El uso de escalas valoración para la medición de la calidad de vida

Ya se ha señalado la importancia de establecer un sistema adecuado de indicadores de calidad de la atención que permitan evaluar la calidad de la atención desde el punto de vista de las estructuras, los procesos y, fundamentalmente, los resultados. En ese sentido, resulta de particular interés el recurso sistemático de las escalas de valoración que permiten evaluar las necesidades de las personas atendidas, elaborar un plan de atención y, finalmente, evaluar el impacto del cuidado sobre la calidad de vida de esas personas. Si bien muchas de las herramientas que se han descrito en este informe dan una respuesta a esta necesidad, cabe destacar, a título de ejemplo, al menos dos de las señaladas.

Por una parte, resulta de particular interés el uso del Minimum Data Set del sistema de valoración Inter-RAI que se realiza en Estados Unidos, así como en otros países de Europa y América. De acuerdo a Carpenter y Hirdes (2013), el uso cada vez más frecuente de las herramientas de valoración permite obtener datos de gran calidad de cara a la planificación de los servicios. En ese sentido, el uso agregado de los datos que se derivan de esas herramientas permite la identificación de resultados deseables, protocolos para la organización de los cuidados, indicadores de calidad y el desarrollo de sistemas de clasificación de usuarios en grupos de isodependencia o isorrecurso. Este tipo de herramientas responde a una tercera generación de instrumentos de valoración de necesidades que pueden utilizarse de forma longitudinal,

en diversos entornos de cuidados, para realizar el seguimiento de una misma persona, lo que facilita la continuidad de los cuidados. Además de la valoración de la situación de la persona, y de la consiguiente identificación de los elementos que se deben tener en cuenta a la hora de la elaboración del plan de cuidados, esta herramienta permite la medición de diversos aspectos relativos a la calidad de la atención.

Junto al uso de MDS de inter-RAI, cabe hacer referencia a otras escalas similares para la medición de las necesidades y/o la calidad de vida de las personas que reciben servicios de atención, como la Escala FUMAT (Verdugo *et al.*, 2009), la escala de calidad de vida GENCAT (Verdugo *et al.*, 2008) o la escala INICO-FEAPS para la medición de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual, además de diversas escalas específicamente orientadas a la medición de la calidad de vida de personas con demencia (Bowling *et al.*, 2015).

c) Herramientas de certificación y gestión de la calidad

En el análisis realizado hemos visto en qué medida están extendidas las herramientas de certificación de la calidad, a menudo basadas o derivadas de herramientas de gestión de la calidad implementadas y desarrolladas en otros ámbitos, como la norma ISO, el modelo de calidad total EFQM y las diversas versiones de la Norma UNE.¹²

El uso de este tipo de herramientas en los centros y servicios de atención a la dependencia resulta, sin embargo, en general, insuficiente desde el punto de vista de la calidad de la atención: en efecto, aunque los responsables de los centros residenciales para personas mayores valoran positivamente la utilización de modelos de gestión de la calidad en el sector, la idea de que los modelos de gestión de la calidad se centran demasiado en la mejora de la gestión dejando un tanto de lado la calidad asistencial está bastante extendida entre los responsables de los centros residenciales para personas mayores.

Las investigaciones realizadas en el País Vasco ponen, en ese sentido, de manifiesto que la utilización de este tipo de herramientas de gestión de la calidad mejora el grado de orientación al mercado de los centros residenciales que las utilizan, aunque no necesariamente la calidad de la atención percibida por las personas usuarias. Por ello, los estudios que han analizado

12 Tal y como explica Leturia (2012), "la Norma ISO es una norma genérica de aplicación a cualquier sector, es un estándar internacional que establece las pautas para implantar en una organización un sistema de gestión de la calidad, establece la necesidad de documentar e implantar una sistemática para su gestión, pero sin hacer referencia al cumplimiento de objetivos o logro de resultados. Plantea la necesidad de identificar los procesos, establecer los procedimientos de la actividad, incorporar la satisfacción de los usuarios para su análisis y así facilitar la mejora. El Modelo EFQM se fundamenta en una serie de criterios y subcriterios que presentan una serie de recomendaciones (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas, recursos y procesos) y evalúa los resultados en clientes, personas trabajadoras, sociedad y resultados clave de la organización. Permite la autoevaluación y en consecuencia establecer planes de mejora. Finalmente, la Norma UNE 158101 es un estándar de gestión específico para el sector y su fin es el de especificar los requisitos mínimos que debe cumplir un centro residencial para garantizar la prestación del servicio" (página 49).

monográficamente esta cuestión defienden la necesidad de que estos sistemas “integren, por un lado, una dimensión centrada en los procesos y en su mejora, es decir, en la calidad de la gestión, y, por otro lado, una dimensión centrada en la satisfacción percibida por los usuarios como consecuencia de la atención recibida, es decir, en la calidad de vida del residente [...]. La literatura especializada incide en que el concepto de calidad asistencial va mucho más allá que el de un sistema de calidad estandarizado y que pueda ser certificado. Así, la calidez de los ambientes, las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad y otros factores de esta naturaleza son aspectos cualitativos que tienen gran importancia al definir la calidad asistencial” (San Miguel, 2011: pág. 667).¹³ La conclusión que se deriva de este análisis es clara:

Aunque la implantación de los modelos de gestión de la calidad pueda ser considerada positiva, pensamos que sus técnicas no deben adoptarse de forma mimética sin que exista detrás un pensamiento crítico. Los centros que utilizan la norma ISO 9001, el modelo de gestión de la calidad más implantado en el sector, destacan la incidencia que esta ha tenido en la sistematización y formalización de las tareas. Sin embargo, si los modelos genéricos no se orientan a la atención asistencial se corre el riesgo de que su implantación se convierta en un simple formalismo burocrático sin ninguna relación con la calidad asistencial. Por ello, quizás sería necesario desarrollar modelos alternativos a los sistemas generales de garantía de calidad, que pudieran ser más idóneos y rentables para las organizaciones, sobre todo para las de menor dimensión, evitando un exceso de papeles y normas descriptivas, para concentrar las energías en una mejora efectiva de la calidad asistencial (San Miguel, 2011; pág. 671).

También hemos visto, sin embargo –en la línea de lo planteado por San Miguel– que se han desarrollado en este ámbito herramientas de certificación específicamente orientadas al sector de los cuidados –como el modelo de calidad Kalitatea Zainduz, de la Fundación Eguía Careaga, orientado a la garantía del respeto de los derechos de las personas usuarias– y, en especial, a la atención domiciliaria y comunitaria. En ese marco, resultan particularmente interesantes los avances realizados en Francia, con el desarrollo de sellos de certificación específicamente orientados a ese sector.

13 Para San Miguel (2011), no cabe duda de que la introducción de la corriente de la calidad ha sido muy positiva para un número importante de organizaciones del ámbito estudiado. Ha ayudado a las organizaciones a reflexionar en términos estratégicos, a mirarse hacia dentro, pero también hacia fuera, tomando siempre como referencia la figura de los usuarios que han de satisfacer. Pero, asimismo, esta corriente ha ayudado a que las organizaciones reflexionen también en términos operativos, pues son muchas las que se han dotado de indicadores, programas y herramientas de mejora concretas. Ha sido, además, un factor motivador para muchas personas involucradas en la gestión; entre otros motivos porque, al utilizar unos sistemas, modelos y herramientas comunes a otros sectores de actividad, se han visto equiparadas u homologadas a otras organizaciones de otros sectores, como el industrial, que se han caracterizado siempre por un marchamo de eficiencia superior. Con todo, y como no podría ser de otra forma, toda esta corriente de modelos, sistemas y herramientas para la mejora de la calidad también ha tenido sus claroscuros. En muchas organizaciones, por ejemplo, la calidad se ha entendido como una actividad funcional específica de las organizaciones, como “una actividad extra”, en lugar de entenderla como una función transversal dentro de la actividad de dirección y gestión de los centros; en trabajar más, en suma, en lugar de en trabajar mejor [...]. Es entonces cuando la adopción de estas herramientas, sistemas o modelos se pueden convertir más en un fin en sí mismo, que en un medio para mejorar la gestión de la organización y, por ende, la calidad del servicio que se ofrece a los usuarios.

La importancia de los grandes centros tractores

El análisis realizado también ha permitido identificar el papel tractor que realizan diversos centros e instituciones, encargados de desarrollar buena parte de las funciones relacionadas con la gestión de la calidad en sus respectivos países. Si bien la diversidad de funciones y dependencias institucionales es muy grande –en algunos se trata de entidades públicas; en otros no; en algunos se encargan de inspeccionar el cumplimiento de la normativa básica; en otros no–, pero en todos los casos desarrollan un papel importante a la hora de centralizar el trabajo que en cada país se realiza en esta materia.

En esta línea, debe destacarse especialmente el papel que realizan entidades como Care Quality Commission, el NICE o el SCIE en el Reino Unido, así como la agencia AVIQ en Bélgica, la ANESM en Francia, la Joint Commission estadounidense, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS) en Alemania o la Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) en Portugal.

Una asignatura pendiente: la gestión de la calidad de los servicios comunitarios y de atención a domicilio

Otra de las conclusiones básicas que cabe derivar del análisis realizado es el muy escaso desarrollo de instrumentos de gestión de la calidad específicamente diseñados para su uso en los entornos comunitarios o domiciliarios, siendo el entorno institucional y residencial el que con gran diferencia ha experimentado un mayor avance. Si bien las razones de este mayor desarrollo son obvias –el desarrollo de este sector es mayor y más antiguo que el de los servicios comunitarios y se ocupan, en general, a personas con necesidades más intensas de atención–, esta carencia es preocupante, si se tiene en cuenta el creciente incremento de este tipo de servicios y la mayor necesidad de herramientas de supervisión y gestión de la calidad que existe en los entornos comunitarios y domiciliarios.

En todo caso, es posible hacer referencia a algunos instrumentos, experiencias o herramientas recogidos en los estudios de caso y que están específicamente orientados a los servicios domiciliarios.

- Cabe destacar en ese sentido, en primer lugar, el creciente interés que existe en el marco del Seguro de Dependencia alemán, que ha desarrollado directrices de calidad para ser aplicadas en ese contexto y se extiende a las agencias que se dedican a la prestación de estos servicios los sistemas de evaluación, y de publicación de resultados, que aplica a los centros residenciales.
- De la misma forma, en Francia, en el caso de los servicios de atención a domicilio, para obtener la acreditación, la organización debe cumplir con un conjunto de especificaciones que componen el denominado cahier de charges en el que se definen

las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento de los servicios de ayuda y acompañamiento de domicilio. Estas especificaciones hacen referencia a aspectos tales como el marco general de intervención, el acompañamiento y seguimiento de las personas usuarias y la organización y funcionamiento interno.

- También cabe hacer referencia, en el caso francés, al modelo QUALISAP V4 de certificación de servicios a la persona, desarrollado por el Bureau Veritas, centrado en el ámbito específico de los servicios de atención a domicilio y la norma francesa de AFNOR sobre servicios de atención a la persona en el domicilio.
- En el caso español cabría hacer referencia al Manual de calidad del Servicio básico de Ayuda a Domicilio, impulsado por la Diputación de Barcelona y elaborado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian.
- En Bélgica, en el caso de los Servicios de Asistencia a Domicilio (SAD), la normativa valona también establece un mecanismo de evolución profesional interna, mediante sistemas de tutoría que faciliten una mejora continua. Además, aunque las personas empleadas en el dispositivo de cheques-servicio no precisan de una cualificación particular, el Gobierno regional financia parcialmente la formación de estos trabajadores mediante el fondo de formación regional. En el caso de los servicios de atención doméstica vía cheques-servicio, además, la ley establece la obligación de llevar a cabo una evaluación anual del sistema en su conjunto, analizando aspectos como los efectos del dispositivo sobre el empleo, el costo del mismo, las condiciones salariales y de trabajo, las personas beneficiarias y trabajadoras. Cada empresa cheque-servicio tiene la obligación de hacer llegar dichas informaciones al Gobierno regional.
- En el caso portugués, debe hacerse referencia a la Orden 38/2013, de 30 de enero, que establece las condiciones de instalación y funcionamiento del servicio de atención domiciliaria, mediante el cual se regula el servicio, así como el Manual de gestión de la calidad realizado por el Instituto de la Seguridad Social en relación al modelo de evaluación de la calidad del servicio de atención domiciliaria.
- Finalmente, en Estados Unidos, como en Alemania, es posible acceder a los informes de las evaluaciones realizadas a las agencias que se dedican a la atención domiciliaria mediante la web correspondiente plataforma web, en su caso, Home Health Compare.
- Al margen de los casos nacionales analizados, resultan de interés en este campo algunos de los trabajos internacionales revisados, como la recopilación de indicadores de calidad realizada en el marco del proyecto ANCIEN (Dandi y Casanova, 2012), que identifica más de 300 indicadores relacionados con la atención formal e informal a domicilio.

La importancia de la cualificación profesional y las condiciones laborales del personal, clave para una atención de calidad

Todos los sistemas analizados contemplan, lógicamente, infinidad de aspectos relativos a la cualificación y la dotación del personal. Existen, en ese sentido, diferencias muy significativas tanto en lo que se refiere a la formación mínima exigida en los diversos países como en las dotaciones mínimas establecidas, así como en la forma de establecerlas. En ocasiones, sin embargo, la cuestión de la cualificación se evalúa y considera –como otros aspectos del proceso de cuidados– de forma exclusivamente formal, como requisito de acceso al mercado, y es menos habitual encontrar sistemas orientados a la formación continua del personal, más allá de la acreditación de su experiencia. Tampoco es frecuente encontrar iniciativas –aunque en la revisión realizada se han detectado algunas – relacionadas con las condiciones laborales en las que se desarrolla el servicio (salarios, duración de la jornada, derechos, seguridad e higiene en el trabajo, etc.).

Sabemos, no obstante, que la satisfacción del personal, su motivación y su compromiso profundo con la organización están relacionados directamente con la calidad asistencial (San Miguel, 2011).¹⁴ Efectivamente, existe una relación clara entre la calidad de la atención y ciertos aspectos vinculados con el personal, como su formación y su motivación, que se relacionan, a su vez, claramente con las condiciones laborales en las que las personas trabajadoras desarrollan su labor. La importancia de la formación y la motivación del personal, así como el conjunto de sus condiciones laborales, resultan especialmente importantes en el ámbito comunitario o domiciliario, donde existen menores posibilidades de supervisión, acompañamiento y control.

Como explica Van Rompey (2018), entre los aspectos más destacados con relación a la calidad de la atención “pueden señalarse la adecuada y suficiente formación específica en cuidados en tanto requisito para acceder al trabajo de cuidados en domicilio, así como la formación permanente en el puesto de trabajo, el soporte técnico con el que quienes brindan la atención cuentan a nivel institucional y organizacional –tanto para la resolución de emergencias como para el seguimiento y monitoreo de casos–, así como la existencia de dispositivos organizacionales orientados a prevenir los riesgos laborales (reuniones presenciales de coordinación individual y grupal, entre otros) y las condiciones de trabajo (salario, modalidad de contrato, posibilidades de promoción o ascenso laboral). Los apoyos o soportes técnicos con los que cuentan las personas que brindan la atención directa, son claves para aliviar el peso de la responsabilidad y los riesgos laborales específicos derivados del trabajo de cuidados, el cual es vivido en la soledad y aislamiento respecto de otros trabajadores en la medida en que es llevado a cabo en la intimidad de los hogares de las personas usuarias del servicio” (página

14 En efecto, como explica este autor, el personal que tiene relación directa con los residentes es el factor clave de la calidad asistencial ofrecida por la organización. Sin dudas, una atención de calidad se conseguirá únicamente con un personal motivado, comprometido y con un perfil asistencial. Por ello, todas aquellas actividades que contribuyan a la mejora de la motivación del personal, así como a su participación activa en la toma de decisiones del centro residencial, serán esenciales en cualquier modelo de gestión.

96). La calidad del servicio –concluye Van Rompey en relación precisamente al caso uruguayo– depende en parte de las condiciones bajo las cuales la atención a las personas es llevada a cabo en sus domicilios, lo que obliga a considerar estas variables en el diseño de cualquier sistema de gestión de la calidad.

2.4. Bibliografía

- Allur, E. *et al.*, Kalitatearen kudeaketa adineko pertsonen egoitzetan eta UNE 158001 estandarren eguneraketa: zaharra berri? *Zerbitzuan*, n. 65.
- Bowling, A. *et al.*, Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, vol. 19, n.º 1, 2015.
- Carpenter, I., Hirdes, J. P. Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. En: *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris, OECD Publishing, 2013.
- Dandi, R., Casanova, G., Quality assurance indicators of long-term care in European countries. Serie: ENEPRI research report, Bruselas, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2012.
- Herr *et al.*, Does Quality Disclosure Improve Quality? Responses to the Introduction of Nursing Home Report Cards in Germany. Dusseldorf Institute for Competition Economics, Discussion Paper, n.º 176, 2015.
- Hoffmann, F. (coord.) *et al.*, Measuring progress: indicators for care homes. Viena, European Centre for Social Welfare, 2010.
- Kane, R. A., Long-term care and a Good quality of life: bringing them closer together. *Gerontologist*, The, Vol. 41, N.º 3, 2001.
- Kumpunen, S. *et al.*, Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 60 p., 2014.
- Mor, V. *et al.* (eds.), *Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.
- Murakami, Y., Colombo, F. Regulation to improve quality in long-term care. En: *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. París, OECD Publishing, 2013.
- Murakami, Y., Colombo, F. Why the quality of long-term care matters. En: *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. París, OECD Publishing, 2013.
- Leturia, M., Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, n.º 5, 2012.
- Leturia, M. *et al.*, Modelo de seguimiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. *Zerbitzuan*, n. 59, 2015.
- Martínez, T., Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, vol. 31, n.º 3, 2017.
- Mor, V. *et al.* (eds.), *Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.
- Nogueira, J., Zalakain, J., La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi. *Zerbitzuan*, n. 60, 2016.

- Razo, A. M. *et al.*, Calidad de la atención gerontológica y calidad de vida; atención gerontológica centrada en las personas. Revista CONAMED, vol. 21, n.º 4, 2016.
- San Miguel, E. *et al.*, Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores. Donostia-San Sebastián, Universidad del País Vasco, 2011.
- Van Rompaey, E. y Scavino Solari, S. (en prensa). ¿Hacia una revalorización del trabajo remunerado de cuidados? Reflexiones sobre el Programa de Asistentes Personales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay.
- Van Rompaey, E., La calidad del cuidado como desafío de las políticas públicas de atención a la dependencia. Revista Perspectiva de Políticas Públicas, bol. 8, n.º 15, 2018.
- Verdugo, M. A. *et al.*, Escala Gencat. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2008.
- Verdugo, M. A. *et al.*, Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. Serie: Herramientas, Salamanca, INICO, 2010.

ANEXO

Estudio de casos sobre los modelos de regulación y gestión de la calidad en la atención a las personas en situación de dependencia en Alemania, Bélgica, España, Francia, Reino Unido, Portugal y Estados Unidos

03. ALEMANIA

3. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ALEMANIA¹⁵

3.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Alemania

3.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA: MARCO COMPETENCIAL Y NORMATIVO Y PRINCIPALES SERVICIOS Y PRESTACIONES

a) Elementos nucleares del sistema

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal alemán aprobó la ley que regula el seguro de cuidados, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años. La ley entró en vigor el 1 de enero de 1995, introduciendo de forma gradual las diferentes prestaciones, y comenzando con el nivel moderado. El principal motivo para la creación de este sistema fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a la dependencia a través del subsidio social, una ayuda no contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados.

Las **principales características del sistema alemán**, con una incidencia directa en la forma de entender y gestionar concepto de calidad de la atención, son básicamente tres:

- El seguro de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes, que pertenece funcionalmente a los seguros de enfermedad (Krankenkassen). Además de un sistema de financiación específico –articulado en torno a una cotización de las empresas y los trabajadores que asciende actualmente al 2,55% del salario– este modelo implica el **protagonismo de las cajas o fondos del seguro de dependencia** (Pflegekassen) en la gestión del sistema. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados. Como se explicará más adelante, la cobertura de estos seguros es universal y alcanza a toda la población alemana.

¹⁵ Este capítulo se ha redactado a partir, básicamente, de las siguientes fuentes documentales:

- Martínez Girón, J. (2017). El sistema de protección social de las personas dependientes en Alemania. Revista, n.º 8.
- Montero Lange, M. (2014). *Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España*. Fundación Caser para la Dependencia.
- SIIS (2011). *Cuadros de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco.
- Shultz, E. (2012). *Quality assurance policies and indicators for long-term care in the European Union*. Country Report Germany. ENEPRI Research Report, n.º 104.
- Matzke, M y Wiß, T. (2017). Paradoxical decisions in German long-term care. En: Greve, B. (ed.), *Long-Term Care for the Elderly in Europe: Development and Prospects*. Oxon, Routledge.
- Garms-Homolova, V. y Busse, R (2014). Monitoring the quality of long-term care in Germany. En: Mor, V. et al. (eds.), *Regulating Long-Term Care Quality*. An international comparison. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press.

- La segunda característica importante del modelo alemán se relaciona con el concepto de autorregulación. En efecto, **el sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados**, y la normativa básica de ámbito federal solo establece las bases generales del contenido de los servicios y prestaciones. Partiendo de la base del derecho a la libre elección del usuario, las federaciones de seguros de dependencia regionales negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman los convenios o acuerdos que detallan las condiciones de prestación del servicio y los elementos relacionados con la calidad de la atención. El sistema de atención a la dependencia está, por tanto, regulado en Alemania mediante el poder compartido de la administración central, la regional y los agentes sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios.
- Estrechamente relacionados con los dos elementos anteriores, **la tercera característica básica del modelo alemán de gestión de la calidad se relaciona con el papel que se asigna al funcionamiento del mercado y de la competencia entre los diversos operadores**, desde una lógica empresarial en la que se considera que el consumidor –suficientemente informado– elige el proveedor de servicios que presta un servicio de mejor calidad y/o a mejor precio. En efecto, la puesta en marcha del seguro de cuidados alemán creó estructuras de semimercado y abrió ese mercado al sector empresarial. En consecuencia, el tercer sector perdió su papel protagonista en la provisión de servicios mientras que la responsabilidad de los municipios pasó a ser marginal. El sistema se basa en la libre elección de la persona en situación de dependencia, que pueden optar libremente por las prestaciones económicas para cuidadores informales, los servicios de atención a domicilio, combinar ambas prestaciones o por ser atendidos en un centro, así como elegir el centro o empresa proveedora que considere más adecuada (Montero Lange, 2014).

b) Principales prestaciones

El seguro de cuidados alemán distingue básicamente entre dos tipos básicos de prestaciones: la **atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias, si bien se contemplan también los servicios de atención diurna y de respiro temporal**, así como las prestaciones económicas orientadas a la compensación de las personas cuidadoras informales. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por las necesidades reales, sino que operan con cuantías fijas, independientes del caso concreto. Tienen carácter de cobertura parcial e incluyen el copago por parte del asegurado (Montero Lange, 2014).

Como explica Martínez Girón (2017), las prestaciones del seguro social de dependencia aparecen enunciadas en el apartado 1 del párrafo 28 del Libro XI del Código de Seguridad Social, aunque su enumeración de hasta quince prestaciones distintas no tiene carácter exhaustivo. Desde el pun-

to de vista de su naturaleza jurídica, se trata de un sistema prestacional de carácter mixto, pues las prestaciones del seguro de dependencia son prestaciones de servicios, prestaciones en especie y prestaciones dinerarias, así como en su caso el reembolso de gastos. En todo caso, la **distinción clave es la existente entre atención domiciliaria y atención residencial**, teniendo en cuenta que el seguro de dependencia debe apoyar con sus prestaciones preferentemente la atención domiciliaria y que las prestaciones de atención residencial a tiempo parcial y de atención de corta duración tienen prioridad sobre las prestaciones de atención residencial a tiempo completo.

Las principales prestaciones del sistema se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Cuantías mensuales en euros de las principales prestaciones del Seguro de Dependencia alemán en 2016

Prestación	Grados			
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Prestación económica para atención en el domicilio	125	316	545	728
Servicio de atención a domicilio		689	1.298	1.612
Servicio de atención residencial	125	770	1.262	1.775

Fuente Backer, G. (2016). Reform of the long-term care insurance in Germany ESPN Flash Report 2016/43

c) Marco competencial

Como se ha indicado previamente, **el Seguro de Dependencia forma parte del sistema alemán de la Seguridad Social** y se considera el quinto pilar de ese sistema, junto a los seguros de desempleo, accidentes, jubilación y enfermedad. Su pertenencia al ámbito de la Seguridad Social implica, como también se ha señalado, su la gestión por parte de las cajas o seguros de dependencia, responsables de la valoración del grado de necesidad de las personas demandantes y de la contratación de los servicios a las empresas proveedoras, que pueden ser entidades sin fin de lucro o empresas de carácter mercantil. También juegan un papel relevante, como veremos más adelante, la administración federal y las administraciones locales y regionales. Se trata, por otra parte, como se explica detalladamente en el punto 3.2.1, **de un sistema dual**, en el que se aplican dos normativas básicas diferentes –la relativa al seguro de dependencia y la relativa a la regulación de los centros residenciales– y en el que **las funciones de inspección y gestión de la calidad se encomiendan a dos tipos de organismos diferentes**: por una parte, las agencias regionales o municipales encargadas de la inspección y el control de los centros residenciales –Heimaufsicht–, y por otra los respectivos servicios médicos de los seguros de enfermedad –Medizinischen Dienst der Krankenversicherung o MDK– responsables de la realización de las inspecciones de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el marco del seguro de dependencia. En definitiva, de acuerdo a Garms-Homolova, V. y Busse, R (2014), el seguro de dependencia alemán está

gobernado mediante la delegación de la toma de decisiones en los agentes corporativos –gestores de los seguros y proveedores de los servicios– que son quienes tienen las competencias para la determinación de todos los aspectos relacionados con la calidad de la atención.

La tabla siguiente detalla las principales funciones de los agentes que intervienen en la regulación, determinación, inspección y evaluación de la calidad de los servicios prestados en marco del seguro de dependencia en Alemania.

Tabla 2. Principales funciones de los agentes que intervienen en la regulación, determinación, inspección y evaluación de la calidad en el ámbito alemán

Artículo	Disposiciones
Administración federal	- La administración federal establece en la normativa federal el marco general que regula los elementos básicos del sistema en cuanto a la financiación del sistema o las principales prestaciones, pero carece de capacidad para la introducción de medidas más específicas, que dependen de los acuerdos establecidos entre los demás agentes.
Administración regional	- La administración regional es responsable de garantizar la existencia de una red suficiente de centros y servicios y de financiar los costos de inversión, así como de garantizar la adecuación de las instalaciones a las ordenanzas establecidas, en coordinación por lo general con la administración municipal. Para ello, cada estado o Bundesländer es responsable de promulgar la normativa que regula los requisitos funcionales, personales y operativos de los diversos tipos de centros residenciales.
Seguros de dependencia (Pflegekassen)	- Se trata de corporaciones de derecho público dotadas de capacidad jurídica y responsables de asegurar la atención a la dependencia de sus asegurados. Vinculadas en todos los casos a un seguro de salud, están asociadas a nivel de cada estado federado, aunque se encuentran jerárquicamente sometidas a las directrices de la Asociación Central de la Federación de Cajas de Dependencia (Spitzenverband Bund der Pflegekassen), cuya misión es garantizar una aplicación jurídica unitaria del Libro XI del Código de Seguridad Social en toda Alemania. La asociación central está tutelada, a su vez, por el Ministerio Federal de Salud.

Artículo	Disposiciones
Servicios médicos de los seguros de enfermedad (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK)	- Operados de forma conjunta por los seguros de Salud y de Dependencia a nivel estatal, los servicios o consejos médicos (MDK) de los seguros son responsable de la valoración y determinación del grado de necesidad de las personas beneficiarias del seguro, así como de la contratación de los servicios a los proveedores privados, lo que implica la definición del contenido de los servicios mediante acuerdos con los operadores privados. Estos acuerdos tienen carácter regulador y constituyen la base normativa que, en otros sistemas, establece directamente la administración. - Además de establecer los acuerdos reguladores del contenido de los servicios, los MDK son los responsables de la realización de las inspecciones y de la evaluación del rendimiento de los diversos operadores, mediante visitas de inspección que han de realizarse al menos una vez al año y que se basan en los requerimientos acordados entre los operadores y las cajas gestoras del seguro de dependencia. - Otra de las funciones de los MDK se refiere al asesoramiento a los proveedores de servicios al objeto de prevenir carencias en la prestación de los mismos.
Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS)	- Dado que los MDK cumplen un papel eminentemente operativo a nivel regional, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS) asume un papel más estratégico, a nivel federal, como la formulación de los principios generales y el desarrollo de los conceptos básicos, así como la elección de los métodos de evaluación. - En ese marco, desde la reforma legal realizada en 2008, la MDS es responsable de la elaboración de los criterios que regulan la inspección preceptiva de la calidad de los servicios de atención domiciliar y residencial prestados por los proveedores privados. - También tiene la responsabilidad de colaborar con el resto de los agentes en la definición e implementación de los estándares expertos. - Además de la realización de las inspecciones, el MDS es responsable de la elaboración y publicación de los preceptivos informes sobre los resultados de las inspecciones realizadas.

Artículo	Disposiciones
Inspección de centros residenciales (Heimaufsicht)	- De ámbito regional o municipal, estas agencias se encargan de inspeccionar el cumplimiento de la normativa estatal relativa a los centros residenciales, en coordinación con los servicios médicos de los seguros de enfermedad.
Órgano arbitral (Schiedsstelle)	- De acuerdo con la Sección 76 del Código de Seguridad Social XI, hay una junta de arbitraje en cada estado federal que debe estar formada por representantes de los seguros de dependencia y de las entidades proveedoras, así como otros representantes de carácter neutral o imparcial, para resolver posibles desacuerdos entre los agentes y/o establecer los criterios de calidad de la atención en caso de que los agentes no lleguen a acuerdos. Contra la decisión de este órgano arbitral, cabe el recurso a los tribunales de la Seguridad Social. - Además, el artículo 113 del Código de Seguridad Social XI establece la existencia de un organismo federal de coordinación y arbitraje en materia de calidad de la atención (Schiedsstelle Qualitätssicherung), con participación de representantes de los seguros de dependencia, las empresas prestadoras de servicios y encargadas del desarrollo y gestión de las herramientas para la gestión de la calidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Garms-Homolova, V. y Busse, R (2014) y Martínez Girón, J. (2017).

d) Elementos básicos del sistema de gestión de la calidad en el marco del Seguro de Dependencia alemán

Una vez explicado el marco competencial básico que regula el seguro de dependencia alemán, y antes de analizar en detalle los aspectos relativos a la regulación, la inspección y la acreditación de los centros y servicios, conviene recoger –de forma resumida– los elementos básicos que en relación a la gestión de la calidad definen este sistema, y que se analizarán en detalle en los apartados siguientes.

La normativa que define el seguro de dependencia establece que los proveedores de los servicios son, en última instancia, los responsables de garantizar su calidad y están obligados a asegurarla y mejorarla continuamente. Para ello, las tres principales herramientas son:

- Las **inspecciones o auditorías externas de calidad** realizadas, como se ha señalado, por los consejos médicos del Seguro de Enfermedad (MDK) y las agencias

estatales de inspección (Heimaufsicht), a partir de los criterios acordados entre la MDS y las agencias proveedoras, en el primer caso, y de la normativa reguladora de los centros residenciales, en el segundo. Como se menciona en el apartado 3.2.2, uno de los elementos básicos de ese sistema de inspecciones se refiere a la publicación de los resultados de esas inspecciones.

- La **adhesión a los criterios y estándares técnicos establecidos por los expertos**, tal y como se detalla en el apartado 3.2.3.
- La existencia de **sistemas internos de gestión de la calidad**, a menudo encomendados a entidades certificadoras, que también se describen en detalle en el punto 3.2.3.

Es también importante señalar que, al menos en teoría, el sistema de gestión de la calidad se refiere a los tres ejes en los que tradicionalmente se ha venido diferenciando **–estructura, proceso y resultados–**, si bien los expertos que han analizado este sistema consideran en general que se presta más atención a los elementos estructurales y de proceso que a los relativos a los resultados de la atención sobre la situación y la calidad de vida de las personas atendidas (Garms-Homolova, V. y Busse, R., 2014).

Hay otros tres elementos que cabe señalar (aunque se detallarán en los siguientes apartados) para disponer de una visión de conjunto del sistema de gestión de la calidad en los centros y servicios para personas mayores o con discapacidad en Alemania:

- Junto al Libro XI del Código de la Seguridad Social, que regula el seguro de dependencia, y la normativa estatal que regula las características de los centros residenciales para diversos perfiles (independientemente de que estén o no cubiertos por el seguro de dependencia), **existen otras normas legales** (por ejemplo, la relacionada con la cualificación del personal), que es preciso tener en cuenta.
- El sistema de autorización para la prestación de servicios y de acreditación por parte de los seguros de Dependencia a los proveedores para la prestación de servicios es relativamente laxo y sencillo, debido a su orientación a la promoción de la competencia entre operadores privados y la capacidad de elección de las personas usuarias. Ello supone **que las barreras de entrada al sector de los cuidados –tanto domiciliarios como residenciales– son muy reducidas**, y que el control de la calidad se realiza a posteriori, sobre las bases inicialmente señaladas (inspecciones o auditorías de calidad, definición de estándares y aplicación de modelos de certificación).
- Aunque la mayor parte de los requisitos de calidad se refieren a los centros residenciales, el modelo de calidad alemán presta también **una atención importante, y creciente, a los servicios profesionales que se prestan a domicilio**.

3.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA¹⁶

En total, los seguros de dependencia de titularidad pública cubren a casi 70 millones de personas, mientras que los seguros privados de dependencia dan cobertura a otros 9,5 millones, con lo que la cobertura total del sistema es universal. Los seguros de dependencia públicos atienden actualmente a unos **2,5 millones de personas**, de las que **740.000 reciben atención en centros residenciales y 1,7 millones atención domiciliaria**. De estos, además, dos tercios reciben atención por parte de sus familiares y el tercio restante por parte de cuidadores profesionales. Junto a los 160.000 beneficiarios de los seguros privados, el número total de personas beneficiarias era en 2014 de 2,6 millones de personas, que suponen el 3,2% del conjunto de la población alemana. En total, las personas usuarias de servicios residenciales y de atención diurna representan casi el 1% de toda la población alemana. Entre 2002 y 2013 el número de personas beneficiarias del Seguro público de dependencia ha pasado de 1,8 millones de personas a 2,4, lo que supone un incremento acumulado del 31% en ese periodo.

El 51,9% de los beneficiarios en Alemania son mayores de 80 años, el 27% tiene entre 65 y 79 años, el 18,1% entre 15 y 64 años y el 3% menos de 14 años. Así pues, cabe pensar que el sistema cubre a dos millones de personas mayores de 65 años, que representan el 12% de la población de esa edad. Se estima, por otra parte, que el 0,7% de la población menor de 60 años, el 4,2% de la población de 60 a 80 años y el 28,8% de la población mayor de 80 se encuentra en una situación de riesgo de precisar cuidados por dependencia.

En lo que se refiere a las dimensiones de la red de atención, contaba en 2013 con **12.349 centros de atención ambulatoria –que prestan servicios de cuidados a domicilio– y 12.354 centros de atención residencial y diurna**. Se calcula que prestan servicios en este sector económico unas 950.000 personas –en torno al **2,2% de la población activa**– de los que 290.000 trabajan en el sector de los cuidados a domicilio y 661.000 en los centros de atención diurna y residencial. En lo relativo a la titularidad de los proveedores, el 50% de los SAD pertenece al tercer sector y el 49% al sector empresarial. En el ámbito residencial, el tercer sector tiene un peso ligeramente superior con un 54% de los centros y el 57% de las plazas, seguido del sector empresarial con un 40% de los centros y un 37% de las plazas y un sector público marginal con 5% de las residencias y un 6% de las plazas (Statistisches Bundesamt, 2013).

Desde el punto de vista económico, en 2013 el gasto en prestaciones del seguro público de dependencia asciende a **23.200 millones de euros –un 0,82% del PIB alemán–**, de los cuales 12.300 millones se destinan a la atención domiciliaria y 10.900 a la atención institucional, en centros residenciales o de atención diurna. Grosso modo, el 63% del gasto y el 8% de las personas beneficiarias perciben prestaciones económicas, mientras que el 37% del gasto y el 20% de las personas usuarias se destinan o perciben prestaciones de atención directa (en especie).

16 Los datos más recientes publicados por el Ministerio de Salud alemán se refieren a 2013 y 2012.

3.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia en Alemania

3.2.1. REGULACIÓN, AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

En este apartado se describen, en primer lugar, las principales normas que definen el modelo alemán de aseguramiento de la calidad. En segundo lugar, se describe los métodos desarrollados para la autorización y, especialmente, la inspección y la evaluación de los centros y servicios.

3.2.1.1. NORMATIVA REGULADORA BÁSICA

a) Libro XI del Código de la Seguridad Social (SGB XI) relativo al Seguro Social de Dependencia

La norma básica para la regulación del seguro de dependencia en Alemania es el Libro XI del Código de la Seguridad Social, aprobado en 2004, pero modificado en numerosas ocasiones desde entonces. En ese contexto, resultan particularmente importantes las conocidas como leyes de refuerzo del seguro de dependencia, introducidas entre 2008 y 2015. La primera de estas leyes (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz o Ley de desarrollo de los cuidados), aprobada en 2008, introduce en el Libro XI del Código de la Seguridad Social el marco de gestión de la calidad que se describe en este informe. Posteriormente, entre 2014 y 2015 se aprobaron tres leyes adicionales de refuerzo del seguro de dependencia (conocidas como Pflegestärkungsgesetze I, II y III) que modifican los grados y niveles de necesidad de las personas demandantes de servicios, incrementan la cuantía de las prestaciones y establecen algunos cambios en las dotaciones de personal.

A partir de las reformas señaladas, las principales disposiciones en relación a la calidad de la atención se recogen en el capítulo XI de la norma, en el que se establece la obligación de los centros y servicios de someterse a inspecciones anuales y de aplicar los criterios y estándares de calidad acordados con los operadores privados, si bien otros artículos de la norma hacen referencia a otras cuestiones de interés a los efectos de este informe, como la cualificación de los profesionales.

La tabla siguiente recoge las principales disposiciones del Libro XI del Código de la Seguridad Social en materia de calidad de la atención:

Tabla 3. Principales disposiciones del Libro XI del Código de la Seguridad Social en relación a la calidad de la atención en el marco del seguro de dependencia alemán

Artículo	Disposiciones
Artículo 71 Cualificación profesional	- Define los servicios profesionales de atención a domicilio y los centros residenciales, y sobre todo la cualificación del personal directivo en la atención a las personas dependientes, así como el periodo transitorio y las circunstancias en las que se podrá ejercer la actividad sin disponer de la titulación requerida, en consonancia con el resto de la normativa que regula la cualificación del personal de los centros asistenciales.
Artículo 72 Acreditación	- Contiene la normativa sobre la concertación a nivel individual entre el seguro de dependencia y el centro residencial o SAD, imprescindible para que las empresas puedan atender a beneficiarios de las prestaciones del seguro. - Entre los requisitos que se plantean para esta concertación, se incluyen los relativos a la aplicación de sistemas de calidad regulados en el artículo 113 y los de personal regulados en el artículo 71.
Artículo 75 Acuerdos marco	- Regula los acuerdos marco, las recomendaciones y los acuerdos acerca de la atención a las personas dependientes a nivel regional y nacional y define a nivel regional las partes de los conciertos y las materias reguladas por los conciertos, que determinarán la dotación de personal, los medios técnicos y materiales, así como el libre acceso de las inspecciones. - Este artículo contiene, además, la obligatoriedad de elaborar un sistema de cálculo de personal que en el sector residencial determine por lo menos la ratio personal/personas dependientes y especifique el porcentaje del personal especializado en la atención a personas dependientes, atención social y médica. Los seguros de dependencia, los proveedores y los municipios podrán presentar recomendaciones sobre estos conciertos y acordarán normas comunes para el proceso de documentación de la atención a la dependencia.

Artículo	Disposiciones
Artículo 112 Responsabilidad en relación a la calidad	- Regula la responsabilidad de los centros y de sus titulares para garantizar la calidad de la atención a la dependencia implementando un sistema obligatorio de gestión de calidad que garantice la aplicación de los estándares definidos en el art. 113 y colaborar en las medidas de control de la calidad (art. 114). - La gestión de la calidad de los centros residenciales no solo debe abarcar la atención a los dependientes sino también la atención médica y social, el alojamiento, la manutención y otras prestaciones adicionales. El servicio médico de los seguros de enfermedad debe asesorar a los centros en todos los asuntos relacionados con la gestión de la calidad.
Artículo 113 Estándares expertos, gestión de la calidad y acreditación del personal	- Regula el contenido de los estándares expertos de calidad y el desarrollo de un marco específico para la gestión de la calidad en los centros residenciales. - Además, establece el desarrollo, antes de 2020, de un sistema para la determinación de los niveles mínimos de personal, tanto desde el punto de vista de la cualificación como las dotaciones mínimas necesarias. - Este artículo también regula las funciones y composición del órgano de arbitraje que a nivel federal tiene como función canalizar la colaboración entre los diferentes agentes que intervienen en el sistema.
Artículo 114 Controles de calidad	- Detalla el procedimiento para la realización de las inspecciones o controles de calidad, diferenciando los controles iniciales –equiparables a la autorización inicial– de las inspecciones anuales ordinarias, así como las extraordinarias derivadas de las quejas de las personas usuarias o sus familiares. - El artículo también regula la coexistencia de las inspecciones realizadas en el marco de esta norma con las derivadas del sistema regional de inspección de centros residenciales - Se establece un procedimiento diferente para las inspecciones iniciales o previas a la apertura de los centros, que equivale a la autorización de apertura del servicio.

Artículo	Disposiciones
Artículo 115 Publicación de resultados y sanciones	- Regula el uso, la difusión y la transparencia de los resultados de las inspecciones, y determina la obligatoriedad de publicar los resultados en un formato accesible en Internet, garantizar su publicación en otro soporte y su difusión de forma gratuita. Los resultados se expondrán en los propios centros. - Este artículo también regula los mecanismos de sanción en caso de que un centro no cumpla con los criterios de calidad. Las sanciones van desde una reducción de las asignaciones hasta la rescisión del concierto. En la atención domiciliaria los servicios médicos podrán ordenar la suspensión de la atención por parte de un servicio profesional, asignando al afectado otra empresa que garantice la atención.
Artículo 117 Deber de colaboración	- Regula la colaboración de los dos organismos encargados de la inspección (servicios médicos de los seguros de dependencia y organismos de inspección de los gobiernos regionales), sobre todo el intercambio de información, la coordinación y el acuerdo con respecto a las medidas específicas para casos concretos.

Fuente: Elaboración propia.

- b) Ley Federal de residencias (Heimgesetz) y leyes regionales para la regulación del funcionamiento de los centros residenciales

Aprobada en 1974, y sujeta posteriormente a numerosas modificaciones, la ley reguladora de los centros residenciales tenía por objeto regular las condiciones materiales de los centros residenciales que atienden a personas mayores o con discapacidad. La citada ley regulaba tanto los centros residenciales como las viviendas tuteladas y los centros de día, e incluía diversos reglamentos, entre los que destacan:

- El reglamento sobre los requisitos mínimos arquitectónicos de las residencias para la tercera edad y personas dependientes;
- El reglamento sobre la participación de las personas dependientes en los asuntos relacionados con el funcionamiento de una residencia;
- El reglamento sobre los requisitos del personal de las residencias.

A partir de 2008, sin embargo, las competencias respecto a la regulación de las residencias fueron transferida a las administraciones regionales (Bundeslânders), responsables a partir de ese mo-

mento de la regulación de las características funcionales y materiales de los centros residenciales. Las normativas regionales aprobadas desde entonces han modificado significativamente las disposiciones contenidas en la norma federal, introduciendo **estándares y ratios más exigentes**, en un contexto caracterizado por la diversidad entre las distintas regiones. Desde la introducción de esta mayor autonomía regional, los diferentes Bundesländer o estados federados regulan los requisitos básicos que han de cumplir los centros residenciales mediante dos tipos de normas diferentes:

- De una parte, la **ordenación relativa al diseño estructural** y los requisitos funcionales de los centros, que establece unos requisitos mínimos de construcción.
- De otra, la **ordenación relativa a la organización de los servicios, los requisitos de personal y la participación de las personas usuarias**.

Aunque diferentes, en ocasiones ambos tipos de ordenaciones se superponen. En el caso del Estado de Baviera, por ejemplo, en 2008 se aprobó la Ley de regulación de la atención, el apoyo y la calidad de vida en la vejez y la discapacidad (PfleWoqG) y en 2011 la ordenanza sobre la implementación de la Ley de calidad de vida y enfermería (AVPfleWoqG), que recoge tanto aspectos relativos a los requisitos mínimos estructurales como los requisitos relativos a la dotación de personal, las cuestiones relativas a la participación de las personas usuarias en la gestión del centro o la cualificación de las personas profesionales.

Entre los aspectos básicos que regula esta norma cabe destacar:

- Tamaño mínimo de las habitaciones individuales de 14 m², además de baño adaptado y antesala.
 - El tamaño de las áreas comunes debe ser de al menos 1,5 m² por residente, con un mínimo de 20 m².
 - La ratio mínima de profesionales de enfermería se establece en una por cada 20 personas usuarias y la de auxiliares en una por cada cuatro (en la línea de lo establecido en la normativa federal sobre requisitos mínimos de personal que se detalla en el apartado siguiente).
 - Las bajas por enfermedad del personal se deben sustituir de inmediato.
 - Obligación de establecer un consejo de residentes que fomente su participación en la gestión del centro.
- c) Ley sobre requisitos de personal de los centros residenciales (Verordnung über personelle Anforderungen für Heime Heimpersonalverordnung - HeimPersV)

Junto a la regulación regional señalada, los **requisitos generales de personal** de los centros residenciales se establecen en una norma federal, denominada Ley sobre requisitos de personal de los centros residenciales (Verordnung über personelle Anforderungen für Heime – Heimpersonalverordnung (HeimPersV). Se trata de una ley **muy sucinta** –consta únicamente de 13 artículos– y regula muy genéricamente elementos tales como la cualificación del personal directivo, de acuerdo a lo ya establecido en el Libro XI del Código de la Seguridad Social y los casos de incapacitación para el desempeño de tales puestos, el número de personal especializado en relación al número de residentes o las fórmulas existentes para la formación continua y profesional.

Como acaba de señalarse, el Libro XI del Código de la Seguridad Social, en su artículo 71, establece también algunas disposiciones sobre la cualificación de los profesionales de los centros de atención, que deben ser o enfermeras (Krankenschwester) o cuidadores de personas mayores (Altenpfleger). En los dos casos se trata de títulos profesionales obtenidos tras haber cursado estudios superiores durante tres años. Para ocupar un puesto de responsabilidad en los servicios autorizados de ayuda a domicilio es necesario, además, cumplir con otros dos requisitos:

- haber ejercido su profesión durante al menos dos años (en el curso de los últimos cinco años) de los cuales deben haber dedicado un año a la atención comunitaria,
- haber participado en un curso de formación continua (de una duración mínima de 460 h) de liderazgo (organización y gestión).

En el servicio autorizado de ayuda a domicilio trabajan también auxiliares de enfermera/cuidadores de personas mayores (Krankenpflegehelfer/Altenpflegehelfer/Pflegeassistent) que han cursado estudios de formación profesional durante uno o dos años. Por último, se encuentran los asistentes de atención domiciliaria (Betreueungskraft) que normalmente han hecho un curso de formación que tiene una duración de entre tres meses y un año. También es posible encontrar a profesionales de menor cualificación profesional entre el personal de los servicios autorizados de ayuda a domicilio.

d) Ley de profesiones de enfermería (Pflegeberufegesetz, PflBG)

En julio de 2017, el Gobierno federal ha introducido una nueva normativa en relación a la cualificación del personal de enfermería, que incluye la especialización de enfermería geriátrica, y que entrará en vigor el 1 de enero de 2020. En virtud de esta ley, todas las personas que comiencen a formarse como profesionales de enfermería después de esta fecha se someterán a dos años de capacitación general de enfermería. En el tercer año de capacitación, los aprendices continuarán la capacitación general para convertirse en enfermeras generales o se especializarán en enfermeras geriátricas o pediátricas. En el marco del nuevo programa de capacitación en enfermería, la parte teórica de la capacitación continuará en la escuela de enfermería, mientras que la parte práctica continuará en el lugar de trabajo (formación dual). Esta nueva formación profesional abre, además, el acceso a la formación universitaria en enfermería.

3.2.1.2. PROCEDIMIENTO DE INSPECCIÓN/EVALUACIÓN

Como se ha señalado previamente, **el sistema de inspección y evaluación que se deriva de este marco legal es doble**, en la medida en que las inspecciones pueden ser realizadas tanto por los consejos médicos del Seguro de Enfermedad como por las agencias regionales encargadas del cumplimiento de la normativa promulgada en cada Bundesländer, realizándose en ocasiones estas evaluaciones de forma conjunta. De forma muy general, en todo caso, podría decirse que las administraciones regionales se encargan de la inspección de los requisitos de carácter básicamente estructural contemplados en la normativa regional, así como del cumplimiento de las ratios de personal, mientras que los **servicios médicos de los seguros de enfermedad (MDK)** se encargan de evaluar la calidad de la atención prestada, a partir del marco establecido por el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS). El objetivo básico de este marco evaluador es el de que todos los centros y servicios de atención sean evaluados de acuerdo a los mismos criterios de calidad y ajustándose a la misma metodología, en el marco de un procedimiento común de evaluación que tiene, además, carácter obligatorio.

Es importante señalar, por otra parte, que **este marco general está muy orientado a la posterior publicación de los resultados de las inspecciones o evaluaciones realizadas**, tanto de forma agregada (mediante informes generales), como de forma individual, con la publicación de los resultados de las inspecciones correspondientes a cada centro o servicio. Por ello, en este apartado se hace también referencia a la cuestión de la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones que, en todo caso, se describirán con mayor detalle en el apartado siguiente.

Al margen de esta cuestión, es también importante señalar que el procedimiento de inspección/evaluación se basa fundamentalmente en dos tipos de documentos, elaborados, difundidos y actualizados por el MDS: las llamadas **directrices de calidad** o qualitätsprüfungs richtlinien (QPR) y los denominados **acuerdos de transparencia** o pflege-transparenzvereinbarung.

- A. Elaboradas por el MSD y la Asociación Federal de Seguros de Salud, las directrices de calidad desarrollan el marco establecido en el artículo 114 del Libro XI de la Seguridad Social que, como antes se ha señalado, detalla el procedimiento para la realización de las inspecciones. Las directrices hacen referencia a tres tipos de servicios o prestaciones –los servicios de atención a domicilio, los centros de atención diurna y los centros residenciales– e incluyen, además de un preámbulo en el que se explican los elementos básicos de las inspecciones, tres tipos de contenidos:
- El contenido de la inspección que ha de realizarse para verificar la calidad del servicio, que sirve como base vinculante para el desarrollo de las mismas.
 - Las instrucciones que se han de tener en cuenta por parte de los inspectores para la realización de la evaluación.

- La estructura y el contenido del informe de publicación de los resultados de las inspecciones.
- B. La propia publicación que recoge las directrices de calidad incluye además los acuerdos de transparencia (pflege-transparenzvereinbarung), que en cualquier caso se publican también de forma autónoma por el MSD desde su introducción en 2009. Los acuerdos de transparencia se publican también de forma separada para los servicios de atención domiciliaria y atención residencial, y desarrollan los artículos 114 y 115 del Libro XI del Código de la Seguridad Social, especialmente en lo que se refiere a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones.

A partir de estas dos referencias, todos los servicios y centros de atención deben ser inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizada por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del Seguro de Salud regional (MDK). En 2016 se inspeccionaron más de 13.000 centros residenciales, en relación a más de 100.000 personas usuarias. De las evaluaciones realizadas, la práctica totalidad se refieren a inspecciones rutinarias, correspondiendo el 3,9% a inspecciones iniciales y el 1,1% a inspecciones derivadas de una queja o incidencia. En un 8,6% de las inspecciones participó, además del personal del MKD, personal de otras agencias regionales.

El análisis del cumplimiento de los criterios se basa en general en el **análisis de la situación de una muestra** (entre 5 y 15 personas, siendo la media de 7,8 personas por centro en el caso de las residencias) de las personas usuarias del centro o servicio, no analizándose por tanto la situación del conjunto de las personas usuarias, así como en una **encuesta** específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Es también importante señalar que los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones, etc.) sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención.

El procedimiento de inspección se traduce en **una puntuación específica para cada área y criterio o indicador** –que, como se explicará en detalle más adelante, se publica de forma individualizada– y en un informe de resultados interno –no publicable– en el que se recoge una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección. En lo fundamental, los dos documentos señalados contienen los criterios que se van a utilizar para la realización de las evaluaciones, y que constituyen la base del informe de evaluación individual publicado en internet, así como la forma de cálculo de cada criterio y las normas básicas que rigen la publicación de los informes. Así, la evaluación que se realiza en los centros residenciales (stationären Pflegeeinrichtung) se basa en un total de **77 criterios**, divididos en cinco apartados

- Enfermería y asistencia médica (32 criterios).
- Tratamiento de los residentes con demencia (9 criterios).

- Cuidado y vida cotidiana (9 criterios).
- Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene (9 criterios).
- Encuesta de residentes (18 criterios).

En la tabla siguiente se indican los 77 criterios establecidos para la atención residencial:

Tabla 4. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los centros residenciales

Artículo	Disposiciones
Enfermería y asistencia médica	- ¿Se registra el riesgo de úlcera por presión individual? - ¿Se realiza la profilaxis necesaria de las úlceras por presión? - ¿Se documenta la información necesaria sobre las úlceras por presión? - ¿Existe documentación diferenciada sobre heridas crónicas o úlceras por presión? - ¿Los tratamientos para heridas crónicas o úlceras por presión están basados en los niveles de conocimientos actuales/actualizados? - Si los criterios para el tratamiento de heridas crónicas o úlceras por se modificó, ¿el médico informó y adaptó las medidas? - ¿Se registran los riesgos nutricionales individuales? - ¿Se aplican las medidas necesarias en cuanto a los riesgos nutricionales al restringir la autosuficiencia en el suministro de alimentos? - ¿Es el estado nutricional apropiado dentro de las posibilidades de intervención del centro? - ¿Se registran los riesgos individuales asociados con el suministro de líquidos? - ¿Se toman las medidas necesarias cuando se restringe el suministro de líquidos? - ¿Es el suministro de líquidos apropiado dentro de las posibilidades de intervención del centro?

Artículo	Disposiciones
	- ¿Se realiza una evaluación sistemática del dolor? - ¿El servicio de enfermería coopera estrechamente con el departamento médico a la hora de tratar pacientes con dolor? - ¿Los residentes con dolor crónico reciben medicamentos recetados médicamente? - ¿Se registran las personas con incontinencia urinaria o catéter vesical con riesgos y recursos individuales? - ¿Se llevan a cabo las medidas necesarias en residentes con incontinencia o catéter vesical? - ¿Se registra el riesgo de caída individual? - ¿Se aplican medidas de prevención contra caídas para los residentes con un mayor riesgo de caídas? - ¿Se revisa regularmente la necesidad de las medidas de contención? - ¿Existen procedimientos escritos para las medidas de contención? - Si es necesario, ¿se posibilita una comunicación activa con el médico? - ¿La implementación de las medidas de tratamiento/cuidado necesitan una orden médica? - ¿El suministro de medicamentos cumple con las instrucciones médicas? - ¿El medicamento a pedido cumple con las instrucciones del médico? - ¿Es apropiado el manejo de la medicación? - ¿Se colocan adecuadamente los apósitos de compresión? - ¿Se estimula el sentido del gusto de los residentes con sondas de alimentación? - ¿Es la higiene personal adecuada? - ¿El cuidado oral y el cuidado dental son apropiados dentro de las posibilidades de intervención del centro? - ¿La atención de enfermería suele ser realizada por los mismos trabajadores? - ¿Se capacita regularmente a los trabajadores de enfermería y atención en primeros auxilios y procedimientos de emergencia?

Artículo	Disposiciones
Tratamiento de los residentes con demencia	- ¿Se observa y se tiene en cuenta la biografía del residente en la atención y el apoyo de los residentes con demencia? - ¿Participan los familiares y cuidadores en la planificación de la atención y el apoyo para los residentes con demencia? - ¿Se tiene en cuenta el concepto de autodeterminación en el cuidado en los residentes con demencia? - ¿Se está monitorizando y documentando el bienestar de los residentes con demencia en la rutina diaria de atención? ¿Se derivan de ello medidas para mejorar? - ¿Hay lugares seguros para permanecer al aire libre? - ¿Pueden los residentes diseñar las habitaciones según su estilo de vida? - ¿Se trabaja la orientación personalizada? - ¿Se proporciona a los residentes con demencia oportunidades adecuadas de ocio y ocupación? - ¿Existe una oferta de alimentos basada en la necesidad para los residentes con demencia?
Cuidado y vida cotidiana	- ¿Se ofrecen actividades de ocio como parte del cuidado? - ¿Se invita a los residentes a participar en actividades de ocio? - ¿Hay alguna actividad para establecer contacto con la comunidad local? - ¿Existen medidas para promover el contacto con familiares? - ¿Están los programas de ocio dirigidos a los residentes y sus necesidades? - ¿Hay alguna ayuda para familiarizarse con el centro de atención para los residentes? - ¿Existe una revisión periódica y, si es necesario, la adaptación de las ofertas para la aclimatación en el centro? - ¿Hay alguna declaración conceptual o guía de actuación sobre cuidados paliativos y atención a pacientes en fase terminal? - ¿Existe un procedimiento de quejas?

Artículo	Disposiciones
Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene	- ¿Se permite que los residentes tengan en su habitación sus propios muebles, objetos personales y objetos de recuerdo, así como la decisión sobre su posible colocación? - ¿Contribuyen los residentes al diseño de las áreas comunes? - ¿Es buena la impresión general sobre limpieza, orden y olor? - ¿Se puede elegir libremente el tiempo de comer dentro de ciertos límites de tiempo? - ¿Se ofrecen dietas personalizadas? - ¿La presentación de alimentos y bebidas está orientada a las capacidades individuales de los residentes? - ¿Se anuncia el menú con antelación? - ¿Los tamaños de las porciones se orientan a los deseos individuales de los habitantes? - ¿Las comidas se ofrecen en un ambiente agradable y cómodo para los residentes?
Encuesta de residentes	- ¿Se coordina con el residente el calendario de atención y las medidas de apoyo? - ¿Se puede decidir si la puerta de su habitación se mantiene abierta o cerrada? - ¿Se asiste al residente para lavarse parcial o completamente? - ¿Se asegura el personal de que nadie pueda ver al residente, por ejemplo, a la hora de lavarse? - ¿Las quejas de los residentes ha tenido consecuencias? - ¿La limpieza del centro cumple con sus expectativas? - ¿Se puede elegir entre diferentes platos a la hora del almuerzo? - ¿Los empleados son educados y amables? - ¿Toman los empleados suficiente tiempo para los residentes? - ¿El personal de atención hospitalaria le pregunta qué ropa quiere ponerse? - ¿La comida sabe bien? - ¿Está satisfecho con los tiempos de comida? - ¿Se ofrece suficiente bebida sin tener que pagarla adicionalmente? - ¿Las ofertas de actividades sociales y culturales coinciden con sus intereses? - ¿Se puede participar en actividades sociales y de tiempo libre que sean del interés del residente? - ¿Le dan la oportunidad para estar al aire libre? - ¿Se pueden recibir visitas cuando se quiera? - ¿Se recibe la ropa lavada rápidamente, completamente y en perfecto estado?

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de puntuación dependen del tipo de indicador contemplado y, en todo caso, los inspectores cuentan con instrucciones específicas –contempladas en las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia– para asignar la puntuación correspondiente a cada criterio de forma homogénea. Para la recogida de la información, lo que se tiene en cuenta es si el criterio planteado se cumple en cada uno de los casos individuales analizados, teniéndose en cuenta el número de personas en las que sí se respeta tal criterio del total de usuarios que participan en la evaluación y respecto a las que procede plantear tal cuestión. En otros casos, por el contrario, la respuesta al cumplimiento del criterio –positiva o negativa– se refiere al conjunto del centro. En el caso del cuestionario que se pasa a las personas residentes, la mayor parte de las preguntas se puntúan mediante una escala de cuatro puntos (siempre, a menudo, de vez en cuando, nunca).

En el caso de la asistencia domiciliaria se tienen en cuenta 46 indicadores de calidad, articulados en cuatro ámbitos temáticos:

- cuidados personales y de enfermería (17 elementos);
- actividades prescritas por un médico (8);
- calidad de la organización y nivel de atención (9).
- encuesta de residentes (12)

En la tabla siguiente se indican, los 46 criterios establecidos para la atención residencial:

Tabla 6. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los servicios de atención a domicilio

Artículo	Disposiciones
Enfermería y asistencia médica	- ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de llevar a cabo los cuidados personales? - ¿Es la higiene adecuada teniendo en cuenta las posibilidades de las instalaciones? - ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de servir comida y bebida? - ¿Se sirven las suficientes (según instrucciones) bebidas a los usuarios? - ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de proporcionar bebidas? - ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta de hidratación? - ¿Se proporciona una nutrición adecuada (según instrucciones) al usuario? - ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de servir comida? - ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta en la nutrición? - ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de prestar ayuda para la eliminación? - ¿Se presta la ayuda necesaria (según instrucciones) para eliminación/incontinencia? - ¿Se toman las medidas preventivas necesarias para prevenir las escaras? - ¿Se tienen en cuenta eventuales riesgos individuales de contraer contracturas a la hora de prestar la atención? - ¿Se toman las medidas necesarias (según instrucciones) para promover la movilidad? - A la hora de atender a personas con demencia, ¿se tienen en cuenta sus características biográficas? - ¿Se les informa a los familiares de las personas con demencia sobre la atención que reciben? - En los casos cuando sea necesario aplicar restricciones físicas, ¿se cuentan con los permisos y consentimientos necesarios?

Artículo	Disposiciones
Actividades prescritas por un médico	- ¿Está el tratamiento de las escaras basado en evidencia empírica? - ¿El medicamento corresponde a la prescripción médica? - ¿La prescripción de fármacos se ajusta al reglamento médico? - ¿Se toma la tensión con regularidad (según instrucciones)? ¿En los casos cuando sea necesario se toman medidas para compensar hipertensión/ hipotensión? - ¿Se analiza el nivel de glucosa sanguínea con regularidad (según instrucciones)? - A la hora de dar inyecciones, ¿se llevan a cabo y se documentan de manera adecuada (según instrucciones)? ¿Se le avisa al médico si hay alguna complicación? - ¿Se utilizan los calcetines de compresión de una manera adecuada (según instrucciones)? - ¿Existe una comunicación fluida con el médico durante los cuidados?
Calidad de la organización y nivel de atención	- ¿Se presentó un presupuesto aproximado antes de firmar el contrato de atención? - ¿Se aplica un reglamento que respeta la normativa de protección de datos personales? - ¿Hay instrucciones escritas sobre cómo actuar en caso de emergencia? - ¿El personal participa, de manera regular, en cursos de formación continua en materia de primeros auxilios? - ¿Hay instrucciones escritas de cómo manejar quejas? - ¿Existe un plan de formación que asegura que todos los empleados participan en las actividades de formación continua? - ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los cuidadores? - ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los profesionales de asistencia doméstica? - ¿Está asegurada la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales?

Artículo	Disposiciones
Encuesta a residentes	- ¿Ha firmado por escrito un contrato de asistencia? - ¿Se le informó sobre las tarifas antes de firmar el contrato? - ¿Se le consulta a la hora de fijar las horas/el horario de atención? - ¿Le preguntan los cuidadores qué ropa quiere llevar? - ¿El número de cuidadores que le atiende es razonablemente pequeño? - ¿En los casos cuando se presenta alguna necesidad (fuera de lo normal) le ha resultado fácil localizar al personal y recibir la ayuda que precisaba? - ¿Los cuidadores suelen animarlo a lavarse solo parcialmente o todo el cuerpo? - ¿Los cuidadores lo ayudan con consejos para su cuidado? - ¿Ha notado alguna mejora después de quejarse? - ¿Le parece que los cuidadores respetan su esfera privada? - ¿Los cuidadores que lo atienden son educados y amables? - ¿Está contento con la realización de las tareas domésticas?

Fuente: Elaboración propia.

También en este caso, la forma de puntuación de los criterios depende de su naturaleza, y los inspectores cuentan con instrucciones específicas –contempladas en las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia– para asignar la puntuación correspondiente de forma homogénea. Como en el caso de los centros residenciales, para la recogida de la información, lo que se tiene en cuenta es si el criterio planteado se cumple en cada uno de los casos individuales analizados, teniendo en cuenta el número de personas en las que sí se respeta tal criterio del total de usuarios que participan en la evaluación y respecto a las que procede plantear tal cuestión. En el caso del cuestionario que se pasa a las personas residentes, la mayor parte de las preguntas se puntúan mediante una escala de cuatro puntos (siempre, a menudo, de vez en cuando, nunca).

3.2.2. EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Como se ha dicho ya, **el modelo alemán de gestión de la calidad está muy enfocado a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones** que se han descrito en el punto anterior, y tanto las directrices de calidad como los acuerdos de transparencia están muy enfocados a la manera en la que debe recogerse y difundirse esa información. En ese sentido, los acuerdos de transparencia establecen la necesidad de que los informes individuales **estén disponibles en lugares visibles en los propios centros, además de estar accesibles en Internet**. Para ello, la gestión, publicación y actualización de los informes individuales está asignada a un centro de análisis de datos, encomendado a una de las empresas del sector, que elabora anualmente en torno a 22.000 informes de transparencia.

Junto a la publicación de estos informes individuales, cabe destacar también la publicación periódica de informes de resultados agregados, que recogen la situación del conjunto del sector. Se analiza a continuación cada una de estas dos herramientas.

3.2.2.1. PUBLICACIÓN DE LOS INFORMES INDIVIDUALES DE EVALUACIÓN Y SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE CALIFICACIONES

La ilustración anexa recoge la primera página del informe de resultados de una residencia determinada, que puede consultarse íntegramente, en alemán, [en este enlace](#).

El informe de cada centro recoge la puntuación que se asigna a cada uno de los ámbitos previamente señalados –enfermería y asistencia médica, tratamiento de los residentes con demencia, cuidado y vida cotidiana, alojamiento, alimentación, limpieza e higiene y encuesta de residentes–, se basa en una escala que va de 5 a 1, donde el 5 es la peor puntuación y el 1 la mejor. Se obtiene a partir de ahí una puntuación parcial por cada ámbito que se traduce en una calificación –muy bien, bien, satisfactorio, suficiente, deficiente– y una puntuación general, basada en las mismas calificaciones, que se compara además con la media de todos los centros de esa misma región (en el caso recogido, la valoración del centro es la mejor posible, 1, y la media de la región 1,2). Además de estos datos generales, en el informe se ofrece la puntuación alcanzada en cada uno de los criterios analizados.

Ilustración 1. Información básica de los informes de evaluación de los centros residenciales



Como se ha explicado antes, las personas interesadas en la elección de un centro –además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades con-

tratantes, etc.– pueden **acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro, mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales**, que ofrecen además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, entre otros.¹⁷

Cabe añadir, en relación al sistema de publicación de resultados, que el informe público se complementa con un informe interno en el que se recogen las recomendaciones del equipo evaluador en relación a los aspectos que deben mejorarse y los aspectos que deben modificarse de cara a la siguiente evaluación. Es también importante destacar que el resultado de estas evaluaciones puede tener consecuencias significativas, como la rescisión del contrato entre el seguro y el operador, o el cierre de las instalaciones, si el resultado de las evaluaciones determina el incumplimiento de los requisitos básicos establecidos en la normativa.

La evaluación de los centros y servicios descrita genera por lo general calificaciones positivas: es difícil encontrar centros o servicios con calificaciones globales inferiores al 2, siendo la media tanto en el caso de los centros residenciales como de los servicios de atención ambulatoria de 1,2 puntos sobre 5. En ese sentido, el resumen de datos que periódicamente publica la entidad responsable del tratamiento de datos referidos al sistema de evaluación, recoge las siguientes puntuaciones medias:

Tabla 7. Puntuaciones medias, por ámbitos, de los centros residenciales y servicios de atención domiciliaria en Alemania (2017)

Tipo de atención	Ámbito
Atención domiciliaria	Cuidados personales y de enfermería
	Actividades prescritas por un médico
	Calidad de la organización y nivel de atención
	Resultado global
Atención residencial	Encuesta a residentes
	Enfermería y asistencia médica
	Tratamiento de los residentes con demencia
	Cuidado y vida cotidiana
	Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene
	Resultado global
	Encuesta de residentes

Fuente: AOK, 2017.

¹⁷ Puede consultarse, por ejemplo, www.pflegenoten.de; www.bkk-pflegefinder.de; o www.aok-pflegeheimnavigator.de

Cabe destacar, por otra parte, que el **sistema descrito ha sido sometido a diversas críticas**, tanto por los especialistas como las entidades proveedoras de servicios. De hecho, se barajó en un momento dado la suspensión de este sistema, debido a las críticas planteadas, que en cualquier caso sigue vigente. También cabe señalar, sin embargo, que las evaluaciones que se han realizado en relación a este modelo son positivas e indican que los centros que obtienen calificaciones negativas en relación a unos criterios determinados tienden a mejorar esos aspectos de cara a la posterior evaluación (Herr, Nguyen y Schmitz, 2015). Estos resultados pondrían de manifiesto el impacto positivo de estos sistemas de fomento de la transparencia en relación a la evaluación de la atención en los centros y servicios para personas mayores o con discapacidad.

Es importante señalar, para concluir, que una de las leyes de refuerzo de la dependencia a las que previamente se ha hecho alusión (Pflegestärkungsgesetze II) contempla la modificación de este sistema de calificación. En ese sentido, el último de los informes de evaluación publicado por el MDS (al que se hace referencia en el siguiente apartado) apunta a la **próxima introducción de cambios importantes** en el sistema actual, mediante el desarrollo de nuevas herramientas de evaluación, que se comenzarán a implementar en 2019.

3.2.2.2. LA PUBLICACIÓN DE INFORMES CON RESULTADOS AGREGADOS

A partir de los resultados de los informes individuales señalados, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS) publica un **informe trienal sobre la calidad de la atención** en los cuidados residenciales y –en el último informe– domiciliarios (Qualität in der ambulanten und stationären Pflege). Hasta la fecha se han publicado cinco ediciones, la última de las cuales recoge datos relativos a 2016.

Como se observa en el último de los informes publicados, se ofrece en ellos un exhaustivo resumen de los principales resultados de las pruebas realizadas en 2016, así como datos relativos a las quejas presentadas por las personas usuarias de los centros y servicios. **El informe se centra fundamentalmente en la situación de las personas atendidas y no hace referencia a los resultados de las valoraciones realizadas en cada centro ni a las notas o calificaciones obtenidas.** La edición de 2017, la última publicada, recoge además algunos de los cambios que se han ido introduciendo en los últimos meses y/o que se pretenden introducir en un futuro próximo. Entre los principales datos del informe, el propio MDS destaca los siguientes:

- en 2016, el 70,7% de los residentes en atención hospitalaria tenía restricciones psiquiátricas como la demencia (2013: 63,8%),
- el 77,5% de los residentes necesitaba atención de incontinencia (2013: 76,9%),
- el 37,8% tenía dolor crónico (2013: 35,0%),
- en el 8,7% de los sujetos examinados, hubo una pérdida de peso significativa (2013: 7,6%). En el 24,9% de los casos el historial de peso no fue controlado (2013: 10.6 %).

Para los responsables del MDS, la mayor parte de los centros residenciales y servicios de atención a domicilio cumplen con los requisitos para una buena atención, pero todavía hay espacio para mejorar. Las deficiencias en la atención domiciliaria se pueden encontrar en la evaluación del dolor y la atención de heridas, así como en la atención ambulatoria para la atención intensiva y el asesoramiento para las personas que necesitan atención. Las mejoras en comparación con 2013 se observan en las medidas de profilaxis y prevención de las escaras.

Además de este informe, el MDS publica un informe más breve, con datos nacionales y regionales, sobre las características de las personas que han sido valoradas en el marco del seguro de dependencia.

3.2.3. ACREDITACIÓN, CONCERTACIÓN Y HOMOLOGACIÓN

En el marco que regula la gestión de la calidad de la atención en Alemania, los conceptos de acreditación, concertación y homologación se entienden de forma distinta a otros países en los que existe un marco de acreditación y concertación más específico. En ese sentido, como se ha señalado previamente, las **barreras de entrada al sistema alemán de cuidados son mínimas**, y se entiende que todas las empresas de cuidados a domicilio y centros de atención pueden prestar los cuidados contemplados en el seguro de dependencia alemán, y recibir por tanto fondos públicos por parte de los seguros de dependencia, siempre que:

- se cumpla la normativa regional básica (ver punto 3.2.2.1);
- se sometan a las evaluaciones de calidad establecidas en el punto anterior;
- se respeten los estándares de expertos que se describen en el punto siguiente; y
- se aplique un sistema interno de gestión de la calidad.

3.2.4. ESTANDARIZACIÓN, CERTIFICACIÓN, PROTOCOLIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

Además del marco regulador y evaluador señalado en los apartados anteriores, el sistema alemán de gestión de la calidad en el ámbito de la dependencia recurre a otras dos herramientas adicionales, relacionadas, en el primer caso, con la estandarización de las prácticas profesionales y, en el segundo caso, con la certificación adicional de la calidad de la atención por parte de entidades certificadoras externas (distintas de la MKD).

3.2.4.1. LOS ESTÁNDARES DE EXPERTOS/AS DE LA DEUTSCHE NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE

El Libro XI del Código de la Seguridad Social, en su artículo 113, establece la necesidad de **desarrollar y aplicar estándares de expertos para la gestión de la calidad en la atención a las personas con dependencia**. Esta labor está actualmente encomendada a la Red

de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados (Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), una asociación nacional de profesionales cuyo objetivo es mejorar la atención hospitalaria y residencial que se presta a las personas mayores con dependencia. Creada en 1992 por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Osnabrück, la red está compuesta por personas expertas (investigadores, personal docente y profesionales de centros residenciales y hospitalarios) en cuidados en el ámbito sociosanitario.

Uno de los objetivos de la red es la investigación de métodos e instrumentos para la promoción y la medición de la calidad en los cuidados. El segundo objetivo de la red es consiste en el desarrollo e implementación de estándares de calidad asistencial consensuados y basados en la evidencia clínica disponible. Los estándares señalados hacen referencia a la atención hospitalaria y los cuidados de larga duración y se elaboran en estrecha colaboración con el Consejo Nacional de Cuidados (Deutschen Pflegerat) y con apoyo económico del Ministerio de Sanidad. Desde el año 1999 se han elaborado –y en algunos casos actualizado– una decena de documentos de estándares relacionados con otros tantos aspectos de la atención:

- Prevención de úlceras (2001, actualizado en 2010 y 2017).
- Gestión de altas (2004, actualizado en 2017).
- Gestión del dolor (2004, actualizado en 2011).
- Prevención de caídas (2005, actualizado en 2013).
- Promoción de continencia urinaria (2006, actualizado en 2014).
- Cuidados de las personas con heridas crónicas (2008, actualizado en 2014).
- Gestión de la nutrición para asegurar y promover la nutrición oral (2009, actualizado en 2017).
- Gestión de relaciones en el cuidado de personas con demencia (2014).
- Preservación y promoción de la movilidad (2014).

Los **estándares de expertos se utilizan para definir, implementar y evaluar la calidad de la atención**. Aunque están fundamentalmente orientados a los profesionales, también sirven para concienciar a las y los usuarios de los servicios y a sus familiares sobre el nivel de calidad y las características de la atención que reciben. Las principales funciones de los estándares de expertos son las siguientes:

- Definición de actividades y responsabilidades profesionales.

- Promoción de innovaciones.
- Promoción de práctica profesional, identidad profesional y movilidad profesional basada en la evidencia.
- Servir como plataforma para el intercambio de opiniones sobre la calidad de la atención.

El proceso de elaboración de los estándares se articula en seis fases:

- Selección de la temática. Las propuestas pueden venir de las asociaciones de profesionales o de las entidades del ámbito sanitario y social. Se hace una revisión de la literatura para ver qué relevancia tiene la elaboración de estándares sobre determinado tema. Posteriormente se realiza una valoración de la literatura científica para ver si existe suficiente información para elaborar estándares.
- Creación de grupo de expertos. Se crea un grupo de trabajo con ocho a doce miembros. En el grupo de trabajo hay profesionales (preferiblemente con experiencia de implementación de estándares) y personas que representan los intereses de los usuarios. El grupo de trabajo del proyecto es coordinado por un equipo científico (cuyos miembros son nombrados por el Comité Directivo de la red de forma oficial y reclutados a través de Internet y los medios de comunicación especializados).
- Elaboración de un borrador de estándares. El equipo científico es responsable de la selección de la metodología y de la revisión de la literatura existente en la materia que sirva para encontrar evidencia empírica. No obstante, en el proceso de elaboración de los estándares participan el equipo científico, el grupo de trabajo y el Comité Directivo de la red. El grupo de trabajo es el principal responsable del contenido del borrador, pero en ocasiones se pide el asesoramiento de profesionales externos. Una persona del Comité Directivo de la red o del equipo científico suele hacer de moderadora durante las discusiones en el grupo de trabajo. Después de tener claro qué incluir en el borrador, el equipo científico se encarga de su redacción. El borrador que se elabora contiene estándares sobre la calidad de estructura, el proceso y los resultados de los cuidados, según el modelo de Donabedian. En términos generales, las decisiones sobre el contenido del borrador han de tomarse de manera consensuada, pero en algunos casos las decisiones se toman por mayoría. Los estándares deben reunir una serie de características, a saber: reflejar el estado actual de conocimiento en la materia; ser claros y medibles; establecer medidas de acción, ámbito de actuación y entidades responsables; mostrar posibilidades de colaboración con otros actores y entidades; diferenciar entre la calidad de estructura, proceso y resultados; estar orientadas a las necesidades de los usuarios objetivos y, por último, ser viables en la práctica.

- Conferencia de consenso. La versión provisional de los estándares es llevada a una conferencia de consenso durante la que se debate el contenido recogido. Tras la conferencia, en la que participan expertos (científicos y profesionales activos) en cuidados, personas expertas en el ámbito de los estándares de calidad (no necesariamente del ámbito sociosanitario), representantes de organizaciones que defienden los intereses de los usuarios y representantes institucionales y entidades de referencia en el ámbito de los cuidados sociosanitarios, el grupo de expertos y el equipo científico valoran la discusión llevada a cabo e incorporan eventuales modificaciones en el borrador.
- Aplicación experimental. Cuatro semanas después de la celebración de la conferencia, el equipo científico selecciona 25 unidades de cuidados (establecimientos hospitalarios o de cuidados de larga duración) en las que se implementará la nueva versión de los estándares de forma experimental. El objetivo de la implementación es valorar la funcionalidad práctica de los estándares y estimar qué posibilidades hay que las unidades de cuidado cumplan con futuros estándares. Para poder implementar los estándares provisionales se crean grupos de proyecto locales en los que toman parte miembros del equipo científico y representantes de las entidades participantes. El proceso de implementación se inicia con un periodo de formación de cuatro semanas de duración. Las ocho semanas siguientes se dedican a adaptar los estándares al contexto concreto en el que se implantarán (teniendo en cuenta características especiales de los usuarios o condiciones particulares de la unidad de cuidados). A esta fase preparatoria siguen ocho semanas durante las que se llevan a cabo la implementación, presentando el instrumento a la mayor parte del personal. Durante las cuatro últimas semanas del proceso se implanta el instrumento de auditoría. Al final del proceso se organiza un taller durante el que se hacen públicos los resultados de la implementación. Después de incorporar eventuales modificaciones, fruto de esta reunión final, se publica la versión definitiva del documento. Se difunden los estándares a través de la página web de la red, mediante la implantación de cursos de información y durante seminarios.
- Actualización de los estándares. Los estándares son actualizados al menos una vez cada cinco años.

Casi todos los estándares que han sido publicados por red de trabajo para mejora de la calidad de los cuidados tienen la misma estructura. Constan de:

- Un informe que describe el desarrollo, el proceso de consenso y la implementación del estándar en cuestión. También se publican junto a este informe, o por separado, los resultados de la revisión de la literatura.
- El instrumento de auditoría. Uno de los cuestionarios del instrumento va dirigido a los usuarios y el otro se dirige a los profesionales.

La adecuación de estos estándares a la actividad cotidiana de los servicios de atención a las personas con dependencia ha sido puesta, en cualquier caso, en cuestión, así como la renuncia del Gobierno federal a convertir la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados en un centro nacional de promoción de la calidad en materia de atención a las personas que precisan cuidados, tal y como establece el propio Libro XI de la Seguridad Social (Garms Homolova y Busse, 2014).

3.2.4.2. LA ACTIVIDAD DE LAS ENTIDADES CERTIFICADORAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Al margen de las evaluaciones realizadas en el marco del sistema obligatorio de gestión de la calidad que se contempla en el seguro de dependencia alemán, es habitual que los centros residenciales y servicios de atención a domicilio en Alemania dispongan de certificados de gestión de la calidad, concedidos por entidades certificadoras que aplican diversos modelos de calidad. Aunque en ocasiones se considera que la aplicación de estos sistemas implica una carga adicional a la que representan las evaluaciones oficiales, los gestores de los servicios también consideran eventualmente que estas certificaciones contribuyen a posicionar a sus centros en el mercado y que constituyen una buena herramienta de marketing. También valoran positivamente la labor de asesoramiento y formación que las entidades certificadoras realizan, ausente en general de los procesos de evaluación oficiales (Garms Homolova y Busse, 2014).

Se recogen a continuación las características de algunos de los principales certificados de gestión de la calidad existentes en el mercado alemán.

- Sello verde (der Grüner Haken). Se trata de un instrumento promovido por la Asociación Nacional de Usuarios de Soluciones residenciales para personas mayores y personas con discapacidad (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreungsangeboten im Alter und bei Behinderung) y el Instituto de Infraestructuras Sociales (Institut für Soziale Infrastruktur), para medir la calidad en centros residenciales desde la perspectiva de los usuarios. En el cuestionario hay 200 preguntas y la mayoría de ellas se refiere a aspectos relacionados con la participación, la promoción de la autonomía y la dignidad. Las evaluaciones son llevadas a cabo por un inspector externo que, durante su visita al centro, entrevista a representantes de la dirección, al personal de atención directa, y a los miembros del consejo de personas usuarias (una junta que existe en todos los centros residenciales y cuya principal función es promover la participación de los usuarios en la toma de decisiones).
- Sello de calidad Diakonie-Siegel Pflege. Se trata del sello de calidad desarrollado por una de las principales redes de prestación de servicios sociales, utilizado por cerca del 85% de los centros residenciales de esa red, y el 50% de los servicios de atención domiciliaria. Desarrollado por el Instituto Diaconal para el Desarrollo de la Calidad, se basa en los modelos de gestión total de la calidad (TQM) y la familia ISO 9001, y están específicamente orientados a facilitar la gestión de los procesos de evaluación oficiales.

- Certificado KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Se trata de un proceso de certificación de la calidad de la atención específicamente orientado al ámbito de la salud, pero que ha desarrollado también un enfoque hacia los centros de atención a la dependencia.
- CaQu (Caritas Qualität Qm-Rahmenhandbuch Altenhilfe Und Pflege). Se trata del sistema de gestión de la calidad desarrollada por las entidades prestadoras de servicios que forman parte de la red de Cáritas.

3.3. Otras experiencias de interés en el ámbito alemán: la Carta de derechos de las personas que necesitan cuidados de larga duración

Además de los diversos sistemas específicamente centrados en la calidad de la atención, es preciso destacar también el papel que en ese ámbito juega la Carta de los Derechos de las personas que necesitan atención y asistencia a largo plazo. Esta Carta contiene un preámbulo y ocho artículos que incluyen temas clave y áreas de la vida:

- autodeterminación y apoyo para la autoayuda,
- integridad física y mental, libertad y seguridad,
- privacidad,
- cuidados, apoyo y tratamiento,
- información, asesoramiento, consentimiento informado,
- comunicación, sensibilización y participación en la sociedad,
- religión, cultura y creencias,
- cuidados paliativos.

En 2007, el Ministerio de Salud se alineó con el Ministerio de Asuntos de la Familia, Personas de la Tercera Edad, Mujeres y jóvenes para hacer un esfuerzo conjunto para crear conciencia sobre la Carta. Se estableció una Oficina especial de la Carta, para difundir su mensaje, coordinar talleres y supervisar su implementación futura. La Carta creó un marco de derechos humanos para los servicios de los fondos de seguros de atención a largo plazo y los reguladores que funciona de manera voluntaria. Esencialmente, el propósito de todas las actividades relacionadas con la Carta era proporcionar una guía para los proveedores de atención médica, crear conciencia sobre la legislación de derechos humanos y educarlos sobre su implementación en los servicios de atención para personas mayores.

Además, se distribuyeron materiales de capacitación gratuitos entre varias partes interesadas en el sector LTC (*Long Term Care*, Cuidados de larga duración). La promoción activa de la Carta cesó en 2012 con la terminación del financiamiento de los ministerios involucrados y la disolución de la Oficina de la Carta. En general, la implementación de la Carta fue demasiado esporádica como para dar lugar a mejoras tangibles a nivel nacional, aunque se lograron buenos resultados en algunos proyectos piloto. En el momento de redactar este documento, la Carta sigue siendo un instrumento opcional no vinculante, y su implementación no es supervisada ni evaluada por ningún organismo externo de control de calidad.

3.4. Conclusiones y principales aprendizajes

El modelo alemán de aseguramiento de la calidad en los servicios y centros de atención a las personas (adultas y mayores) con dependencia presenta algunas características propias que lo diferencian en buena medida del resto de los modelos analizados en este informe. Sus principales elementos son los siguientes.

- El sistema de seguro de dependencia alemán está claramente basado en la idea de la **subsidiariedad** y la **autorregulación**, de forma que la administración pública –ya sea de nivel federal o regional– establece un **marco regulador básico muy genérico**, y son el resto de los agentes –fundamentalmente los seguros de dependencia y las entidades prestadoras de servicios– quienes detallan y desarrollan los elementos relacionados con la calidad de la atención. Desde ese punto de vista, el **acuerdo entre los agentes sociales** para la determinación de los estándares de calidad, y no el establecimiento de marcos normativos estrictos por parte de la administración, es uno de los principales elementos definitorios del sistema. Un buen ejemplo de este enfoque es la laxitud con la que se determinan las dotaciones y cualificaciones profesionales del personal de los centros y servicios.
- Como se ha explicado en este capítulo, estos acuerdos se traducen en la **elaboración consensuada de una serie de directrices y acuerdos de transparencia**, que juegan en muchos casos el papel de la normativa reguladora básica, ya que en ellos se establecen muchos de los elementos relacionados con la calidad de la atención en sus tres dimensiones (estructuras, procesos y resultados).
- Desde el punto de vista de la **gobernanza del sistema**, cabe destacar también el papel que juegan los **seguros de dependencia**, tanto desde el punto de vista operativo (los consejos médicos de los seguros regionales de salud y dependencia son los responsables de la realización de las evaluaciones), como desde el punto de vista estratégico, destacando en este caso el papel del Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS), encargada de la definición de las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia, la publicación de los informes de calidad, etc. También debe desta-

carse el papel de la **administración regional**, encargada de la regulación de los centros residenciales.

- La segunda característica se refiere al papel que en el marco de este sistema se da a la competencia entre diferentes proveedores y a la capacidad de elección de las personas usuarias. En ese marco:
 - por una parte, **las barreras de acceso de los operadores al mercado son mínimas** y la apertura de centros o servicios de atención se permite siempre que se cumpla una serie de requisitos mínimos (estructurales, ratios y cualificaciones de personal, etc.). El cumplimiento de esos requisitos y la adecuación a las directrices y estándares de calidad se evalúa fundamentalmente **a posteriori**, en el marco de del modelo de gestión de calidad basado en la realización de evaluaciones anuales obligatorias y la publicación de sus resultados, para todos los centros y servicios inspeccionados. El sistema se basa, por tanto, fundamentalmente en la evaluación de los servicios prestados y no, como en otros países, en la aplicación de una normativa reguladora estricta. De ello se deriva la escasa consideración en la normativa de los aspectos relativos a la autorización administrativa para el inicio de la actividad,
 - la **capacidad de elección de los consumidores** se pretende facilitar o garantizar mediante el impulso a la transparencia, lo que implica el énfasis en la realización obligatoria, con carácter anual, de visitas de inspección y la publicación de sus resultados en internet. La lógica que subyace al sistema es la de que los centros estarán interesados en garantizar una buena calidad de la atención, en la medida en que ello se reflejará en sus calificaciones y, a su vez, en una mayor demanda por parte de posibles usuarios. La capacidad de elección de los usuarios se convierte, en ese sentido, en una herramienta reguladora.
- Junto a la importancia de estas evaluaciones y de su publicación, es también reseñable la importancia que se da en el contexto alemán a la **estandarización de la atención** –mediante la elaboración de una serie de estándares expertos, cuya elaboración, actualización y aplicación viene recogida en la normativa– y a la **certificación de la calidad de la atención** por parte de empresas certificadoras. En ese sentido, destaca el esfuerzo de las principales redes del tercer sector en Alemania para el desarrollo de sellos de este tipo y la acreditación de los centros que forman parte de los mismos.
- Otro de los elementos distintivos del modelo alemán es el creciente interés por aplicar los métodos de gestión de la calidad que se han apuntado al **ámbito domiciliario**. Las inspecciones anuales obligatorias se refieren tanto a los centros residenciales o de atención diurna como a los servicios que prestan **asistencia domiciliaria**, y

las herramientas que se han ido generando (directrices y acuerdos de transparencia) hacen referencia a ambos elementos (si bien, lógicamente, los sistemas de gestión de la calidad están más desarrollados en los servicios residenciales).

- Pese al énfasis que el sistema alemán de atención a la dependencia pone en el aseguramiento de la calidad, **sus resultados han sido objeto de crítica** por parte de diversos analistas (Matzke, M y Wiß, T., 2017; Garms-Homolova, V. y Busse, R. 2014). Son frecuentes además las críticas de los operadores de los servicios y la detección de incidencias de todo tipo, aún en centros que han obtenido buenas calificaciones en las evaluaciones realizadas. Las críticas más habituales se pueden resumir en las siguientes:
 - La propia lógica empresarial de competitividad entre centros, en la medida en que genera una tendencia a la reducción de precios, genera también **una precarización de las condiciones laborales** del personal que se refleja, a su vez, en la calidad de la atención.
 - Los sistemas de evaluación y estandarización que se utilizan están excesivamente orientados a los elementos relacionados con la **estructura de los centros y los procedimientos de atención**, y apenas hacen hincapié en los **resultados** de la atención sobre las personas residentes. Las bases conceptuales que subyacen a las herramientas aplicadas se centran, en general, en los aspectos más relacionados con la custodia de las personas usuarias, y no suficientemente en aspectos como la **calidad de vida**, la **autonomía** o la **capacidad de elección**.
 - Pese a la realización de entrevistas con las personas usuarias en el marco de las evaluaciones realizadas, las **visitas de seguimiento siguen teniendo un carácter básicamente administrativo** y están excesivamente orientadas a la comprobación de los registros administrativos y de la documentación cuya cumplimentación se exige al centro. Ello impide discriminar adecuadamente los centros que prestan una atención de calidad y los que no, y hace que las calificaciones recogidas en los informes de evaluación tengan un valor muy relativo.
 - El sistema de gestión de la calidad establecido difícilmente puede responder a los principales problemas que los servicios y centros de atención a las personas con dependencia tienen en Alemania, y que se refieren a la **escasa disponibilidad de personal adecuadamente formado y motivado**, que se deriva, a su vez, de cuestiones tales como las malas condiciones laborales que el sector ofrece a sus trabajadores/as. también se destaca en ese sentido la existencia de un sistema de formación y certificación de la cualificación profesional anticuado y poco flexible.

3.5. Bibliografía, normativa y recursos en internet

3.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Bäcker, G., Reform of the long-term care insurance in Germany. ESPN Flash Report 2016/43, 2016, 2 p.
- Garms-Homolova, V. y Busse, R. Monitoring the quality of long-term care in Germany. En: Mor, V. et al. (eds.), *Regulating Long-Term Care Quality. An International Comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, 497 p.
- Herr, A., Nguyen, T. V. y Schmitz, H., Does Quality Disclosure Improve Quality? Responses to the Introduction of Nursing Home Report Cards in Germany. Serie: Discussion Paper, n.º 176, Düsseldorf, Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), 2015, 37 p.
- Martínez Girón, J., El sistema de protección social de las personas dependientes en Alemania. Revista *Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 25 p.
- Matzke, M. y Wiß, T., Paradoxical decisions in German long-term care. En: Greve, B. (ed.), *Long-Term Care for the Elderly in Europe: Development and Prospects*. Oxon, Routledge, 2017, 196 p.
- Montero Lange, M., *Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España*. Fundación Caser para la Dependencia, 2014, 29 p.
- Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2018, 131 p.
- Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch Altenhilfe und Pflege. Freiburg, Deutscher Caritasverband E. V., 2012, 150 p.
- Shultz, E., Quality assurance policies and indicators for long-term care in the European Union. Country Report Germany. ENEPRI Research Report, n.º 104, 2012, 55 p.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios. Cuadros de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2011, 135 p.
- Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 2017. Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2016, 28 p.

3.5.2. NORMATIVA

- Ley Federal que regula el seguro de cuidados. 1995.
- Ley Federal de residencias (Heimgesetz). 1974.
- Ley de regulación de la atención, el apoyo y la calidad de vida en la vejez y la discapacidad (PfleWoqG). 2008.
- Ley de profesiones de enfermería (Pflegeberufegesetz, PflBG). 2017.
- Ley sobre requisitos de personal de los centros residenciales (Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV).

Libro XI del Código de Seguridad Social (Sozialgesetzbuch SGB). 2004.

Ordenanza sobre la implementación de la Ley de calidad de vida y enfermería (AVPfleWoqG). 2011.

3.5.3. RECURSOS EN INTERNET

<http://www.bkk-pflegefinder.de>

<https://www.diakonie-wissen.de/web/dqe/brh-pflege>

<https://www.dnqp.de/>

<http://www.grüner-haken.org/>

<https://www.ktq.de/>

<https://www.mds-ev.de/>

<http://www.pflegenoten.de>

<https://www.pflege-navigator.de/>

4. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN BÉLGICA

4.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Bélgica y la región de Valonia

4.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA

Según la clasificación establecida por Rodríguez Cabrero y Marvin (2013), el sistema de atención a la dependencia establecido en Bélgica responde al modelo corporativo,¹⁸ caracterizado por:

- Derecho universal con nivel contributivo (cotizaciones), no contributivo (impuestos) y existencia de copago.
- Servicios, ayudas técnicas y prestaciones económicas topeadas.
- Participación de la seguridad social, regiones y municipios.
- Amplio apoyo al cuidador informal.

Por su parte, la Comisión Europea (2016), establece una clasificación basada en cinco grandes grupos, en el que Bélgica se ubicaría en el clúster de países¹⁹ caracterizados por:

- Provisión financiada mediante contribuciones obligatorias.
- Gasto público medio y gasto privado reducido.
- Prestaciones económicas modestas.
- Atención formal de accesibilidad media.
- Alta utilización de cuidados informales, apoyo intenso a cuidadores.

En definitiva, el sistema belga de protección a la dependencia se caracteriza por **una alta cobertura de servicios a la dependencia** (7,8% de la población total)²⁰ junto con un **gasto público** en relación al PIB (2,1 %)²¹, también **más elevado** que en la mayoría de países europeos. Cabe citar, igualmente, que el sistema de atención a la dependencia en las personas mayores

18 Junto con países como Alemania y Francia, descritos en sendos capítulos del presente informe.

19 Al igual que Alemania – ver capítulo específico en el presente informe–, Chequia o Luxemburgo.

20 Frente a una cobertura del 3,6% en Francia o Alemania y un 3,2% en España (Comisión Europea, 2013).

21 <https://data.oecd.org/>

presenta en el caso belga unas características marcadamente diferenciadas a la de las personas adultas con discapacidad, centrándose el presente capítulo únicamente en las características del sistema específicamente destinado a las personas mayores.

4.1.1.1. ESTRUCTURA COMPETENCIAL

El sistema de gobierno en Bélgica resulta bastante complejo, debido sobre todo a las particularidades lingüísticas y culturales de cada una de las tres regiones en la que se halla dividido el país. Al tratarse de un gobierno de estructura federal, y al no existir una legislación específica sobre los cuidados de larga duración que sea de aplicación común a las tres regiones, se ha optado por centrar el presente análisis en una de sus regiones. En concreto, se describe el sistema implantado en la región francófona de Valonia, con capital en Namur, que cuenta con el 55% de la superficie del país y un 32% de la población belga (cerca de 3.500.000 habitantes). Tras la reforma del Estado belga acometida en 2014, en la que se han transferido a los gobiernos regionales (communautés) las competencias relativas a la atención no sanitaria de las personas mayores dependientes, el sistema belga de atención a la dependencia se ha convertido en un sistema ampliamente descentralizado, concentrándose las competencias relativas a la dependencia a nivel de región.

Tabla 8. Distribución competencial del sistema de atención a la dependencia en Bélgica

Organismos	Funciones y competencias
Gobierno Federal	- Organización y financiación de la atención sanitaria, mediante el sistema nacional de salud.
Administración regional (Communautés)	- Organización y financiación de la asistencia no sanitaria, tanto en centros como en domicilio. - Regulación de la asistencia no sanitaria: autorización de servicios, coordinación de servicios, monitorización de la calidad, etc.

Organismos	Funciones y competencias
Agencia para una vida de calidad (AVIQ, administración regional)	- Apoyo a la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida en establecimientos y servicios. - Inspección de los centros de atención a personas mayores y de la atención a domicilio. - Financiación de los centros sociales y de alojamiento, y de los servicios a domicilio. - Gestión de la Ayuda para personas mayores (Allocation pour l'Aide aux Personnes Âgées-APA).
Centros de coordinación de los servicios de ayuda a domicilio (CASD, administración regional)	- Coordinación de la red de servicios y profesionales de los servicios a domicilio.
Administración local	- Gestión del registro de centros sociales establecidos en el municipio. - Financiación (parcial) de la construcción de determinados recursos. - Control de las condiciones de los centros.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.1.2. MARCO NORMATIVO

A nivel federal, no existe apenas legislación específica sobre atención a la dependencia. Los servicios que, a nivel federal, conciernen a las personas con dependencia, como pueden ser los servicios de enfermería a domicilio, se enmarcan en la normativa general sobre servicios de salud.

A nivel regional, son varias las normas que regulan la provisión de servicios de atención a la dependencia. Todos ellos se recopilan en el denominado Code wallon de l'action sociale et de la santé—en adelante el Código—, que constituye el marco en el que se centralizan todos aquellos textos normativos que regulan la acción social en general, y de atención a las personas mayores, en particular, en la región de Valonia. Entre las principales normas sobre dependencia que recopila el Código, y que se citan a lo largo del presente capítulo, destacan:

- Ley de 20 de julio de 2001 sobre promoción del desarrollo de servicios y empleos de proximidad (Loi du 20 juillet visant à promouvoir le développement des services et emplois de proximité).

- Decreto del 6 de diciembre de 2007 relativo a los servicios de ayuda a las familias y a las personas mayores (Décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées)
- Ley de 10 de julio de 2008 relativa a hospitales y otros establecimientos de cuidados (loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins)
- Decreto del 3 de julio de 2008 sobre la lucha contra el maltrato a las personas mayores (Décret du 3 juillet 2008 relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées)
- Decreto de 10 de abril de 2009 sobre alojamiento y acogida de personas mayores (Décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées).

4.1.1.3. SERVICIOS Y PRESTACIONES

En Bélgica, cualquier persona en situación de dependencia tiene, en principio, derecho a acceder a los servicios y prestaciones del sistema de cuidados de larga duración.²² La necesidad de atención se evalúa mediante la escala KATZ, tanto para el acceso a instituciones residenciales como a la asistencia domiciliaria. El tipo de prestación, así como la cuantía del copago, vienen determinados por el grado de dependencia y por la situación social de la persona solicitantes (vivienda, composición familiar, ingresos, etc.). Los servicios y prestaciones concretos que componen el sistema de cuidados de larga duración en la región de Valonia se concretan en:

- **Centros residenciales**

El centro residencial se define como “un centro destinado al alojamiento permanente de las personas mayores que se benefician, en función de su nivel de dependencia, de servicios colectivos familiares, domésticos, de ayuda a la vida diaria y de cuidados sanitarios”.

En 2015, la competencia relativa a la atención residencial de personas dependientes pasó a las regiones. Desde entonces, el Gobierno regional ha asumido la planificación de la oferta residencial en la región, estableciendo, entre otros, el máximo de plazas residenciales para el conjunto del territorio, detallando su distribución zonal hasta el nivel de barrio. El 1 de enero de cada año se actualiza el número de camas programado, en función de los datos estadísticos más recientes y de las plazas autorizadas ya existentes.

En 2017 el Gobierno valón ha presentado su denominado plan Papy Boom orientado a reforzar el sector residencial destinado a personas mayores. El plan prevé un aumento de 200 millones de euros de presupuesto en dos años, destinado fundamentalmente a:

- creación de 677 nuevas plazas residenciales,

²² A partir de 2019, será obligatorio el pago de una cuota de 36 euros al año por parte de toda persona mayor de 26 años, para tener derecho a acceder a las prestaciones del sistema de dependencia.

- acceso a tarifas más reducidas en el caso de personas mayores con menores recursos,
- fomento de iniciativas que favorezcan la innovación en el sector residencial,
- mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas mayores, mediante el establecimiento de estándares (pendiente de desarrollo reglamentario).
- Servicios a domicilio (services de proximité)

En Bélgica predomina el consenso en torno a la necesidad de reforzar la permanencia de las personas con necesidad de atención de larga duración en el domicilio. Para ello, se fomenta tanto la atención a personas cuidadoras –mediante apoyos puntuales y un extenso sistema de excedencias– como, sobre todo, la amplia utilización de servicios de atención domiciliaria. Las actividades ligadas al sector de servicios a la persona o a domicilio, se agrupan en torno a la expresión de “servicios de proximidad”. Este sector de servicios de proximidad constituye un sistema dual estructurado en base a dos tipos de servicios, que no cuentan con una reglamentación uniforme: los servicios de asistencia a domicilio (SAD) y los cheques-servicio. En ambos casos se trata de servicios creados a nivel federal que han sido recientemente transferidos a las regiones.

- **Servicios de asistencia y ayuda a personas con dependencia** (services d’assistance et de d’aide aux familles et aux personnes dépendantes et/ou handicapées).

Los servicios de asistencia a domicilio (SAD), se destinan a personas con dependencia que desean permanecer en el domicilio. Se trata de prestaciones que solo pueden ser prestadas por estructuras públicas o por entidades privadas sin fines de lucro, específicamente autorizadas.

Los SAD engloban diferentes servicios que van desde el trabajo doméstico, a la ayuda diaria a personas mayores, los cuidados de salud e higiene (excepto cuidados médicos) o el apoyo a cuidadores en forma de orientación y asesoramiento al cuidado. El acceso depende de criterios sociales.

- **Servicios de atención doméstica vía cheques-servicio** (titres-services)

Este segundo grupo de servicios de atención doméstica se rigen por el dispositivo de cheques-servicio (titres-services), que la ley de desarrollo de servicios de proximidad²³ define como “títulos de pago que permiten a las personas usuarias, mediante la ayuda financiera pública en forma de subvenciones al consumo, acceder a servicios de proximidad efectuados por una empresa autorizada”. La creación del sistema de cheques-servicio, basado en un modelo cuasiempresarial, persigue los siguientes objetivos:

23 Artículo 10 de la Loi du 20 juillet de 2001 visant à promouvoir le développement des services et emplois de proximité.

- crear nuevos empleos, especialmente entre trabajadores poco cualificados,
- regularizar empleos que permanecen en la economía sumergida,
- mejorar la conciliación entre la vida familiar y laboral, mediante la externalización de labores domésticas.

Los cheques-servicio se limitan a una lista de actividades concretas: solo pueden contratarse servicios de limpieza y cocina en el domicilio y/o actividades puntuales de compra y de acompañamiento fuera del domicilio. Se excluyen, por tanto, las actividades profesionales destinadas a la atención de personas con dependencia. Sin embargo, nada impide que las personas con dependencia puedan recurrir a los cheques-servicio para responder a determinadas necesidades, que complementan el servicio de ayuda a domicilio “tradicional”. De modo que, si bien en origen no se concibieron para facilitar asistencia domiciliaria, en la práctica, muchas de las horas de SAD se suplen vía cheques-servicio. Esta tendencia, además, va en aumento y cada vez son más las personas mayores de 65 años que emplean la fórmula de cheque-servicio.

Los gobiernos regionales, incluido el de Valonia, han puesto en marcha sendos centros de coordinación de los servicios de ayuda a domicilio (CASD). Estos centros cumplen funciones de coordinación, con el objetivo de responder de manera coherente y global a las necesidades de las personas usuarias, que se responden desde diferentes servicios y profesionales de atención a domicilio.

- Centros de día y/o de noche

Los centros de día o de estancias cortas ofrecen asistencia a personas mayores que no pueden permanecer en su hogar temporalmente. Se destina a personas que no requieren atención médica intensiva, pero necesitan asistencia o supervisión en actividades de la vida diaria.

Los centros de noche, por su parte, se ubican habitualmente en la misma estructura del centro de día y suelen ofrecer, siempre que se trate de personas usuarias distintas a las que lo emplean durante el día, atención nocturna.

- Servicios de apoyo a cuidadores

El sistema belga cuenta con un amplio catálogo de servicios destinados a las personas cuidadoras, que es lo que explica, en gran parte, el importante peso que la ayuda informal adquiere en Bélgica, a pesar del también elevado uso de la atención formal. En este sentido destacan tanto los servicios de respiro y de apoyo a los cuidadores informales como, sobre todo, un potente sistema de excedencias para el cuidado de familiares.

- Prestación económica para personas mayores dependientes

La prestación económica para personas mayores APA (Allocation pour l'aide aux personnes âgées) es una prestación económica destinada a personas mayores de 64 años que presentan una necesidad de apoyo severa. Está condicionada al nivel de recursos. La cuantía máxima es de 571 euros mensuales y pueden acceder a ella tanto las personas que se encuentran ingresadas en centros residenciales como las que permanecen en el domicilio.

Una nueva ayuda (Allocation Forfaitaire Autonomie) AFA sustituirá, a partir de 2019, a la APA. Para las personas mayores residentes en el domicilio, el gobierno también prevé una ayuda para la adquisición de dispositivos de teleasistencia, destinada a personas mayores de 70 años, que residen solas y tienen bajos ingresos.

4.1.1.4. FORMAS DE PROVISIÓN

Tal y como se ha citado anteriormente, una de las características definitorias del sistema belga es la utilización, elevada y conjunta, de servicios tanto **formales como informales**, de modo que ambos sistemas se complementan ampliamente. Según datos de la encuesta SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement, 2004) el uso de servicios de atención domiciliaria de tipo profesional en Bélgica es uno de los más elevados de Europa. A pesar de ello, la extensión de la atención informal es también considerable, de modo que el 45% de las personas con dependencia moderada o severa que residen en su domicilio, cuenta con apoyo informal permanente por parte de su pareja y/o hijos/as.

En cuanto a las formas de provisión, y a pesar de que el sistema belga cuenta con una elevada financiación pública, existe una cierta preocupación debido a la **creciente privatización** del sector de atención a la dependencia. Esta privatización de facto se ha dado fundamentalmente por la vía de la enorme expansión de los cheques-servicio. Este dispositivo de cheques, si bien no fue creado para suplantar servicios profesionales de atención domiciliaria, en la práctica ha absorbido gran parte del mercado de los SAD formales, a pesar de que, según la normativa, estos únicamente pueden ser provistos por estructuras públicas o por entidades privadas sin fines de lucro autorizadas por el Gobierno regional.²⁴

En cuanto a la atención residencial, aunque en otras regiones, como Flandes, el peso sigue residiendo en entidades públicas o sin fines de lucro, en el caso de Valonia, la participación de las empresas mercantiles es cada vez más importante en el sector.

4.1.1.5. MODELO DE FINANCIACIÓN

El sistema belga de protección a la dependencia se caracteriza por un **elevado gasto público** (2,1 % del PIB),²⁵ fuertemente financiado mediante fondos públicos fundamentalmente pro-

²⁴ En el caso de la asistencia sanitaria a domicilio, es competencia del Gobierno federal mediante el sistema nacional de salud.

²⁵ <https://data.oecd.org/>

venientes de las administraciones regionales,²⁶ que se encargan de financiar la totalidad de prestaciones del sistema de dependencia, excepto la asistencia sanitaria.

En un contexto de gasto público en continuo ascenso, el Gobierno de Valonia ha previsto, a partir de 2019, la puesta en marcha del **Seguro de dependencia valón** (assurance autonomie Wallonne). A partir del año que viene, todas las personas mayores de 26 años deberán pagar una cuota de 36 euros al año para poder beneficiarse en el futuro de los servicios de la assurance autonomie que, por el momento, se limitarán a la asistencia domiciliaria. Se prevén excepciones para las personas con bajos recursos. Las personas menores de 26 años no tienen la obligación de realizar aportaciones, pero sí tienen derecho a acceder a los servicios en caso de necesidad. Las sanciones por impago de dicha cuota implicarán la absoluta imposibilidad de acceder a los servicios requeridos hasta satisfacer la deuda contraída.

En cuanto al **copago** por parte de las personas usuarias, existe en la práctica totalidad de los servicios: en los servicios de atención a domicilio las personas usuarias que aportan entre el 15 y el 20% del costo; en el caso de la atención residencial, la atención sanitaria corre a cargo de la seguridad social, mientras que las personas residentes asumen el costo del alojamiento propiamente dicho.

La APA es una **prestación económica**, destinada a personas mayores de 64 años que presentan alguna dependencia, y que, por tanto, se destina a sufragar los gastos derivados de la necesidad de apoyo. La prestación está condicionada al grado de dependencia y al nivel de recursos. La cuantía máxima de la prestación es de 571 euros mensuales y pueden acceder a ella personas que se encuentran tanto en domicilio como en residencias. A partir de 2019 se activa una nueva ayuda, la AFA, que viene a sustituir a la anterior APA.

El modelo de financiación del sistema de **cheques-servicio**, por su parte, se basa en una relación laboral triangular compuesta por el empleador (empresa autorizada), la persona usuaria (particular que recibe el servicio, pero que no es la empleadora) y el trabajador (perteneciente a la empresa autorizada). La persona usuaria entrega a la persona trabajadora un cheque-servicio por cada hora de atención recibida, haciendo constar la fecha y el tipo de actividad (puede tramitarse vía electrónica). La persona trabajadora lo entrega a la empresa autorizada. La empresa remite todos los cheques-servicio de sus trabajadores a la administración pública, para poder obtener el reembolso. La financiación se concreta del modo siguiente:

- La persona usuaria paga 9 euros por los primeros 400 cheques que emplea cada año (10 euros por los 100 cheques siguientes, hasta un máximo de 500).

²⁶ Es por ello que, en un escenario futuro de claro aumento de los niveles de dependencia, el Gobierno flamenco, por ejemplo, ha establecido mecanismos para conocer el costo y el precio de las plazas residenciales. Estos datos se hacen públicos (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>), buscando con ello una mayor transparencia y control en la tarificación del sector, lo cual viene reforzado por la difusión de dicha información en los medios de comunicación (<https://multimedia.tijd.be/woonzorgcentra17>)

- La empresa recibe 22,36 euros (2017) por cada cheque-servicio entregado, para sufragar tanto el pago a la persona trabajadora –en torno a 12 euros– como los gastos de cotizaciones, permisos, primas, etc.
- El Gobierno asume la diferencia entre los 22,36 euros y los 9 o 10 euros que paga la persona usuaria.
- Los cheques otorgan derecho a ventajas fiscales.²⁷

4.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN BÉLGICA

Bélgica cuenta con cerca de 11 millones de habitantes, de los que un 20% son personas mayores de 65 años. La esperanza de vida a los 78,1 años es de para los hombres y 83,2 para las mujeres. El Gobierno valón prevé que para 2050 se duplique el número de personas mayores en la región. El porcentaje de personas con algún tipo de dependencia es actualmente entorno al 7,7% de la población y se prevé que aumente hasta el 9,2% para 2060.

En lo que se refiere a la dimensión de los diferentes servicios, los datos más relevantes del sistema de atención a la dependencia son los siguientes:

- Según la OCDE,²⁸ en términos de gasto, Bélgica cuenta con un gasto público en relación al PIB más elevado que la mayoría de países europeos, cercano al 2,1%, frente al 1,4% alemán o el 0,8% de España, por citar dos de los países analizados en el presente informe. Las prestaciones en especie son las que adquieren un mayor peso en este gasto, fundamentalmente la atención residencial.
- En cuanto a la cobertura de servicios, la Comisión Europea (2013) cifra en un 7,8 el porcentaje de población que recibe cuidados formales de atención a la dependencia en forma de servicios y/o prestaciones económicas, frente a una cobertura del 3,6% en Francia o Alemania y un 3,2% en España.
- En 2016, se emplearon más de 31 millones de cheques-servicio en Valonia, con una media de 2,1 horas por semana destinadas a atender a 292.216 personas, de las que 81.701 son personas mayores de 65 años. El sector cuenta con 48.800 trabajadores, mayoritariamente mujeres, que suponen un 2,3% de la población activa ocupada de Valonia. En torno a un 7% de las personas mayores de 65 años son usuarias del dispositivo cheques-servicio en toda Bélgica.

²⁷ Una deducción de impuestos del 10% en Valonia y del 15% en el resto de regiones.

²⁸ <https://data.oecd.org/>

- 39.620 personas mayores son perceptoras de la prestación económica para personas mayores dependientes (2015).
- 41.199 personas mayores residen en centros residenciales. Del total de plazas residenciales, el 28% son públicas, el 23% privadas sin fines de lucro y el 49% de carácter empresarial. Como se ha señalado previamente, en 2017 el Gobierno valón ha presentado su denominado plan Papy Boom orientado a reforzar el sector residencial. El plan prevé un aumento de 200 millones de euros de presupuesto en dos años, destinados fundamentalmente a la creación de 677 nuevas plazas residenciales y a ofrecer tarifas más asequibles para las personas mayores con menores recursos.

4.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia

El sistema belga de gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia ha otorgado tradicionalmente una considerable importancia tanto a la regulación de requisitos previos, como al seguimiento su cumplimiento mediante mecanismos de inspección por parte de las administraciones y de informes de actividad elaborados por los propios centros. En los últimos años, el sistema valón sigue una tendencia común a otros muchos países europeos, como Francia, en los que la calidad de la atención y su evaluación otorgan una importancia cada vez mayor a la persona usuaria y a su bienestar, convirtiéndolas en un aspecto fundamental de los procesos de calidad.

4.2.1. AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

4.2.1.1. AUTORIZACIÓN²⁹

En Bélgica, todo servicio o centro de atención a personas mayores debe contar con una autorización o Accord de principe³⁰ antes de su apertura. La solicitud de autorización debe incluir:

- cuestionario de identificación estándar con los datos básicos del centro/servicio,
- declaración, según modelo estándar,³¹ de cumplimiento de los requisitos exigidos,
- descripción detallada de las características del centro.

La administración regional competente analiza la adecuación de la solicitud, la valora y remite al Ministerio de Acción Social, Salud, Igualdad de Oportunidades, Función Pública y Simplifica-

²⁹ Arrêté du gouvernement wallon du 15 octobre 2009.

³⁰ Artículo 348 del Código.

³¹ Modelo de ficha de solicitud del Accord de principe: http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Quest_Dem_AP_Mono_site_130516.doc

ción administrativa de la región de Valonia, en un plazo máximo de tres meses. El ministerio es el que toma la decisión final sobre si conceder o no el Accord de principe.

Para que un Accord de principe se otorgue, además del cumplimiento de los requisitos normativos, se valora si el proyecto es compatible con el programa de implantación³² regional, en función de:

- las necesidades sociosanitarias de atención, presentes y futuras,
- la adecuación del reparto de plazas sobre el territorio, respetando el principio de proximidad,
- la garantía de libre elección entre los sectores público, asociativo o empresarial. En el caso concreto de las residencias se garantiza un mínimo de 29% de plazas públicas, un 21% al sector asociativo y un máximo de un 50% al sector empresarial.

La autorización se concede por un periodo de tres años. Seis meses antes de su caducidad, la entidad responsable debe solicitar la renovación, que se otorga nuevamente por periodos de tres años.

En el caso de los **SAD**, únicamente pueden ser provistos por estructuras públicas o por entidades privadas sin fines de lucro autorizadas por la administración pública regional. Los **servicios de atención doméstica vía cheques-servicio**, también son competencia de la administración pública regional y únicamente pueden ser provistos por entidades autorizadas por las regiones. Quedan expresamente excluidas de dicha autorización las actividades englobadas en el SAD.

4.2.1.2. LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO³³

Tras obtener el Accord de principe, todo centro o servicio de atención a personas mayores debe obligatoriamente solicitar una licencia de funcionamiento (agrément o titre de fonctionnement) y obtenerlo en un plazo máximo de tres años. Esta solicitud debe ir acompañada, en el caso de los centros residenciales, de la siguiente documentación:

- cuestionario de identificación,
- compromiso de respetar la normativa vigente,
- plan detallando locales, dimensiones, habitaciones, número y tipo de plazas, etc.,
- certificado de seguridad de frente a incendios,
- antecedentes penales del director, así como certificación de su formación,
- proyecto de vida del centro,
- contrato de alojamiento entre usuarios y centro (solo si no se usa el modelo estándar del ministerio),³⁴

32 Art. 345 y siguientes del Código.

33 Arrêté du gouvernement wallon du 15 octobre 2009.

34 Accesible en: http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=CONV_MR.doc

- reglamento interno (solo si no se usa el modelo estándar del ministerio),³⁵
- convenios establecidos con los centros de coordinación de la asistencia a domicilio de la zona, así como con residencias o asociaciones de cuidados paliativos si el centro no cuenta con camas especializadas.

Para obtener la licencia de funcionamiento, los centros de atención a personas mayores deben cumplir los requisitos establecidos por el Gobierno regional,³⁶ que se describen con mayor detalle en la sección siguiente (4.2.1.3).

La administración regional debe resolver la solicitud de licencia en un plazo máximo de tres meses; si en este plazo no se ha resuelto en contra, se otorga una licencia de funcionamiento temporal. Una vez otorgada la licencia de funcionamiento definitiva, esta no tiene caducidad, siempre que el acuerdo Accord de principe siga vigente.

4.2.1.3 LA REGULACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS

a) Derechos de las personas usuarias

El Código establece, en su artículo 337, que los centros de personas mayores con autorización de funcionamiento tienen la obligación de:

- respetar los derechos individuales de las personas residentes,
- garantizar el respeto a su vida privada, afectiva y sexual,
- favorecer el mantenimiento de la autonomía personal,
- favorecer la participación social, económica y cultural de las personas residentes,
- contar con programas individualizados elaborados en base a las necesidades personales, sociales y sanitarias de cada residente,
- garantizar un entorno favorable a su bienestar y realización personal,
- fomentar la comunicación entre personas residentes y centro,
- garantizar su seguridad respetando sus derechos y libertades,
- facilitar atención específica con relación al final de la vida.
-

Asimismo, las personas residentes, o sus representantes, deben firmar, con anterioridad o el mismo día de la admisión, un acuerdo/contrato con el centro residencial en el que se detallan por escrito los servicios y prestaciones concretos a los que tienen derecho. También deben recibir información escrita sobre sus derechos y obligaciones como personas usuarias del centro.

35 Accesible en: http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=ROI_MR.doc

36 Artículo 359 del Código y siguientes.

b) Requisitos funcionales

Para el cumplimiento del respeto a los derechos de la persona usuaria y con el fin de asegurar una buena calidad de la atención, los **centros residenciales de personas mayores** autorizados deben disponer de una amplia serie de documentos, planes y estructuras –reglamento de régimen interno, contrato de alojamiento, proyecto de vida del centro, consejo de residentes y plan de calidad en residencias asistidas– que se detallan a continuación.

b.1. Reglamento de régimen interno (Règlement d'ordre intérieur)

El Reglamento describe los derechos y deberes tanto de las personas residentes como de las entidades gestoras. El Gobierno regional establece un modelo de Reglamento,³⁷ que debe garantizar:

- respeto a la vida privada de las personas residentes, así como a sus convicciones ideológicas, filosóficas y religiosas,
- mayor grado de libertad posible para la persona residente en función de su situación y de los imperativos de la vida comunitaria, incluyendo libertad de entrada y salida, libre elección del personal médico, y libre acceso al centro de familiares, amistades y/o profesionales religiosos que decida la persona usuaria,
- respeto a las voluntades de la persona residente en cuanto a los cuidados de fin de vida,
- cumplimiento de las disposiciones de seguridad, incluyendo un protocolo relativo a eventuales medidas de contención,³⁸
- mecanismo de tramitación de quejas y de participación de las personas usuarias en la organización de la vida diaria de la residencia.

El Reglamento debe ser entregado a la persona que va a ingresar en el centro antes de la firma del contrato de alojamiento (convention d'hébergement).

b.2. Contrato de alojamiento (convention d'hébergement)

El Contrato de alojamiento se establece entre la persona usuaria y el centro, sobre la base de los siguientes principios:

- seguridad de la persona usuaria en términos de la calidad de la atención,

³⁷ Accesible en: http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=ROI_MR.doc

³⁸ Esta preocupación responde probablemente al hecho de que Bélgica cuenta con un elevado porcentaje de aplicación de medidas de contención en residencias, en comparación al resto de países europeos (OCDE, 2013).

- seguridad de la persona usuaria en términos de precio y servicio incluidos,
- protección de la persona residente frente a la gestión de sus bienes,
- seguridad de la persona residente en términos de duración del contrato y sus condiciones,
- respecto de las disposiciones relativas a la corta estancia.

El Gobierno regional establece un modelo de contrato estándar,³⁹ del que deben existir dos copias, una de las cuales debe entregarse a la persona usuaria. El contrato debe contemplar, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Condiciones generales y particulares del alojamiento.
- Precio y servicios incluidos. La normativa establece cuáles son servicios mínimos que se deben incluir obligatoriamente.
- Posibles servicios adicionales y su precio para la persona usuaria. No está permitido imputar a la persona residente ningún servicio que no conste en el contrato.
- La exigencia o no de una fianza de garantía, que en ningún caso podrá ser superior al precio de una mensualidad.
- Condiciones de depósito de los bienes confiados por la persona usuaria al centro, así como sus modalidades de gestión posibles.
- Condiciones de reducción del precio en caso de ausencia, vacaciones, hospitalización, etc.
- Número de habitación de la persona residente, con indicación del número máximo de residentes que podrán pernoctar en la misma. Se prohíbe un cambio de habitación sin el consentimiento de la persona usuaria.

b.3. Proyecto de vida del centro residencial (projet de vie de l'établissement)

El Proyecto de vida del centro tiene como objetivo responder a las necesidades de los residentes con el fin de asegurar su bienestar y mantener su autonomía. Constituye el instrumento mediante el que cada centro define sus objetivos, así como los indicadores que le permiten evaluar su cumplimiento. El proyecto de vida del centro se evalúa cada año por el conjunto de agentes del mismo, es decir, el director, el personal y el Consejo de Residentes.

39 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=CONV_MR.doc

El proyecto debe incluir, al menos, disposiciones relativas a:

- acogida de residentes, respetando su personalidad, disminuyendo el sentimiento de ruptura por el ingreso y fomentando los elementos que permitirán poner en valor sus aptitudes y aspiraciones,
- configuración de un entorno lo más similar posible al domicilio familiar, fomentando la participación en las decisiones de la vida cotidiana del centro llevando a cabo actividades ocupacionales, sociales, culturales, etc.,
- organización de cuidados y servicios hoteleros, con el objetivo de preservar la autonomía de los residentes, su bienestar, calidad de vida y dignidad,
- organización del trabajo en equipo con un enfoque interdisciplinar y de formación permanente, exigiendo, por parte del personal, respeto a la persona usuarios, su individualidad y otorgándole medios materiales y tiempo para poder cumplir con los objetivos del proyecto de vida,
- participación de las personas usuarias, según sus aptitudes, facilitando el diálogo, la transmisión de sugerencias y la evaluación de los objetivos contenidos en el proyecto de vida.

b.4. Consejo de Residentes (conseil des résidents)

El Consejo de Residentes⁴⁰ es el mecanismo mediante el que se garantiza que las personas residentes puedan expresar sus opiniones y deseos sobre la atención y servicios que reciben. Todos los centros residenciales deben contar con un consejo del que forman parte tanto las personas residentes como sus familiares o representantes. El director también puede asistir a las reuniones del Consejo. Los servicios sociales municipales reciben información sobre las reuniones del Consejo y están invitados a asistir al menos una vez al año.

El Consejo se reúne como mínimo una vez por trimestre y realiza sugerencias en torno al funcionamiento del centro, la organización de servicios, del proyecto de vida y de las actividades de animación. Se redacta un acta de cada reunión que es pública tanto para los residentes, como para los responsables municipales, así como para las autoridades encargadas de la inspección.

Las quejas y sugerencias de las personas residentes también pueden ser entregadas en el registro que debe poner el centro a disposición para tal fin. La persona usuaria debe ser informada del seguimiento que se ha dado a su queja. El registro de quejas debe ser presentado trimestralmente al Consejo de Residentes.

40 Artículo 341 y siguientes del Código.

b.5. Programas de calidad en residencias asistidas

La normativa establece que, en el caso de los centros residenciales sociosanitarios, estos deben:

- contar con un programa de calidad que, como mínimo, precise la política de calidad que se sigue para garantizar el cumplimiento de los aspectos detallados en el punto siguiente, así como las modalidades y la periodicidad de la evaluación. Con una periodicidad al menos anual, se elabora un informe interno de evaluación de los aspectos relativos a la calidad de la atención,
- desarrollar una política de calidad basada en la planificación, la evaluación y la mejora sistemática de la calidad de la atención y el cumplimiento de:
 - el respeto de la dignidad humana, la vida privada, las convicciones personales, el derecho a la queja, la información y la participación de la persona usuaria,
 - el acompañamiento específico de las personas con demencia,
 - la eficacia y eficiencia de los cuidados y servicios prestados,
 - la continuidad de los servicios ofrecidos;
- mantener un registro de: número de escaras, número de infecciones nosocomiales, número de caídas, número de personas con incontinencia, aplicación de medidas de contención y/o aislamiento. El centro debe contar con un protocolo de aplicación excepcional de medidas de contención,
- fomentar una cultura de cuidados paliativos mediante una política de anticipación de voluntades y la sensibilización y formación del personal en materia de cuidados de fin de vida. El centro también debe establecer mecanismos de colaboración con los organismos y asociaciones responsables de cuidados paliativos en su zona.

b.6. Otros requisitos de funcionamiento

Al margen de los mecanismos de funcionamiento previamente descritos, la normativa valona establece otros requisitos de funcionamiento de obligatorio cumplimiento para los centros residenciales de personas mayores.

- **Acceso a la información**

Las informaciones sobre los siguientes aspectos deben ser visibles y accesibles para todas las personas residentes y/o sus representantes:

- nombre de la persona o entidad gestora,
- nombre del director, su horario de presencia efectiva, así como los de la persona que lo sustituye,
- información relativa a la licencia de funcionamiento,
- adhesión del centro, si procede, a la Carta relativa a la Calidad (ver sección 1.2.2.2. para más detalles),
- convocatorias y actas relativas a las reuniones del Consejo de Residentes (ver apartado b.4.),
- menús de la semana en curso y la siguiente,
- horario de visitas,
- actividades de animación disponibles.

- **Alimentación**

En cuanto a los requisitos de alimentación la normativa valona determina, entre otros derechos, que los residentes deben recibir al menos tres comidas, una de ellas caliente y completa; que los menús deben ser públicos al menos una semana antes, que el desayuno no puede servirse antes de las 7 de la mañana, ni la cena antes de las 17:30, y que para la cena se debe poder elegir, al menos, entre dos menús diferentes. En 2018, el gobierno de Valonia ha puesto en marcha un sello de calidad en Alimentación y nutrición en centros residenciales, pionero en Europa (ver apartado 1.2.2.3 sobre certificación).

- **Higiene**

La normativa establece requisitos en torno a la higiene en los servicios generales, sobre todo, cocina y lavandería, regulando aspectos relativos a la gestión de olores y deshechos, los cambios de ropa de cama y de baño, el horario de limpieza de habitaciones, el acceso y permanencia de las mascotas, etcétera.

- **Igualdad de género**

La región de Valonia cuenta con normativa específica sobre la representación equilibrada de hombres y mujeres en los organismos de gestión de los centros de atención a personas mayores.⁴¹ En el decreto de regulación se establece que “el órgano de gestión de los centros para mayores se compone como máximo de dos tercios de miembros de un mismo sexo”. En caso contrario, el centro perderá su licencia de funcionamiento.

Cada dos años, el Gobierno publica una lista indicando los centros de mayores que (in)cumplen las exigencias de representación igualitaria, y evalúa el impacto de la norma.

⁴¹ Décret destiné à promouvoir une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans les organes de gestion des établissements pour aînés.

- **Personas desorientadas**

La normativa establece requisitos específicos para aquellas unidades en la que se atiende a personas mayores con desorientación, determinando, entre otros aspectos:

- deben ser unidades específicas con una capacidad de 8 a 20 residentes (en el caso de centros posteriores a 2009),
- deben ser unidades pequeñas que reproduzcan un entorno familiar,
- se favorecerá la participación de las personas usuarias en las actividades diarias de la unidad,
- al menos una persona cuidadora está presente en la unidad de 7 a 21 horas.

c) Requisitos técnicos

Los requisitos técnicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores o dependientes que desarrollan su actividad en la región de Valonia se encuentran recopilados en el siguiente cuadro:

Tabla 5. Requisitos técnicos de las estructuras residenciales en la región de Valonia⁴²

Ámbito
Entorno arquitectónico
Espacios privados
Espacios colectivos
Temperatura
Incendios

d) Personal

En el caso de las **residencias de personas mayores**, la normativa valona establece los siguientes requisitos con relación al personal:

- El **director** del centro debe contar con una titulación superior oficial, reconocida por el Ministerio de Acción Social, Salud, Igualdad de Oportunidades, Función Pública y Sim-

42 Règlementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie, AVIQ, 2016, 212 páginas.

plificación administrativa de al menos 300 horas de duración.⁴³ No se exige experiencia laboral previa, ni se prevé la certificación de la experiencia previa como alternativa a la cualificación. El director del centro de atención a personas mayores tiene la obligación de, en el marco del proyecto de vida del centro, crear un clima favorable a la calidad de vida de las personas residentes. Debe favorecer su acceso a la vida social, estimular sus creatividades potenciales y mejorar la comunicación entre usuarios y centro.

La persona que dirige el centro debe estar disponible para las personas residentes o sus familias al menos 4 horas semanales, repartidas en al menos dos días siendo alguna de ellas necesariamente después de las 18 horas. No podrá asumir la dirección de más de un centro.

- **La dotación de personal de administración** debe responder a las siguientes ratios:
 - centros de 70 a 100 plazas, al menos 0,5 personal administrativo a jornada completa,
 - centros de más de 100 plazas, al menos 1 administrativo a jornada completa
- En cuanto al **personal hotelero**, la normativa establece una ratio de 1 puesto a jornada completa por cada 15 personas residentes.

Tanto el personal administrativo como el hotelero deben obtener, al menos, una jornada de formación al año.

- Con relación al **personal de cuidados**, se determina que los profesionales del cuidado deben tener tiempo para poder atender a imprevistos, así como para realizar rondas rutinarias, tanto de día como de noche. Por tanto, debe haber como mínimo, tanto de día como de noche:
 - 1 profesional de enfermería o cuidados en residencias de menos de 60 plazas,
 - 2 profesionales en centros de 60 a 129 plazas,
 - 3 profesionales en centros de 130 a 199 plazas,
 - 4 profesionales en centros de más de 199 plazas.

Sin perjuicio de lo anterior, se requiere que un 1,5 personal equivalente a jornada completa por cada 10 camas. El personal cuidador debe contar con, al menos, dos jornadas de formación al año.

En el caso de las residencias asistidas, el personal debe elevarse, por cada 30 residentes a:

⁴³ La normativa determina el currículo concreto que debe constar en el programa de formación destinado a directores de residencias (arrêté 22 juin 2010).

- al menos 5 puestos de enfermería a tiempo completo,
 - al menos 5 puestos de personal de cuidado o auxiliares-cuidadores,
 - 1 equivalente a tiempo completo en labores de rehabilitación: fisioterapeuta, ergoterapeuta o logopeda,
 - 0,1 puestos de personal competente en materia de cuidados paliativos.
- Cada miembro del personal debe llevar una identificación de manera visible indicando su nombre y apellidos, así como su categoría profesional (personal de dirección y administración, personal hotelero y personal de cuidados).

En el caso de los **servicios de proximidad o atención a domicilio**, la normativa valona establece los siguientes requisitos con relación a la cualificación del personal:

- En el caso de los SAD, las personas trabajadoras deben poseer un diploma reconocido por la administración.⁴⁴ La normativa valona también establece un mecanismo de evolución profesional interna, mediante sistemas de tutoría que faciliten una mejora continua.
- Las personas empleadas en el dispositivo de cheques-servicio no precisan de una cualificación particular; sin embargo, el Gobierno regional financia parcialmente la formación de estos trabajadores mediante el fondo de formación regional.

Medidas genéricas para mejorar las condiciones laborales en el sector

En Bélgica, existe un interés público para garantizar el bienestar y adecuación del personal de atención en los sectores social y sanitario y han sido varias las iniciativas orientadas a ello:

- Los salarios del sector de cuidados de larga duración se han equiparado a los del sector sanitario con el fin de motivar la incorporación de personal cualificado al sector.
- Con el fin de mejorar la permanencia de los trabajadores con más experiencia, se han reducido de 38 a 36 las horas semanales de las personas trabajadoras mayores de 45 años, de 36 a 24 las de las trabajadoras mayores de 50 y de 34 a 32 a partir de los 55. Desde la puesta en marcha de dicha medida, la edad media de jubilación se ha ampliado aumentando los costos laborales del sector, por lo que se trata de una medida cuestionada por el impacto financiero negativo. Por el contrario, hay quien propugna su ampliación a edades más tempranas con el fin de motivar la incorporación laboral de personal cualificado joven.

44 <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=15037-15634-1171>

- Con el fin de lograr que el sector resulte más atractivo y para asegurar la incorporación de personal recientemente graduado, se han lanzado varios programas específicos de cuidados y enfermería.

La potestad inspectora⁴⁵

La administración regional es la encargada de velar por el cumplimiento, por parte de los centros, de los requisitos de funcionamiento que establece la normativa. Para ello, efectúa de manera periódica o imprevista, o como consecuencia de una queja, visitas de control o inspección de los centros. Los agentes designados por el Gobierno regional para el control de servicios para personas mayores tienen, por tanto, la potestad de realizar todo examen, control, encuesta o recogida de información que consideren necesario; básicamente interrogar a toda persona usuaria o trabajadora del centro y acceder a todo documento que consideren de utilidad para su labor.

En el plazo máximo de 15 días tras la visita, las personas responsables del centro reciben una copia del informe de inspección. Dicho informe, que sigue un modelo oficial, hace referencia tanto al cumplimiento de las normas de funcionamiento como al proyecto de vida del centro residencial, así como, cuando proceda, al cumplimiento de los compromisos adquiridos mediante la adhesión a la Carta relativa a la calidad. Si se detectan incumplimientos, se hace llegar un aviso a la entidad responsable para subsanar dichas deficiencias en un plazo máximo que va desde una semana hasta tres meses máximo. Si la subsanación no se produce, se toma la decisión de suspender o retirar la licencia, según el caso. La obstrucción al trabajo de los agentes de inspección también puede conllevar la suspensión de la licencia.

La ley prevé sanciones económicas que van desde los 250 hasta los 25.000 euros para las personas responsables de centros de personas mayores que incumplan la normativa y/o ejerzan su actividad sin licencia. En caso de reincidencia, las sanciones económicas se duplican. En caso de que se decida el cierre de urgencia del correspondiente centro por razones de seguridad o salud pública, las autoridades locales son las responsables de ejecutar el cierre del centro, de evacuar a las personas residentes y de buscarles un alojamiento alternativo de urgencia.

También se informa a las autoridades locales de toda decisión relativa a la concesión, denegación, suspensión o retirada de una licencia de funcionamiento, puesto que son ellas las que mantienen un registro de los centros para personas mayores establecidos en el territorio del municipio. Este registro es público. Las autoridades locales pueden en todo momento visitar un centro de atención a personas mayores para controlar las condiciones de alojamiento y bienestar de las personas residentes y, en su caso, remitir un informe al Gobierno regional. La decisión de suspensión debe ser mostrada públicamente en la entrada del edificio e implica la imposibilidad de acoger nuevas personas usuarias.

⁴⁵ Décret régional wallon du 20 février 2014, article 218- Entrée en vigueur au 1er Janvier 2015.

En el caso de los **Servicios de Asistencia a Domicilio**, la normativa⁴⁶ prevé la obligación de todo servicio a someterse a los procesos de control y evaluación llevados a cabo por funcionarios del Gobierno regional. En caso de detectarse incumplimientos con relación a la normativa, esta prevé multas de entre 100 y 10.000 euros e incluso la retirada de la autorización y de las subvenciones públicas.

En el caso de los servicios a la persona gestionados vía **cheques-servicio**, las empresas que gestionan dichas prestaciones tienen la obligación de entregar al Gobierno regional un informe anual de actividades en el que se detallan, entre otros, los precios, las condiciones salariales y de trabajo, las personas beneficiarias y las trabajadoras. Si se detectan fallas en dichos informes o estos no se entregan, ello puede derivar en una retirada de la autorización.

La **principal responsabilidad** para el desarrollo de estas tareas de inspección y evaluación se ha encomendado desde 2018 a la Agencia para una vida de calidad (Agence pour une vie de qualité AVIQ),⁴⁷ un organismo de interés público, creado en 2016, con el objetivo de “apoyar una vida de calidad en cada etapa de la vida”. La AVIQ es el organismo público competente en materia de promoción y prevención de la salud, servicios de salud mental, residencias y centros sociosanitarios, hospitales, asistencia a domicilio y servicios de planificación familiar.

En el ámbito específico de los centros y servicios sociales de personas mayores las misiones de la Agencia se concretan en:

- apoyo a la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida en establecimientos y servicios,
- autorización y gestión de los centros de atención a personas mayores y de la atención a domicilio,
- financiación de los centros y servicios.

En la página de la Agencia (<https://www.aviq.be/>) se encuentran disponibles los materiales de apoyo que produce, entre ellos:

- modelos estándares de documentos administrativos (reglamentos internos de funcionamiento,⁴⁸ formularios de solicitud de autorización,⁴⁹ contratos de alojamiento entre persona residente y centro, etc.),⁵⁰

46 Décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées.

47 Antes Agence Wallone de la Santé, de la protection sociale, du handicap et des familles

48 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=ROI_MR.doc

49 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Quest_Dem_AP_Mono_site_130516.doc

50 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=CONV_MR.doc

- herramientas de recogida de datos para la elaboración de los informes bianuales por parte de los centros,⁵¹
- protocolos de actuación (cierre de urgencia de centros,⁵² suspensiones o retiradas de licencia, etc.),⁵³
- listados de centros residenciales autorizados,⁵⁴
- circulares informativas,⁵⁵
- otros materiales de referencia para el sector, como planes, manuales o folletos.

4.2.2. ESTANDARIZACIÓN, CERTIFICACIÓN, PROTOCOLIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

4.2.2.1. CARTA NACIONAL DE CALIDAD DE CENTROS (CHARTÉ RELATIVE À LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS)

La Carta Nacional de Calidad de Centros⁵⁶ se creó en 2009, al incluirse en el Decreto⁵⁷ de centros residenciales para personas mayores aprobado por el Gobierno de Valonia. La Carta prevé que los establecimientos residenciales que se adhieren a la misma deben llevar a cabo las acciones necesarias para satisfacer las necesidades y las demandas de las personas residentes, en los siguientes aspectos:

- Respeto a la dignidad humana y los derechos fundamentales.
- Acogida y acompañamiento de las personas residentes.
- Garantizar cuidados de salud adecuados.
- Asegurar una buena nutrición y un placer en la alimentación.

51 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=RBIS2014_MR_Generateur_CSV.xls

52 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Synthese%20procedure%20fermeture%20urgence.pdf

53 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Synthese%20procedures%20suspension%20refus%20retrait.pdf

54 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Liste_Etablissements_ain%C3%A9s.xls

55 http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Circulaire%20relative%20aux%20unit%C3%A9s%20adapt%C3%A9es%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9sorient%C3%A9es.pdf

56 Anexo 118. http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf

57 <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=14999-16375-9666>

- Bienestar general (equipamiento adaptado, atención interdisciplinar, estética y vestimenta).
- Acceso a la animación y al ocio.

Los centros de personas mayores que se adhieren a la Carta de calidad de centros obtienen un sello de calidad y forman parte de una lista pública de centros adheridos.⁵⁸

4.2.2.2. CERTIFICACIÓN CALIDAD - ALIMENTACIÓN - NUTRICIÓN (CERTIFICATION QUALITÉ - ALIMENTATION-NUTRITION)

El sello regional de certificación de Calidad-Alimentación-Nutrición⁵⁹ que ha lanzado el Gobierno valón en 2018 constituye una experiencia pionera en Europa. Las situaciones de desnutrición o el riesgo de padecerla constituyen una realidad entre las personas mayores residentes en centros residenciales. Con el fin de responder a esta problemática, el Gobierno de Valonia ha creado, en el marco de su Plan Valón Nutrición-Salud-Bienestar de los Mayores (Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés (PWNS-be-A), el sello regional de certificación sobre alimentación y nutrición de calidad en los centros residenciales de personas mayores.

El proceso de certificación consta de las siguientes fases:

- Adhesión a la Carta.
- Autoevaluación, preparación y presentación de la candidatura.⁶⁰
- Auditoría de evaluación externa por parte de un/a dietista acreditado/a.
- Validación del informe de auditoría y concesión/denegación de la certificación.

La certificación es un proceso voluntario y en ningún caso de obligatorio cumplimiento. Una vez superada la certificación, esta tiene una validez de tres años. Los centros residenciales obtienen un sello que les permite acreditar su certificación en el ámbito de la nutrición. La lista de centros adheridos y certificados se hace pública con el fin de que las personas mayores puedan conocerlos de antemano.

⁵⁸ En la práctica, el sistema de certificación de calidad mediante adhesión a la Carta no se ha implantado y, actualmente (2016), ninguna residencia valona cuenta con el citado sello.

⁵⁹ http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=Charte%20PWNS-be-A_0.pdf

⁶⁰ Se ha publicado una guía para apoyar a los centros en dicho proceso: Barbier, C. *et al.*, Plan Wallon Nutrition, Santé et Bien-être des Aînés. Guide pour les maisons de repos. Bruselas, Question Santé, 2012, 46 p.



4.2.3. EVALUACIÓN

Tal y como se ha descrito previamente, el enfoque belga de gestión de la calidad en el sistema de atención a la dependencia se sustenta tanto en la regulación de requisitos previos como en el seguimiento su cumplimiento mediante mecanismos de inspección por parte de las administraciones y de informes de evaluación elaborados por los propios centros.

Los responsables de los centros de atención a personas mayores tienen la obligación de redactar los informes internos de evaluación relativos al funcionamiento del centro. Este informe, que debe remitirse en formato electrónico, sigue un modelo y procedimiento⁶¹ fijados por el Gobierno regional e incluye los datos que se detallan en el siguiente cuadro.

Tabla 10. Contenido de los informes bienales internos de evaluación de los centros residenciales en Bélgica⁶²

Ámbito
Datos de entorno
Datos sobre residentes
Datos económicos
Datos de personal
Datos sanitarios
Datos cualitativos

La recogida de información de la implementación y cumplimiento de los requerimientos por parte de los centros se monitoriza mediante un programa informático específico, que solo es accesible para la administración pública, y que se emplea posteriormente para preparar un informe bienal en el que se reflejan los resultados principales del sector. Complementariamente, los responsables de

⁶¹ Modelo de recogida de datos en Excel: http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DG05_MoteurRecherche/download.php?download_file=RBIS2014_MR_Generateur_CSV.xls

⁶² Arrêté du 6 juin 2012 déterminant le contenu du rapport visé à l'article du Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé.

los centros residenciales tienen la obligación de evaluar anualmente el proyecto de vida del centro, en colaboración con el conjunto de agentes que participan en él, como mínimo la persona directora, representantes del personal y el Consejo de Residentes. Cabe recordar que el citado proyecto de vida del centro debe recoger los indicadores de cumplimiento relativos a los siguientes objetivos:

- acogida de las personas residentes,
- configuración de un entorno familiar,
- fomento de la participación y realización de actividades socioculturales,
- preservación de la autonomía de las personas residentes, su bienestar y calidad de vida,
- enfoque interdisciplinar de la plantilla, trabajo en red y formación permanente.

En este sentido, el sistema belga muestra una tendencia común a otros muchos países europeos, como Francia, en los que la calidad de la atención y su evaluación otorgan una importancia cada vez mayor a la persona usuaria y a sus derechos (fomento de la participación, libre elección, bienestar, entorno familiar...), convirtiéndola en el centro de los procesos de calidad.

En el caso de los **servicios de atención doméstica vía cheques-servicio**, la ley establece la obligación de llevar a cabo una evaluación anual del sistema en su conjunto, analizando aspectos como los efectos del dispositivo sobre el empleo, su costo, las condiciones salariales y de trabajo, las personas beneficiarias y trabajadoras. Cada empresa cheque-servicio tiene la obligación de hacer llegar dichas informaciones al Gobierno regional. Un reciente estudio del Gobierno de Valonia,⁶³ ha concluido que el dispositivo de cheques-servicio tuvo un costo de 435 millones de euros (2016), pero generó un retorno –vía reducción de subsidios de desempleo y aumento de ingresos por cotizaciones e impuestos– de más de 150 millones de euros. El estudio no contempla otros tipos de ahorro derivados, por ejemplo, de la no institucionalización de personas mayores o con discapacidad que permanecen en sus hogares.

4.3. Otras experiencias de interés en el ámbito belga

4.3.1. PROYECTO DE INDICADORES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE FLANDES

El Gobierno de Flandes –la otra gran región belga– ha puesto en marcha un proyecto orientado a la recopilación de indicadores de calidad en el sector específico de la atención residencial a las personas mayores. Este sistema de indicadores se estructura en torno a dos ejes:

⁶³ <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/wallonie/les-titres-services-couteront-500-millions-a-la-wallonie-en-2020/10028314.html>

- **Indicadores objetivos**

La información de origen para estos indicadores viene determinada, en gran parte, por la obligación legal de los centros reconocidos de reunir, de manera sistemática, “los datos cuantitativos sobre las personas usuarias que atienden, sus cuidadores, la naturaleza de la atención que reciben y el efecto de la atención residencial recibida” (art. 37 del decreto sobre atención residencial de 13 marzo 2009).

- **Indicadores subjetivos**

La información correspondiente a este ámbito se recopila a través de encuesta a las propias personas usuarias. La primera aproximación a este núcleo de indicadores se ha realizado mediante una macroencuesta de la mano de la agencia de investigación Dimarso, basada en el instrumento interRAI, se ha verificado lo que piensan los propios residentes –así como sus familiares y representantes– sobre la atención y los servicios que reciben en los centros de atención residenciales flamencos. En concreto se analizan los siguientes aspectos:

- Privacidad.
- Seguridad.
- Respeto.
- Sentimiento de confort.
- Personalización de la atención.
- Autonomía.
- Alimentación
- Información.
- Elección de actividades.
- Sentimiento de vinculación con el personal de atención.
- Interacción personal con el resto de personas residentes.

El número de residentes que forman parte de la muestra por centro de atención residencial se determina en función del tamaño del centro. La información proveniente de los residentes sin problemas cognitivos, se recoge mediante una entrevista individual. En el caso de los residentes con problemas cognitivos, que ya no pueden responder por sí mismos, la información se recopila a través de su familia o representante que recibe el cuestionario en su domicilio por correo.

El estudio, con una duración de tres años, examina anualmente la tercera parte de los centros de atención residencial autorizados en Flandes. Los resultados de la encuesta, tanto a nivel general, como aquellos relativos a cada uno de los centros residenciales⁶⁴ se hallan disponibles en la web (solo disponible en flamenco).⁶⁵

64 Cada centro de atención residencial puede comparar sus resultados con los puntajes promedio y la mediana de todo el sector

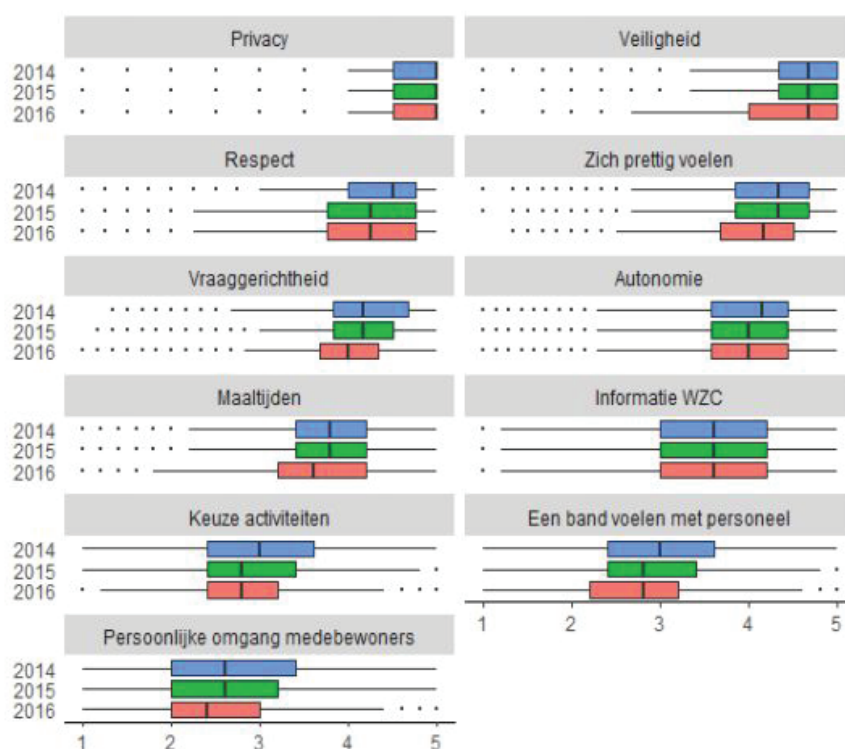
65 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-van-de-bevraging-in-woonzorgcentra-over-de-kwaliteit-van-leven>

Figura: Comparación de resultados en calidad de vida en 2014, 2015 y 2016

4. Vergelijking resultaten kwaliteit van leven 2014, 2015 en 2016

Er werd nagegaan of er systematische verschillen zijn in kwaliteit van leven in de woonzorgcentra tussen de resultaten van de metingen in 2014, 2015 en 2016. In de onderstaande figuur geven de boxplots aan dat de kwaliteit van leven over het algemeen vrij stabiel bleef tussen 2014 en 2016. Desondanks wordt een licht dalende trend gezien voor de thema's 'Respect', 'Zich prettig voelen', 'Vraaggerichtheid', 'Maaltijden', 'Keuze activiteiten', 'Een band voelen met personeel' en 'Persoonlijke omgang met medebewoners' tussen 2014 en 2016.

Een analyse van de beperkt gestandaardiseerde gemiddelde scores op woonzorgcentrumniveau kon deze verschillen tussen de jaren niet volledig verklaren door verschillen in kenmerken van de woonzorgcentra zoals het aandeel zwaar zorgbehoevende bewoners, het aandeel bewoners met cognitieve beperking, de grootte van de woonzorgcentra, de urbanisatiegraad en het beheerstype.



FIGUUR 3: KWALITEIT VAN LEVEN VAN DE BEWONERS PER JAARGANG

4.3.2. AGENCIA VALONA CONTRA EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES – RESPECT SENIORS

La Agencia valona contra el maltrato a personas mayores (Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées o Respect Seniors) se creó en 2008 en el contexto de un decreto⁶⁶ genérico de lucha contra el maltrato a las personas mayores.

66 Décret du 3 Juillet 2008 relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

La Agencia es una asociación pública que tiene las siguientes misiones:

- Asistencia a favor de las personas mayores en materia de maltrato, fundamentalmente mediante la puesta en marcha, gestión y seguimiento de un número de teléfono gratuito 0800/30 330.
- Organización de acciones, de información y de sensibilización sobre el maltrato destinadas al público, básicamente mediante la creación de un portal de internet.
- Organización de formación para profesionales susceptibles de enfrentarse a situaciones de maltrato.
- Intercambio de informaciones, estadísticas o buenas prácticas con asociaciones u organizaciones similares en las regiones o comunidades limítrofes o en otros países.

Con el fin de garantizar una descentralización adecuada, la Agencia cuenta para con seis centro de alerta (o seguimiento) repartidas por la región, una por provincia. La Agencia publica informes de situación, estadísticas, recomendaciones para la orientación de la política frente al maltrato, materiales de sensibilización, etcétera.

4.4. Conclusiones y principales aprendizajes

- El modelo belga de atención a la dependencia se caracteriza por una provisión financiada mediante contribuciones obligatorias (seguro de dependencia obligatorio a partir de 2019), con un gasto público importante frente a un gasto privado reducido. Otra de las características definitorias en el caso de Bélgica es una alta cobertura de servicios tanto formales como informales, mientras que, en la mayoría de otros países, estas dos formas de provisión de servicios suelen tener carácter (casi) sustitutorio y no tan complementario.
- La organización y financiación del sistema de recaen fundamentalmente en las regiones (communautés), tras el proceso de descentralización acometido a partir de 2014. A partir de 2019, se prevé una contribución obligatoria por parte de todos los ciudadanos destinado a la financiación de los servicios de dependencia, mediante la creación de Seguro de dependencia valón (assurance autonomie Wallonne).
- Los centros y servicios de atención a las personas con dependencia pueden estar gestionados directamente por las administraciones públicas o por entidades privadas, sometidas a una serie de reglas específicas de autorización y funcionamiento. La concesión de la autorización no se limita al cumplimiento de los requisitos normativos, sino que se toma en cuenta si el proyecto es compatible con el programa regional

de implantación,⁶⁷ en función de las necesidades sociosanitarias, la adecuación del reparto de plazas sobre el territorio y la garantía de libre elección entre los sectores público, asociativo o empresarial, de modo que el Gobierno regional garantiza un porcentaje mínimo de 50% de plazas públicas y/o sin fines de lucro.

- En Bélgica predomina un consenso en torno a la necesidad de reforzar la permanencia de las personas con necesidad de atención de larga duración en el domicilio. Para ello, se fomenta tanto la atención a personas cuidadoras –mediante apoyos puntuales y un extenso sistema de excedencias– como, sobre todo, una amplia utilización de servicios de atención domiciliaria. La atención a domicilio constituye un sistema dual estructurado en torno a dos tipos de servicios: los servicios de asistencia a domicilio (SAD) y el sistema de cheques-servicio.
- En 2016, se emplearon más de 31 millones de cheques-servicio en Valonia, destinados a atender a 292.216 personas, de las que 81.701 son personas mayores de 65 años. Ello supone que en torno a un 7% de las personas mayores de 65 años son usuarias de este dispositivo en toda Bélgica. 39.620 personas mayores son perceptoras de la prestación económica APA (2015). 41.199 personas mayores residen en centros residenciales, de dichas plazas, el 28% son públicas, el 23% privadas sin fines de lucro y el 49% de carácter empresarial.
- El sistema belga de gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia ha otorgado tradicionalmente una considerable importancia tanto a la regulación de requisitos previos como al seguimiento de su cumplimiento, mediante mecanismos de inspección por parte de las administraciones y de informes de actividad elaborados por los propios centros.

Sin embargo, el sistema valón muestra una tendencia común a otros muchos países europeos, como Francia, en los que la calidad de la atención y su evaluación otorgan una importancia cada vez mayor a la persona usuaria y a sus derechos convirtiéndola en un aspecto fundamental de los procesos de calidad. Ello se plasma entre otros aspectos, en:

- Creación (2016) de la Agencia para una vida de calidad (AVIQ), con la misión de “apoyar la mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida en establecimientos y servicios”.
- Puesta en marcha de la Carta de calidad de centros⁶⁸ que implica, para aquellos centros que se adhieren, llevar a cabo las acciones necesarias para satis-

⁶⁷ Art. 345 y siguientes del Código.

⁶⁸ Anexo 118. http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf

facilitar las necesidades de las personas residentes, y el fomento de su bienestar, obteniendo a cambio una certificación y un sello de calidad.

- Obligatoriedad, por parte de los responsables de los centros residenciales, de evaluar anualmente el proyecto de vida del centro, verificando el cumplimiento de las medidas orientadas al bienestar y calidad de vida de las personas residentes.

4.5. Bibliografía, normativa y recursos en internet

4.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren deel 1, 2016.
- Alzheimer Europe, Dementia in Europe Yearbook 2017. Care standards for residential care facilities in Europe. Luxemburgo, Alzheimer Europe, 2018, 65 p.
- Barbier, C. *et al.*, Plan Wallon Nutrition, Santé et Bien-être des Aînés. Guide pour les maisons de repos. Bruselas, Question Santé, 2012, 46 p.
- Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Country reports. Bruselas, European Commission, European Social Policy Network, 2018, online.
- Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability, vol. 1. Serie: European Economy Institutional Papers n. 037, Luxemburgo, Publications Office of the European Union, 2016, 244 p.
- Grumiau, S., La formalización del trabajo doméstico mediante la utilización de cheques servicio. Los casos concretos de Francia, Bélgica y el cantón de Ginebra. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2013, 25 p.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development European Commission, A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Serie: OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, 2013, 270 pp.
- Reglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie, AVIQ, 2016, 212 pp.
- Rodríguez, G., Marbán, V., La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En: *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid, Editorial Tecnos, 2013, 237-261 p.
- Zalakain, J., Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos. Revista Derecho Social y Empresa, n.º 8, 2017, p. 19-39.

4.5.2. NORMATIVA

Code wallon de l'action sociale et de la santé

Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé

4.5.3. RECURSOS EN INTERNET

<https://www.aviq.be>/<https://wallex.wallonie.be>/<https://data.oecd.org>/<http://www.wallonie-titres-services.be>

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-van-de-bevraging-in-woonzorgcentra-over-de-kwaliteit-van-leven>

5. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA Y CATALUÑA

5.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Cataluña y España

5.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA: MARCO COMPETENCIAL Y NORMATIVO Y PRINCIPALES SERVICIOS Y PRESTACIONES

En términos generales, la gestión de los servicios sociales y sociosanitarios orientados a las personas mayores y/o con dependencia se atribuye en España a las regiones o comunidades autónomas, responsables tanto de la regulación, la financiación y la prestación de esos servicios como de garantizar la calidad de la atención. Los municipios intervienen también en la prestación de los servicios sociales, si bien su capacidad de intervención es inferior a la de las Comunidades Autónomas y se limitan a la prestación de determinados servicios, entre los que cabe destacar la asistencia domiciliaria a las personas mayores (generalmente en situación de dependencia) que residen en sus domicilios.

El papel de la administración central en el ámbito de los servicios sociales es residual, en la medida en que no tiene atribuidas funciones reguladoras de esos servicios ni tampoco funciones relacionadas con la prestación de servicios de atención directa.⁶⁹ Sin embargo, la administración central sí ha asumido funciones de financiación y regulación del Sistema Nacional para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) que, si bien se presta desde el sistema regional de servicios sociales, está regulado y (en parte) financiado desde la administración central. Esto hace que en el ámbito de la atención a las personas mayores y/o con dependencia sea necesario tener en cuenta tanto la normativa de ámbito nacional –básicamente vinculada a las prestaciones que forman el sistema de atención a la dependencia–, como la normativa regional, que regula el conjunto de los servicios sociales.⁷⁰

Por todo ello, a la hora de analizar el modelo de español de gestión de la calidad en el ámbito de las personas mayores y/o con dependencia se ha optado por hacer referencia a una comunidad autónoma o región concreta –Cataluña–, y no al conjunto del país, ya que la situación varía de forma importante entre las diferentes regiones españolas.

La tabla siguiente recoge las principales funciones atribuidas a las diferentes administraciones en el marco de los servicios sociales en Cataluña:

⁶⁹ En España, en el ámbito de las políticas sociales, el Estado se hace cargo de la financiación y la gestión del sistema de pensiones y del sistema de prestaciones por desempleo, asumiendo las regiones o comunidades autónomas la regulación, gestión y financiación de los servicios sociales, de salud y de educación.

⁷⁰ En general, en el conjunto de las comunidades autónomas españolas los servicios sociales incluyen, además de los servicios y prestaciones orientados a las personas con dependencia –financiados y regulados en el marco del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia– otros servicios para personas mayores o personas con discapacidad que no tienen un grado reconocido de dependencia, menores de edad en situación de desprotección, personas adultas en situación de exclusión social, etc.

Tabla 11. Estructura competencial de los servicios sociales y de atención a la dependencia en Cataluña

Administración	Funciones
Administración local Ayuntamientos	- Prestación de servicios sociales de atención primaria. - Licencia municipal de apertura de los centros.
Administración regional ⁷¹ Departamento de Bienestar Social (Generalitat de Cataluña)	- Regulación del sistema de servicios sociales - Prestación de los principales servicios sociales especializados. - Financiación de los servicios sociales, incluida la cofinanciación de las prestaciones que forman parte del SAAD. - Determinación de los requisitos funcionales de los centros. - Autorización e inspección de los centros. - Aplicación del régimen sancionador. - Promoción de la calidad de la atención.
Administración central Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Consejo Territorial del SAAD	- Regulación básica de las prestaciones del SAAD y de los procedimientos de acceso, participación económica de las personas usuarias, etc. - Cofinanciación de las prestaciones que conforman el SAAD. - Gestión del sistema de información del SAAD. - Establecimiento de criterios comunes de acreditación. - Establecimiento de criterios comunes de formación de las personas cuidadoras. - Establecimiento de criterios comunes para la determinación de buenas prácticas.

Fuente: Elaboración propia.

Como consecuencia de lo señalado hasta ahora, a momento de analizar el modelo de gestión de la calidad de los servicios sociales para personas mayores y/o dependientes en España es necesario tener en cuenta dos marcos normativos diferentes:

⁷¹ La administración regional tiene también la responsabilidad de gestionar y financiar los servicios de salud. Si bien estos constituyen un sistema claramente diferenciado del sistema de servicios sociales, desde el punto de vista de la financiación, las administraciones competentes o los servicios disponibles, Cataluña es una de las regiones españolas que más ha avanzado en la integración de los servicios sociales y sanitarios.

- Por una parte, la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y toda su normativa de desarrollo. Se trata de la ley nacional que estableció el derecho garantizado de la ciudadanía, siempre que la situación de necesidad se acredite mediante un baremo homologado, a la percepción de una serie de servicios o prestaciones económicas para hacer frente a las necesidades derivadas de la pérdida de autonomía.
- Por otra parte, la ley 12/2007, del 11 de octubre, de servicios sociales y su normativa de desarrollo. Se trata de la norma autonómica promulgada para: a) ordenar el sistema de servicios sociales con la finalidad de garantizar el acceso universal al mismo; y b) conseguir que los servicios sociales se presten con los requisitos y estándares de calidad óptimos necesarios para garantizar la dignidad y la calidad de vida de las personas.

A la hora de analizar el modelo de garantía de calidad establecido en Cataluña –y en el conjunto de España– en el ámbito de las personas con dependencia, es también conveniente tener en cuenta los servicios y prestaciones a los cuales la ciudadanía puede tener acceso, las formas de provisión de los mismos y el modelo de financiación establecido.

a) Servicios y prestaciones

Los servicios y prestaciones económicas a los cuales las personas en situación de dependencia, independientemente de su edad, puede tener acceso en Cataluña vienen básicamente determinados por los servicios que contempla la ley 39/2006 y los incluidos en la Cartera de Servicios Sociales⁷² que se derivan de la ley 12/2007. Se recoge, a continuación, un listado con los principales centros y servicios a los que las personas con dependencia pueden tener, en función de su grado de dependencia y su situación personal, acceso garantizado en Cataluña:⁷³

- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de centro de día para personas mayores o con discapacidad.

⁷² En desarrollo de la ley catalana de servicios sociales, el decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 regula las características básicas de todos los servicios y centros, en lo que se refiere a su objeto, funciones, destinatarios, perfiles y ratios profesionales, estándares de calidad, criterios de acceso, etc.

⁷³ La Ley de Servicios Sociales de Cataluña, como la mayor parte de las leyes de servicios sociales españolas, distinguen entre prestaciones garantizadas y no garantizadas. A las primeras, exigibles como derecho subjetivo, se tiene acceso (al menos teóricamente) garantizado si se cumplen los requisitos administrativos y de necesidad, pudiéndose reclamar judicialmente la satisfacción de tal derecho, mientras que en el caso de las segundas su dotación depende de la discrecionalidad técnica o política, y de la disponibilidad presupuestaria de las administraciones competentes. En todo caso, una vez valorada la situación de necesidad de las personas, la administración tiene la responsabilidad de elaborar un Pla Individual de Atención (PIA), en el que se articulan los servicios y prestaciones concretas a las que cada persona puede tener acceso.

- Centros residenciales para personas mayores o con discapacidad.
- Vivienda tutelada para personas mayores o con discapacidad.
- Prestación económica vinculada al servicio para personas en situación de dependencia (PEVS).
- Prestaciones económicas de asistencia personal para personas con dependencia (PEAP).
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores/as no profesionales (PCEF).

Si bien estas prestaciones están incluidas en el Decreto de Cartera derivado de la Ley de Servicios Sociales, también se incluyen, como derecho exigible por parte de las personas en situación de dependencia, en el catálogo de Servicios de la Ley de Dependencia. Como se observa en la lista, el catálogo combina servicios de atención directa compatibles con la residencia en el domicilio habitual –ayuda a domicilio, teleasistencia y centro de día–, servicios residenciales –vivienda tutelada y centro residencial– y prestaciones económicas, bien para compensar los gastos extraordinarios que genera el cuidado en el entorno familiar (PCEF), bien para facilitar económicamente el acceso a un centro de titularidad privada (PEVS), o bien para facilitar la contratación de un/a asistente personal (PEAP). Como se verá más adelante, las características de cada uno de estos servicios o prestaciones plantean soluciones y necesidades diferentes desde el punto de vista del control y la promoción de la calidad de la atención.

b) Formas de provisión

En lo que se refiere a las formas de provisión, como ocurre en el resto de las comunidades autónomas (CCAA) españolas, los centros de atención a las personas con dependencia pueden estar gestionados directamente por las administraciones públicas (gestión directa), por entidades privadas sin fin de lucro (iniciativa social) y por entidades privadas con fin de lucro (iniciativa empresarial). Si bien todos los centros están sometidos a una serie de obligaciones de autorización e inspección, las entidades privadas están sometidas a una serie de reglas específicas de acreditación y homologación, tal y como se explica en el apartado 5.3.2, para poder acceder a la prestación de servicios de responsabilidad pública, financiados (en todo o en parte) por la administración.

Por otra parte, es importante destacar que la mayor parte de las personas usuarias acceden a estos servicios –ya sean de titularidad pública o privada– en el ejercicio de los derechos que les asisten en virtud de las dos leyes antes citadas; el acceso a esos centros o servicios se entiende en ese sentido como un derecho social –independientemente del nivel de cofinanciación que se pueda imponer a las personas usuarias–, equiparable al derecho a la educación

pública o la sanidad pública.⁷⁴ Sin embargo, cuando la oferta de plazas es inferior a la demanda o cuando las personas no cumplen los requisitos de acceso a las plazas públicas, es también posible acceder a plazas de gestión y financiación enteramente privadas.

c) Modelo de financiación

En lo que se refiere al modelo de financiación, cabe destacar tres elementos principales:

- España no cuenta con un modelo de aseguramiento de la dependencia o cuidados de larga duración, en la línea de Alemania, Austria o Japón. Por ello, el gasto público que se deriva de la gestión de estos servicios se financia mediante los presupuestos ordinarios de las administraciones competentes, que se nutren, a su vez, de los impuestos ordinarios.
- El grueso de la financiación de los servicios sociales corresponde a la administración regional, si bien la administración municipal y la administración central cofinancian una parte del gasto público en servicios sociales.
- A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la salud y la educación, las personas usuarias que acceden a los servicios sociales de responsabilidad pública, independientemente de que estén gestionados por entidades públicas o privadas, están obligadas a participar económicamente en una parte de los gastos que ocasiona su atención, en función de una serie de reglas determinadas –en lo que se refiere a los servicios para personas en situación de dependencia– a nivel nacional. La participación económica depende del nivel de renta y patrimonio de las personas usuarias, de forma que las personas que tienen un nivel de renta o patrimonio suficiente abonan el 100% del precio público establecido, mientras que las personas con niveles de renta o patrimonio reducido solo pagan una parte de ese precio público.

5.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CATALUÑA

Cataluña tiene una población de 7,5 millones de personas. De ellas, tienen más de 65 años cerca de 1,5 millones, que representan el 18,8% de la población. La esperanza de vida a los 60 años es de 23,2 años más para los hombres y 27,7 para las mujeres. El índice de envejecimiento (número de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 65) es de 115. En lo que se refiere a la cobertura de los diferentes servicios, los datos más relevantes son los siguientes.

- La cobertura del servicio de atención domiciliaria ronda el 5% de la población mayor de 65 años, es decir, en torno a 75.000 personas usuarias. De ellas, un tercio accede

⁷⁴ Como ocurre en el ámbito de los servicios sociales, las personas pueden acceder también en ámbito de la sanidad y de la educación tanto a servicios de titularidad o gestión pública como a privada, concertados por la administración para la prestación de unos servicios determinados.

al servicio en virtud de la Ley de Dependencia, con una intensidad media de 12 horas semanales de atención.

- En 2015 el número de plazas de atención diurna para personas mayores dependientes era de 18.257, de las cuales cerca de la mitad eran de titularidad y financiación privada, mientras que el resto eran de cofinanciación pública y titularidad pública o privada. En todo caso, las plazas públicas equivalen *grosso modo* al 0,6% de la población mayor de 65 años.
- En 2015, el número de plazas para personas mayores dependientes ascendía a 63.287, de las cuales dos tercios eran plazas de cofinanciación pública y titularidad pública o privada, lo que representa el 3% de la población de más de 65 años. De todas ellas, un 13% se financia mediante la PEVS (que, como se ha señalado, consiste en una prestación económica pública para financiar el acceso a un centro privado concertado en caso de ausencia de plazas públicas o privadas concertadas).
- En 2016, cerca de 90.000 personas percibían la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), lo que supone algo más del 1% de toda la población de Cataluña.
- En 2016 el Gobierno de Cataluña destinó 1.500 millones de euros (0,7% del PIB o 200 euros por habitante) a los servicios de atención a las personas con dependencia, lo que supone el 7,5% de su presupuesto. De ellos, 233 millones fueron aportados por la administración central, en el marco de los acuerdos de financiación del SAAD.

5.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia

5.2.1. REGULACIÓN, AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

5.2.1.1. NORMATIVA REGULADORA BÁSICA

Las principales normas que, en el marco del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia inciden en las cuestiones relacionadas con la calidad de la atención son las siguientes.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aprobada en 2006, la conocida como Ley de Dependencia establece el Sistema Nacional para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) y garantiza el derecho de las personas en situación de dependencia, valoradas como tales mediante un baremo homogéneo, a la percepción de una serie de prestaciones económicas y/o servicios de atención directa (ver siguiente punto). La Ley dedica su Título II a la calidad y eficacia del SAAD y atribuye al Consejo Territorial del sistema (en el que están representadas todas las administraciones

competentes) la responsabilidad de fijar criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado, así como la responsabilidad de acordar:

- Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
- Guías de buenas prácticas.
- Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

En ese mismo título, la ley 39/2006 incluye otras disposiciones en relación a: a) el establecimiento de estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el catálogo; b) la disponibilidad en los centros de atención residencial de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento, que incluya un sistema de gestión de calidad y que establezca la participación de los usuarios; c) la calidad en el empleo; d) la formación y cualificación de las personas cuidadoras; y e) el sistema de información del sistema de atención a la dependencia.

- Ley 12/2007, del 11 de octubre, de servicios sociales. La ley catalana de servicios sociales tiene entre sus principales objetivos el de conseguir que los servicios sociales se presten con los requisitos y estándares de calidad óptimos necesarios para garantizar la dignidad y la calidad de vida de las personas. Para ello, en su Título VII se regula todo lo referente a la calidad de los servicios sociales y en su Título IX todo lo referido a la inspección, el control y el régimen de infracciones y sanciones que se derivan del incumplimiento de las obligaciones y criterios establecidos.

Como se ha señalado previamente, las competencias de regulación, autorización e inspección de los centros de servicios sociales y, en ese marco, de los servicios de atención a la dependencia, son competencias de la administración autonómica (regional). En ese contexto, la normativa aplicable se refiere tanto a la autorización administrativa para la apertura de centros de servicios sociales –que incluye la creación de un registro oficial de centros–, como a la propia regulación de los servicios y centros en cuanto a sus requisitos funcionales y de personal, y a las competencias de inspección. Se analizan a continuación las normas que regulan estos aspectos en Cataluña.

5.2.1.2. AUTORIZACIÓN Y REGISTRO

En ese marco, el régimen de autorización de los centros viene regulado en Cataluña por el decreto 205/2015, de 15 de setiembre, del régimen de autorización administrativa y de comunicación previa de los servicios sociales y del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales, que regula también el Registro de Servicios Sociales. Este decreto pretende, por una parte, recoger las necesidades derivadas del contexto normativo vigente de simplificación de

la actividad de las administraciones públicas y, por otra, adecuar los requerimientos materiales mínimos de los servicios que se prestan en establecimientos con la finalidad de fortalecer la calidad asistencial. El decreto establece una modalidad de autorización más ágil que las anteriores –la comunicación previa– y detalla en un anexo las condiciones mínimas materiales de los establecimientos donde se prestan servicios sociales.

Sus principales elementos se resumen en la tabla siguiente.

Tabla 12. Principales disposiciones del decreto 205/2015, de 15 de setiembre, del régimen de autorización administrativa y de comunicación previa de los servicios sociales y del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales

Artículo	Disposiciones
Artículo 2 Concepto de autorización administrativa	- Se entiende por autorización administrativa el acto según el cual la Administración de la Generalitat faculta a una entidad o persona física, después de comprobar que reúne los requerimientos establecidos en la normativa aplicable y sin perjuicio de las competencias de otras administraciones, a prestar un servicio social (autorización de funcionamiento de un servicio nuevo), a modificar las condiciones del servicio social que ya presta (autorización de modificación del servicio) o a cesar su actividad como prestamista de servicios sociales (autorización de cese del servicio). - La autorización administrativa de funcionamiento y la de modificación tienen como finalidad esencial garantizar que los servicios sociales reúnan las condiciones materiales y funcionales mínimas que establece la normativa vigente, en función de las actividades que se lleven a cabo, y está sujeta al cumplimiento de los requisitos exigidos para obtenerla. - La autorización administrativa corresponde a la Administración de la Generalitat de Cataluña y lo ejerce el departamento competente en materia de servicios sociales

Artículo	Disposiciones
Artículo 4 Requisitos de autorización administrativa	- Para obtener la autorización administrativa de funcionamiento y de modificación de los servicios, se debe acreditar el cumplimiento de los requisitos que establecen la normativa de servicios sociales y la normativa sectorial aplicable, y en todo caso los requisitos generales siguientes: a) Cumplir las condiciones materiales de seguridad y de equipamiento exigibles a los servicios en función de su naturaleza. b) Cumplir las condiciones de edificación, emplazamiento y acondicionamiento de los establecimientos. c) Cumplir los requisitos de titulación del personal, el número de trabajadores y trabajadoras, que debe ser suficiente teniendo en consideración el número de personas y necesidades que se deben atender, y el grado de ocupación, de acuerdo con la normativa sectorial de servicios sociales. d) Disponer de una memoria y de un plan de actuación en los que se especifique el régimen de intervención, la manera de desarrollar los programas de atención y la metodología y los procedimientos de ejecución.
Artículo 5 Procedimiento de autorización administrativa de funcionamiento de un servicio nuevo	- El procedimiento de autorización administrativa de funcionamiento de un servicio social se inicia a instancia de la entidad titular del servicio, mediante un formulario de solicitud normalizado dirigido al Servicio de Inspección y Registro del departamento competente en materia de servicios sociales.

Artículo	Disposiciones
Artículo 8 Concepto de comunicación previa	- Se entiende por comunicación previa el documento suscrito por una entidad o persona física con que pone en conocimiento del departamento competente en materia de servicios sociales hechos o elementos relativos al inicio, la modificación o el cese de la prestación de servicios sociales, indicando los aspectos que la pueden mejorar y que se acompaña de la documentación necesaria para su cumplimiento. - La comunicación previa permite el inicio, la modificación o el cese de la prestación del servicio desde el momento de la presentación y faculta al departamento competente en materia de servicios sociales para verificar el cumplimiento de los requisitos que establecen la normativa de servicios sociales y la normativa sectorial aplicable.
Artículo 9 Servicios sujetos al régimen de comunicación previa	- Están sujetos al régimen de comunicación previa: a) Los servicios sociales de nueva creación que no necesiten un establecimiento por prestarse. b) Los servicios sociales de nueva creación que se presten en un establecimiento en el cual se desarrolle otro servicio que tenga la autorización vigente, siempre que la implantación del nuevo servicio no suponga una alteración de las condiciones en virtud de las cuales se concedió la autorización.
Artículo 13 Concepto, adscripción y ámbito del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales	- El Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales es un registro adscrito al Servicio de Inspección y Registro del departamento competente en materia de servicios sociales, y se inscriben y califican todos los servicios sociales, de titularidad pública y privada, así como las entidades que son titulares. - El Registro tiene por objeto informar sobre los recursos existentes y dar publicidad con carácter general, y es también un instrumento para la planificación, ordenación y ayuda a la gestión de los servicios sociales y para la coordinación interadministrativa de los organismos públicos competentes

Artículo	Disposiciones
----------	---------------

Fuente: Elaboración propia.

Como se ha señalado previamente, el decreto establece en un anexo las condiciones materiales mínimas de los establecimientos donde se prestan servicios sociales. El anexo recoge disposiciones concretas en relación al emplazamiento de los centros, el acceso y recorridos interiores, las características generales de la edificación, las instalaciones y servicios complementarios y las condiciones específicas en cuanto a ocupación y determinación de espacios. En relación a esta cuestión, se recogen, a título de ejemplo,⁷⁵ las especificaciones para los dormitorios en centros específicos para personas mayores:

- La puerta de acceso al dormitorio debe tener una anchura libre mínima de 0,80 m.
- Un armario individual para cada residente dentro del dormitorio que se pueda cerrar con llave. Este armario debe tener una capacidad mínima de 1,2 m³, con una distribución de espacios que permita acceder fácilmente a los artículos de uso personal y cotidiano y arreglarlos.
- Las camas deben tener una anchura mínima de 90 cm (tanto la estructura como el colchón), y el espacio que ocupen debe ser como mínimo de 2,00 x 1,00 m.
- Camas adaptables a las diferentes posiciones anatómicas, con la posibilidad de acoplar barandillas que cumplan la normativa vigente.
- Mesilla de noche con un enchufe doble y punto de luz individual accesible desde la cama, como mínimo.
- Hay que respetar un espacio libre a un lado y en los pies de cada cama de 80 cm.
- Debe haber elementos que permitan la personalización del dormitorio. Asimismo, según las características del usuario, debe haber una butaca confortable.
- Dormitorios numerados o identificados.
- Los dormitorios dobles deben tener elementos de separación entre las camas que garanticen la privacidad cuando haya que recibir asistencia.
- Sistema de aviso individual luminoso y/o acústico, similar para cada cama y conecta-

⁷⁵ Dada la extensión de las disposiciones, para una descripción más detallada ver documento original.

do a un cuadro de registro de control o a otros sistemas. Deberá ser de fácil acceso para los usuarios.

- Superficies:
 - Dormitorio individual: 8 m².
 - Dormitorio doble: 12 m². Los dormitorios dobles deben disponer de elementos de separación entre camas de una altura mínima de 2 metros, para garantizar la intimidad.
- Los establecimientos deben disponer de un dormitorio individual por cada 10 dormitorios dobles y, para capacidades inferiores a 10 dormitorios, deberá haber como mínimo uno individual. No se permiten dormitorios de más de dos camas. En los edificios de nueva construcción, el 50% de los dormitorios deberán ser accesibles.

5.2.1.3. REGULACIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS: REQUISITOS FUNCIONALES Y DE PERSONAL

Al margen de la autorización y del registro, los elementos básicos para la prestación de los servicios vienen regulados en primer lugar en el decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Català de Serveis Socials. Este decreto establece los derechos y obligaciones de las personas usuarias, así como las obligaciones de las entidades titulares de los servicios sociales. También regula algunas disposiciones básicas respecto a las funciones y dotaciones de personal de los centros.

Entre las obligaciones de los centros que se establecen en el decreto, cabe destacar las siguientes:⁷⁶

- contratar una póliza de seguros que cubra su responsabilidad civil y la del personal a su servicio, por unas sumas aseguradas mínimas de 150.000 euros por víctima y de 600.000 euros por siniestro,
- mantener debidamente actualizado el libro de registro de personas atendidas y el reglamento de régimen interno,⁷⁷
- disponer, con el objetivo de prevenir el deterioro y mantener las aptitudes, de un programa anual de actividades en las áreas funcional, cognitiva, motora, emocional y de

⁷⁶ Los requisitos específicos varían en función de la tipología de los centros. Se recogen los que resultan de aplicación para los centros residenciales asistidos y los centros de día para personas mayores o con discapacidad.

⁷⁷ Que recogerá aspectos tales como las normas de funcionamiento del establecimiento, las causas de suspensión o cese de la prestación del servicio, los sistemas de admisiones y bajas, los sistemas de cobro del precio por los servicios complementarios, en su caso, los mecanismos de información en todos los servicios y la participación democrática de los usuarios o de sus representantes legales en aquellos servicios que así se establezca, el sistema horario de funcionamiento del establecimiento así como el de visitas y de salidas, etc.

participación comunitaria, en relación con el usuario, así como el calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistemas de evaluación,

- suscribir un contrato asistencial con el usuario del servicio y, en su caso, con su representante legal, donde deberán constar, como mínimo, el servicio que se da, el precio fijado y las aportaciones del usuario,
- disponer de hojas de reclamación a disposición de las personas usuarias o de cualquier otra persona interesada,
- mantener un expediente asistencial en el que deberá constar, al menos, los datos identificativos, el familiar o persona responsable del usuario, la prescripción médico-farmacéutica,
- disponer de un tablón de anuncios en un espacio concurrido por los usuarios en el que, como mínimo, deberán exponer:
 - Autorización del establecimiento o servicio.
 - Organización horaria de los servicios generales que se prestan.
 - Tarifa de precios actualizada y, en su caso, de los servicios complementarios.
 - Organigrama del establecimiento.
 - Aviso sobre la disponibilidad de hojas de reclamación y sobre la posibilidad de reclamar directamente ante el departamento competente.
 - Calendario con horario de actividades, y concreción semanal, quincenal o mensual, de estas.
 - Instrucciones para casos de emergencia con especificaciones para el personal del establecimiento y para los usuarios teniendo en cuenta sus características.
 - Horario de atención a los familiares y usuarios por parte del director técnico y del responsable higiénico-sanitario.
- disponer de protocolos de acogida y adaptación, así como de protocolos para la correcta atención de incontinencias, caídas, contenciones, lesiones por presión e higiene, y administración de medicación,
- mantener los siguientes registros:
 - Registro de residentes con incontinencia de esfínteres y medida o dispositivo idóneo para su correcta atención.
 - Registro de residentes con lesiones por presión, con indicación de la causa originaria, el tratamiento, la fecha de aparición y la fecha de curación.

- Registro actualizado de caídas de los residentes con indicación de las circunstancias y sistemas de prevención de estas.
 - Registro actualizado de residentes que requieren medidas de contención con indicación de la medida más idónea para llevarla a cabo, previa prescripción médica, con indicación de la duración y pautas de movilización.
 - Registro actualizado de las actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene personal de los residentes.
 - Registro de medicación que debe tomar el usuario, con constancia de la persona que la administra.
 - Registro del seguimiento de la participación de los usuarios en el programa de actividades donde conste el nombre de los usuarios que participen.
- disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona.

Además de las obligaciones de los centros, se establecen también en este decreto otros elementos importantes tales como la definición, los objetivos, las funciones, los destinatarios y las dotaciones mínimas de personal exigibles.⁷⁸ En el caso de los centros para personas mayores, se establece en concreto la obligación de contar con la siguiente dotación:

- Servicio de centro de día. Responsable de la dirección técnica del servicio y personal de atención directa en una proporción no inferior a 0,15 trabajadores/as por cada persona usuaria, garantizando la atención directa continuada durante las horas que se presta el servicio.
- Servicio de centro residencial para personas mayores. Responsable de la dirección técnica del servicio y personal suficiente para la prestación adecuada de las funciones encomendadas al centro en una proporción persona-atendido no inferior a 0,25.
- Servicio de residencia asistida. Responsable de la dirección técnica del servicio y personal de atención directa en una proporción persona-atendido no inferior a 0,25, garantizando en todo momento la presencia continuada de este tipo de personal en número suficiente según las necesidades de las personas atendidas. Además, disponer de personal de atención indirecta en una proporción perso-

⁷⁸ Se establecen además en el decreto algunos elementos básicos relativos a la titulación del personal.

na-atendido no inferior a 0,10.⁷⁹ En horario nocturno, el personal de atención será de una persona hasta 35 residentes, además de otra localizable; de 36 hasta 80, dos personas; de 81 hasta 110, dos personas, además de otra localizable; de 111 hasta 150 residentes, tres personas; a partir de 151, tres personas más otra por cada 50 residentes o fracción.

- Viviendas tuteladas para personas mayores. Disponer, como mínimo, de un conserje las 24 horas del día, y/o servicio de teleasistencia nocturna y un profesional de trabajo social para las admisiones, seguimiento y búsqueda de recursos, en coordinación con la red de atención primaria de servicios sociales.

El decreto 284/1996 se complementa con el decreto 142/2010 de cartera y la regulación específica de algunos tipos de centros.

El decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 (prorrogado hasta la fecha) establece para cada prestación (centro o servicio) la definición del derecho garantizado en el marco del sistema de servicios sociales público,⁸⁰ la descripción, el objeto, las funciones, la tipología, la población destinataria, el establecimiento o equipo profesional que la ha de gestionar, los perfiles y las ratios de profesionales del equipo, los estándares de calidad y los criterios de acceso, así como, para las prestaciones de servicio no gratuitas, el costo de referencia, el módulo social y el copago.

En la mayor parte de los servicios, este decreto no establece, sin embargo, requisitos adicionales a los que ya establece el decreto 284/1996 en cuanto a dotaciones de personal. En lo que se refiere a los estándares de calidad, la Cartera remite al Plan de Calidad previsto en la Ley de Servicios Sociales, aún no desarrollado, o bien a una serie de manuales realizados antes del año 2000.

⁷⁹ Se considerará personal de atención indirecta el de mantenimiento, limpieza, cocina, lavandería, administración y la proporción de funciones de otro personal que quede acreditado.

⁸⁰ Las prestaciones garantizadas de la Cartera de Servicios Sociales son exigibles como derecho subjetivo. Los créditos que la Generalitat consigne en sus presupuestos para financiar las prestaciones garantizadas son ampliables, de acuerdo con lo que establezca la ley de presupuestos correspondiente. Los presupuestos para cada ejercicio concretarán las dotaciones para financiar las prestaciones de carácter garantizado de la Cartera de Servicios Sociales. Eventualmente, en caso de que sobrevengan insuficiencias para financiar algunas prestaciones garantizadas y dado que se trata de créditos ampliables, se tramitará como una transferencia de crédito con cargo a bajas de otros créditos del presupuesto no financiero del departamento o la entidad afectada por razón de la materia, preferentemente en los créditos vinculados a la cartera de servicios.

Tabla 13. Principales disposiciones del decreto 142/2010 en relación a los perfiles profesionales, ratios de profesionales e indicadores de calidad en los centros para personas mayores

Servicio de centro de día para personas mayores de carácter temporal o permanente	
Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud), - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a) y - Personal de atención directa: profesionales con titulación adecuada para dar atención geriátrica, animación sociocultural, terapia ocupacional, fisioterapia, atención sanitaria, psicológica y social.
Ratios de profesionales	- Personal de atención directa en una proporción no inferior al 0,15, garantizando la atención directa continuada durante las horas que se presta el servicio.
Estándares de calidad	- Publicación del Departamento de Acción Social y Ciudadanía: "Indicadores de evaluación de calidad. Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS. Centros de día de personas mayores. Diciembre 1999.
Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud). - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a) y personal para la prestación de las funciones de alojamiento, manutención, acogida y convivencia y apoyo personal.
Ratios de profesionales	- Disponer de un responsable de la dirección técnica del servicio y de personal suficiente para la prestación adecuada de las funciones mencionadas, en una proporción persona-atendido no inferior al 0,25. - También se contará con el apoyo de un responsable higiénico-sanitarias
Estándares de calidad	- El que establezca el Plan de calidad previsto en la Ley de servicios sociales para esta prestación.
Servicio de residencia asistida para personas mayores de carácter temporal o permanente	

Servicio de centro de día para personas mayores de carácter temporal o permanente

Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud), - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a) y - Personal de atención directa: profesionales con titulación adecuada para dar atención geriátrica, animación sociocultural, terapia ocupacional, fisioterapia, atención sanitaria, psicológica y social.
---------------------------	---

Ratios de profesionales	- Personal de atención directa en una proporción no inferior al 0,15, garantizando la atención directa continuada durante las horas que se presta el servicio.
--------------------------------	--

Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud). - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a). - Enfermero/a. - Auxiliar de gerontología. - Fisioterapeuta. - Terapeuta ocupacional. - Trabajador/a social. - Educador/a social. - Psicólogo/a.
---------------------------	---

Servicio de centro de día para personas mayores de carácter temporal o permanente

Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud), - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a) y - Personal de atención directa: profesionales con titulación adecuada para dar atención geriátrica, animación sociocultural, terapia ocupacional, fisioterapia, atención sanitaria, psicológica y social.
Ratios de profesionales	- Personal de atención directa en una proporción no inferior al 0,15, garantizando la atención directa continuada durante las horas que se presta el servicio.
Ratios de profesionales	- Director/a técnico/a en los servicios residenciales de más de 50 plazas será un mínimo de 30 horas semanales o proporción equivalente. En todo caso la dedicación por servicios no será inferior a 10 horas. - Responsable higiénico sanitario en residencia asistida, a partir de 100 plazas jornada completa o proporción equivalente. Dedicación mínima no será inferior a 5 horas semanales. - Nivel alto de dependencia para las actividades de la vida diaria: atención directa 0,42/indirecta 0,12, con la distribución del personal siguiente: - auxiliar de gerontología, 580 horas/año por persona usuaria; - enfermero/a, 70 horas/año por persona usuaria; - terapeuta ocupacional, 17 horas/año por persona usuaria; - educador/a social, 17 horas/año por persona usuaria; - fisioterapeuta, 35 horas/año por persona usuaria; - trabajador/a social, 17 horas/año por persona usuaria; - psicólogo/a, 17 horas/año por persona usuaria; - médico/a, 10 horas/año por persona usuaria.

Servicio de centro de día para personas mayores de carácter temporal o permanente

Perfil profesional	- Director/a responsable (profesional con titulación universitaria, preferentemente en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud), - Responsable higiénico (médico/a, enfermero/a) y - Personal de atención directa: profesionales con titulación adecuada para dar atención geriátrica, animación sociocultural, terapia ocupacional, fisioterapia, atención sanitaria, psicológica y social.
Ratios de profesionales	- Personal de atención directa en una proporción no inferior al 0,15, garantizando la atención directa continuada durante las horas que se presta el servicio.
Estándares de calidad	- Publicación del Departamento de Acción Social y Ciudadanía: "Indicadores de evaluación de calidad. Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS. Residencias asistidas para personas mayores. Diciembre 1999.

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, la ORDEN BSF/35/2014, de 20 de febrero, por la que se actualizan los criterios funcionales de los servicios de los centros residenciales para personas mayores de la Cartera de servicios sociales, actualiza las ratios profesionales de los centros residenciales para personas mayores, estableciendo las siguientes dotaciones mínimas.

En el caso de las personas con mayor nivel de necesidad (Grado III):

- Grupo sanitario:
 - Fisioterapeuta: 15 horas/año por persona usuaria.
- Grupo social:
 - Trabajador/a social: 12 horas/año por persona usuaria.
 - Terapeuta ocupacional: 9 horas/año por persona usuaria.
 - Educador/a social: 10 horas/año por persona usuaria.
 - Psicólogo/a: 10 horas/año por persona usuaria.
 - La ratio mínima de atención directa de este servicio para el grado III de dependencia será de 0,39.

En el caso de las personas con nivel de necesidad moderado (Grado II):

- Grupo sanitario:
 - Fisioterapeuta: 20 horas/año por persona usuaria.
- Grupo social:
 - Trabajador/a social: 12 horas/año por persona usuaria.
 - Terapeuta ocupacional: 5 horas/año por persona usuaria.
 - Educador/a social: 10 horas/año por persona usuaria.
 - Psicólogo/a: 10 horas/año por persona usuaria.
 - La ratio mínima de atención directa de este servicio para el grado II de dependencia será de 0,32.

5.2.1.4. LA POTESTAD INSPECTORA

En Cataluña, la inspección en materia de servicios sociales es competencia de la administración autonómica y viene regulada tanto por el ya citado decreto 284/1996 como por la Ley 16/1996, de 27 de noviembre, de actuaciones inspectoras y de control en materia de servicios sociales, cuyo objeto es “la regulación de las actuaciones inspectoras y de control de las entidades, servicios y establecimientos de servicios sociales, a fin de contribuir a la mejora permanente del sistema catalán de servicios sociales y de garantizar el derecho del ciudadano a una adecuada prestación de los servicios sociales”.

La tabla siguiente recoge las principales disposiciones de esa ley.

Tabla 14. Principales disposiciones de la ley 16/1996 de actuaciones inspectoras y de control en materia de servicios sociales

Artículo	Disposiciones
Artículo 7 Procedimiento de inspección	- Las actuaciones de la inspección de servicios sociales deben iniciarse siempre de oficio, ya sea por iniciativa propia del órgano competente, por orden superior, por petición razonada de otros órganos o por denuncia. - Las entidades, servicios y establecimientos de servicios sociales de los que la inspección tiene constancia deben ser inspeccionados periódicamente, y los establecimientos residenciales, como mínimo, una vez al año. - A fin de garantizar los derechos de los usuarios, el personal inspector está facultado para acceder libremente en cualquier momento, después de identificarse y sin previa notificación, a todos los servicios y establecimientos sujetos a las prescripciones de la presente ley, así como para efectuar toda clase de comprobaciones materiales, de calidad y contables. El personal inspector también puede acceder a todos los espacios de los servicios o establecimientos, entrevistarse particularmente con los usuarios o sus representantes legales y realizar las actuaciones que sean precisas para cumplir las funciones asignadas. Si se considera necesaria la inspección del domicilio social de la entidad, debe requerirse, en caso de falta de consentimiento del titular correspondiente, la autorización judicial previa. - A requerimiento de la inspección, los titulares de las entidades de servicios sociales están obligados a facilitar el examen de documentos, libros y datos estadísticos y el soporte informático que sean preceptivos por reglamento, así como suministrar toda la información necesaria para conocer el cumplimiento de las exigencias determinadas en la normativa vigente en materia de servicios sociales. La inspección debe respetar, en todo caso, la confidencialidad de los datos de carácter personal que afecten a la intimidad de los usuarios.

Artículo	Disposiciones
Artículo 8 Actas de inspección	- Una vez efectuadas las comprobaciones e investigaciones oportunas, de todas las inspecciones debe redactarse un acta, en la que la persona inspectora debe hacer constar, como mínimo, los siguientes datos: - Fecha, hora y lugar de las actuaciones. - Identificación de la persona inspectora actuante. - Identificación de la entidad, servicio o establecimiento inspeccionados y de la persona ante cuya presencia se efectúa la inspección. - Descripción de los hechos y circunstancias concurrentes y de las presuntas infracciones cometidas, haciendo constar el precepto que se entiende vulnerado. - La inspección debe efectuarse en presencia del titular o responsable del servicio inspeccionado en el momento de la inspección, cuya identidad debe constar en el acta. Igualmente, debe hacerse constar en el acta su conformidad o disconformidad con respecto a su contenido, así como las alegaciones que considere oportunas. Del acta extendida debe entregársele una copia. - Los hechos constatados por el personal inspector que se formalicen en el acta observando los requisitos exigidos por los apartados 1 y 2 tienen valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de sus respectivos derechos o intereses puedan señalar o aportar los propios administrados - Si la inspección aprecia razonablemente la existencia de riesgo inminente de perjuicio grave para los usuarios debe proponer al órgano competente la adopción de las medidas cautelares o precautorias oportunas.

Artículo	Disposiciones
Artículo 9 Personal inspector	- La inspección debe ser ejercida por funcionarios debidamente acreditados, que ocupen puestos de trabajo que comporten el ejercicio de funciones de inspección y que estén adscritos a los órganos administrativos que tienen atribuida la competencia. El personal inspector debe tener los conocimientos y la aptitud necesarios para realizar los controles de calidad que, en el ejercicio de las funciones de inspección, tiene encomendados.
Artículo 10 Ejercicio de la función inspectora	- El personal inspector, en el ejercicio de sus funciones, tiene la consideración de agente de la autoridad a todos los efectos y goza de plena independencia en el desarrollo de sus funciones, con sujeción a las instrucciones de sus superiores jerárquicos.
Disposición final primera	- El Gobierno ha de establecer un plan de coordinación de las actuaciones de inspección y control de la Administración de la Generalitat en materia de servicios sociales.

Fuente: Elaboración propia.

El régimen de infracciones y sanciones viene regulado tanto en la ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales, como en la ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La primera de ellas (Capítulo III) distingue entre infracciones leves, graves y muy graves. Por la comisión de infracciones muy graves puede imponerse una de las siguientes sanciones o más de una:

- Multa por una cuantía equivalente al importe del indicador de renta de suficiencia correspondiente a un período entre ocho meses y un día y un año.
- Inhabilitación definitiva o temporal por un período superior a cinco años y no superior a diez del director o directora o de la persona responsable higiénico-sanitaria del servicio.
- Prohibición de financiación pública por un período superior a dos años e inferior a cinco.
- Cierre total o parcial del establecimiento o suspensión total o parcial de la prestación de servicios o del cumplimiento de actividades, por un período superior a un año y no superior a cinco.
- Cancelación total o parcial de la autorización de la operatividad social de la entidad.

5.3. Acreditación, concertación y homologación

En lo que se refiere a la acreditación, concertación y homologación, el marco establecido en el Estado español es doble:

- Por una parte, el Gobierno central ha establecido una serie de disposiciones para la acreditación de los centros que financia en el marco de la atención a la dependencia.
- Por otra parte, en el ejercicio de sus competencias, el Gobierno de la Generalitat ha establecido un marco propio –para el conjunto de los servicios sociales–, en el que se desarrollan las condiciones que deben cumplir los centros de servicios sociales para su acreditación y homologación.

En lo que se refiere al marco normativo estatal,⁸¹ se establecieron –en los primeros años de desarrollo del modelo de atención a la dependencia– criterios comunes para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (Resolución de 2 de diciembre de 2008). Tales criterios estaban preferentemente centrados en la cualificación y la dotación del personal de los centros y programas financiados en el marco de ese sistema (bien mediante la figura de la concertación, bien mediante la del cheque de servicio), y preveía un proceso de acreditación progresiva de la cualificación profesional de los trabajadores/as de tales centros, para garantizar el derecho de las personas usuarias a recibir unos servicios de calidad. La competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las comunidades autónomas en su ámbito competencial, si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación. Aunque la norma establece que la acreditación se referirá tanto a los recursos materiales como a los humanos, los acuerdos se han centrado básicamente en la dotación y cualificación del personal, estableciéndose condiciones tanto en términos de cualificación como de dotación de profesionales:

- una titulación específica para los diferentes perfiles profesionales, que se preveía alcanzar de forma progresiva entre el año 2011 y 2015, habiendo sido aprobada la norma en 2008. En el caso del personal gerocultor, se estableció la necesidad de que en el año 2015 el 100% del personal de los centros hubieran acreditado la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales. En la actualidad, tras sucesivos cambios, las formaciones que permiten la certificación de los diversos perfiles profesionales que intervienen en el sistema son las siguientes:

81 La acreditación está dirigida a las entidades privadas. Tanto empresas como organizaciones sin fines de lucro son destinatarias últimas del proceso de verificación del cumplimiento de los estándares y requisitos de calidad. No es exigible la autorización administrativa en los centros públicos, por presuponer que superan los requisitos mínimos, aunque, en el supuesto de falta de cumplimiento, quedan sometidos a la obligación de adaptarse. La obtención de la credencial por un centro o servicio no solo demuestra la certificación de un determinado nivel de calidad, sino que facilita la inclusión de la empresa en la red del sistema de dependencia. En este sentido, la acreditación es condición indispensable para actuar en dos ámbitos: por un lado, para que puedan las comunidades autónomas concertar plazas o servicios con entidades privadas (artículo 16.1 LAPAD), por otro, cuando el interesado pretenda acceder a la prestación económica vinculada al servicio ante la inexistencia de recurso público (Jimeno, F., 2017).

- Cuidadores/as, Gerocultores/as:
 - Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
 - Título de Técnico en Atención a Personas en situación de Dependencia
 - Certificado de Profesionalidad, de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales
 - Asistente Personal y Auxiliar de Ayuda a Domicilio:
 - Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
 - Título de Técnico en Atención a Personas en situación de Dependencia
 - Certificado de Profesionalidad, de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales
 - Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el domicilio
- unas ratios de atención exigibles en 2011, a partir de las existentes en 2008. Grosso modo, el decreto establecía unas ratios de atención directa de entre el 0,45 y el 0,47 para las residencias de personas mayores dependientes y del 0,23 y el 0,24 para los centros de día para personas mayores. En el caso específico del personal gerocultor, se exigían unas ratios de entre 0,27 y 0,28 en el primer caso y de entre 0,14 y 0,15 en el segundo.
- El incumpliendo de estos requisitos de plantilla mínima (dirección, global y específica de gerocultor/a) implicaría no solo la denegación de la acreditación, sino la revocación de la misma una vez reconocida con motivo de algún seguimiento, lo que conllevaría la rescisión del concierto de plazas en su caso o la imposibilidad de justificar la prestación económica vinculada al servicio. Es importante señalar, sin embargo, que los criterios comunes tienen en el marco del SAAD valor orientador y armonizador, y que la plasmación de esos criterios en unas ratios mínimas de atención es competencia de las comunidades autónomas o regiones.

Además de estos aspectos, el acuerdo establecía condiciones adicionales en relación a otras cuestiones, que se recogen, de forma resumida en la tabla siguiente.

Tabla 15. Principales disposiciones de la resolución de 2 de diciembre de 2008 en relación a los criterios comunes de acreditación de la calidad en el marco del SAAD

Artículo	Disposiciones
Documentación e información	- Se requerirá que los centros, servicios y entidades, en su caso, dispongan al menos de la siguiente documentación e información referida tanto a la propia organización como a los usuarios y trabajadores: - Reglamento de Régimen Interior que incluya los derechos y deberes de los usuarios y su participación, en su caso. - Plan de Gestión de Calidad, que incluya el mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación, referidos al usuario y a la familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados. - Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso. - Documentación referida al usuario, que recoja los objetivos, plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones, así como la evaluación de los resultados en cuanto a mejora de su calidad de vida. - Plan de emergencia. - Protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de gestión de calidad.
Accesibilidad	- Las normas y los procedimientos de acreditación habrán de incluir necesariamente estipulaciones que obliguen a las entidades titulares de los centros o servicios a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, tanto de los edificios y dependencias, como de los entornos propios del centro de trabajo, los procesos y los procedimientos donde o por medio de los cuales se preste o se accede al servicio

Artículo	Disposiciones
Calidad en el empleo	- Se acuerda introducir, con la participación de la representación legal de los interlocutores sociales, determinados requisitos y estándares de calidad en el empleo para la acreditación de centros, servicios y entidades. Para ello se prevé que el Consejo Territorial, en el plazo de doce meses desde la firma del presente documento, acordará aquellos indicadores de calidad en el empleo que serán tenidos en cuenta para la acreditación de centros, servicios y entidades (en los que figurarán, entre otros, los de estabilidad en el empleo, formación, prevención de riesgos laborales, adaptación de puestos de trabajo para discapacidad, etc.).
Mejora progresiva de la calidad	- El Consejo Territorial fijará los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del sistema.

Fuente: Elaboración propia.

La aplicación de estas disposiciones ha sido, sin embargo, incompleta o dificultosa.

- En lo que se refiere a la acreditación del personal, pese al desarrollo en la mayor parte de las CCAA de convocatorias para la acreditación y evaluación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o vías no formales de formación, se han ido estableciendo sucesivas ampliaciones del plazo máximo de acreditación del personal, y se han establecido, además, medidas de habilitación excepcional de personas con una experiencia demostrada, así como la habilitación provisional para personas que habiendo trabajado, no cumplan con el requisito de la experiencia, y se comprometan a participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia.
- En lo que se refiere a las ratios de profesionales, han quedado al albur de la regulación establecida en cada comunidad autónoma, con una heterogeneidad evidente.
- En lo que se refiere a los requisitos y estándares de calidad en el empleo, y a los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del sistema, no hay constancia de que se hayan desarrollado.

En conclusión, cabe pensar que “transcurrido el tiempo, se constata cómo el Acuerdo apenas ha sido desarrollado en cada ámbito territorial, se mantiene vigente en algunas autonomías la normativa preexistente y existe disparidad autonómica sobre requisitos de plantillas mínimas globales y específicas” (Jimeno, F., 2017, pág. 115). En efecto, para este autor, “aunque las CC. AA. tienen elaborados procedimientos de autorización / acreditación de centros para mayores, los cimientos creados por el Consejo Territorial en materia de empleo apenas han sido desarrollados. Solamente cuatro autonomías reproducen en su ámbito competencial los criterios mínimos de plantilla, manteniendo algunas su normativa preexistente. Se aprecia una regulación heterogénea, alejada del pretendido ideal de homogeneidad, con disparidad en la concreción de ratios mínimas, incluso con lagunas en la configuración de requisitos”.

El sistema estatal descrito se complementa, como antes se ha señalado, con las disposiciones autonómicas, para la acreditación y la concertación de los servicios sociales. En ese sentido, la Orden TSF/197/2017, de 22 de agosto, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras para la prestación de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para el año 2017 pretende hacer posible, bajo los principios de publicidad, libre concurrencia y no discriminación, que todas las personas físicas o jurídicas interesadas puedan concurrir libremente en las mismas condiciones para prestar, con financiación pública, los servicios de la Cartera de Servicios Sociales objeto de la convocatoria. En este sentido, la convocatoria consta de unos anexos en los que se concretan las condiciones funcionales y materiales que se deberán cumplir en la prestación de cada tipología de servicios, de acuerdo a la normativa ya señalada.

Concretamente, la orden regula una convocatoria para que las personas físicas o jurídicas titulares de servicios, centros y establecimientos de servicios sociales presenten solicitudes para ser acreditadas como entidades colaboradoras de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para prestar diversos servicios sociales (entre ellos, los centros residenciales y de día para personas mayores o dependientes) con financiación pública. La tabla siguiente recoge los principales elementos de esa orden.

Tabla 16. Principales disposiciones Orden TSF/197/2017, de 22 de agosto, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras para la prestación de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para el año 2017

Artículo	Disposiciones
Artículo 3	- Objetivos generales y específicos de cada servicio.
Documentación que es preciso presentar para acreditar el cumplimiento de los criterios y las condiciones relativas a la organización y el funcionamiento de los servicios	- Recursos humanos y organización del trabajo: - Plantilla de personal de atención directa e indirecta, según los modelos disponibles en el web del departamento. - Distribución de turnos y horarios, con la planificación mensual de la presencia diaria del personal de atención directa para cada servicio y organigrama donde se muestren las diferentes áreas funcionales y de servicios, sus responsables y su dependencia organizativa. - Programa anual de formación, con un calendario detallado de las áreas, el personal destinatario, el personal docente, la entidad que imparte los cursos de formación, su duración y el número de horas destinadas a cada trabajador. - Plan individualizado de atención interdisciplinaria (PIAI): - Programa detallado de intervención, por áreas de atención, en relación con la aplicación del PIAI: profesionales, objetivos, personas destinatarias, contenidos, evaluación y resultados. - Plan de comunicación y circuitos para el desarrollo de las actuaciones internas y externas. - Participación: - Mecanismos de participación individual y colectiva de las personas usuarias y de sus familiares: procesos y actividades. - Reglamento del Consejo de Participación. - Calidad: - Indicadores de calidad para cada uno de los procedimientos funcionales del proyecto. - Protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de gestión de calidad.

Artículo	Disposiciones
Artículo 5 Acreditación	- La acreditación como entidad colaboradora de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública se otorgará por un periodo de cinco años y estará sujeta a las verificaciones periódicas que la Administración considere oportunas. Pasado este periodo, se considerará prorrogada por periodos de un año, siempre que en el momento de la prórroga se cumplan las condiciones y requisitos exigibles para la acreditación.
Artículo 6 Suspensión temporal de la acreditación como entidad colaboradora.	- La incoación de un expediente sancionador por parte de los servicios de inspección del departamento por la comisión de faltas muy graves o de faltas graves relacionadas con aspectos higiénicos podrá conllevar la suspensión temporal de la entidad o del servicio de la relación de entidades acreditadas, como medida cautelar, si se vulneran los derechos a la salud y la seguridad de las personas usuarias hasta que exista resolución firme que ponga fin a la vía administrativa en el expediente sancionador
Disposición transitoria	- Aquellas entidades que en la fecha de publicación de esta Orden ya dispongan de plazas colaboradoras, concertadas, acreditadas para acoger a personas usuarias con prestaciones económicas vinculadas o subvencionadas seguirán considerándose acreditadas como colaboradoras de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública mientras sigan cumpliendo los requisitos de acreditación.

Fuente: Elaboración propia.

Además de los aspectos señalados, la Orden recoge una serie de disposiciones sobre la asignación de plazas y el pago de las mismas, la aportación de las personas usuarias, los mecanismos para la reserva de plazas, etc., y constituye desde ese punto de vista la herramienta que regula la contratación de plazas de titularidad privada por parte de las administraciones públicas para la prestación de servicios de responsabilidad pública.

Junto a estas cuestiones, la Orden también recoge, en sus anexos, las especificaciones del servicio a prestar en lo que se refiere a:⁸²

⁸² Salvo en algún aspecto concreto, los contenidos de la Orden remiten a la normativa previamente señalada, por lo que no se detallan. Para más información, véase la versión íntegra de la Orden.

- Definición, personas destinatarias y objetivos.
- Servicios, prestaciones y actuaciones.
- Régimen de acceso a los servicios.
- Derechos y deberes de las personas beneficiarias del servicio.
- Recursos humanos (ratios de personal, perfiles profesionales, etc.).
- Obligaciones de la entidad en relación a los servicios acreditados.
- Organización funcional.
- Edificio e instalaciones.

5.3.1. ESTANDARIZACIÓN, CERTIFICACIÓN, PROTOCOLIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

También en este caso, es preciso distinguir entre la normativa autonómica y la estatal o más bien –ya que las cuestiones relativas a la estandarización, certificación, protocolización y definición de guías y buenas prácticas no se derivan estrictamente hablando de la normativa reguladora de los servicios y centros– entre iniciativas de ámbito estatal e iniciativas de ámbito autonómico.

En lo que se refiere al marco del Sistema Estatal de Atención a la Dependencia, cabe hacer referencia al acuerdo sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas. Este acuerdo pretende ser un referente técnico a la hora de identificar planificar, desarrollar y difundir las buenas prácticas (BBPP) en la aplicación de la LAPAD a través de un catálogo disponible en la plataforma informática común del SAAD, favoreciendo la transferencia de las mismas y compartiendo este trabajo entre las administraciones públicas y con entidades colaboradoras, para mejorar la calidad de vida de las personas. En ese marco, las BBPP se definen como “actuaciones y experiencias sistematizadas, documentadas y con un enfoque innovador, que se orientan a la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y a la participación y cooperación de los agentes implicados en el del SAAD”. El acuerdo preveía una metodología para la elección de BBPP y una memoria tipo para su descripción. Pese a la aprobación de este acuerdo, en 2011, no se ha articulado en la práctica un sistema de BBPP en el marco del SAAD.

En el caso autonómico, cabría, por una parte, hacer referencia a los sucesivos planes de mejora de la calidad de los servicios sociales realizados por la administración catalana, en cumpli-

miento de la Ley de Servicios Sociales, si bien el último de los mismos terminó su vigencia en el año 2013, sin que se hayan publicado nuevos planes con posterioridad a esa fecha.

Particular interés tiene en el contexto catalán, pese a su antigüedad, el sistema de indicadores de calidad para la gestión de centros de atención secundaria promovido por el Institut Català d'Assistència y Serveis Socials, dependiente de la Generalitat de Catalunya. La colección ha sido elaborada por la Subdirección General de Programación y Evaluación del ICASS y por el Instituto Universitario Avedis Donabedian y consta de ocho guías de indicadores de calidad:

- Indicadores de calidad: clubes sociales de atención a personas con enfermedad mental (2009)
- Indicadores de calidad: hogares residenciales y pisos con apoyo para personas con SIDA (2009)
- Indicadores de calidad: comunidades terapéuticas y pisos con apoyo para personas con drogodependencias (2009)
- Indicadores de calidad: servicios de centros de día para personas mayores (2010)
- Indicadores de calidad: servicios residenciales asistidos para personas (2010)
- Indicadores de calidad: servicios de centros residenciales para personas con discapacidad física con necesidades de apoyo extenso o generalizado (2010)
- Indicadores de calidad: servicios de centros residenciales para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso o generalizado (2010)
- Indicadores de calidad: servicios prelaborales para personas con enfermedad mental (2010)
- Manual de calidad del Servicio básico de Ayuda a Domicilio (2010), impulsado en este caso por la Diputación de Barcelona, pero también elaborado con el apoyo técnico Instituto Universitario Avedis Donabedian

De los materiales señalados, el más relevante desde el punto de vista de este informe, es el manual referido a los servicios residenciales asistidos para personas mayores, que se establece en el Decreto de Cartera como referente desde el punto de vista de la calidad de la atención en estos centros. El manual recoge 34 indicadores específicos, que articula en cuatro grandes dimensiones.

- Dimensión 1: atención a la persona y la familia.
- Dimensión 2: relaciones y aspectos éticos de la atención.
- Dimensión 3: coordinación y continuidad de la atención.
- Dimensión 4: aspectos organizativos del centro.

Cada indicador, por otra parte, se relaciona con un área relevante de la atención y con una serie de dimensiones de la calidad de vida (derechos, inclusión social, autodeterminación, bienestar físico, desarrollo personal, bienestar material, relaciones interpersonales y bienestar emocional), de acuerdo con el modelo desarrollado por Schalock y Verdugo. Las áreas relevantes son:

- valoración integral,
- plan interdisciplinar de atención integral,
- promoción de la autonomía,
- uso de la medicación,
- seguridad de la persona usuaria,
- nutrición,
- protocolos de atención,
- atención al final de la vida,
- relación con las familias y la comunidad,
- satisfacción de la persona usuaria y de la familia,
- aspectos éticos,
- documentación de la atención a la persona usuaria,
- competencias laborales,
- formación continuada
- competencias culturales de los/as profesionales.

En el marco de esta iniciativa, los indicadores se definen como “instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la atención y/o del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, aspectos relacionados con la mejora de la organización y la gestión del centro y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada⁸³. Cada indicador incorpora una serie de elementos:

- Dimensión: aspecto genérico que se valora.
- Área relevante: aspecto específico que se valora.
- Criterio: elemento de buena práctica.
- Nombre del indicador: nombre y enunciado del elemento que se quiere medir.
- Justificación del indicador: explicación de los motivos y de la razón de ser del indicador.
- Fórmula: expresión en forma matemática para la cuantificación del indicador. Habitualmente se trata de la relación entre un numerador y un denominador, pero también puede expresarse como una frecuencia absoluta.
- Definición de términos: explicación de los conceptos y elementos de medida incluidos en el denominador y el numerador del indicador.
- Población: incluye la definición de la población a la que se refiere cada indicador, y especifica los criterios de inclusión y exclusión de la población considerada.
- Fuente de datos: explicación del origen de la información.
- Tipo: en este apartado se especifica si el indicador es de proceso, de estructura o de resultado.
- Dimensión de calidad de vida a la que hace referencia.
- Estándar: especificación del nivel de calidad deseado.
- Comentarios y aclaraciones.

83 Indicadores de calidad: servicios de centros de día para personas mayores, 2010, 114 páginas (cita página 14)

5.3.2. EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

No es habitual en Cataluña, ni en el resto de España, la realización de evaluaciones sistemáticas o generalizadas –más allá de las inspecciones que marca la normativa– ni, lógicamente, la publicación de resultados al respecto. En todo caso, cabe hacer referencia a dos iniciativas específicas, que se relacionan con la lógica de la publicación de resultados derivados de la evaluación de los servicios:

- Por una parte, el Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia, preveía la creación en su seno de un sistema de información con datos del catálogo de servicios e incorporaría, como esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de servicios. Si bien se ha desarrollado un sistema que ofrece información –en ocasiones discutida por otros agentes– en relación al número de personas atendidas, las prestaciones que reciben, las valoraciones realizadas, etc., este sistema no ofrece información alguna en relación a las cuestiones relacionadas con la calidad de la atención, desde ninguno de sus puntos de vista.
- Mayor interés y desarrollo tiene una experiencia específicamente catalana desarrollada a nivel local y que se refiere a los servicios sociales básicos, entre los que se cuenta el servicio de ayuda a domicilio. Los círculos de comparación intermunicipal se configuran como un método de trabajo, con periodicidad anual, en el ámbito de la prestación y gestión de los servicios municipales, para medir, comparar y evaluar resultados, mediante unos indicadores comunes consensuados; formar un grupo de trabajo para intercambiar experiencias e impulsar la mejora de los servicios. En el ámbito específico de los servicios sociales, se elabora un cuadro de indicadores de gestión –con sus correspondientes valores medios– que permiten a cada municipio conocer en qué situación se halla respecto a los demás municipios de su entorno. El sistema ofrece un informe anual, si bien no se publican los datos correspondientes a cada municipio, sino únicamente el dato medio del conjunto de municipios participantes.

La tabla anexa recoge los indicadores correspondientes al Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio.

Tabla 17. Indicadores de los círculos de comparación intermunicipal de Barcelona relativos a Servicio de Asistencia Domiciliaria y la Teleasistencia

Objetivo	Indicador
Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)	- % de personas usuarias de SSAD de 65 años y más sobre el total de habitantes de 65 años y más.
	- % de personas usuarias de SSAD de 85 años y más sobre el total de habitantes de 85 años y más.
	- % de personas usuarias de SSAD sobre el total de habitantes.
Ofrecer un servicio asequible a los usuarios	- % de personas usuarias SSAD exentas de copago.
Promover un clima laboral positivo para los trabajadores	- % de horas de baja sobre horas de convenio de todo el personal de los SSAD.
Disponer de los recursos adecuados	- Gasto corriente del SSAD por habitante.
	- Peso del SSAD dentro del presupuesto de los Servicios Sociales de Base (%).
Financiar adecuadamente el servicio	- % de autofinanciación por tasas y precios públicos.
	- % de financiación por aportaciones de otras instituciones.
	- % de financiación por parte del ayuntamiento.

Objetivo	Indicador
Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)	- Número de personas usuarias de ayuda domiciliaria por cada 1.000 habitantes.
	- % de personas usuarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria de 0-17 años sobre el total de habitantes de 0-17 años.
	- % de personas usuarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria de 65 años y más sobre el total.
	- Horas mensuales de prestación de ayuda domiciliaria para personas usuarias por razón de su situación de dependencia.
	- Horas mensuales de prestación de ayuda domiciliaria para personas usuarias por razón de su situación social.
Ofrecer un servicio accesible a los usuarios	- Tiempo medio (días) transcurrido entre la solicitud aprobada y la prestación del SAD social.
	- Tiempo medio (días) transcurrido entre la solicitud aprobada y la prestación del SAD dependencia.
Mejorar las habilidades de los trabajadores	- % de horas de prestación directa con personal propio sobre el total de horas de atención directa.
Ofrecer el servicio a unos costos unitarios adecuados	- Media anual de precio/hora de compra del servicio de ayuda a domicilio externalizado.
Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)	- % de personas usuarias de ayuda domiciliaria por razón de su situación de dependencia.
	- % de personas usuarias de ayuda domiciliaria por razón de su situación social.
	- % personas usuarias con PIA que contemple SSAD.
Servicio de teleasistencia domiciliaria	- % de personas usuarias de aparatos de teleasistencia de 65 años y más, sobre el total de habitantes de 65 años y más.

Objetivo	Indicador
Ofrecer un servicio accesible a los usuarios de teleasistencia	- Tiempo medio (días) transcurrido entre la solicitud y la prestación del servicio de teleasistencia.

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Otras experiencias de interés en el ámbito español

El análisis del marco organizativo y competencial de Cataluña no permite hacer referencia a otras iniciativas de interés desarrolladas en relación a la calidad de la atención en los centros y servicios para personas mayores en otras CCAA del Estado español. En este apartado se analizan algunas iniciativas concretas, desarrolladas en otras CCAA, que pueden resultar de interés y que se enmarcan en el ámbito de la regulación, la evaluación, la estandarización, la inspección y la certificación.

5.4.1. PROYECTO DE DECRETO DE CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

En el ámbito de la regulación, la Comunidad Autónoma del País Vasco ha elaborado un proyecto de decreto regulador de los centros residenciales para personas mayores que incorpora una visión más actualizada de la atención a las personas mayores e incorpora nuevos paradigmas, como el de la atención centrada en la persona. El decreto establece nuevas disposiciones en relación al modelo de gestión de la calidad, a las dotaciones de personal, a los requisitos funcionales y a los requisitos de homologación, mejorando el modelo regulador previo. Se recogen a continuación algunas de sus principales elementos.

Tabla 18. Principales disposiciones del Proyecto de decreto de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Artículo	Disposiciones
Artículo 11 Condiciones generales	- Los centros residenciales, para personas mayores de más de 25 plazas, de nueva creación tras la entrada en vigor del presente decreto, tendrán una distribución modular, con un máximo de 25 plazas por módulo. La capacidad máxima de cada centro residencial será de 150 plazas.

Artículo	Disposiciones
Artículo 18 Módulos	- Las habitaciones serán individuales o dobles, debiendo contar todos los centros residenciales con un 75% del total de plazas en habitaciones de uso individual, como mínimo. Estos porcentajes son mínimos, no obstante, dada la importancia que tiene la intimidad personal para la convivencia, se recomienda como tipo ideal la habitación individual.
Artículo 26 El modelo de atención	- El modelo de atención aplicable en los centros residenciales para personas mayores se centrará en los siguientes componentes básicos: - la atención integral y centrada en la persona; - el modelo de gestión de la calidad; y - la garantía de derechos.
Artículo 28 Persona de referencia	- Persona de referencia es la figura profesional que tendrán asignado las personas residentes y que debe estar a su disposición y la de su familia, para poder canalizar los aspectos más relevantes que faciliten el máximo bienestar, debiendo tener una visión global de la organización. Es responsabilidad de cada centro determinar quién es concretamente la persona desde el momento del mismo ingreso, dejando constancia escrita en la valoración inicial del residente del nombre y apellidos de la persona de referencia.

Artículo	Disposiciones
Artículo 29 El modelo de gestión de la calidad	- El modelo de atención de los centros residenciales para personas mayores tendrá como objetivo básico la mejora continua de la gestión de todos sus procesos, de modo que redunde en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias. - En orden a este requisito, se determinarán gradualmente las actuaciones necesarias para promover la mejora continua de la calidad, mediante compromisos en la prestación de servicios y procedimientos de evaluación y de autoevaluación, así como de desarrollo de medidas para la mejora del funcionamiento, incorporando un concepto interactivo de la calidad que está asimilado por la dinámica cotidiana y total del centro residencial, más allá de percepciones orientadas casi en exclusiva a la búsqueda de la certificación como medida de marketing corporativo.
Artículo 37 Evaluación y mejora continua de la calidad	- Los centros residenciales deberán evaluar su actuación en base a los criterios del modelo de calidad de vida, de calidad en la gestión y de ética en la intervención, pudiendo combinarse las modalidades de autoevaluación con las evaluaciones de carácter externo. Para ello, implantarán un método de mejora continua de la calidad de los apoyos prestados y de la gestión del centro. - Complementariamente, dispondrán de herramientas orientadas a la difusión y aplicación de buenas prácticas en la prestación de apoyos.

Artículo	Disposiciones	
Artículo 43 Ratios generales de personal	-	La proporción o "ratio" personal/residentes, mínima, será la siguiente por cada grupo de trabajadores/as:
	Tipo de atención	Grados 0 y I Grados II y III
	Apoyo a las actividades de la vida diaria (AVD)	0,18 0,295
	Trabajo social	0,006 0,006
	Enfermería	0,027 0,032
	Ocupacional	0,011 0,011
	Psicológica, pedagógica o psico-pedagógica	0,003 0,003
	Médica	0,006 0,009
	Fisioterapéutica	0,002 0,004
	TOTAL	0,235 0,36
Artículo 55 Criterios de homologación	-	Para ser homologados, los centros residenciales dependientes de entidades privadas deberán cumplir, además de los requisitos materiales, funcionales y de personal previstos respectivamente en los Capítulos II, III y IV, los siguientes criterios:
	a)	Alineación de sus objetivos y, en su caso, programas y actividades, a las prioridades y a los objetivos que, en materia de planificación y programación, se establezcan en el marco del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
	b)	Cumplimiento de las mejoras sugeridas por la Administración competente en el ejercicio de las funciones de inspección, en relación con los aspectos que, sin vulnerar la normativa de servicios sociales, se consideren mejorables

Artículo	Disposiciones
Disposición adicional tercera Criterios de homologación	- Las entidades titulares de centros residenciales para personas mayores que a la fecha de entrada en vigor de este decreto estuvieren concertadas o convenidas con cualquier administración pública vasca deberán solicitar de la administración competente, en el plazo de un año a partir de la fecha de entrada en vigor de esta norma, la preceptiva homologación, previo el cumplimiento de los criterios que se establecen en el Capítulo V del presente decreto. - Hasta entonces, y mientras se resuelve su solicitud, continuarán con el régimen de concertación que tuvieron. - Si transcurrido dicho plazo de un año las entidades titulares de dichos recursos no hubieran cumplido los criterios para su homologación, o habiéndolos cumplido no la hubieran solicitado, la Administración competente rescindirá el régimen de concertación o convenio existente.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2. MODELO ACP GERONTOLOGÍA: EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS DESDE EL PARADIGMA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP)

Empieza a ser común en los países de nuestro entorno el desarrollo de sistemas de evaluación de la atención a las personas mayores basados en el paradigma de la atención centrada en la persona. En ese marco, el Grupo de Investigación sobre Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo, partiendo del modelo ACP-Gerontología de Teresa Martínez Rodríguez, ha desarrollado un kit de instrumentos de evaluación de los servicios gerontológicos desde la atención centrada en la persona (ACP). El servicio de Inspección y Acreditación de Centros del Principado de Asturias ha colaborado con este grupo en la validación de los distintos instrumentos en una muestra de centros.

Entre otros, se han desarrollado los siguientes instrumentos:

- Por una parte, una batería de cuestionarios de opinión para medir la percepción de los diferentes agentes respecto al grado de aproximación de la atención prestada en cada centro al modelo de atención centrada en la persona (ACP). Aunque se han desarrollado cuatro cuestionarios (para personas mayores usuarias de los servicios, familiares, profesionales de atención directa y personal de dirección de los centros), cabe destacar por su importancia los cuestionarios destinados a los familiares y a las propias personas usuarias. Cada uno de esos cuestionarios está compuesto por 22

ítems, con una escala de puntuación de 1 a 10 en la que se señala el grado de acuerdo de la persona encuestada con otras tantas afirmaciones relativas a la calidad de la atención. El equipo investigador ha analizado la fiabilidad interna y temporal y la validez externa de los cuestionarios en una muestra de 636 personas mayores, 743 familias, 844 profesionales y 41 directores de otros tantos centros de Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla León, Galicia y Euskadi.

- Una batería de 50 indicadores derivados del Modelo ACP Gerontología elaborado por Teresa Martínez, articulados en dos dimensiones: prácticas centradas en la persona (conocimiento, autonomía, comunicación, individualización y bienestar, intimidad) y entorno facilitador de la ACP (actividad cotidiana, espacio físico, familia y amistades, comunidad, organización). Se ha validado la pertinencia y viabilidad de la herramienta, se ha aplicado de forma experimental en 20 centros y se ha analizado su validez externa y su fiabilidad.

Aunque estas dos herramientas se encuentran todavía en fase de desarrollo, suponen un avance de indudable interés en lo que se refiere a la evaluación de los servicios gerontológicos desde el paradigma de la ACP. En esa misma línea, resulta de interés la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP diseñado para facilitar un proceso de revisión participativa en los centros desde acciones y descriptores de buena praxis acordes a un enfoque de atención centrada en la persona.

Tal y como se explica en el propio documento, se trata de una herramienta diseñada para guiar la revisión participativa interna de los centros que quieren avanzar en el progreso hacia una ACP. Su propósito fundamental es facilitar la reflexión grupal por parte de los profesionales de centros gerontológicos, analizando desde la óptica de la ACP, los distintos procesos de atención del centro. Plantea la consideración de un total de 20 procesos clave en residencias, 15 de ellos relacionados con procesos de atención y vida cotidiana y otros 5 referidos a procesos del entorno y, por tanto, transversales a los procesos de atención. En la versión del instrumento para centros de día se proponen un total de 16 procesos clave (11 procesos de atención y vida cotidiana y 5 procesos del entorno).

Cada proceso clave incluye distintas acciones o metodologías que han sido valoradas como relevantes para avanzar y hacer efectivo un enfoque de atención centrada en la persona en la práctica cotidiana. Por eso se han denominado acciones o metodologías clave que, a su vez, se detalla a través de un grupo de descriptores de buena praxis en relación a la ACP. La revisión completa permite el chequeo de 85 acciones o metodologías en residencias y 60 en centros de día. La revisión que permite este instrumento se realiza por parte de los equipos de los centros. Estos deben reflexionar sobre su práctica cotidiana en relación a cada acción o metodología clave comparándola con los descriptores que definen la buena praxis. Este chequeo permite una autoevaluación del centro identificando tanto las fortalezas como las distancias a la ACP, a la par de ir concretando aspectos y medidas de mejora que resulten viables.

5.4.3. ELABORACIÓN DE ESTÁNDARES Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE CALIDAD EN SERVICIOS SOCIALES: LA FUNDACIÓN EGUÍA CAREAGA

La Fundación Eguía Careaga –coautora de este informe– ha desarrollado, de forma autónoma y/o en colaboración con otras entidades, diversas iniciativas de interés desarrolladas con la calidad de la atención en el ámbito de los servicios sociales, que se engloban básicamente en el ámbito de la estandarización y la transferencia de conocimiento en materia de calidad de la atención. Las principales herramientas desarrolladas son las siguientes.

- **Web sobre calidad de la atención en los servicios sociales.** Impulsado por el Instituto Foral de Servicios Sociales (IFBS) de la Diputación Foral de Álava, el portal web sobre calidad de la atención en los servicios sociales pretende dar visibilidad a las iniciativas de calidad promovidas por el IFBS y al esfuerzo realizado en su marco por profesionales, familiares y personas usuarias, facilitando el acceso a todos los materiales diseñados y aplicados en el marco de dichas iniciativas: manuales, guías de buenas prácticas, métodos de evaluación y de garantía de la calidad. Pretende además servir de apoyo práctico a quienes se interesen por la mejora de la calidad de la atención en los servicios, mediante:
 - Un banco de recomendaciones de buenas prácticas, de fácil consulta, que permite acceder directamente al contenido de cada recomendación.⁸⁴
 - Un banco de instrumentos, que permite acceder directamente a una selección de métodos de evaluación y de garantía de la calidad de la atención y a una selección de estándares de atención.
 - Una biblioteca virtual, actualizada permanentemente, que recoge la documentación profesional y la literatura académica que se publica en Europa y América sobre estas cuestiones.
- **Cuadernos Técnicos Kalitatea Zainduz de la Fundación Eguía Careaga.** La Fundación Eguía Careaga ha publicado hasta la fecha dos documentos destinados a difundir buenas prácticas en la intervención social y, especialmente en aquellos programas y servicios directamente orientados a favorecer la mejora de las condiciones de vida de las personas usuarias.

84 El banco de recomendaciones permite acceder, en relación con cada uno de los principales ámbitos de actuación de los servicios sociales, a un conjunto de recomendaciones referidas a aspectos básicos de atención. Formuladas con la doble finalidad de garantizar una atención de calidad en los servicios sociales y de servir de referencia y de ayuda a las y los profesionales en la prestación de los apoyos en el marco de los servicios, estas recomendaciones tratan de orientar hacia pautas adecuadas de atención.

- Por una parte, el manual de aplicación del proceso de Garantía de Calidad SIIS-Kalitatega Zainduz, elaborado con el fin de optimizar la calidad de la atención en los centros residenciales para personas mayores. El proceso se inscribe en una filosofía que enfatiza el respeto de los derechos de los residentes y los aspectos cualitativos de la atención. Se trata de un método abierto y flexible, cuyo diseño intenta apartarse de la complejidad formal propia de muchos modelos de gestión de calidad. Con esta relativa simplicidad, se pretende evitar que el instrumento adquiriera mayor protagonismo que el contexto en el que se aplica y que el objetivo de mejora que persigue. El modelo es resultado de un largo proceso de estudio, en el que se revisaron otras metodologías de calidad, tanto inespecíficas (ISO 9001, EFQM) como centradas en el medio residencial (Inside Quality Assurance, Quality in Action). Además, fue aplicado de forma experimental en centros de Álava y Gipuzkoa, lo que contribuyó a su perfeccionamiento.
- Por otra, el manual *Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles?*, que propone una serie de recomendaciones prácticas, principios, criterios, ideas y pautas capaces de contribuir a compatibilizar los derechos y las necesidades de las personas mayores que viven en residencias con los imperativos organizativos del medio residencial, atenuando sus contradicciones propias, en particular, la contraposición entre lo individual y lo colectivo, la esfera privada y la pública, el ámbito residencial como lugar de vida y el de trabajo. Al igual que el documento anterior, esta guía se inscribe en una filosofía que pone el énfasis en el respeto de los derechos de las personas residentes y en los aspectos cualitativos de la atención y, como tal, es deudora del método de evaluación británico Homes Are for Living in, que fue pionero, a escala internacional, en la adopción de este enfoque.
- Las recomendaciones contenidas en el cuaderno técnico se estructuran en torno a siete ámbitos –aspectos materiales, atención personal, forma de vida, relaciones personales dentro de la residencia, relaciones con el exterior, organización y funcionamiento de la residencia y trabajo en el medio residencial–, indicando, para cada una de las recomendaciones, los derechos individuales básicos en los que puedan incidir. Para facilitar su consulta por parte de los y las profesionales, se ha diseñado también una versión abreviada, con formato de póster. Asimismo, para facilitar su discusión entre residentes y familiares, la guía se complementa con un cuadernillo que ofrece una versión más breve del texto.
- **Proyecto Vivir Mejor.** En el marco de su política de mejora de la calidad, la Diputación Foral de Álava puso en marcha en 2011 un proyecto de mejora de la calidad de la atención prestada a las personas con discapacidad. Con la colaboración técnica de la

Fundación Eguía Careaga, el proyecto Vivir Mejor se concreta en un manual titulado *Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad* y una serie de guías técnicas de buenas prácticas sobre diversas cuestiones relacionadas con la calidad de la atención a las personas con discapacidad, tanto en el medio residencial como en el medio comunitario:

- Planificación esencial del estilo de vida.
- Evaluación funcional de conductas problemática.
- Apoyo conductual positivo.
- Estrategias reactivas frente a conductas problemáticas.
- Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos.
- Afectividad y sexualidad.
- Hacia una comunicación efectiva.
- Cómo promover el bienestar emocional.
- Cómo garantizar el respeto a la dignidad, la intimidad y la autonomía en la atención personal.
- Daño cerebral adquirido: claves para la prestación de apoyos y para la promoción de la autonomía.

5.4.4. ESTÁNDARES DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Pese a que su labor se centra preferentemente en los servicios de salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha desarrollado, en el ámbito de los servicios sociales, una colección de estándares de atención que hacen referencia a los servicios residenciales, los servicios de información y asesoramiento, los de atención diurna y los sociales comunitarios. Todos ellos forman parte de un proceso de certificación en el que han participado hasta la fecha 55 centros de servicios sociales.

El *Manual de Estándares de Servicios residenciales* persigue, a través de 104 estándares divididos en cinco bloques y once criterios, la mejora continua de los servicios residenciales en los que se presta atención, entre otros, a personas mayores, personas con discapacidad, menores del sistema de protección, personas con graves problemas sociales y migrantes y personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias. En el caso de los servicios de atención diurna, se recogen 106 estándares divididos en cinco bloques y once criterios.

5.4.5. PUBLICACIÓN DE LOS PLANES DE INSPECCIÓN DE LAS CCAA

Una parte importante de las CCAA españolas, aunque hasta el momento no así Cataluña, ha optado por aprobar de forma oficial y publicar sus respectivos planes de inspección de servicios sociales (son el caso, entre otros, de Asturias, Navarra, Madrid, Comunidad Valenciana o Aragón). Los planes tienen por objeto definir las prioridades de cada administración autonómica en esta materia –como la eliminación de las sujeciones– y articular diversas medidas,

como la publicación de informes de cumplimiento, la realización de planes de formación del personal inspector, la mejora de las herramientas tecnológicas, la elaboración de cartas de servicios y manuales de buenas prácticas, entre otros.

5.5. Conclusiones y principales aprendizajes

Las principales conclusiones y aprendizajes que cabe extraer del modelo catalán –y, por extensión, español– de gestión de la calidad en el ámbito de los servicios sociales son las siguientes:

- El sistema español de gestión de la calidad está claramente determinado por la estructura competencial del sistema de servicios sociales y por la existencia de un modelo de gestión mixto, en el que la prestación de los servicios de atención directa se encomienda tanto a centros de titularidad pública como a privada. En ese marco, se observa que en ocasiones la regulación estatal y la regulación autonómica se superponen, si bien la normativa estatal –en los aspectos relativos a la gestión de la calidad– tiene en general carácter básicamente orientador. Por otra parte, cabe destacar que una buena parte del marco regulador está dirigido a definir las condiciones de acreditación de los centros gestionados por proveedores privados, es decir, a definir las condiciones que han de respetar las entidades privadas que quieren contratar con las administraciones públicas la prestación de servicios de responsabilidad privada.
- Los elementos que esas entidades han de acreditar para acceder a tales contrataciones hacen referencia tanto a los elementos estructurales como a la dotación y la cualificación del personal contratado.
- Junto a la importancia de los aspectos relativos a la acreditación de los centros dependientes de entidades de titularidad privada, destaca la importancia de la regulación relativa a la autorización necesaria para la apertura de los centros y para su funcionamiento. En ese sentido, el marco catalán –y, por extensión, el español– se caracterizan por la existencia de un marco normativo denso, compuesto por numerosas normas, que en ocasiones se solapan y se superponen. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la definición de los criterios y estándares de calidad se establece a priori, mediante la definición de numerosos elementos estructurales y de proceso.
- Esta tendencia a la regulación previa contrasta, por una parte, con la incapacidad que en la práctica muestran las administraciones competentes para la inspección de los centros, que se centran generalmente en la comprobación de los requisitos estructurales y personales más básicos. Contrasta, además, incluso, con la incapacidad de exigir a las entidades el cumplimiento de algunos de los requisitos establecidos (véase el caso de los establecidos en cuanto a la cualificación del personal), lo que obliga al aplazamiento de la exigencia de esas condiciones o, incluso, a su no consideración.

- El énfasis que el modelo español pone en la regulación de los aspectos formales y estructurales contrasta, por otra parte, con la escasa implantación que desde las administraciones públicas se ha dado hasta la fecha al desarrollo de modelos de evaluación de la calidad de la atención centrados en el impacto de los servicios sobre la calidad de vida de las personas atendidas. Se trata, por tanto, de un modelo muy orientado a la regulación administrativa, y poco orientado a la evaluación de la calidad de la atención.
- La regulación, por otro lado, se establece a nivel político y resulta muy escasa la participación de otros agentes –al menos de forma pública– en el diseño de esas regulaciones. Sí cabe destacar, sin embargo, el impulso que en los últimos años se ha dado a la estandarización de la atención y a la elaboración de manuales, estándares, directrices y guías de buenas prácticas, así como a la extensión de diversos sistemas de certificación.
- También cabe destacar, en Cataluña y en el conjunto de España, el énfasis que tanto en el ámbito de la regulación como de la estandarización o la certificación se da a la atención en centros –y, especialmente, en centros residenciales–, siendo mucho menor el interés mostrado por la gestión de la calidad en el ámbito domiciliario.
- Igualmente, puede destacarse la ausencia en el marco catalán o español de centros o instituciones tractoras en el ámbito de la gestión de la calidad, como podrían ser el Care Quality Commission inglés. En ese sentido, el modelo español se caracteriza por la atomización de la acción en este ámbito y la incapacidad de la administración central para asumir una labor de liderazgo, dada la relativa inacción del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Finalmente, aunque ya se ha señalado que la mayor parte de los elementos reguladores se centran en los aspectos estructurales o de proceso (personal, etc.), se han ido reforzando en los últimos años iniciativas más orientadas a la evaluación de los servicios en cuanto a los resultados de la intervención, a partir de modelos que ponen el énfasis en la calidad de vida, la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias.

5.6. Bibliografía, normativa y recursos en internet

5.6.1. BIBLIOGRAFÍA

- Departament de Benestar Social i Família, Plan de calidad de los servicios sociales de Cataluña 2010-2013. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 84 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: llars residència i pisos amb suport per a persones amb sida. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2009, 106 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: serveis de centres de dia per a gent gran. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 112 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport extens o generalitzat. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 132 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport extens o generalitzat. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 104 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: serveis prelaborals per a persones amb malaltia mental. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 102 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: clubs socials d'atenció a persones amb malaltia mental. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2009, 82 pp.
- Hilarión, P. (coord.), Indicadors de qualitat: serveis residencials assistits per a gent gran. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, 112 pp.
- Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències. Serie: Col·lecció Indicadors, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2009, 122 pp.
- Jimeno, F. M., La acreditación de centros destinados a personas mayores en situación de dependencia: un instrumento al servicio del empleo y la calidad asistencial. *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 2, n.º 2, 2017, pp. 114-127.
- Manual de qualitat del Servei Bàsic d'Ajuda a Domicili. Documents tècnics i de gestió de la Xarxa local SAD. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2011, 134 pp.
- Martínez, T., Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriátría*, vol. 31, n.º 3, 2017, pp. 83-89.
- Martínez, T., Uso y utilidades de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP. Serie: Informes ACP-Gerontología n.º 6, Oviedo, ACP Gerontología, 2018, 16 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Garantía de calidad-Kalitatea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Donostia-San Sebastián, Fundación Eguía-Careaga, 2009, 72 pp.

- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles? Serie: Zainduz Cuadernos Técnicos, Donostia-San Sebastián, Fundación Eguía-Careaga, 2011, 75 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Afectividad y sexualidad. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 88 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Apoyo conductual positivo = Hobeto bizitzea. Jokabideari lotutako laguntza positiboa. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad = Praktika Onak Ezinduei Emandako Arretan, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 54 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 86 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad = Hobeto bizitzea. Egoitza arreta nola ulertzen dugun. Ezinduentzako kalitatezko arreta lortzeko oinarritzko jarraibideak. Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 243 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Cómo garantizar el respeto a la dignidad, la intimidad y la autonomía en la atención personal. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 96 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Cómo promover el bienestar emocional. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 95 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Daño cerebral adquirido: claves para la prestación de apoyos y para la promoción de la autonomía. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 116 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Estrategias reactivas = Hobeto bizitzea. Estrategia erreaktiboak. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad = Praktika Onak Ezinduei Emandako Arretan, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 45 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Evaluación funcional de conductas problemática = Hobeto bizitzea. Jokabide problematikoen ebaluazio funtzionala. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad = Praktika Onak Ezinduei Emandako Arretan, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 49 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Hacia una comunicación efectiva. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2012, 94 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios, Vivir mejor. Planificación esencial del estilo de vida = Hobeto bizitzea. Bizitza estiloaren funtsezko plangintza. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad = Praktika Onak Ezinduei Emandako Arretan, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2011, 66 pp.

Pla de la inspecció general de serveis (2016-2017). Valencia, Generalitat de la Comunitat Valenciana, 2015, 53 pp.

Plan de calidad e inspección de servicios sociales en la comunidad de Madrid 2017-2018. Datos de ejecución a fecha 31 de diciembre de 2017. Madrid, Comunidad de Madrid, 2017, 5 pp.

Plan de calidad e inspección en materia de servicios sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2017-2018. Orden 1129/2017, de 3 de julio. (BOCM 13 julio de 2017). Madrid, Comunidad de Madrid, 2017, 31 pp.

16.^a Edició del Cercle de comparació intermunicipal de serveis socials. Resultats any 2016. Barcelona, Diputació Barcelona, 2017, 174 p.

5.6.2. NORMATIVA

(Proyecto) Decreto de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Borrador del Decreto de Autorización de residencias y servicios para mayores en el País Vasco. Septiembre 2017.

Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. DOGC, 20 de octubre de 2010.

Decreto 205/2015, de 15 de septiembre, del régimen de autorización administrativa y de comunicación previa de los servicios sociales y del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales. DOGC, 17 de septiembre de 2015.

Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales. DOGC, 18 de octubre de 2007.

Ley 16/1996, de 27 de noviembre, de actuaciones inspectoras y de control en materia de Servicios Sociales. DOGC, 6 de enero de 1997.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE, 15 de diciembre de 2006.

Orden BSF/35/2014, de 20 de febrero, por la que se actualizan los criterios funcionales de los servicios de los centros residenciales para personas mayores de la Cartera de servicios sociales. DOGC, 26 de febrero de 2014.

Orden CDS/810/2016, de 18 de julio, por la que se aprueba el plan de inspección de centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón para el periodo 2016-2018. BOA, 5 de agosto de 2016.

Orden TSF/197/2017, de 22 de agosto, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras para la prestación de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para el año 2017. DOGC, 28 de agosto de 2017.

Orden Foral 448/2017, de 19 de diciembre, del Consejero de Derechos Sociales, por la que se aprueba el Plan de Inspección en materia de Servicios Sociales en Navarra, para el año 2018. BON, 31 de enero de 2018.

Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo

Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE, 17 de diciembre de 2008.

Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE, 5 de junio de 1995.

Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. BOE, 6 de junio de 1995.

Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad. BOE, 9 de septiembre de 2008.

Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. BOE, 15 de diciembre de 2011.

Resolución de 30 de septiembre de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE, 7 de noviembre de 2011.

5.6.3. RECURSOS EN INTERNET

<http://www.acpgerontologia.com/>

<https://www.ifbscalidad.eus/>

<https://www.ifbscalidad.eus/es/instrumentos/-manual-de-estandares-servicios-residenciales/104/>

<https://www.ifbscalidad.eus/es/instrumentos/manual-de-calidad-para-servicios-de-informacion-y-asesoramiento/109/>

<https://www.ifbscalidad.eus/es/instrumentos/manual-de-estandares-de-servicios-de-dia/105/>

<https://www.ifbscalidad.eus/es/instrumentos/manual-de-estndares-de-servicios-sociales-comunitarios/126/>

http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/index.htm

<https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>

06. FRANCIA

6. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN FRANCIA

6.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Francia

6.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA

El modelo francés de protección social es del tipo bismarckiano y se basa, por tanto, en el reconocimiento de determinados riesgos sociales (enfermedad, desempleo, envejecimiento...) que conforman el sistema de la Seguridad Social. En este contexto, en Francia, la vía “lógica” para abordar la problemática de la dependencia hubiera sido reconocerla como un riesgo social atendido a través de un seguro social propio, como ya sucede en países como Alemania o Austria.

Sin embargo, el abordaje concreto de la atención a la dependencia se ha resuelto, en el país galo, mediante un sistema híbrido, vertebrado en torno a la Prestación para la Autonomía y la Atención a las Personas Dependientes APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Dicha prestación no es estrictamente una prestación de asistencia social, pero tampoco se incorpora al sistema de la Seguridad Social puesto que no se ha creado un verdadero seguro social específicamente dedicado al riesgo de dependencia.

Cabe citar, igualmente, que el sistema de atención a la dependencia de las personas mayores en Francia presenta unas características distintas a la atención a las personas adultas con discapacidad, centrándose el presente capítulo únicamente en las características del sistema específicamente destinado a las personas mayores.

6.1.1.1. ESTRUCTURA COMPETENCIAL

Este sistema de atención a la dependencia, vertebrado en torno a la APA, comparte unas condiciones idénticas en todo el territorio, respondiendo al modelo republicano francés de igualdad en todo el territorio nacional. Sin embargo, la propia gestión de la prestación no recae en las estructuras estatales, sino que es competencia, fundamentalmente, de la administración regional (départements). También juegan, sin embargo, un papel importante en este ámbito las agencias regionales de Salud, de ámbito estatal, y la Agencia Nacional de la Evaluación y la Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM), también de ámbito estatal.

En el siguiente cuadro se detallan las competencias que sumen las principales entidades implicadas en el sistema francés de atención a los cuidados de larga duración.

Tabla 19. Distribución competencial y funciones de las principales entidades implicadas en el sistema de dependencia en Francia

Organismos	Funciones y competencias
Administración regional (départements)	- Diseño e implementación de la acción social a favor de las personas mayores y de sus cuidadores familiares. - Coordinación de las acciones de los distintos intervinientes del ámbito social y sociosanitario. - Gestión de las solicitudes individuales de la APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), elaboración del plan individual de atención y decisión sobre otorgar o no la APA. - Financiación (mayoritaria) de la APA. - Pago de tarifa de hospedaje en el marco de la atención residencial, cuando la persona usuaria carezca de recursos suficientes. - Autorización y acreditación de los centros o servicios ubicados en su ámbito territorial. - Firma de los convenios COPM para las residencias asistidas, junto con la administración estatal. - Control del cumplimiento de las reglas relativas a las ayudas de su competencia.
Administración estatal	- Regulación general del sistema. - financiación (parcial) de determinadas prestaciones destinadas a las personas mayores y a las personas con discapacidad (allocation simple aux personnes âgées, allocation différentielle aux adultes handicapés, gastos de atención sanitaria, etc.).
Agencias Regionales de Salud ARS (administración estatal)	- Autorización de determinados tipos de servicios y centros. - Firma de los convenios COPM para las residencias asistidas, junto con las administraciones regionales. - Inspecciones periódicas en los centros y servicios sociosanitarios.

Organismos	Funciones y competencias
Seguridad social (Assurance maladie)	▪ Pago del forfait soin (cuidados médicos), en el marco de la atención residencial, directamente al centro residencial.
Agencia Nacional de la Evaluación y la Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM)	- Definición de las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario (personas mayores y personas con discapacidad). - Definición de criterios para el desarrollo de evaluaciones de centros y servicios. - Habilitación de los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios (desde 2018, recae en la Haute Autorité de Santé).
Entidades privadas de certificación	- Aplicación de sistemas de certificación homologados por las administraciones públicas, cuyo cumplimiento exonera de la obligatoriedad de realizar una evaluación externa.

6.1.1.2. MARCO NORMATIVO

El denominado Code de l'action sociale et des familles—en adelante el Código— constituye el marco normativo en el que se recopilan y centralizan todos aquellos aspectos normativos que regulan la acción social y de atención a las familias, tales como:

- autorización y acreditación de servicios (artículo L313 del Código);
- procesos de evaluación interna y externa de los centros y servicios (L 312-8);
- definición de las competencias departamentales en acción social (L. 113-2);
- definición de la prestación APA (art. L232-1 y posteriores);
- aspectos técnicos de organización y funcionamiento de los servicios a domicilio (Anexo 3-0) y de los centros (art. D312);
- regulación de los planes de atención individualizados en centros residenciales (art D232-20);
- derechos y obligaciones de los centros y servicios sociales y sociosanitarios (R 313);
- derechos y obligaciones de las personas usuarias (L 311-3).

Además, a la hora de destacar las leyes que regulan específicamente el sistema de atención a la dependencia en Francia, cabría destacar principalmente las siguientes normas:

- Ley N.º 2001-647 de 20 de julio de 2001 relativa a la asunción de responsabilidad por la pérdida de autonomía de las personas mayores y al subsidio personalizado de autonomía la ley 2001-647 procedió a la creación de la APA, una nueva

prestación para la autonomía y la atención a las personas dependientes, como eje vertebrador del sistema de atención a la dependencia. Como se ha señalado previamente, esta nueva prestación no se incorporó al sistema de Seguridad Social francés, pudiéndose calificar como una prestación social “híbrida”:

- por una parte, tiene los rasgos típicos de una prestación de Seguridad Social, puesto que se trata de una prestación nacional y universal, cuyo acceso no está condicionado por el nivel de recursos;
 - por otra, tiene rasgos asistenciales al tratarse de una prestación no contributiva, gestionada y financiada –mayoritaria, aunque no totalmente– a nivel regional (départements).
- LOI n.º 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. La ley 2015-1776 apuesta por una aproximación integral al problema de la dependencia, no solamente focalizada en la mejora de la APA, fundamentalmente en lo que se refiere a la atención a domicilio, sino que apuesta por una estrategia integral de prevención de la dependencia, así como todo un conjunto de acciones de adaptación del entorno al envejecimiento de la población (viviendas adaptadas, medios de transporte, urbanización, planes contra el aislamiento social, etc.). En el caso concreto del sistema de protección social, la reforma de 2015 plantea las siguientes novedades:
- *Prevención.* Se prevén nuevos tipos de financiación para las personas mayores frágiles, entre otras, ayudas individuales para productos de apoyo, y ayudas colectivas para las “résidences autonomie” (conjuntos de viviendas sociales de alquiler moderado para las personas mayores, que incluyen servicios colectivos como restaurante, limpieza, actividades recreativas, etc.).
 - *Reforma de la APA y de la regulación de los servicios de atención domiciliaria.* Se aumentan las cuantías máximas para las personas con fuerte dependencia (hasta un máximo de 1.720 euros/mes), así como el número de horas de ayuda a domicilio. También se prevé un régimen único de autorización de servicios.

6.1.1.3. SERVICIOS Y PRESTACIONES

Al contrario de lo que sucede en el Estado español, la ley francesa no establece un catálogo de prestación de servicios y centros propiamente dicho para la atención a la dependencia. La ley 2001-647, que procedió a la creación de la APA, la convirtió en eje vertebrador del sistema de atención a la dependencia en Francia. La prestación APA presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se desarrollan los cuidados:

- Por un lado, la **atención en el domicilio** –à domicile–, que constituye la opción predominante, con el 59% de los casos atendidos. La APA, en esta modalidad,

financia las ayudas necesarias en función de la situación personal de cada persona beneficiaria: horas de ayuda doméstica, servicio de comida a domicilio, telealarma, trabajos de adaptación de la vivienda, etc. Permite igualmente financiar la adquisición de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones, camas medicalizadas, etc.

- Por otro, la dirigida al cuidado en **residencias** –en établissements–, más concretamente al pago de la denominada tarif dépendance. La expresión francesa “Maison de retraite” hace referencia a los centros de personas mayores en general, mientras que, en el caso de los centros residenciales para personas mayores dependientes se habla de “établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes” o EHPAD. Las EHPAD aglutinan el 80% de las plazas residenciales para personas mayores.

El pago de la prestación se realiza mensualmente, bien a la persona dependiente, bien directamente al centro residencial. La cuantía varía en función de tres elementos: el grado de dependencia, el nivel de recursos de la persona beneficiaria y las tarifas de dependencia –tarif dépendance– establecidas por el centro para los diferentes grados de dependencia. El precio de los centros residenciales para personas dependientes se compone de tres elementos diferentes:

- Forfait soins: relativo a los cuidados médicos, la Seguridad Social (Assurance maladie) lo paga directamente al centro residencial.
- Tarif hébergement: incluye los gastos de mantenimiento (limpieza, lavandería, etc.), administración (acogida, personal administrativo, etc.), alimentación, actividades de animación, transporte, etc. Corre a cargo de la persona beneficiaria y suele rondar, de media, los 45 euros diarios. En caso de recursos insuficientes, el departamento regional se hace cargo mediante las ayudas sociales o de garantía de ingresos.
- Tarif dépendance: corresponde a todos los gastos asociados a la realización de actividades de la vida diaria y que no están asociados a los cuidados médicos. Lo fija la administración regional y varía en función del grado de dependencia. Se financia parcialmente por la APA, el resto lo asume la persona beneficiaria –o su familia– en función de los recursos de los que dispone. Una vez descontada la APA, la cuantía media pagada por los usuarios es de 5 euros al día.

Por tanto, estas dos últimas tarifas (hébergement y dépendance) son las únicas que se toman en cuenta para el precio de la residencia y solo la tercera es cubierta por la prestación APA.

Las características principales de la APA se resumen en:

- se trata de una **prestación no contributiva**, financiada principalmente, vía impuestos; de **ámbito nacional**, cuyas condiciones están definidas de manera idéntica en todo el territorio, respondiendo al modelo republicano francés; y de **carácter universal**, puesto que toda persona de edad avanzada residente legal en Francia puede acceder a la misma, sin que esté condicionado al nivel de recursos económicos,
- **condicionada por la edad**: solo las personas mayores de 60 años pueden acceder a la misma. El sistema francés organiza de manera separada la protección de las personas mayores dependientes, de modo que las personas jóvenes y adultas con discapacidad acceden a otra prestación especial para compensar la pérdida de autonomía (PCH *prestation de compensation du handicap*, con condiciones de acceso más exigentes, pero con servicios y cuantías más favorables que la APA),
- el acceso no está condicionado al **nivel de recursos económicos**, pero sí la cuantía de la prestación. La cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona, de modo que la aportación oscila entre el 0% –en el caso de contar con ingresos inferiores a 803 euros/mes– y el 90% –para personas con una renta mensual superior a 2.975 euros– del costo total de la tarifa dependencia. La cuantía máxima del plan individual se fija en 1.720 euros/mes. A ello se suma, como antes se ha señalado, la tarifa hotelera, en caso de que se disponga de recursos.
- constituye una prestación **personalizada**, adaptada a las necesidades propias de la persona y a sus deseos. Igualmente, la libertad de elección del tipo de prestatario de servicios de atención constituye un principio clave del sistema de protección.

La atribución de la prestación se basa en la elaboración de un plan de atención personalizado que comprende diversos aspectos de la situación personal de la persona beneficiaria. La cuantía de la APA es igual al monto del plan de atención, menos la participación requerida a la persona beneficiaria.

6.1.1.4. FORMAS DE PROVISIÓN

En lo que se refiere a las formas de provisión, los centros y servicios de atención a las personas con dependencia pueden estar gestionados directamente por las administraciones públicas o por entidades privadas. Las entidades están sometidas a una serie de reglas específicas de autorización y acreditación, tal y como se explica en los apartados correspondientes (1.2.1 y 1.2.2).

La **libertad de elección** se considera un principio clave de la ordenación del sistema en torno a la APA. Por ello, el equipo sociosanitario del departamento, que evalúa las necesidades de la

persona solicitante y prescribe un plan individualizado con las prestaciones a las que tiene derecho la persona con dependencia beneficiaria de la APA, no puede imponer el tipo de agente que prestará dichos servicios. Esta decisión recae en última instancia en la persona usuaria.

En el caso concreto de los servicios de atención a domicilio, además, la persona beneficiaria puede, en principio, elegir entre:

- Un servicio público o privado autorizado por el departamento, que interviene bien como prestatario del servicio (prestataire) o como intermediario (mandataire). En este último caso, la persona perceptora de la APA es quien emplea a la persona mandada por el servicio de atención a domicilio, que desempeña un papel de intermediación entre ambas partes.
- Contratar libremente a una persona profesional o a un familiar –excepto esposo/a o persona con la que convive–, o pagar un acuerdo de acogimiento familiar.

El plazo legal entre la solicitud y la decisión de atribución de la APA es de dos meses, lo que implica una gestión muy ágil. Transcurrido este plazo, el Conseil Départemental tiene que atribuir una cuantía fija, con carácter temporal, así que no resulta legalmente posible que haya listas de espera de solicitudes no satisfechas durante meses.

6.1.1.5. MODELO DE FINANCIACIÓN

En lo que se refiere al modelo de financiación de la APA, prestación vertebradora del sistema de atención a la dependencia, cabe destacar:

- La financiación del sistema de la APA se realiza vía impuestos, al mantenerse en el ámbito de la asistencia social.
- Actualmente, la carga financiera se reparte fundamentalmente entre las provincias (Départements) y el Estado. Los departamentos regionales soportan el peso más importante de esta financiación, asumiendo hasta dos tercios de la misma.
- La ley prevé también una contribución de los organismos de la Seguridad Social, así como una “contribución de solidaridad” por parte de los trabajadores. Dicha contribución se concreta, en virtud de la **ley 626-2004**,⁸⁵ en que las personas trabajadoras perdieron un día festivo, convirtiéndose dicho día suplementario de trabajo en una aportación –del 0,3% del salario–, pagada por los empresarios, para la financiación del sistema de atención a la dependencia.

⁸⁵ Loi n.º 2004-626 du 30 Juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Como antes se ha señalado, el copago por parte de la persona usuaria o, dicho de otro modo, la cuantía de la prestación percibida, se modula en función de los recursos económicos de la persona. La participación financiera del beneficiario es del 0% si la renta mensual es inferior a 800,53€ y hasta el 90% si la renta mensual es superior a 2.948,16€. Por tanto, el beneficiario puede llegar a recibir solo un 10% del monto indicado para cada grado en la prestación. Entre 800,53€ y 2.948,16€, hay una escala de descuento del 0% hasta el 90%. Cada año se calcula y actualiza la aportación que debe realizar el beneficiario en función de un baremo de ámbito estatal.
- Los denominados services à la personne (una veintena de servicios a domicilio categorizados por el Gobierno central y destinados a personas mayores, personas con discapacidad y menores de tres años), permiten además una reducción o crédito fiscal del 50% para las personas usuarias. En el caso de las personas beneficiarias de la APA, el crédito fiscal se calcula a partir de los gastos realizados en servicios a la persona, tras la deducción de la propia prestación APA. Se pretende con ello hacer aflorar el trabajo doméstico sumergido.

6.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN FRANCIA

Francia cuenta con una población de 67,2 millones de personas (2018). De ellas, tienen más de 65 años cerca de 13,15 millones, lo que representa el 19,6% de la población. El INSEE estima que el porcentaje de personas mayores de 65 será del 32% en 2050 y el número de personas mayores de 85 se multiplicará por cuatro. La esperanza de vida a los 60 años es de 19,5 años más para los hombres y 25,3 para las mujeres.

En lo que se refiere a la cobertura de los diferentes servicios, los datos más relevantes del sistema de atención a la dependencia en Francia son los siguientes:

- En 2016, el gasto en cuidados de larga duración para personas mayores en Francia ascendió a 10.743 millones de euros (160 euros por habitante).
- En cuanto a la cobertura de servicios, la Comisión Europea (2013) cifra en un 3,6 el porcentaje de población que recibe cuidados formales de atención a la dependencia en forma de servicios y/o prestaciones económicas, frente a una cobertura del 7,8% en Bélgica, un 3,6 en Alemania y un 3,2 en España, por citar algunos países descritos en el presente informe.
- La APA cuenta con 1,24 millones de personas beneficiarias (2015); de entre las que en torno a 500.000 se hallan en instituciones residenciales y 740.000 corresponden a personas usuarias de la asistencia domiciliaria (59% de los beneficiarios de la prestación). En cuanto al grado de dependencia, entre las personas perceptoras en

domicilio, el 18% son personas con dependencia severa y el 59% son personas con dependencia moderada. En residencias, las proporciones se invierten, de modo que el 59% de los beneficiarios de APA presentan dependencia severa y el 23% dependencia moderada.

- En torno al 76% de las personas que solicitan APA a domicilio lo obtienen, mientras que en el entorno residencial esta cifra se eleva hasta el 90%.
- En cuanto a la atención residencial, en 2016 se contabilizaron 600.400 plazas en servicios residenciales para personas mayores dependientes (el 80% de las plazas residenciales para personas mayores), con un gasto estimado de 9.100 millones de euros. De este gasto, el 54% corresponde a centros de titularidad pública.
- El importe medio del subsidio APA es de 500€, de lo que se deduce que buena parte de los beneficiarios tienen que pagar una parte considerable del costo de los servicios, especialmente cuando la atención se presta en centros residenciales. En este último caso, se estima que las personas atendidas en estos centros asumen un gasto que representa un promedio de 1.400€/mes. Si se tiene en cuenta que la pensión media de jubilación es de 1.376€ (brutos) resulta extremadamente difícil para muchas personas de edad avanzada y sus familias cubrir el gasto financiero que supone una atención adecuada. Por ello, una parte importante del cuidado a las personas mayores dependientes se mantiene en la esfera del cuidado informal.

6.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia

El enfoque francés de la calidad centra su atención principalmente en la persona usuaria. En este sentido, podríamos afirmar que la calidad del sistema se sustenta en mayor medida en la evaluación de resultados que en la regulación de requisitos previos; es decir, se hace un mayor hincapié en los *outputs* del sistema que en sus *inputs*. En este contexto, resulta un tanto artificial desligar tanto la regulación y la autorización de la posterior evaluación, en cuanto que se concibe como un sistema integral orientado al bienestar de la persona usuaria y a la mejora de la calidad de la atención, hasta el punto de que la normativa establece que los mecanismos de evaluación constituyen un imperativo legal para la obtención de las autorizaciones y habilitaciones correspondientes.

Por último, tal y como se ha avanzado en la introducción, el sistema de atención a la dependencia francés se vertebra, fundamentalmente, en torno a la prestación APA, en su doble vertiente, la atención residencial y la atención en el domicilio. En consecuencia, gran parte de los aspectos analizados reproducen este esquema dual entre ambos tipos de asistencia, tanto en institución como en el hogar.

6.2.1. AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

6.2.1.1. AUTORIZACIÓN

Las competencias de autorización de los centros o servicios de atención a la dependencia corresponden, en principio, a la administración regional en la que se ubica el servicio. Sin embargo, en función del tipo de servicio o centro, es habitual que la autorización deba contar con la aprobación de la administración estatal (Código art. R 313-7). Así, en el caso de los **centros residenciales** en general –maisons de retraite–, se requiere una autorización de apertura otorgada por la administración central (ministerio correspondiente o Agencia Regional de Salud ARS) y/o la administración regional, dependiendo del tipo de centro. En el caso concreto de las residencias para personas dependientes (EHPAD), además de la autorización, estas deben firmar una convención plurianual de objetivos y medios (CPOM) –antes tripartita– con la ARS correspondiente, con el departamento regional y con otras administraciones implicadas, si las hubiere.⁸⁶

La autorización de funcionamiento para la puesta en marcha de un centro o servicio de atención a la dependencia se otorga siempre que el proyecto solicitante reúna las siguientes características:

- Cumple con las reglas de organización y funcionamiento previstos y contempla el cumplimiento de los correspondientes mecanismos de evaluación y sistemas de información (artículos L312-8 y -9 del Código).
- Responde a las especificaciones técnicas previstas por la normativa (cahier de charges reguladas mediante órdenes de 1999, 2011 y 2017).⁸⁷
- En el caso de que la solicitud se refiera a proyectos que prevén percibir financiación pública, la autorización debe tener en cuenta, además, la compatibilidad de los objetivos del proyecto con las necesidades sociosanitarias fijadas por los planes regionales.

La autorización se otorga por un periodo de 15 años. Esta se renueva tácitamente salvo si, en vista de los resultados de la evaluación externa, se notifica al centro lo contrario, al menos un año antes de la fecha de renovación. La renovación de la autorización está totalmente supeditada a los resultados de la evaluación externa⁸⁸ (art. L313-1 del Código).

En cuanto a su tramitación, la autorización se otorga o deniega en un plazo máximo de seis meses a partir de la solicitud. El silencio administrativo equivale a la no autorización. Por otra parte, la autorización caduca en cuatro años si no se procede a la apertura del centro o servicio en dicho periodo. En aquellos casos en que la apertura no precisa de trabajos de construcción ni de reforma, este plazo puede ser inferior, pero en ningún caso puede ser menor a

86 Ver apartado relativo a la acreditación para más información sobre el Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM.

87 Ver apartado relativo a la acreditación (1.2.2.) para más información sobre los Cahier des charges.

88 Ver apartado relativo a la evaluación externa (1.2.4.2.) para más información.

tres meses. Dos meses antes de la puesta en marcha del centro o servicio autorizado, la(s) autoridad(es) competente(s) realizan una visita para otorgar la conformidad a su apertura.

En el caso de los servicios **de atención a domicilio**, todas las actividades de atención a la persona pueden ser objeto de una declaración –declaration–, incluso aquellas que requerirán una autorización posterior para su ejercicio. Esta declaración permite acceder a los beneficios fiscales y sociales a los que tienen derecho los organismos que desarrollan servicios a la persona y sus personas usuarias.⁸⁹

En cuanto al proceso de autorización,⁹⁰ desde la entrada en vigor de la ley 2015-1776 de adaptación de la sociedad al envejecimiento, las competencias se distribuyen en:

- las actividades de atención a las personas mayores o con discapacidad a domicilio, en modo prestatario⁹¹ se enmarcan en el régimen de autorización dependiente de los departamentos,
- recae en el Estado la acreditación de los servicios a domicilio destinados a personas con dependencia, en la modalidad obligatoria.⁹²

6.2.1.2. LA REGULACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS

Tal y como se ha indicado anteriormente, conviene destacar que resulta un tanto artificial desligar la regulación de los procesos de autorización y acreditación de la posterior evaluación, en cuanto que los mecanismos de evaluación constituyen un imperativo legal para la obtención de las autorizaciones y habilitaciones correspondientes.

Partiendo de esta base, se detallan a continuación determinados aspectos de la regulación de los centros y servicios de atención a la dependencia que se consideran vinculados, en cierto modo, a la calidad de la atención. Al tratarse, como se han indicado anteriormente, de aspectos vinculados entre sí, muchos de estos se repetirán a lo largo del resto de apartados, tanto de autorización y acreditación como de la evaluación.

a) Derechos de las personas usuarias

El enfoque francés de la calidad se centra en la persona usuaria y, en consecuencia, considera más a los resultados de la atención que al establecimiento previo de requisitos técnicos. En

89 Ver listado de actividades susceptibles de solicitar una declaración.

90 Ver listado de actividades de servicio a domicilio sometidas a autorización.

91 En el modo prestatario, la persona usuaria compra una prestación realizada en su domicilio por una trabajadora contratada por el organismo correspondiente.

92 En la modalidad obligatoria, la persona usuaria contrata directamente al profesional que realiza la prestación en domicilio, de entre aquellas candidaturas que el organismo mandatario selecciona y presenta.

este contexto, los derechos de la persona usuaria constituyen un eje principal del sistema. El Código de acción social y de las familias les dedica un artículo específico (L 311-3) a los derechos de las personas usuarias de las entidades sociales y sociosanitarias autorizadas, indicando que estas deben asegurar a la persona usuaria una atención basada en los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad, integridad, vida privada, intimidad y seguridad de la persona usuaria.
- Libertad de elección de los servicios.
- Personalización de la asistencia, que promueve el desarrollo, la independencia y la integración, y que respeta el consentimiento informado.
- Confidencialidad de las informaciones sobre la persona beneficiaria.
- Acceso a las informaciones por parte de la persona interesada (derechos de base, protección jurídica y contractual, vías de recurso, etc.).
- Participación en la creación y puesta en marcha de los planes individuales.

Si bien no tiene carácter normativo, y no puede por tanto considerarse parte de la normativa básica, otro de los textos de referencia con relación a los derechos de las personas usuarias, en este caso específicamente las personas mayores, lo constituye la **Carta de derechos de las personas mayores** (Charte des droits des personnes âgées). Fue elaborada en 1999 conjuntamente por la Fundación Nacional de Gerontología y el Ministerio de Empleo y Solidaridad. Su objetivo es reconocer a la persona mayor dependiente como un sujeto de derecho. Pone el acento en la calidad de vida en el contexto residencial y sus principales puntos se resumen en:

- libre elección del modo de vida;
- domicilio y entorno adaptados a los deseos y necesidades de la persona;
- fomento de la participación, la libertad de comunicación y vida social;
- mantenimiento de las relaciones familiares y de amistad;
- poder de decisión sobre sus patrimonio e ingresos disponibles;
- promoción de la actividad personal;
- libertad de conciencia y creencia religiosa;
- promoción de la autonomía y prevención de la dependencia;
- acceso a los servicios necesarios;
- cualificación de los y las profesionales implicadas;
- respeto y asistencia en la fase final de la vida;
- prioridad a la investigación multidisciplinar sobre el envejecimiento y la dependencia;
- ejercicio de derechos y protección legal de la persona;
- información y sensibilización social sobre las dificultades de las personas dependientes.

b) Obligaciones de las entidades y requisitos funcionales

Para el cumplimiento de dichos principios y/o derechos de la persona usuaria, el centro autorizado debe poner en marcha, fundamentalmente en el caso de las residencias, los siguientes mecanismos:

- **Contrato de estadía (Contrat de séjour):** las residencias deben firmar un contrato de estadía con cada persona residente. Este contrato tiene por objetivo garantizar los derechos de las personas residentes, mediante su reflejo escrito en el mismo. También debe plasmar la naturaleza de las prestaciones ofrecidas, así como su precio. El contrato debe detallar, al menos:
 - definición de los objetivos de la atención y prestaciones a recibir;
 - duración del alojamiento (en principio indeterminado, salvo que la persona desee una estancia temporal inferior a seis meses);
 - descripción de las condiciones de estancia y acogida;
 - condiciones y modalidades de revisión del contrato;
 - lista de prestaciones ofertadas y su precio (alojamiento, alimentación, lavandería, atención médica, animaciones, etc.).
- **Plan individualizado de atención:** las entidades sociales y sanitarias deben establecer un proyecto de acompañamiento personalizado, adaptado a las necesidades de la persona usuaria e incluyendo un proyecto de cuidados y proyecto de vida que fomente el ejercicio de sus derechos. Este documento individual de atención, elaborado junto con la persona usuaria o su representante, establece los objetivos y la naturaleza del conjunto de cuidados, respetando los principios éticos, las recomendaciones profesionales, y las finalidades y objetivos de la organización. Establece también la lista y naturaleza de los servicios ofertados, así como la estimación de su costo (D. 331 del Código).
- **Consejo de la vida social (Conseil de la vie sociale):** la creación de un Consejo de la vida social es obligatoria en las residencias asistidas para personas mayores con dependencia (EHPAD). Este Consejo debe participar en la elaboración o modificación del Reglamento interno de funcionamiento y del proyecto de centro (projet d'établissement). El Consejo ofrece sus propuestas sobre todas las cuestiones relativas al funcionamiento, principalmente:
 - organización interna y vida cotidiana;
 - actividades, animaciones socioculturales y servicios terapéuticos;
 - equipamiento;

- naturaleza y precios de los servicios ofrecidos;
- realojamiento en caso de reforma o cierre, etc.;

El Consejo se compone de, al menos: dos representantes de las personas residentes; un representante de las familias o representantes legales; un representante del personal; y un representante del consejo de administración del centro. El mandato es de al menos un año y máximo tres, renovables. El Consejo se reúne un mínimo de tres veces al año.

- **Reglamento interno de funcionamiento (Règlement de fonctionnement):** todo centro o servicio social o sociosanitario debe contar con un reglamento interno en el que se hagan constar los derechos y obligaciones de las personas usuarias. El reglamento interno de funcionamiento del centro lo redacta el órgano gestor, tras consulta con los representantes de los trabajadores y del Consejo de la vida social (Código, art. L.311). Cada residente recibe una copia del reglamento interno de funcionamiento del centro en el momento de la firma del Contrato de Alojamiento. El Reglamento interno, que se revisa al menos cada cinco años, detalla al menos:
 - reglas básicas que regulan la vida colectiva (reglas de comportamiento, respeto a las normas de convivencia, requisitos de acceso a los servicios, normas de higiene, relación con el personal);
 - mecanismos previstos para el ejercicio de derechos, especialmente la participación de la persona usuarias en el funcionamiento del servicio, los grupos de expresión, la participación familiar, etc.;
 - organización y uso de los locales y espacios;
 - disposiciones relativas a desplazamientos, organización de transportes y acceso a prestaciones ofertadas fuera del centro;
 - mecanismos relativos a la seguridad de las personas y bienes;
 - medidas a adoptar en caso de emergencia o situaciones excepcionales;
 - disposiciones relativas al ejercicio de la libertad de movimiento de los residentes.
- **Folleto de acogida (Livret d'accueil):** con el fin de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de la persona usuaria mencionados en el Código (L 311-3) y, en consecuencia, prevenir todo riesgo de maltrato, las personas usuarias –o sus representantes legales– deben recibir un folleto de acogida donde se expliciten dichos derechos. Cada residente recibe una copia del reglamento interno de funcionamiento del centro al firmar el contrato de alojamiento. Además, debe estar visible en los

locales del centro o servicio, disponible para toda persona usuaria o trabajadora del mismo.

- **Persona cualificada** (Personne qualifiée): la ley 2002-2 prevé una figura de “persona cualificada o mediadora” en residencias, cuya función es asegurar que las personas residentes puedan hacer valer sus derechos gratuitamente. La persona residente o su representante legal deben elegir a la persona cualificada de entre los nombres de una lista establecida conjuntamente por el prefecto –administración central– y el presidente del Conseil General –administración regional–, que se adjunta al folleto de acogida o se halla disponible en el centro. Esta persona cualificada no tiene relación alguna con la denominada persona de confianza, que es la persona cercana que designa el usuario (pareja, familiar, médico de confianza, etc.).

Además, al objeto de **mejora de la calidad de vida** de las personas usuarias, la Orden de 1999,⁹³ establece que con el fin de garantizar un buen estado de salud y fomentar la autonomía social, los centros deben:

- Mantener los lazos sociales y afectivos de la persona mayor con su entorno.
- Preservar un espacio privado, considerado como una transposición al centro del domicilio de la persona residente. Debe, por tanto, ser personalizable permitiendo la incorporación de mobiliario, fotos, objetos personales, etc. y deben permitir, asimismo, que las personas usuarias puedan recibir visitas.
- Garantizar un sentimiento de seguridad, incluyendo la seguridad frente a las posibles agresiones de otros residentes.
- Conciliar la sensación de seguridad con la de libertad.
- Mantener los signos en los que se cimenta la identidad del residente (nombre, presencia de la historia individual, mobiliario personalizado, asistencia al culto, etc.).
- Poner a disposición, en la medida de lo posible, los elementos técnicos de comunicación (teléfono, televisión) en la propia habitación, sin que estén sujetos a un determinado horario colectivo.
- Fomentar relaciones sociales en el centro (participación en actividades, rol social, apertura a la vida local).

93 Arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l’art. 5-1 de la loi n.º 75-535 du 30 Juin 1975 relatives aux institutions sociales et médicosociales. Modifié par arrêté 2004-08-13 art. 1 JORF le 22 Septembre 2004.

- Facilitar las ayudas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Permitir y favorecer el acceso a determinadas prestaciones externas: peluquería, estética, etc.

Finalmente, el **Catálogo mínimo de prestaciones** que deben prestar las residencias asistidas (EHPAD) viene determinada en el Anexo 2-3-1 del Código. El catálogo incluye:

- Prestaciones de administración general: gestión relativa a la estancia, elaboración y seguimiento del contrato de estadía (contrat de séjour).
- Prestaciones de servicios hoteleros: habitación (individual o doble), acceso a un baño (con al menos un lavabo, una ducha y aseo), suministro de energía (electricidad, agua, gas, calefacción...) en la habitación y resto de estancias, limpieza de las habitaciones, equipamiento necesariamente vinculado al edificio, mantenimiento del edificio, las instalaciones técnicas y los espacios verdes, toma de instalación para TV y teléfono en la habitación, acceso a internet en el centro, sistema de aire acondicionado el de terminadas piezas, etc.
- Prestaciones de alimentación: acceso a un servicio de alimentación con tres comidas principales, merienda y posibilidad de un aperitivo nocturno.
- Prestaciones de lavandería: ropa de cama y toallas su mantenimiento.
- Prestación de animación de la vida social: acceso a animaciones colectivas y a las actividades organizadas en el establecimiento, y organización de actividades exteriores.

En el caso de los **servicios de atención en el domicilio**, es la Orden del 26 de diciembre de 2011 la que, en el denominado cahier de charges, establece las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento que estas deben cumplir para obtener la habilitación:⁹⁴

- Marco general de intervención (respeto a la intimidad y elecciones de la persona, respeto al ejercicio de derechos y libertades, conocimiento del contexto local, garantía de una prestación de calidad, mantenida en el tiempo y justificar su efectividad en el marco de los controles y procedimiento previstos a tal efecto, etc.).
- Acompañamiento (acogida de la persona acompañada, análisis de la demanda y propuesta de una intervención, consentimiento de la persona acompañada...).
- Seguimiento (designación de una persona interlocutora de referencia dentro del ser-

94 Anexo 3-0 del Code d'action sociale et des familles.

vicio, evaluación periódica de la situación individual, tratamiento de quejas, detección de situaciones de maltrato...)].

- Selección y cualificación de personal: En Francia se exige una titulación específica para las prestaciones de ayuda y acompañamiento en el domicilio, bien se trate de servicios públicos o privados.⁹⁵ Este tipo de tareas las deben realizar auxiliares de vida social, acompañantes educativos y sociales o asistentes personales. Se detallan tanto el tipo de cualificación requerida, así como las posibilidades de certificación alternativas (experiencia previa y/o formación).⁹⁶
- Mejora continua de la prestación: la entidad responsable debe, entre otras cuestiones:
 - Mantener al día un histórico de las intervenciones llevadas a cabo.
 - Disponer de una Carta de Calidad y/o adherirse a la Carta Nacional de Calidad de servicios a la persona (Charte nationale de qualité des services à la personne).⁹⁷
 - Realizar, al menos una vez al año, una encuesta de satisfacción entre las personas usuarias.
 - Realizar, al menos una vez al año, un seguimiento interno del cumplimiento de los términos establecidos en el Cahier des Charges y de la Carta de Calidad.
 - Tomar en cuenta las Recomendaciones de buena práctica de la Haute Autorité Santé (antes ANESM) sobre la atención a personas mayores o con discapacidad.⁹⁸

c) Requisitos técnicos

Los requisitos técnicos que deben cumplir las **residencias destinadas a personas mayores** vienen determinados por un conjunto de normas, así como de recomendaciones de buena práctica, que sin tener rango normativo, constituyen una referencia para la firma de las convenciones prescriptivas para el funcionamiento de los centros residenciales. Así, de la combinación de la Orden de requisitos (Arrêté du 26 avril 1999) y las recomendaciones de buena práctica de la ANESM se derivan una serie de requisitos en cuanto a los requisitos estructurales:

- Orden del 26 de abril de 1999 que fija el contenido de las especificaciones de la convención plurianual prevista en el artículo 51 de la Ley 75-535 de 30 de junio de 1975

⁹⁵ No se establecen requisitos en cuanto a la cualificación de los cuidadores a domicilio contratados de manera privada.

⁹⁶ Para más información ver la parte relativa a la Regulación (1.2.1.2).

⁹⁷ Ver el apartado relativo a la Certificación (1.2.3.3) para más información.

⁹⁸ Para más información ver la sección sobre Recomendaciones de Buena Práctica (1.2.3.2.).

sobre instituciones sociales y sociosanitarias. Modificada por Orden 2004-08-13 (JORF de 22 de septiembre de 2004).⁹⁹

Esta orden detalla las especificaciones normativas, así como recomendaciones de buena práctica, orientadas al cumplimiento de criterios de funcionamiento, mejora de la calidad de la atención y cumplimiento de objetivos establecidos en los contratos plurianuales. La Orden también propone una lista de indicadores de evaluación.

La propia norma admite que las recomendaciones constituyen referencias cualitativas “flexibles”, con un claro margen de interpretación y adaptación. El texto preveía la aprobación de normas técnicas de funcionamiento obligatorias para la autorización, vía decretos. Sin embargo, esta regulación no se ha llegado a plasmar en la práctica, probablemente, por la consideración de que el establecimiento de normas obligatorias daría lugar a un sistema rígido que no se adecua a las necesidades de las personas mayores, a las necesidades de planificación ni a la diversidad de centros de atención que se han ido desarrollando en un entorno en constante cambio.

- Recomendaciones de la Agencia Nacional de Evaluación y de Calidad de los Centros y Servicios Sociales y Sociosanitarios ANESM.

La Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM) se creó en 2007, a raíz de la obligación de evaluación establecida por la ley 2002-2 para los establecimientos y servicios sociales y médico-sociales ESSMS. A partir de la citada ley, los ESSMS deben proceder a la evaluación interna y externa de sus actividades y de la calidad de los servicios que prestan.

Los requisitos establecidos en ambas normas se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 6. Requisitos técnicos de las estructuras residenciales en Francia¹⁰⁰

Ámbito
Entorno arquitectónico
Espacios privados
Espacios colectivos
Temperatura

⁹⁹ A pesar de que la posterior ley 1776-2015 supuso una derogación de las principales medidas previstas en dicha orden, estas se siguen aplicando en el contexto de los centros residenciales para personas mayores con dependencia.

¹⁰⁰ Orden del 26 de abril de 1999.

d) Requisitos relativos a la dotación y cualificación del personal

En el caso de las residencias de personas mayores, el Código de Acción Social y Familias¹⁰¹ establece las siguientes especificaciones en términos de personal:

- Para llevar a cabo su misión, además del director y del personal administrativo, el centro residencial asistido debe contar con un equipo multidisciplinar que cuente al menos con un médico coordinador, un profesional de enfermería, auxiliares sanitarios, profesional de psicología, acompañantes educativos y personal psicoeducativo.
- En el caso de unidades reforzadas –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. Se exigen también que todo el personal de la unidad cuente con formación sobre enfermedades neurodegenerativas, en general, y especialmente en el tratamiento de problemas de comportamiento.
- Del director depende la organización y mantenimiento general del centro. En cuanto a la formación, en el caso de las residencias asistidas públicas, debe poseer formación específica de la Escuela de Estudios Superiores en Salud Pública EHESP Existe igualmente un certificado de aptitud para las funciones de director de centro o servicio de intervención social (CAFDES), que es la única titulación estatal del sector, pero cuya obtención no es obligatoria para ejercer funciones de director en una residencia del sector asociativo o empresarial.
- Todo centro residencial para personas mayores con dependencia debe contar con un profesional médico coordinador. Este profesional debe tener una titulación especializada en geriatría o gerontología y/ o en gestión de residencias para personas dependientes.
- La normativa [Código Art. L 313-12] establece que la presencia de este personal médico coordinador, en sus funciones de coordinación del centro, no puede ser inferior a:
 - Un equivalente a tiempo completo (TC) de 0,25 para centros con una capacidad autorizada inferior a 44 plazas.
 - Equivalente a TC de 0,40 en centros con una capacidad entre 45 y 59 plazas.
 - Equivalente a TC de 0,50 en centros con una capacidad entre 60 y 99 plazas.
 - Equivalente a TC de 0,60 en centros con una capacidad entre 100 y 199 plazas.
 - Equivalente a TC de 0,80 en centros con una capacidad igual o superior a 200 plazas.

101 D312-10 y L 313-12.

- El Código detalla también (artículo D312-158) las funciones de coordinación de dicho personal médico: elaboración del proyecto de cuidados, su evaluación y seguimiento, control de la adecuación de las nuevas admisiones a la capacidad del centro, evaluación de la situación individual de los residentes, supervisión de la aplicación de las buenas prácticas geriátricas, etc. Se especifica que este médico coordinador no puede asumir las funciones de dirección del centro.
- La ley 2002-2 prevé una figura de “persona cualificada o mediadora” en residencias (personne qualifiée). Su función es asegurar que las personas residentes puedan hacer valer sus derechos gratuitamente. La persona residente o su representante legal deben elegir a la persona cualificada de entre los nombres de una lista establecida conjuntamente por el prefecto –administración central– y el presidente del Conseil General –administración regional–, que se adjunta al folleto de acogida o se halla disponible en el centro. Esta persona cualificada no tiene relación alguna con la denominada persona de confianza, que es la persona cercana que designa el usuario (pareja, familiar, médico de confianza, etc.).

En cuanto al personal de **prestaciones de ayuda y acompañamiento en el domicilio**, en Francia se exige una titulación específica, tanto si se trata de servicios públicos como privados.¹⁰² Este tipo de tareas las deben realizar profesionales auxiliares de vida social, acompañantes educativos y sociales o asistentes personales.¹⁰³

El título de referencia para ejercer esta profesión es Diploma de Acompañante Educativo y Social (Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social - DEAES), especialidad “acompañamiento de la vida en domicilio”, regulado por el Decreto n.º 2016-74 de 29 de enero 2016, que señala que el diploma de Acompañante Educativo y Social certifica las competencias necesarias para realizar un acompañamiento social a diario, con el objeto de compensar las consecuencias de una discapacidad –independientemente de su origen o naturaleza–, o las dificultades vinculadas a la edad, a la enfermedad, o al modo de vida, o las consecuencias de una situación social de vulnerabilidad, para permitir a la persona definir y llevar a cabo su proyecto de vida.

Existen otras titulaciones que permiten ejercer esta profesión, siempre y cuando estén inscritas en el repertorio nacional de certificados profesionales y acrediten disponer de competencias en el ámbito sanitario, médico-social o social, tal y como señala el decreto n.º 2016-502 de 22 de abril 2016. Entre estas titulaciones se encuentran las siguientes:

- Certificado de Agente de Acompañamiento de las Personas Mayores y de las Personas Dependientes (Agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes - AAPAPD) regulado por la Orden de 12 de julio 2010.

¹⁰² No se establecen requisitos en cuanto a la cualificación de los cuidadores a domicilio contratados de manera privada.

¹⁰³ Mediante la Orden, que regula el denominado “Cahier de charges” en el que se definen las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento de los servicios de ayuda y acompañamiento de domicilio.

- Título profesional de Asistente de Vida en las Familias (Assistant(e) de vie aux familles - ADVF) establecido por la Orden de 16 de marzo 2011.
- Asistente de vida/dependencia (Assistant(e) de vie dépendance) regulado por Orden de 8 de julio de 2009 sobre registros del repertorio nacional de certificaciones profesionales (JORF 21 de julio de 2009)
- Certificado de Auxiliar de Gerontología (Auxiliaire de gérontologie), regulado por la Orden de 8 de julio 2009.
- Diploma de Ayuda a Domicilio (Mention Complémentaire Aide à domicile), regulado por la Orden de 10 de septiembre 2004.
- Formación profesional Acompañamiento, Cuidados y Servicios a la persona (Brevet d'études professionnelles Accompagnement, soins et services à la personne), regulada por la Orden de 18 de agosto 2011.
- Diploma de Técnico en Intervención Social y Familiar (Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale), regulado por el Decreto n.º 2006-250 de 1 de marzo 2006.

En cualquier caso, los y las profesionales que no cuenten con un certificado pueden ejercer como acompañantes educativos y sociales si se da alguna de las siguientes condiciones:

- Disponer de una experiencia profesional de un año en el ámbito sanitario, médico-social o social. A toda persona, independientemente de su edad, su nacionalidad y su nivel formativo, que justifique como mínimo un año de experiencia se le otorgará un certificado de Validación de Experiencia Adquirida (VAE).
- Cursar una formación que da derecho a un diploma (formation diplômante) o, como mínimo, una formación de adaptación al empleo, en los seis meses posteriores a la contratación.
- Cursar o haber cursado una formación en alternancia (dispositivo que permite alternar la formación teórica con la experiencia práctica) en el ámbito sanitario médico-social o social.

Por otro lado, la ley n.º 2015-1776 de 28 de diciembre 2015 relativa a la adaptación de la sociedad al envejecimiento permite la puesta en marcha, a modo experimental, de un modelo integrado de organización, funcionamiento y financiación de servicios polivalentes que aúnan, por un lado, los servicios de ayuda y acompañamiento a domicilio y, por otro, los servicios de cuidados de enfermería. Esta misma ley prevé que la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) establezca convenios con los consejos departamentales para financiar la formación de los profesionales, tanto sanitarios como sociales, que integran estos servicios polivalentes. Estas forma-

ciones “temáticas” no otorgan ningún certificado ni diploma a los profesionales, sino que tienen por objeto favorecer la adaptación de la práctica profesional a los nuevos retos de la profesión.

e) Registros de establecimientos sanitarios y sociales

El denominado Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux, conocido como FINESS, constituye un registro de centros sanitarios y sociales, gestionado por el Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer, creado por la Circular 79-1 de 1979. Esta base de datos constituye la referencia en términos de inventario de estructuras y equipamientos del ámbito sanitario y sociosanitario, sometidas a autorización o habilitación. Sus objetivos son:

- Identificador unívoco: a cada entidad y a cada entidad jurídica se le asigna un número FINESS de 9 caracteres, de los que los dos primeros hacen referencia al departamento de implantación.
- Base de información para el seguimiento de la adaptación de la oferta a las necesidades de la población.
- Herramienta de información para los agentes implicados en el ámbito social y sanitario.
- Fuente estadística: sirve de base para el lanzamiento de encuestas, definiciones del ámbito, selección de muestras selectivas o exhaustivas...

El repertorio se encuentra accesible en línea (<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>).

6.2.1.3. LA POTESTAD INSPECTORA¹⁰⁴

Como se ha señalado previamente, las agencias regionales de Salud (Agence Régionale de Santé o ARS), organismos dependientes de la administración central, son las encargadas de realizar inspecciones periódicas en los centros y servicios sociosanitarios –incluyendo residencias asistidas y servicios a la persona– con el fin de garantizar su buen funcionamiento. Igualmente, al margen de la autoridad competente para la autorización, los centros y servicios de atención a las personas mayores en general están sometidos a las inspecciones generales de asuntos sociales (Inspection Générale des Affaires Sociales).

En aquellos casos en que la administración regional tenga conocimiento de toda circunstancia que comprometa la salud, seguridad o bienestar de las personas acogidas en un determinado centro residencial, debe informar inmediatamente al representante del Estado en su ámbito territorial. Si se considera procedente, la Agencia Regional de Salud (ARS) puede someter al centro o servicio a un procedimiento de investigación. En este caso, tanto los inspectores de acción so-

104 Code de l'action sociale et des familles, artículo L313-12 y posteriores.

cial y sanitaria como los inspectores de salud pública pueden recabar testimonios del personal del centro o servicio, así como de las personas usuarias y sus familias. En caso de testimonios relativos a acciones y tratamientos que pueden poner en riesgo la salud o integridad física de las personas, estos solo pueden ser recogidos por parte de inspectores médicos de salud pública.

Cuando se detecten anomalías, estas son transmitidas a la persona responsable de la gestión, así como al Conseil de vie, y al representante de la administración central en el departamento. El informe de la investigación propone medidas orientadas a remediar las dificultades de funcionamiento detectadas. Si en el plazo fijado para la subsanación esta no se produce, se procederá a sanciones que puedan llegar hasta los 500 euros diarios como máximo. Si la situación persiste se podrá proceder a la suspensión de la autorización. Cuando el servicio o centro cuenta con una autorización conjunta, las decisiones relativas a las sanciones deben tomarse conjuntamente por las autoridades competentes. En caso de desacuerdo entre las mismas, la toma de decisiones final recae en el representante estatal en el departamento.

La administración regional, por su parte, tiene la competencia para controlar el respeto, tanto por parte de las personas beneficiarias como de las instituciones interesadas, de las reglas relativas a las ayudas sociales de su competencia. Así, por ejemplo, en aquellos casos en que una persona usuaria considere que en el contrato de estadía (contrat de séjour) se establecen condiciones inaceptables (clausulas inacceptables, precios desproporcionados, no respeto de los compromisos adquiridos...), debe denunciarlo en los servicios regionales correspondientes.

6.2.2. ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN

Las competencias de autorización y acreditación se distribuyen entre las administraciones regionales y el Estado, dependiendo de la modalidad del centro o servicio sociosanitario (Código art. L 313).

- En el caso de los **centros residenciales**, salvo declaración expresa contraria, la aprobación de la autorización conlleva acreditación y habilita a la estructura residencial privada a atender a personas mayores beneficiarias de ayudas públicas. Así, en el caso de los centros residenciales o maisons de retraite para personas válidas, se requiere una autorización de apertura otorgada por la administración central (ministerio correspondiente o la Agencia Regional de Salud) y/o la administración regional, dependiendo del tipo de centro.
- En el caso de las **residencias para personas dependientes EHPAD**, además de la autorización, estas deben firmar una convención plurianual de objetivos y medios (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM), antes denominada "Convención tripartita", con la ARS correspondiente, con el departamento regional y con otras administraciones implicadas, si las hubiere.

6.2.2.1. EL CONTRATO PLURIANUAL DE OBJETIVOS Y MEDIOS

Dada su relevancia en cuanto a la acreditación de los servicios residenciales para las personas mayores, se describen a continuación las características del citado Contrato plurianual de objetivos y medios (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM).¹⁰⁵

La ley 2015-1776 renueva la figura de la contractualización, sustituyendo la convención plurianual, denominada tripartita que prevaleció hasta entonces para cada EHPAD y el acuerdo de autorización para recibir beneficiarios de la asistencia social departamental, por un contrato plurianual de objetivos y medios (CPOM). La firma del CPOM equivale a la habilitación para recibir a personas usuarias perceptoras de las ayudas departamentales. El objetivo de estos contratos es el de permitir la consecución de los objetivos previstos en los planes sociales y sociosanitarios correspondientes.

Los CPOM fijan las obligaciones respectivas de las partes y prevén los medios necesarios para la realización de los objetivos previstos, sobre una duración máxima de 5 años. Los contratos/ convenios pueden hacer referencia a varios centros o servicios simultáneamente. El contrato detalla, al menos, los siguientes aspectos:

- objetivos acordados entre las partes,
- medios destinados a la consecución de objetivos,
- número y categoría de beneficiarios atendidos en un año,
- ámbito territorial de actuación y horario,
- modalidades de cálculo de prestación y aportación prevista de las personas usuarias y de la administración,
- objetivos de cualificación y promoción profesional,
- modalidades de puesta en marcha de acciones de prevención del maltrato y fomento del buen trato,
- naturaleza y modalidades de coordinación con el resto de organismos de carácter social, sanitario o sociosanitario,
- naturaleza y forma de la documentación administrativa, financiera y contable, así como la información estadística que se debe entregar al departamento regional,

105 Arrêté du 3 Mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [JORF n.º 0059 du 10 Mars 2017].

- establecimiento de una batería de indicadores en términos tanto de actividad como de la calidad de la atención,
- criterios y calendario de evaluación de las acciones previstas.

El Contrato CPOM es el que determina, a su vez, el proyecto de centro (projet d'établissement, artículo L331-8 del Código). Este texto, obligatorio desde 2002, establece la finalidad y los objetivos de la organización, insistiendo principalmente en la coordinación, la cooperación y la evaluación de la calidad del servicio, así como los procedimientos organizativos y operativos. El proyecto de centro describe las características generales del programa individualizado ofrecido a las personas usuarias, así como las modalidades de organización de cuidados en el seno de la residencia. Establece la misión y valores sobre los que se vertebra la labor cotidiana del personal de la residencia. El proyecto de centro se elabora en colaboración con los residentes, el personal, los agentes externos, así como los organismos de control. Debe incluir un plan de acción en casos de crisis sanitarias o climatológicas, según se determina reglamentariamente.

En los siguientes enlaces se recogen ejemplos concretos de este tipo de documentos:

- Convention Tripartite: EHPAD Jardins du Castel.
- Projet d'Établissement 2016-2020: EHPAD Jardins du Castel.

Las organizaciones sujetas a habilitación (habilitation, L313-9) –que otorga capacidad para acoger a personas beneficiarias de la ayuda social en un determinado recurso– deben someterse a una evaluación externa. Los resultados de esta evaluación se transmiten a la autoridad regional competente, al menos seis meses antes de la fecha de renovación. La renovación de la autorización está totalmente supeditada a los resultados de la evaluación externa (art. L313-1 del Código). La denominada habilitación podrá ser retirada en base a las siguientes razones:

- Evolución y modificación de los objetivos y necesidades previstas en la planificación regional.
- Incumplimiento de disposiciones sustanciales previstas de la habilitación o convención.
- Desproporción entre el costo de funcionamiento y los servicios ofrecidos.
- Carga excesiva del recurso en términos de financiación, para la colectividad pública.

En el primer caso, la autoridad competente debe, en el plazo de un año desde la publicación del plan, solicitar al organismo la modificación de su capacidad y/o actividad. En el resto de

supuestos, se debe exigir al organismo que tome las medidas necesarias para respetar los términos previstos en la habilitación o convención y/o para reducir los costos.

En el caso de los **servicios de atención a la dependencia en el domicilio**, en su modalidad prestataria,¹⁰⁶ las competencias de autorización y habilitación corresponden a los departamentos regionales, mientras que recae en el Estado la acreditación de los servicios a domicilio destinados a personas mayores, cuando se ofrecen en modalidad obligatoria.¹⁰⁷ Así, la normativa establece que, para poder ejercer determinadas actividades de atención a la persona destinados a personas “frágiles”,¹⁰⁸ se requiere habilitación por parte del Estado. Sin embargo, la reciente ley 2015-1776¹⁰⁹ prevé que los servicios a domicilio transiten progresivamente a un régimen único de autorización en el plazo de cinco años, antes de 2020.

Para obtener la acreditación, la organización debe cumplir con un conjunto de especificaciones, establecidas en la Orden del 26 de diciembre de 2011 que componen el denominado cahier de charges en el que se definen las **condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento de los servicios de ayuda y acompañamiento de domicilio**.¹¹⁰ Estas especificaciones hacen referencia a:

- a) Marco general de intervención (respeto a la intimidad y libertad de elección, ejercicio de derechos y libertades, conocimiento del contexto local, garantía de una prestación de calidad, mantenida en el tiempo y con una efectividad justificada, etc.).
- b) Acompañamiento (acogida de la persona acompañada, análisis de la demanda y propuesta de una intervención, consentimiento de la persona acompañada...).
- c) Seguimiento (designación de una persona interlocutora de referencia dentro del servicio, evaluación periódica de la situación individual, tratamiento de quejas, detección de situaciones de maltrato...).
- d) Organización y funcionamiento interno. En este punto se desarrollan aspectos más directamente relacionados con la calidad del servicio como, por ejemplo:
 - selección y cualificación de personal,¹¹¹
 - mejora continua de la prestación (encuestas de satisfacción, adherencia a Carta Nacional de calidad, recomendaciones de ANESM, etc.).

106 En el modo prestatario, la persona usuaria compra una prestación realizada en su domicilio por una trabajadora contratada por el organismo correspondiente.

107 En la modalidad obligatoria, la persona usuaria contrata directamente al profesional que realiza la prestación en domicilio, de entre aquellas candidaturas que el organismo mandatario selecciona y presenta.

108 Consultar listado de actividades sometidas a Acreditación.

109 LOI n.º 2015-1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

110 Anexo 3-0 del Code d'action sociale et des familles.

111 Ver apartado 1.2.1.2. sobre Regulación para más información.

6.2.3. EVALUACIÓN, ESTANDARIZACIÓN, CERTIFICACIÓN, PROTOCOLIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

6.2.3.1. SISTEMA DE INDICADORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN RESIDENCIAS

En el caso de los centros residenciales para personas mayores con dependencia, los contratos o convenios plurianuales detallan, además, los mecanismos de seguimiento de cumplimiento de sus objetivos, a partir de lo establecido en el cahier de charges al que se ha hecho referencia. En concreto, la Orden de 1999, sobre especificaciones exigidas para la autorización de los EHPAD, establece una serie de pautas que pretenden servir de referencia para el establecimiento de una batería de indicadores en términos tanto de actividad como de la calidad de la atención. En los cuadros siguientes se detalla el catálogo de indicadores recomendados, en el marco de la citada orden, con relación a la calidad de vida y al estado de salud de las personas mayores en el entorno residencial.

Tabla 21. Indicadores específicos sobre la vida en residencias en Francia

Ámbito
Ritmo de vida
Actividades Interior del centro
Actividades Exterior del centro
Actividades terapéuticas
Personal
Relaciones con el entorno y vida social
Otros indicadores

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22. Indicadores específicos sobre la salud de los residentes en Francia

Ámbito
Deterioro cognitivo
Incontinencia

Ámbito
Prevención y tratamiento del dolor
Escaras
Fuente: Elaboración propia.

6.2.3.2. RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA

La normativa francesa establece, por otra parte, que los centros y servicios de atención a personas mayores y/o con discapacidad deben guiarse por las recomendaciones de buenas prácticas de la **Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios** ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).¹¹²

La ANESM se creó en 2007, a raíz de la obligación de evaluación establecida por la ley 2002-2 para los establecimientos y servicios sociales y médico-sociales (ESSMS). A partir de la citada ley, los ESSMS deben proceder a la evaluación interna y externa de sus actividades y de la calidad de los servicios que prestan. Se trata, por tanto, de un dispositivo muy estrechamente vinculado tanto con la evaluación de los centros sociales y sociosanitarios, como con la renovación de la autorización, que está condicionado a los resultados de dichas evaluaciones externas.¹¹³ La ANESM cuenta con dos funciones principales:

- definir las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario (personas mayores y personas con discapacidad),
- habilitar los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios.

Las publicaciones desarrolladas por al ANESM en sus más de diez años de funcionamiento se vertebran en torno a cuatro tipos de documentos:

- a) Recomendaciones de Buenas Prácticas Profesionales

Las recomendaciones de buenas prácticas profesionales constituyen la principal herramienta de la ANESM para el fomento de la calidad de la atención y la aplicación de buenas prácticas en la atención social y sociosanitaria. Agrupadas en la serie "Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles", son de carácter temático y presentan un esquema similar en todas ellas, estableciéndose para cada ámbito o recomendación:

¹¹² L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux ANESM se ha integrado, a partir de abril 2018, en el seno de la Haute Autorité de Santé.

¹¹³ Ver apartados relativos a la autorización (1.2.1.1) y la evaluación (1.2.4).

- Pistas para evaluar de la situación de partida a la que se quiere dar respuesta.
- Objetivos que se esperan alcanzar mediante el cumplimiento de cada recomendación.
- Aplicación y acciones posibles para alcanzar dichos objetivos.
- Ejemplos prácticos destinados a ilustrar cada recomendación.

Se citan a continuación las principales publicaciones con recomendaciones editadas por la ANESM, en el ámbito específico de las personas mayores:

- Detección de riesgos de pérdida de autonomía y su agravamiento para las personas mayores en residencias, 2016, 96 p.
- Detección de discapacidades sensoriales y acompañamiento de personas atendidas en centros de personas mayores 2016, 104 p.
- Toma en consideración del sufrimiento psíquico de la persona mayor: prevención, detección, acompañamiento, 2014, 92 p.
- Apoyo a cuidadores no profesionales. Una recomendación destinada a profesionales del sector social y sociosanitario para apoyar a los cuidadores de personas mayores, adultos con discapacidad y con enfermedades crónicas que viven en el domicilio, 2014, 135 p.
- Calidad de vida en MAS-FAM (3). El recorrido y las formas ligeras de acogida y alojamiento, 2013, 85 p.
- Calidad de vida en residencias asistidas (4). Acompañamientos personalizados de la salud. 2012, 114 p.
- Participación de las personas protegidas en la puesta en marcha de medidas de protección jurídica, 2012, 83 p.
- Calidad de vida en residencias asistidas (3). Vida social de las personas 2012, 64 p.
- Calidad de vida en residencias asistidas (2). Organización de la vida cotidiana. 2011, 59 p.
- Calidad de vida en residencias asistidas (3). De la acogida de la persona a su acompañamiento. 2011, 70 p.

- Conciliar la vida en colectividad y personalización de la acogida y el acompañamiento. Recomendaciones de buena práctica profesional 2009, 97 p.
- El acompañamiento de las personas que padecen enfermedad de Alzheimer o similares en residencias sociosanitarias. 2009, 44 p.
- Recomendaciones de buena práctica profesional. Misión del responsable de servicios y rol de la prevención y tratamiento de los malos tratos en domicilio. 2009, 79 p.
- Apertura del centro hacia su entorno. 2008, 51 p.

b) Guías y manuales (Guides)

Junto a los manuales señalados, se publican además guías metodológicas, tales como:

- La evaluación interna: instrucciones para los servicios a domicilio destinados a personas adultas. 2012, 116 pp.
- La evaluación interna: instrucciones para los centros residenciales para personas dependientes. 2012, 105 pp.

c) Otros

La agencia publica, además, otros tipos de materiales (experiencias e innovaciones, estudios cualitativos, barómetros, etc.), por ejemplo:

- La participación de las personas usuarias en el funcionamiento de los centros y servicios sociales y sociosanitarios. Recopilación de prácticas y testimonios de los agentes, 2014, 108 p.
- Encuesta nacional 2012. Puesta en marcha de la evaluación interna en los centros y servicios sociales y sociosanitarios, previstos en los artículos L312-1 del Código CASF, 2013, 60 p.
- Análisis nacional 2012 sobre prácticas profesionales orientadas al buen trato en centros residenciales asistidos, 2013, 84 p.
- Buen trato. Análisis nacional 2010. Prácticas profesionales orientadas al buen trato en centros residenciales para personas mayores dependientes. 2011, 46 p.

d) Documentos de síntesis (Synthèse et résultats)

Destinados a la difusión ágil de las recomendaciones y guías de buena práctica elaboradas por la propia Agencia.

En esta misma línea, cabe citar por su interés la **Agencia Nacional de Servicios a la Persona** (Agence Nationale Des Services a la Personne ANSP). La ANSP es un organismo público de carácter administrativo creado en 2005, con el objetivo de promover los servicios a la persona y la garantizar la calidad en el sector. Entre los trabajos y publicaciones de la ANSP cabe destacar, entre otros:

- Manuales y procesos de calidad (por ejemplo, La démarche qualité dans les services à la personne. Guide pratique 2012. París, Agence Nationale des Services à la Personne, 2012, 107 p.)
- Barómetros sobre la calidad y profesionalización del sector de servicios a la persona (por ejemplo, la primera edition du Baromètre de la Qualité de la Professionnalisation des Emplois de Services a la Personne. Paris, Agence Nationale Des Services A La Personne, 2010, 39 p.)
- Instrumentos técnicos (por ejemplo, herramienta de detección de riesgos de accidentes domésticos (Adessa, Programme de Mise en Sécurité du Domicile des Personnes Agées. Outil de Repérage des Risques d'Accidents Domestiques. Paris, Agence Nationale des Services à la Personne, 2010, 28 p.)

El organismo ha sido disuelto en 2014 al considerar que el sector de los servicios a la persona había adquirido una madurez suficiente en Francia y, por tanto, podría funcionar con el apoyo de la Agencia De todas maneras, sus misiones han sido confiadas la MISAP (Mission des services à la personne de la Dirección General de Empresas del Ministerio de Economía e Industria).

6.2.3.3. HERRAMIENTAS Y PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Como complemento al cumplimiento de las Recomendaciones de la Carta Nacional de Calidad¹¹⁴ y de las Buenas Prácticas de las citadas Agencias Estatales (ANESM y ANSP), los organismos de atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia tienen la posibilidad de adherirse una serie de procedimientos de certificación de la calidad. Estas certificaciones, emitidas por entidades privadas, pero recientemente reconocidas por las autoridades francesas –las homologaciones se han aprobado en 2018–, suelen estar adaptadas para responder simultáneamente a las exigencias de tanto de la Carta Nacional de Calidad como de los cuadros de especificaciones de autorización y acreditación (Cahier des Charges).

La obtención dichas certificaciones y la entrega de sus resultados a las autoridades competentes, exonera de la obligatoriedad de realizar una evaluación externa. Entre estos sistemas de certificación, cabe citar los siguientes:

114 Ver apartado relativos a otras experiencias de interés.

- **QUALICERT:** La Certificación de Calidad del Servicio (Certification de la qualité des services) se basa en una evaluación independiente de la prestación del servicio, a través de la SGS Société Générale de Surveillance.

El modelo de certificación de calidad del servicio Qualicert incluye los siguientes elementos:

- Conexión entre la prestación de servicios y las necesidades del usuario.
- Recogida de información del cliente y en la formulación de criterios de prestación del servicio.
- Desarrollo de criterios por parte del usuario.
- Validación pública de estos criterios por parte de un comité independiente, compuesto por usuarios del servicio, proveedores y expertos del sector acreditados.
- Auditorías de SGS de conformidad con los criterios de prestación del servicio (formación en auditorías de sistemas, compradores camuflados, observación, entrevistas, revisión de documentos, etc.).
- Elaboración de informe (disconformidades, propuestas de mejora, etc.) y expedición de certificado QualiCert.



WWW.QUALICERT.FR

- **QUALISAP V4** de Certificación de Servicios a la persona: Se trata de un reciente sistema de certificación registrado por Bureau Veritas, que responde a las demandas requeridas en los procesos de declaración, autorización y acreditación que procedan, en el ámbito específico de los servicios de atención a domicilio. La certificación tiene una validez de cinco años, sometida a posibles revisiones intermedias.



- **Norma francesa de AFNOR sobre Servicios de atención a la persona en el domicilio:** La norma AFNOR NF X 50-056 constituye el documento de referencia para la certificación de los servicios de atención a la persona en el domicilio de la marca AFNOR, organización nacional francesa para la estandarización y miembro de la Organización Internacional para la Estandarización. La certificación conforme a la norma AFNOR pretende asegurar, en el marco ético definido, el cumplimiento de las especificaciones necesarias para una atención de calidad en los siguientes ámbitos:
 - Acogida.
 - Análisis de la demanda.
 - Elaboración de la oferta de servicios.
 - Preparación y realización de la intervención.
 - Competencia profesional y seguimiento.
 - Tratamiento de las quejas.
 - Análisis de la satisfacción de las personas usuarias.
 - Puesta en marcha de acciones de mejora.
- **Certification Cap Handéo.** CapHandéo constituye al mismo tiempo una certificación calidad –y su sello correspondientes– y una red de más de 250 profesionales y servicios, siempre en el ámbito específico de la discapacidad. Gestionada por la asociación sin fines de lucro Handéo, la certificación, que ha sido diseñada por las propias personas con discapacidad, se centra en los servicios de atención a la persona, los servicios apoyo a la autonomía y la movilidad y los productos de apoyo.



6.2.4. EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

En Francia, al contrario de lo que sucede en otros países como España, la evaluación constituye una piedra angular de la calidad de la atención en el ámbito de la dependencia. El sistema francés de atención a la dependencia se sustenta en mayor medida en la evaluación de los servicios que en la regulación de requisitos previos. Tanto es así que la realización y aprobación de procesos de evaluación constituye condición *sine qua non* para la renovación de las autorizaciones de funcionamiento de los centros y servicios.

Cabe destacar, además, que el enfoque francés de la calidad se centra principalmente en la persona usuaria y en sus derechos (libre elección, individualización, participación, intimidad, mantenimiento de relaciones sociales, etc.). En este sentido, las evaluaciones se sustentan principalmente en aspectos relativos a la calidad de vida y de la atención y menos en el cumplimiento de requisitos más técnicos o de proceso.

Como se ha explicado previamente, en el marco de los procesos de autorización y acreditación, la normativa distingue dos tipos de evaluaciones:

- la evaluación interna, llevada a cabo por la propia entidad,
- la evaluación externa, a cargo de una entidad exterior al centro, que debe estar autorizada por la Haute Autorité de Santé.

Ambas evaluaciones, la externa y la interna, constituyen procesos complementarios, de modo que los ámbitos analizados en el transcurso de los dos procesos deben ser los mismos, con el fin de garantizar la lógica interna en la interpretación de los resultados. Las evaluaciones constituyen también un proceso dinámico, concebido de modo que cada evaluación parte del análisis de los resultados de la evaluación precedente.

6.2.4.1. EVALUACIÓN INTERNA

La evaluación interna la lleva a cabo la propia entidad, aunque puede recibir el apoyo de algún agente externo. Los resultados de estas evaluaciones se comunican a la autoridad responsable de la autorización del centro o servicio cada cinco años, de modo que se prevé un total de tres evaluaciones internas para cada periodo de autorización, que suele ser de 15 años. La ANESM (cuyas funciones ha asumido la Haute Autorité de Santé, a partir de 2018) publica materiales de apoyo al desarrollo de los procesos de evaluación interna.

En el caso concreto de los centros residenciales para personas mayores dependientes, el documento de referencia lo constituye el documento “L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes”.

Tabla 23. Indicadores específicos sobre la salud de los residentes

Ejes	Ámbitos
Garantía de los derechos individuales y colectivos	- garantía de derechos individuales - garantía de derechos colectivos
Prevención de los riesgos asociados a la salud vulnerables de los residentes	- prevención y tratamiento del dolor - prevención y tratamiento de caídas - prevención y tratamiento de escaras - prevención y tratamiento de la desnutrición - prevención y tratamiento de los problemas de conducta - manejo del riesgo de infección - continuidad de los cuidados
Mantenimiento de las capacidades en las actividades de la vida diaria y acompañamiento	- mantenimiento de las capacidades de desplazamiento y acompañamiento de personas con dificultades - mantenimiento de capacidades en el aseo y acompañamiento de las personas con necesidad absoluta de ayuda
Personalización del acompañamiento	- proyecto personalizado - personalización de actividades individuales y colectivas - mantenimiento de relaciones sociales
Acompañamiento en el fin de vida	- acompañamiento de la persona - apoyo del personal y seres cercanos

Fuente: L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Serie: Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, Saint Denis, Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux, 2012, p. 105.

6.2.4.2. EVALUACIÓN EXTERNA

El Anexo 3-10 del Código determina las especificaciones para la realización de las evaluaciones externas (Cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes). En el mismo se detallan, los principios deontológicos, los objetivos, la organización y los mecanismos de puesta en marcha de las evaluaciones externas, así como las posibles incompatibilidades y requisitos del personal evaluador, los procedimientos de contratación, las fases y los plazos del proceso de evaluación, etc. La evaluación externa cuenta con dos vertientes:

- Una más general, centrada en los derechos de las personas usuarias (participación e implicación, respecto a la elección de vida, relaciones afectivas, intimidad, confidencialidad, seguridad, etc.);
- una segunda más particularmente adaptada a la realidad de centro o servicio evaluado y a sus dinámicas de trabajo, que evalúa aspectos tales como acompañamiento al desarrollo y autonomía personal; limitaciones de la actividad individual, sensibilización al riesgo de aislamiento, atención a las relaciones sociales, trabajos orientados a fomentar el acceso a los derechos, entre otros.

El informe final de la evaluación externa establece propuestas de mejora, tanto de aspectos estratégicos, en primer lugar, como de elementos más directamente operacionales, en segundo lugar. Sigue un modelo fijado por la Haute Autorité de Santé, que se encuentra accesible en línea.

Los centros o servicios deben llevar a cabo dos evaluaciones externas entre la fecha de autorización y la renovación de la misma. Los resultados de la primera evaluación externa se deben facilitar a más tardar siete años después de la fecha de autorización. El informe de la segunda evaluación debe ser comunicado a las autoridades competentes a más tardar en los dos años anteriores a la expiración de la fecha de renovación de la autorización. La renovación de la autorización se halla totalmente supeditada a los resultados de la evaluación externa [art. L313-1 del Código].

Tabla 24. Objetivos de la evaluación externa en Francia

Ámbito
Ofrecer una valoración global del funcionamiento del centro
Analizar ámbitos y registros específicos de calidad de la atención, tanto con relación a las prestaciones y los derechos de los usuarios como a la relación del centro con su entorno
Analizar el seguimiento de los resultados de la evaluación interna

Fuente: Elaboración propia.

Se presentan, a continuación, dos ejemplos concretos de informes de evaluación externa de sendos centros de atención a personas mayores con dependencia:

- Informe de evaluación externa EHPAD St. Alexandre (Mortagne), 2013, 110 páginas.
- Informe de evaluación interna EHPAD Casteran (St. Pierre des nids), 2018, 161 páginas.

6.3. Otras experiencias de interés en el ámbito francés

6.3.1. PANEL DE INDICADORES SOBRE EL RENDIMIENTO DE CENTROS SOCIO SANITARIOS (TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL)

La Agencia Nacional de Apoyo al Rendimiento de los Centros de Salud y Sociosanitarios (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, ANAP) puso en marcha en 2010 un proyecto orientado a proponer a los centros de salud y sociosanitarios destinados a personas mayores y/o con discapacidad un panel de indicadores para mejorar el desempeño de su rendimiento. Este sistema de evaluación del rendimiento, presenta varios objetivos:

- Fomentar el diálogo entre los centros, las agencias regionales de Salud y los departamentos.
- Apoyar el desempeño interno de los centros.
- Facilitar la comparación entre los centros que componen el sistema, y mejorar el conocimiento de la oferta.
- Fortalecer una cultura de la medición y evaluación de las estructuras sociosanitarias.

El panel presenta de forma sintética, bajo la forma de tablas y gráficos, un conjunto de indicadores que se actualiza en cada campaña anual. Se puede acceder al cuadro de mandos sobre el rendimiento de los centros (socio)sanitarios y a los materiales relacionados –bajo registro– en el siguiente enlace.

Se ha realizado un profundo trabajo de armonización con el fin de que los indicadores recopilados sean compatibles con los diferentes sistemas de información y evitar, de este modo, las duplicidades en el trabajo de recogida de datos.

El cuadro de mando cuenta con 43 indicadores, estructurados en torno a 4 ejes temáticos, que pretenden dar respuesta a las siguientes cuestiones clave sobre el rendimiento de los centros sociosanitarios de atención a personas mayores y/o con discapacidad:

Panel de indicadores sobre el rendimiento de centros sociosanitarios

Ejes	Indicadores de diálogo	Indicadores de pilotaje interno	Cuestiones clave a las que responden
Cuidado y Acompañamiento	1. Número de personas al margen de autorización 2. Puntuación media del grado de dependencia GMP (GIR moyen pondéré) 3. Puntuación media en necesidades de atención 4. Distribución de personas acompañadas según procedencia 5. Distribución de personas que abandonan el centro al año, por causa y/o destino 6. Tasa de hospitalización 7. Tasa de realización de actividades 8. Tasa de ocupación de plazas o camas con financiación 9. Tasa de rotación de plazas o camas con financiación 10. Tasa de rotación de plazas financiadas en acogida diurna	1. Perfil de personas acompañadas: reparto según GIR 2. Perfil de personas acompañadas: reparto según GPP (Groupes de patients proches) 3. Perfil de personas acompañadas: reparto en función de los tipos de discapacidad observados 4. Perfil de personas acompañadas: reparto según edad 5. Duración media de la estancia/acompañamiento de las personas que abandonan el centro 6. Porcentaje de personas con medidas de protección 7. Tasa de ocupación de las plazas habilitadas por personas beneficiarias de ayuda pública. 8. Número medio de días de ausencia de las personas acompañadas 9. Porcentaje de actas/sesiones programadas no realizadas 10. Ficheros activos de las personas acompañadas.	✓ ¿Corresponden los perfiles de las personas acompañadas a las misiones del centro sociosanitario? ✓ ¿Cuál es la carga de cuidado y acompañamiento del centro? ✓ ¿Cómo se posiciona el centro en el recorrido de la persona usuaria? ✓ ¿Cuál es el nivel de actividad del centro? ✓ ¿Cuál es la dinámica de rotación de plazas en el seno del centro?

Recursos humanos y materiales	11. Tasa de ETP (personal tiempo completo) vacantes 12. Tasa de prestaciones externas 13. Tasa de personal en funciones de gestión 14. Tasa de absentismo 15. Tasa de rotación del personal.	11. Reparto de los efectivos por función 12. Pirámide de edades del personal 13. Tasa de absentismo por motivo 14. Peso del recurso a la interinidad	✓ ¿cuál es la importancia de la contribución de los agentes externos a la actividad del centro? ✓ ¿cuenta el centro con una estructura estable?
Finanzas y presupuesto	16. Tasa de obtención de las previsiones de ingresos 17. Tasa de obtención de las previsiones de gasto 18. Tasa de CAF (Caisse Allocations Familiales) 19. Tasa de antigüedad de las construcciones 20. Tasa de endeudamiento 21. Necesidad de capital de trabajo en días de gastos corrientes	15. Distribución de ingresos por grupo 16. Distribución de gastos realizados por grupo 17. Distribución de ingresos por sección tarifaria 18. Distribución de gastos por sección tarifaria 19. Tasa de utilización de la dotación en cuidados 20. Estructura de gastos financiados por dotación de cuidados	✓ ¿cuál es el nivel de ejecución presupuestaria? ✓ ¿cuáles son los grandes equilibrios financieros? ✓ ¿cuál es el reparto entre ingresos y gastos por grupo? ✓ ¿cuál es el reparto entre ingresos y gastos por sección tarifaria?
Objetivos (mejora continua de la calidad y sistema de información)	22. Estado de realización de las evaluaciones interna y externa	21. Estado de desarrollo del ámbito sistemas de información	✓ ¿Cuál es el estado de los mecanismos de evaluación interna y de evaluación externa en el seno del centro? ✓ ¿Cuál es el estado de la función "sistema de información" en el seno del centro?

6.3.2. CARTA NACIONAL DE CALIDAD (CHARTe NATIONAL DE QUALITÉ)

La Charte National de Qualité, elaborada por la MISAP (Mission des services à la personne) de la Dirección General de Empresas dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas, constituye la principal herramienta de acompañamiento en el desarrollo de mecanismos de calidad de la atención, destinado a todos los organismos que gestionan servicios de atención a la persona (conjunto de una veintena de servicios a domicilio, definidos reglamentariamente, destinados a personas mayores, personas con discapacidad, menores de tres años, entre otros). La Carta surgió como un trabajo conjunto de los actores implicados en los servicios de atención a la persona y actualmente lo gestiona la Dirección General de Empresas, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas.

La Carta define los aspectos éticos y deontológicos relativos al funcionamiento e intervención de los servicios de atención a la persona, cuyos gestores, públicos y privados, deben adquirir y respetar mediante un compromiso escrito. Se trata de un método de autoevaluación anual que permite la definición de planes de acción personalizados. Cuenta con una biblioteca de fichas prácticas, que se actualiza permanentemente y accesible en la extranet NOVA.¹¹⁵ La Carta promueve los siguientes seis principios:

- **Acogida. Disponibilidad. Reactividad.**
Responder de manera rápida y adaptada a cada demanda.
- **Claridad. Rigor. Transparencia.**
Ofrecer información completa y fiable a lo largo de toda la prestación.
- **Personalización. Escucha. Seguimiento.**
Adaptar la intervención a la evolución de las necesidades de la persona usuaria.
- **Competencias. Experiencias. Saber hacer.**
Poner al servicio de los clientes intervinientes competentes y profesionales.
- **Confidencialidad. Respeto. Discreción.**
Respetar la vida privada e intimidad de las personas usuarias.
- **Calidad. Evaluación. Mejora.**
Hacer evolucionar las prácticas para mejorar la satisfacción de las personas usuarias.

Para la persona usuaria, recurrir a un organismo que se ha adherido a la Carta constituye una garantía de calidad y de atención a sus necesidades individuales. La persona usuaria puede identificar la adhesión del servicio a la Carta mediante la visibilización del logo correspondiente:

115 <https://nova.entreprises.gouv.fr/site/login.php>



6.4. Conclusiones y principales aprendizajes

- El modelo francés de atención a la dependencia se vertebra en torno a la prestación para la autonomía y la atención a las personas dependientes APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Dicha prestación no es estrictamente una prestación de asistencia social, pero tampoco se incorpora al sistema de la Seguridad Social, puesto que no se ha creado un verdadero seguro social específicamente dedicado al riesgo de dependencia. La prestación APA presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se desarrollan los cuidados: el domicilio – 59% de los casos atendidos– o el entorno residencial.
- Los centros y servicios de atención a las personas con dependencia pueden estar gestionados directamente por las administraciones públicas o por entidades privadas, sometidas a una serie de reglas específicas de autorización y acreditación.
- La libertad de elección se considera un principio clave de la ordenación del sistema en torno a la APA. El plan individualizado determina las prestaciones a las que tiene derecho la persona con dependencia beneficiaria de la APA, pero no puede imponer el tipo de agente que prestará dichos servicios. Esta decisión última recae en la persona usuaria.
- La financiación del sistema de la APA se reparte fundamentalmente entre las provincias (départements) y el Estado. Los departamentos regionales soportan el peso más importante de esta financiación, asumiendo hasta dos tercios de la misma. La ley prevé también una contribución de los organismos de la Seguridad Social, así como una “contribución de solidaridad” por parte de los trabajadores. El copago por parte de la persona usuaria o, dicho de otro modo, la cuantía de la prestación percibida, se modula en función de los recursos económicos de la persona, que puede llegar a recibir solo un 10% del monto indicado para cada grado en la prestación.
- En 2016, el gasto en cuidados de larga duración para personas mayores en Francia ascendió a 10.743 millones de euros (160 euros por habitante). La APA cuenta con 1,24 millones de personas beneficiarias (2015); de entre las que en torno a 500.000 se hallan en instituciones residenciales y 740.000 son personas usuarias de la asistencia domiciliaria (59% de los beneficiarios de la prestación).

- El sistema francés de atención a la dependencia se sustenta en mayor medida en la evaluación de los servicios que en la regulación de requisitos previos. Por tanto, es un sistema en el que los mecanismos de evaluación y las recomendaciones de buena práctica tienen un gran peso. Es decir, se hace un mayor hincapié en los outputs del sistema que en sus inputs. Este aspecto se evidencia en que:
 - la normativa establece que los mecanismos de evaluación constituyen un imperativo legal para la obtención de las autorizaciones y habilitaciones correspondientes,
 - el sistema cuenta con agencias estatales de evaluación y establecimiento de recomendaciones de buena práctica como la Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM) o la Agencia Nacional de Servicios a la persona (ANSP),
 - las certificaciones de calidad desarrolladas por determinadas entidades privadas (SGS, AFNOR, etc.), especialmente en el ámbito de los servicios a domicilio, han sido autorizadas por la administración pública de modo que su acreditación exonera del cumplimiento de ciertos requerimientos legales de evaluación.
- El enfoque francés de la calidad se centra principalmente en la persona usuaria y en sus derechos (libre elección, individualización, participación, intimidad, mantenimiento de relaciones sociales...). En este sentido, las evaluaciones y las recomendaciones se sustentan principalmente en aspectos relativos a la calidad de vida y de la atención y menos en el cumplimiento de requisitos más técnicos o de proceso.

6.5. Bibliografía y recursos en internet

6.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Dandi, R., Casanova, G., *Quality assurance indicators of long-term care in European countries*. Serie: ENEPRI research report, Bruselas, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2012, 128 pp.
- Del Pino, E., (eds.), Rubio, M. J. (dirs.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, 2.^a ed. ampliada. Madrid, Editorial Tecnos, 2016, 468 pp.
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland. Organisation of social protection. Charts and descriptions. Situation on 1 January 2018. Bruselas, European Commission, 2018 [último acceso octubre 2018]
- Farvaque, N., Le secteur des services à la personne en Europe. *Quelle qualité des emplois et des services en France?* Serie: Études et Dossiers, Bruselas, Pour la Solidarité, 2015, 17 pp.
- Gori, C. et al. (eds.), *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol, Policy Press, 2016, 316 pp.
- Greve, B. (ed.), *Long-term care for the elderly in Europe. Development and prospects*. Serie: Social Welfare Around the World, Londres, Routledge, 2017, 196 pp.
- INSEE références, Personnes âgées dépendantes, 2018 [último acceso octubre 2018].
- Integrating care for the frail elderly. En: Integrating social services for vulnerable groups. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015, pp. 165-194.
- Leichsenring, K. et al., *To make or to buy long-term care? Part III: quality assurance to avoid market-failure*. Serie: Policy Brief n.º November 2014, Vienna, European Centre, 2014, 14 pp.
- Martin, P., Molero, M. L. (coord.), El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia. En: Sistemas europeos de protección social de la dependencia (long term care). *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 155 pp.
- Moré, P., Configuraciones del cuidado de larga duración en España y Francia: dos modelos contrapuestos. *Zerbitzuan*, n.º 60, 2015, pp. 163-178.
- Molero, M. L. (coord.), Sistemas europeos de protección social de la dependencia (long term care). *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 155 pp.
- Mor, V. et al. (eds.), *Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, 493 p.
- Nies, H. et al., Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper. Bruselas, European Commission, 2010, 62 pp.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development European Commission, A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Serie: OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, 2013, 270 pp.

Rodríguez, G., Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE. *Documentación Social*, n.º 177, 2015, pp. 19-39.

Rodríguez, P. (coord.), *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Madrid, Fundación Caser, Fundación Pílares, 2015, 200 pp.

Scheil-Adlung, X., *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. Serie: ESS Working Paper n.º 50, Ginebra, International Labour Office, 2015, 99 pp.

Spasova, S. *et al.*, Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Synthesis report. Bruselas, European Commission, European Social Policy Network, 2018, 66 pp.

6.5.2. NORMATIVA

Loi n.º 2015-1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Loi n.º 2001-647 du 20 Juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Code d'action sociale et des familles

Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (JORF n.º 0059 du 10 Mars 2017)

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'art. 5-1 de la loi n.º 75-535 du 30 Juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales. Modifié par arrêté 2004-08-13 art. 1 JORF le 22 Septembre 2004.

6.5.3. RECURSOS EN INTERNET

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social-premiers-enseignements>

<https://nova.entreprises.gouv.fr/site/login.php>

<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

07. REINO UNIDO E INGLATERRA

7. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL REINO UNIDO E INGLATERRA

7.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en el Reino Unido e Inglaterra

7.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA: MARCO COMPETENCIAL Y NORMATIVO Y PRINCIPALES SERVICIOS Y PRESTACIONES

Siguiendo la clasificación de los tipos de estados de bienestar propuesta por Esping-Andersen (1990), los distintos servicios ofrecidos a la dependencia mediante los llamados cuidados de larga duración en el Reino Unido se enmarcan en el modelo liberal de bienestar. Este modelo se caracteriza por el predominio de transferencias públicas universales más bien modestas, mientras los mercados permanecen como el mecanismo principal de asignación. En este contexto de progresiva participación del mercado privado en la provisión del cuidado, la acreditación y la inspección de servicios se ha convertido en una prioridad (OECD, 2013).

a) Estructura competencial

La configuración del Reino Unido, tras las reformas operadas a finales de los años noventa, es la de un Estado cuasifederal. El Reino Unido es un Estado unitario plurinacional, formado por la “unión” de cuatro “naciones”: Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, cada una de ellas dotadas con instituciones de autogobierno (Gobierno y Parlamento) y competencias propias. El conjunto del sistema de protección social y sanitario británico –la atención sanitaria y los servicios sociales– depende del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Care). Las competencias normativas corresponden al Gobierno central, mientras que las competencias ejecutivas se ejercen en las administraciones locales, a través de los ayuntamientos (County Councils).

Los servicios de larga duración (LTC, Long Term Care) en el Reino Unido se gestionan por separado en Gales, Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte. Por este motivo, a la hora de analizar el modelo británico de gestión de la calidad en el ámbito de las personas mayores y/o con dependencia se ha optado por describir Inglaterra, ya que, con el 84% de la población, controla el paisaje político del Reino Unido.

b) Marco normativo

Los servicios de atención a la dependencia y cuidados de larga duración británicos se regulan mediante los siguientes textos legislativos que van corrigiendo y refinando el sistema de bienestar. La regulación de los servicios sanitarios y sociales está integrada en el mismo Ministerio, el de Salud y Servicios Sociales, concretando sus términos en la siguiente normativa.

- **Ley de Atención Nacional de Salud y Comunitaria 1990** (National Health Service and Community Care Act 1990) que cubre, entre otros aspectos, las provisiones sobre las responsabilidades de los y las cuidadores/as formales e informales.
- **Ley de Estándares en la Atención 2000** (Care Standards Act 2000) que define los servicios sociales –entre ellos, las residencias para personas mayores–, así como el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales.
- **Ley de Atención Sanitaria y Social 2008** (Health and Social Care Act 2008). Esta Ley, que supone la reforma más importante de la atención social en 60 años, concede el control del cuidado y apoyo tanto a las personas usuarias como a los agentes implicados en los servicios. En lo relativo a la gestión de la calidad, esta ley presenta las siguientes novedades en relación a la situación anterior:
 - Regulación del acceso y funcionamiento de los diversos proveedores de servicios que conforman el mercado.
 - Creación de la Comisión de Calidad de la Atención (Care Quality Commission, CQC en adelante) que es la encargada de monitorizar, inspeccionar y regular la atención recibida, ya sea proporcionada por los servicios públicos de salud (National Health Service, NHS), autoridades locales, empresas privadas u organizaciones de voluntariado. Además, la CQC publica los resultados de sus actividades con el objeto de facilitar a las personas la elección de los cuidados. Más adelante, en el apartado 6.2.1., se describirá de forma más detallada las funciones y actividades de esta Comisión reguladora.

A grandes rasgos, esta ley establece el marco para regular la calidad y la seguridad en la atención social y sanitaria, que se articula en las siguientes categorías:

- Cuidados personales destinados a aquellas personas que, por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, no pueden proporcionárselos por sí mismos en su lugar de residencia. La ley define como cuidados personales la asistencia y apoyo en las tareas tales como la alimentación o la higiene.
- Residencias para las personas que necesitan cuidados personales o de enfermería.

La Ley de Atención Sanitaria y Social de 2008 ha dado lugar a una serie de reglamentos que detallan de forma más precisa los derechos y obligaciones de la Care Quality Commission (CQC), así como las obligaciones de los diversos proveedores de servicios:

- Reglamento 2009 de la Comisión de Calidad de la Atención (Registro) –Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009– de aplicación a todas las

actividades reguladas y en la que se establecen los requisitos para el registro de operadores sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios de atención y cuidado.

- Reglamento 2010 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 (Actividades Reguladas) –Health And Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010– en el que se establecen los requisitos:
 - relacionados con las personas que gestionan una actividad regulada, y
 - para la calidad y seguridad en el servicio ofrecido por una actividad regulada.
- Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 (Actividades Reguladas) –Health And Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014–. Este reglamento contiene definiciones de los servicios y actividades para los que se requiere estar registrado. Incluye también los estándares que los operadores encargados de la gestión y la provisión de servicios deberán seguir.

Las actividades reguladas por este reglamento se detallarán más adelante, en el apartado 6.2.1., subapartado “Regulación”.

- La **Ley de Atención Sanitaria y Social 2012** (Health and Social Care Act 2012) introduce cambios considerables con respecto a la ley 2008, siendo el más destacado el establecimiento de comités locales conjuntos de las autoridades locales y los Clinical Commissioning Groups del NHS, los servicios sociales y los servicios para niños. Estos comités son los responsables de valorar las necesidades de su población, y asegurar la colaboración de servicios y su provisión de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria.
- La **Ley de Cuidados 2014** (Care Act 2014) amplía la cobertura de las necesidades del cuidado, e introduce el “principio de bienestar” para sustentar el sistema de atención y apoyo. Establece que las autoridades locales quedan obligadas a proporcionar y organizar servicios que favorezcan y ayuden a que las personas continúen viviendo en su residencia, entorno, desarrollando los servicios de atención y apoyo necesarios, con el objetivo de cubrir sus necesidades. Las autoridades locales deben asegurarse de que las personas puedan obtener la información y el asesoramiento que necesiten para, de esta manera, tomar las mejores decisiones.

Los principales elementos que incluye esta ley son los siguientes:

- Servicios más personalizados, más preventivos y más enfocados a suministrar los mejores resultados para las personas usuarias.

- Usuarios/as conscientes de los recursos públicos asignados a sus necesidades (su Personal Care Budget).
- Estimulación del partenariado entre los individuos, la comunidad, el sector voluntario, el NHS y los ayuntamientos. Los ayuntamientos y las organizaciones del NHS deberán trabajar juntos de forma integrada para comprar (commissioning) los servicios a los proveedores.

Todas estas leyes constituyen un marco, a nivel nacional, en los cuidados de larga duración, si bien presentan diferentes adaptaciones para cada una de las cuatro naciones constitutivas del Reino Unido (Escocia, Gales, Inglaterra e Irlanda del Norte).

c) Servicios y prestaciones

Son diversos los servicios orientados a los cuidados de larga duración, tanto los comunitarios como los residenciales. Entre los principales, cabe destacar:

- Ayudas técnicas para la mejora de la vida independiente y adaptaciones del hogar.
- Cuidado a domicilio: puede cubrir el cuidado personal –como lavar o vestirse–, el cuidado doméstico, cocinar, enfermería y atención médica, o simplemente compañía. Puede ser muy flexible, desde 15 minutos diarios, hasta 24 horas al día.
- Atención residencial y atención diurna en centros con o sin asistencia médica.
- Apoyo financiero, entre los que se encuentran:
 - El subsidio de asistencia (Attendance Allowance): prestación libre de impuestos que reciben las personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para cuidados personales debido a discapacidades. La cantidad a percibir varía según el nivel de discapacidad y dependencia, pero oscila entre 57,30 libras/semana a 85,60 libras/semana.
 - Prestaciones económicas directas (Direct Payments) destinadas a que las personas dependientes puedan vivir de manera independiente en la comunidad. Una vez realizada la valoración de la persona con discapacidad desde el municipio, la persona beneficiaria puede elegir la fórmula de pago directo, mediante la aportación de un presupuesto personal (Personal Budget) para la contratación de los servicios y ayudas que estime necesarios.
 - Council tax reduction: las personas que viven en residencias o aquellas que tienen como “domicilio principal” un hospital, están exentas del pago de los impuestos establecidos por los ayuntamientos.

- Apoyo para las personas cuidadoras: la Ley de Cuidados 2014 establece los derechos legales de las personas cuidadoras adultas que cuidan de otra persona adulta. Esta ley otorga a las autoridades la responsabilidad de evaluar la necesidad de apoyo de las personas cuidadoras, reconociendo, de este modo, su derecho a ser evaluadas y recibir ayuda.

En cuanto a la **vía de acceso** a cualquiera de estos servicios y prestaciones, existen dos esquemas diferentes para la elegibilidad de los servicios, en función de que predomine un problema clínico de enfermedad crónica o no.

1. Necesidades de dependencia sin problemas de salud severos. En este caso, la cobertura se realiza en función de los niveles de renta:
 - Cada municipio tiene su sistema propio de evaluación y de plan de cuidados que incluye una evaluación personal y un plan de cuidados que se complementa con una valoración financiera a partir de la que se concluye la obligación o no de pagar todo o parte de los servicios en función del nivel de renta.
 - El NHS financia una tarifa denominada Nursing Funded Care para proporcionar cuidados de enfermería en las residencias. Los cuidados de enfermería son proporcionados desde 2007 por personal de enfermería habilitado, en residencias. Los cuidados incluyen la planificación, supervisión y la atención de enfermería directa.
2. Necesidades de dependencia con problemas de salud severos. En esta segunda casuística, las necesidades sanitarias y sociales son cubiertas, con independencia de la renta, por el NHS. Se trata del programa NHS Continuing Healthcare, también conocido como Continuing Healthcare:
 - Si la persona está en una residencia, cubre todos los costos, incluidos los de alojamiento.
 - Si la persona está en su domicilio, cubre los costos de: enfermería, ayuda personal para las actividades de la vida diaria, así como cualquier gasto originado en el hogar directamente relacionado con los cuidados.

La evaluación de las necesidades de dependencia con problemas de salud severos, la realizan los Clinical Commissioning Groups. Existe un sistema de evaluación nacional (National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care):

1. *Checklist* – valoración de *screening* inicial
2. Decision Support Tool (DST)– Valoración completa

3. Fast Track Pathway Tool – para uso en casos de emergencia o últimas etapas de la vida.

d) Formas de provisión

En lo que se refiere a las formas de provisión, los centros y servicios de atención a las personas en situación de dependencia pueden estar gestionados directamente por los ayuntamientos, por entidades privadas o por organizaciones no gubernamentales, como es el caso de Age UK o Carers Trust.

Tal y como ya se ha señalado, el sistema sanitario y de bienestar británico ha sido descrito como un modelo de bienestar liberal. Este tipo de régimen liberal de bienestar refuerza el papel del libre mercado y de la familia (Bond, J., 2009). El mercado es considerado el principal vehículo para la distribución de recursos y prestaciones de la seguridad social. En los últimos años, las políticas públicas se han orientado a otorgar un mayor papel a la iniciativa privada en la cobertura de las necesidades sanitarias y sociales (Antares Consulting, 2014). La Autoridad de la Competencia y Mercado (Competition & Markets Authority, CMA) publicó a finales de 2017 un exhaustivo análisis sobre el mercado residencial para las personas mayores en el Reino Unido¹¹⁶ del que se extraen los siguientes datos:

- Su volumen de mercado es de alrededor de 15,9 mil millones de libras anuales.
- Cuenta con 410.000 residentes.
- Existen alrededor de 5.500 diferentes proveedores de servicios que operan en 11.300 residencias para personas mayores.
- Aproximadamente, el 95% de las camas está gestionado por entidades privadas con o sin fines de lucro.
- Los ayuntamientos habitualmente “compran” o recurren a los servicios de proveedores independientes.
- La aportación económica semanal por parte de la persona usuaria asciende a 846 libras (alrededor de 44.000 libras al año), mientras la aportación de las autoridades locales es de 621 libras a la semana.
- Modelo de financiación

En el Reino Unido se establece de forma personalizada la financiación pública tanto de los cuidados sanitarios como de la atención social. La mayoría las personas que reciben atención deben pagar al menos una parte del cuidado, e incluso algunos pueden llegar a pagar el importe total. De esta manera, las autoridades locales cubren parte o incluso la totalidad del costo de la atención, pero la financiación recibida

116 Competition & Markets Authority, *Care homes market study. Final report*. Londres, Crown Publishing, 2017, 221 pp.

se somete a la evaluación de los recursos: el importe recibido está en función de las necesidades, los ingresos y/o bienes del perceptor y del nivel, tipo de atención y apoyo que necesita. Existen otras fuentes de financiación, como las ayudas de organizaciones benéficas respaldadas por el Gobierno.

A continuación, se detallan los importes de la financiación pública, tanto de los cuidados sanitarios como de los sociales.

1. Financiación de cuidados sanitarios por el NHS: financia, independientemente del nivel de renta, los cuidados sanitarios para los usuarios elegibles para este tipo de atención que viven en una residencia mediante:
 - El pago directo a las residencias del precio total del servicio.
 - Pago a las residencias, según tarifa del NHS Funded Nursing Care:

Financiación del NHS para el Funded Nursing Care / semana	Tarifa semanal 2018/2019 (en £)
Inglaterra	
Cuidados sanitarios (estándar)	158.16
Escocia	
Cuidados sanitarios	79.00
Cuidados personales	174.00
Gales	
Cuidados sanitarios	149.67
Irlanda del Norte	
Cuidados sanitarios (subvención única)	100.00

Fuente: Paying for Care.

2. Financiación de los cuidados sociales por las autoridades locales (sujeta a la valoración de los ingresos del solicitante). Las autoridades locales pueden pagar la totalidad, parte o ninguno de los costos de la atención de cuidados:

- Si los ingresos, incluyendo propiedades, son inferiores a £14.250, el municipio financia la totalidad de los cuidados (en Inglaterra).
- Si los ingresos son superiores a £23.250, la persona usuaria no tendrá ayuda pública (en Inglaterra).
- Si los ingresos oscilan entre £14.250 y £23.250, la persona usuaria recibe una ayuda por parte de la autoridad local para el costo de los cuidados. La cantidad que el usuario ha de pagar es de £1 por semana por cada £250 de ingresos por encima de los £14.250 mínimos estipulados.

Límites ingresos del solicitante - Ayuda de la autoridad local para gastos personales	Ingresos y Ayudas año 2018/19 (en £)
Inglaterra	
Inferior	14.250
Superior	23.250
Ayuda para gastos personales por semana	24,90
Escocia	
Inferior	17.000
Superior	27.250
Ayuda para gastos personales por semana	27,00
Gales	
Límite estándar	40.000
Ayuda para gastos personales por semana	24.000
Ayuda para gastos personales por semana	28,50
Irlanda del Norte	
Inferior	14.250

Límites ingresos del solicitante - Ayuda de la autoridad local para gastos personales	Ingresos y Ayudas año 2018/19 (en £)
Superior	23.250
Ayuda para gastos personales por semana	24,90

Fuente: Paying for Care.

Las cifras de los importes financiados por las autoridades locales para los servicios de atención a la dependencia se revisarán a partir de abril de 2020.

Planificar las necesidades futuras de atención o cuidado no es una tarea fácil, ya que estimar el tiempo que se requerirá, o el tipo de atención, es incierto. La Ley de Cuidados 2014 establece que, a partir de abril de 2020, se fije un tope en los costos soportados por la persona dependiente, lo que implica que, una vez alcanzado dicho importe, las autoridades locales se deben hacer cargo del costo de las necesidades de atención, si bien no cubrirían los costos de la vida diaria. Se prevén, de esta manera, acuerdos de pago aplazados, los que evitarán que las personas tengan que vender sus viviendas para pagar por su cuidado en un futuro (plan universal de pagos diferidos).

7.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN INGLATERRA

Las estadísticas oficiales de la estructura de la población para 2016 indican que el 9,3% de los 55,3 millones de habitantes de Inglaterra tiene una edad comprendida entre 65 y 74 años; el 5,7% tiene entre 75 y 84 años; y el 2,3% más de 85 años (Office for National Statistics, 2016). La esperanza de vida a los 65 años es de 18,8 años más para los hombres y 21,2 años para las mujeres, lo que significa que un hombre de 65 años puede alcanzar los 84 años, mientras que una mujer de la misma edad puede llegar a los 86 años. Según las proyecciones, la media de incremento interanual de la población mayor de 65 entre 2015 y 2025 es del 1,67%.

Entre el 1 de abril de 2017 y el 31 de marzo de 2018, se presentaron 1.843.920 solicitudes nuevas al programa de Apoyo a Corto y Largo Plazo en Reino Unido (Short and Long Term Support, SALT). El 28% de ellas procedía de personas de entre 18 y 64 años, y el 72% restante, de personas de 65 años o más años. Se ofrecieron 212.835 casos completos de apoyo a corto plazo para mejorar la independencia, y 857.770 personas recibieron apoyo a largo plazo en el periodo estudiado.

El total de los gastos corrientes brutos de los servicios sociales entre 2017 y 2018 es un 2,3% mayor que el año precedente, ascendiendo a 17.900 millones de libras en 2017-2018. De ellos, 14.000 millones de libras se dedicaron a atención a largo plazo (78% del gasto corriente), 555 millones de libras a atención a corto plazo (3,1% del gasto corriente bruto) y los restantes 3.4000 de millones de libras (19% del gasto corriente bruto) a otros gastos sociales. El costo

medio de la atención por adulto mayor de 65 años y semana fue 604 libras para el cuidado residencial a largo plazo y 638 libras para cuidados de enfermería a largo plazo.

7.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia en Inglaterra

7.2.1. REGULACIÓN Y NORMATIVA BÁSICA

Como se ha señalado previamente, los principales textos legislativos relativos a la calidad de los servicios y atención a la dependencia son los siguientes.

- **Ley de Atención Sanitaria y Social 2008** (Health and Social Care Act 2008). Tal y como se ha señalado en el apartado 7.1.1., la presente ley ha establecido las siguientes cuestiones:
 1. La **regulación** del acceso y funcionamiento de las entidades titulares de servicios que proporcionan cualquier actividad regulada. Cualquier persona (individuo, sociedad u organización) que provea cualquiera de las **actividades reguladas** en Inglaterra tiene la obligación de estar registrada. Esta misma ley establece cuáles son las actividades reguladas, que fueron ampliadas mediante el Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 (Actividades Reguladas), en su Anexo 1. Las relativas a la atención a la dependencia son las siguientes:
 - Cuidados personales.
 - Alojamiento para personas que requieran cuidados personales o de enfermería.
 - Tratamiento de enfermedades, trastornos o lesiones.
 - Cuidados de enfermería
 2. Creación de la **Comisión de Calidad de la Atención** (Care Quality Commission, CQC en adelante). La CQC es un organismo público ejecutivo no departamental, independiente, encargado de regular los servicios de salud y sociales de Inglaterra, así como de autorizar la prestación de un servicio por parte de un proveedor mediante su registro, para lo cual debe respetarse una serie de estándares de calidad.



Su función es la de registrar la provisión de atención social y sanitaria, y, atendiendo a la ley, su principal función es “proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud”. Asimismo, la ley establece que la CQC debe desempeñar sus funciones con el propósito general de fomentar:

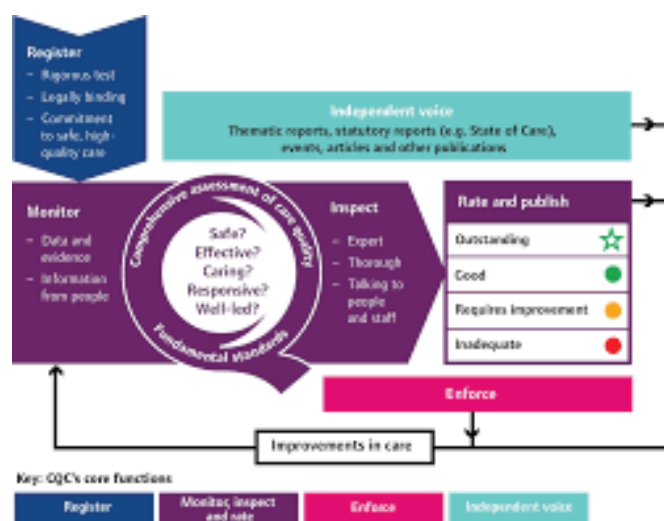
- La mejora de la atención y servicios sociosanitarios.
- La provisión de atención y servicios sociosanitarios centrados en las necesidades y experiencias de las personas usuarias.
- El uso eficiente y efectivo de los recursos en la prestación de servicios sociosanitarios.

A diferencia de las cuestiones formales –como las que regula la Ley de estándares del año 2000–, mediante la creación de este organismo se pretende ofrecer un marco normativo que ponga el foco en los procesos y los resultados para valorar la calidad de la atención sociosanitaria.

Las actividades del CQC consisten en:

- Registrar a los agentes proveedores de servicios.
- Monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios.
- Proteger a las personas usuarias de los servicios, mediante las medidas necesarias en cada caso.
- Publicar guías y estándares para la correcta interpretación y aplicación de la normativa vigente.
- Contribuir al debate y a la reflexión, desde una posición independiente, sobre las principales cuestiones relativas a la calidad en la atención social y sanitaria mediante publicaciones.

Modelo operativo de CQC:



Fuente: Página web del CQC.

En Inglaterra, la normativa no establece ratios de personal ni requisitos funcionales específicos. Las ordenanzas son muy genéricas y en todo momento se refieren a que los servicios y centros tienen que ofrecer una atención adecuada dependiendo de las características del centro –número de personas usuarias atendidas, dimensión del establecimiento, etc.–. La CQC es la encargada de elaborar guías, recomendaciones, para que los agentes proveedores puedan interpretar y cumplir con la legislación y, de este modo, obtener el registro y la certificación, así como para superar las inspecciones.

7.2.2. REGISTRO Y AUTORIZACIÓN

Todos los centros o servicios sociosanitarios de atención a la dependencia tienen que estar registrados y regulados por la Comisión de Calidad de la Atención. La CQC elabora guías para los agentes proveedores con el objeto de explicar cómo cumplir con la normativa vigente para obtener el registro y la certificación. Estas guías proporcionan una descripción detallada del reglamento a cumplimentar para poder registrarse como centro o servicio de atención a la dependencia ante la CQC. De entre estos requisitos, algunos constituyen estándares fundamentales y básicos para garantizar la calidad y la seguridad del servicio, a juicio de la CQC:

Reglamento	Requisito	Estándar fundamental
Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 (Actividades Reguladas)		
Reglamento 4	Requisitos cuando el proveedor de servicios es un individuo o asociación.	
Reglamento 5	Personas adecuadas: directores/as.	
Reglamento 6	Requisitos cuando el agente proveedor de servicios es un organismo distinto de una asociación.	
Reglamento 7	Requisitos relativos a los/as gerentes registrados/as.	
Reglamento 9	Atención centrada en la persona.	√
Reglamento 10	Dignidad y respeto.	√
Reglamento 11	Necesidad de consentimiento.	√
Reglamento 12	Atención y tratamiento seguro.	√
Reglamento 13	Protección a las personas usuarias frente al maltrato y el trato inadecuado.	√
Reglamento 14	Satisfacer las necesidades nutricionales y de hidratación.	√
Reglamento 15	Instalaciones y equipamiento.	√
Reglamento 16	Recibir quejas y actuar ante ellas.	√
Reglamento 17	Buena gestión.	√
Reglamento 18	Plantilla de personal.	√
Reglamento 19	Personas adecuadas: plantilla de personal.	√
Reglamento 20	Deber de franqueza.	√
Reglamento 20A	Requisitos para mostrar los resultados de las evaluaciones realizadas por la CQC.	√

Reglamento	Requisito	Estándar fundamental
Reglamento 2009 de la Comisión de Calidad de la Atención (Registro)		
Reglamento 12	Declaración de intenciones.	
Reglamento 13	Situación financiera.	
Reglamento 14	Aviso de ausencias de la/s persona/s responsable/s del servicio.	
Reglamento 15	Notificación de cambios en el servicio.	
Reglamento 16	Notificación de fallecimiento de una persona usuaria.	
Reglamento 18	Notificación de otros incidentes.	
Reglamento 19	Tarifas.	
Reglamento 22A	Formulario de notificaciones a la CQC.	

Fuente: Elaboración propia.

Para cada uno de los reglamentos, la guía elaborada por la CQC ofrece una serie de orientaciones, pautas, que faciliten su correcta cumplimentación. A modo de ejemplo:

Reglamento 10: Dignidad y respeto	
<i>Componente de la regulación</i>	<i>Las entidades proveedores del servicio tienen que tener en cuenta las siguientes pautas:</i>
10 (1) Las personas usuarias tienen que ser tratadas con dignidad y respeto.	- Todo el personal debe tratarlas con dignidad y respeto en todo momento a las personas usuarias del centro o servicio. Esto incluye que el personal las trate con empatía y compasión. - La comunicación con las personas usuarias debe ser respetuosa. Esto incluye utilizar los medios de comunicación o las ayudas más adecuadas, respetando en todo momento el derecho de la persona usuaria a entablar o no comunicación. - La plantilla debe respetar las preferencias, el estilo de vida y la elección de cuidado de la persona usuaria. - En la provisión de cuidados personales o íntimos, se debe asegurar que se respetan las preferencias de la persona usuaria sobre quién le proporciona el cuidado y tratamiento –preferencia por un género, por ejemplo–. - Hay que dirigirse a las personas usuarias en el modo en el que lo prefieran.

Los **estándares fundamentales** constituyen los principios básicos de calidad y seguridad que tienen que seguir todos los centros o servicios sociosanitarios:

- Atención centrada en la persona: la persona usuaria tiene que recibir la atención o tratamiento adecuado a sus preferencias y necesidades.
- Dignidad y respeto: la persona usuaria debe ser tratada con dignidad y respeto en todo momento.
- Consentimiento: la persona usuaria –u otra persona que actúe legalmente en su nombre– tiene que dar su consentimiento antes de recibir cualquier atención o tratamiento.
- Seguridad: la persona usuaria no debe recibir atención o tratamiento no seguros, ni correr el riesgo de sufrir daños que podrían evitarse. Las entidades proveedoras de la atención o tratamiento deben evaluar los riesgos para la salud y seguridad de la persona usuaria en todo momento, y asegurarse de que el personal del centro o servicio tiene la cualificación, competencias, habilidades y experiencia necesarias para garantizar la seguridad de la persona usuaria.

- Protección frente a los malos tratos: la persona usuaria no debe sufrir ninguna forma de abuso o tratamiento inadecuado mientras recibe la atención. Incluye: abandono, tratamiento humillante, sujeciones innecesarias o desproporcionadas, límites inadecuados en la libertad de la persona usuaria.
- Alimentación e hidratación: la persona usuaria debe recibir la comida y bebida necesaria para mantenerse en buen estado de salud.
- Instalaciones y equipamiento: los espacios en los que se recibe la atención o tratamiento, así como el equipo utilizado, deben estar limpios, ser los adecuados y recibir el mantenimiento necesario.
- Quejas: la persona usuaria tiene que tener la posibilidad de quejarse de la atención o tratamiento recibido. El agente proveedor del servicio tiene que facilitar un sistema para recibir y contestar las quejas de las personas usuarias. Todas las quejas tienen que ser investigadas por las personas responsables del centro o servicio y tomar las acciones necesarias ante los problemas identificados.
- Buena gestión: el agente proveedor del servicio tiene que contar con una planificación que garantice que puede cumplir con los estándares. Debe disponer de un sistema eficaz para comprobar la calidad y seguridad del servicio.
- Plantilla: el centro o servicio sociosanitario debe contar con el suficiente personal cualificado, competente y experimentado para garantizar la aplicación de los estándares de calidad y seguridad. La plantilla tiene que recibir el apoyo, formación y supervisión necesarios para el correcto desempeño de su actividad.
- Personal adecuado: el centro o servicio tiene que disponer de personal capacitado, acorde con las actividades que va a desempeñar en la provisión de atención o tratamiento. Para ello, el centro o servicio tiene que disponer de procesos de contratación sólidos que permitan comprobar, por ejemplo, el historial laboral del/la profesional.
- Deber de franqueza: durante la atención o tratamiento, se debe mantener una actitud abierta y transparente con la persona usuaria. Si algo sale mal, es necesario explicar a la persona usuaria lo ocurrido, dar apoyo y disculparse.
- Publicación de las evaluaciones: el agente proveedor del cuidado debe mostrar la valoración realizada por la CQC. Tanto la puntuación recibida como el informe de evaluación tienen que estar disponibles para las personas usuarias.

En el proceso de **registro**, la CQC comprueba que el centro o servicio cumplen con los requisitos establecidos por la normativa. El proceso de registro se desarrolla en tres etapas: solici-

tud escrita, valoración y dictamen, donde a los agentes proveedores se les notifica la decisión y se les otorga el certificado. En el caso de que la solicitud no se haya resuelto con una decisión favorable, la persona solicitante puede presentar un escrito ante el CQC o puede apelar ante un tribunal independiente.

Los agentes que solicitan la certificación tienen que declarar que cumplen con los reglamentos establecidos en la normativa como elemento fundamental en el proceso de registro. Se considera delito hacer una declaración falsa o engañosa de manera deliberada. El/la solicitante de certificación tiene que aportar pruebas del cumplimiento de la reglamentación o de cómo se aplicarán los estándares una vez que el servicio esté operativo. A pesar de que la evaluación para el registro se suele llevar a cabo a nivel de despacho (desk-based assessment), en la gran mayoría de las solicitudes la CQC realiza una visita al servicio. En el momento en el que las circunstancias o características de un servicio se vean modificadas –por ejemplo, el número de personas que puede alojar una residencia–, la persona responsable del mismo tiene la obligación de notificarlo a la CQC. Los operadores de servicios certificados como proveedores regulados pueden usar (de manera opcional, no obligatoria) el logo de la CQC que acredita que se trata de servicios regulados –como banner en su página web, en los correos electrónicos de la entidad, en los documentos en papel–:



7.2.3. INSPECCIÓN, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN PERMANENTE

Cada dos años aproximadamente, el sistema sanitario y los servicios sociales para personas adultas son objeto de una **evaluación** independiente en Inglaterra, cuya finalidad es determinar la calidad de los servicios de acuerdo con cinco parámetros: seguridad, efectividad, diligencia, flexibilidad y adecuada gestión. La entidad reguladora CQC lleva a cabo para ello inspecciones in situ, recaba datos administrativos y recoge las opiniones de las personas usuarias y sus familias.

En base a los cinco parámetros que determinan la calidad y seguridad de los servicios, la CQC ha elaborado un conjunto de preguntas denominado la “línea de investigación clave” (key lines of enquiry), que sirve de protocolo estandarizado a la hora de realizar las inspecciones.

Se incluye al final de este apartado (en la página 211) la batería de preguntas del proceso de inspección y monitorización. El presente diagrama muestra cómo la CQC lleva a cabo la inspección y monitorización permanente de los centros y servicios sociosanitarios:

La CQC ha puesto en marcha un sistema para recopilar en línea información proporcionada por los proveedores de servicios y centros, el denominado Provider Information Collection

(PIC, en adelante). Este sistema permite a las entidades prestadoras de servicios sociales y sanitarios proporcionar, de manera telemática, información actualizada sobre la calidad del servicio que ofrecen. En concreto, la información que se les solicita es la relativa a las cinco preguntas clave sobre seguridad y calidad en la atención. Es obligatorio que los proveedores actualicen la información como mínimo una vez al año (de lo contrario, serán penalizados en la puntuación que se les otorgue en la inspección), si bien la CQC recomienda que la actualización se realice con una periodicidad de tres meses. Los/as inspectores/as revisan la información recopilada en la PIC y planifican las inspecciones que, por lo general, suelen realizarse sin previo aviso al centro o servicio.

- Los centros calificados como buenos o excelentes se inspeccionan al cabo de los 30 meses a partir de la anterior inspección.
- Los centros o servicios considerados que precisan mejorar se inspeccionan a los 12 meses del último informe de evaluación publicado.
- Los servicios calificados como inadecuados se inspeccionan, normalmente, en los seis meses posteriores a la última inspección.
- Centros y servicios de reciente creación: la inspección se lleva a cabo entre los 6 y 12 meses a partir de la fecha de registro.

Los equipos que llevan a cabo las inspecciones de los servicios de atención sociosanitaria están dirigidos por un/a inspector/a de la CQC e incorporan a personas expertas con experiencia (Experts by Experience). Se trata de personas que tienen experiencia personal con los servicios, bien por tratarse de usuarias de los mismos o bien por cuidar de una persona usuaria. Durante las inspecciones, la persona experta con experiencia habla con las personas usuarias de los servicios sociales y sanitarios, así como con sus familiares. Sus conclusiones se utilizan para respaldar las opiniones de los inspectores sobre los servicios y pueden incluirse en los informes de inspección.

Después de cada inspección, la CQC publica el informe de inspección en su sitio web, con la siguiente información:

- Información de contexto sobre el servicio y la inspección.
- Descripción de las principales conclusiones del equipo de inspección.
- La valoración, calificación, para cada pregunta clave, así como la calificación general otorgada.
- Indicios sobre cualquier incumplimiento de la reglamentación, así como las acciones señaladas al agente proveedor para solucionar esta situación irregular.

- Recomendaciones realizadas por el equipo de inspección para mejorar el servicio.
- Un resumen de la inspección llevada a cabo para que el agente proveedor del servicio comparta con las personas usuarias, familiares y cuidadores, así como con el resto de personal del servicio.

Esta información sirve de directorio de servicios y centros sociales, y pretende ser de utilidad a la ciudadanía a la hora de elegir uno de ellos. Para esta elección, las personas interesadas pueden realizar búsquedas en internet del tipo de centro requerido y de su ubicación geográfica, y acceder al informe individualizado de cada centro o servicio.

Información básica de los informes de evaluación publicados en la web de CQC¹¹⁷

The screenshot displays the CQC website interface for 'The Old Dairy'. The top navigation bar includes 'Overview', 'Inspection Summary', 'Reports', 'Registration Info', and 'Contact'. The main content area is titled 'Overview and CQC Inspections'. On the left, a large green box indicates the 'Overall Good' rating, with a link to 'Read overall summary'. To the right, a table lists five categories: Safe, Effective, Caring, Responsive, and Well-led, all rated 'Good' with green dots. Further right, the 'Type of service' is listed as 'Residential homes' and 'Specialisms/services', with a note: 'Accommodation for persons who require nursing or personal care, Learning disabilities'. Below this, there is a section for 'Our inspector's description of this service', followed by inspection dates (Latest inspection: 4 May 2017, Report published: 8 June 2017) and links to download the report PDF (71.24 KB) or view all reports. The bottom section, 'Who runs this service', identifies 'The Old Dairy' as run by 'Cornerstones (UK) Ltd', with 'Mr Kevin John Whelan' as the Registered Manager and 'Mr James Allen' as the Nominated Individual.

Los informes de evaluación incluyen una clasificación que tiene por objeto facilitar la comparación y elección de los servicios sociales:¹¹⁸

117 <https://www.cqc.org.uk/location/1-130902115>

118 <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/ratings>



Los centros y servicios de atención social están obligados a mostrar en un lugar visible para todas las personas –su página web, folleto informativo, etc.– la clasificación otorgada por la CQC como resultado de la evaluación. Es importante señalar que los informes se refieren tanto a los centros como a los servicios que ofrecen atención a domicilio, pudiendo las personas interesadas obtener la información para cada uno de ellos.

Asimismo, además de los informes individuales de cada centro o servicio social, la CQC elabora un informe anual en el que analiza el estado de la atención en Inglaterra: *The state of health care and adult social care in England*. Este exhaustivo informe proporciona, entre otros datos, información detallada sobre la percepción que las personas usuarias tienen sobre la calidad de la atención asistencial que reciben.

Por otro lado, además de las inspecciones y evaluaciones, la CQC hace el seguimiento del cumplimiento de los estándares de calidad mediante la **monitorización permanente** de los servicios y centros sociales. Para ello, ha desarrollado la herramienta CQC Insight que analiza información procedente de diversas fuentes –notificaciones administrativas, personal de los centros, personas usuarias, etc. – y, en base a unos indicadores, que le permite detectar posibles desviaciones en el correcto funcionamiento de un servicio. Esta herramienta funciona como un sistema de alerta que, si bien no se utiliza para tomar decisiones, tiene un papel crucial en la detección de posible riesgo en la atención, y en la planificación de inspecciones con el objeto de evaluar la situación *in situ*.

Además de esta inspección o evaluación externa que realiza la CQC, el Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 (Actividades Reguladas) establece que las entidades prestadoras de servicios tienen que tener implantados sistemas o procesos de auditoría que evalúen y monitoricen la calidad y la seguridad de los servicios que prestan, además de la calidad de la experiencia de la persona usuaria del servicio. Esta **evaluación interna** tiene que detectar y evaluar cualquier riesgo relacionado con la salud, seguridad y bienestar de las personas usuarias del servicio.

Por último, la CQC tiene la competencia para imponer diferentes tipos de sanciones, dependiendo de si el no cumplimiento de la reglamentación es juzgado como una falta menor, media o grave. Las sanciones pueden tratarse de acciones de mejora, de avisos de alerta o, en caso extremo, de acciones judiciales.

7.2.4. ESTANDARIZACIÓN, BUENAS PRÁCTICAS Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

En este apartado se analizan dos iniciativas desarrolladas en el Reino Unido y que pueden resultar de interés en el diseño de sistemas de gestión de la calidad del sistema asistencial. En concreto, se trata de dos grandes instituciones –Social Care Institute for Excellence (SCIE) y National Institute for Health and Care Excellence (NICE)– que, en colaboración con el Gobierno británico y el Departamento de Salud y Servicios Sociales, contribuyen a la gestión de la calidad mediante la generación y transferencia de conocimiento en el apoyo a la calidad de la atención social y sanitaria.

7.2.4.1. SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE (SCIE)

El Instituto Británico para la Excelencia en la Atención Social (SCIE, en adelante) es una entidad sin fines de lucro independiente que trabaja para la mejora de la atención asistencial en Inglaterra. Su objetivo es la mejora del diseño de políticas y de la práctica profesional mediante la investigación, la difusión del conocimiento, la formación especializada y el fomento del debate. La amplia colección de recursos documentales que contiene el sitio está organizada en base a tres criterios:

- Por tipo de usuarios: proveedores, autoridades locales responsables de adquirir servicios (commissioners), etc.
- Por temas: protección, integración, calidad, futuro de la atención, dependencia, etc.
- Por tipo de contenido: guías, manuales, buenas prácticas, evaluaciones, casos prácticos, etc.

Recientemente, SCIE ha puesto en marcha el repositorio Prevention Library, que se nutre de los contenidos de su base de datos. Mediante esta selección de recursos, SCIE pretende ayudar a los ayuntamientos en la búsqueda de servicios que prevengan, reduzcan o aplacen las necesidades asistenciales de la población. Para ello, esta biblioteca recopila buenas prácticas y recursos documentales sobre servicios de prevención de la dependencia y fomento de la autonomía personal. Entre ellos, los relativos a la calidad en los servicios de atención a la dependencia.

Recursos sobre calidad en atención residencial de la web Prevention Library¹¹⁹

The screenshot shows the Social Care Online website interface. At the top, there is a navigation bar with links: Home, Advanced search, Using our data, About, Help, and Register/sign-in. Below this is a search bar with the text 'Social Care Online' and a search button. The main content area displays search results for the query 'quality residential care'. On the left, there is a 'Filter results' sidebar with options for 'Full text' (Free, 413), 'Format types' (journal article, 413; book, 324; digital media, 15; journal, 1), 'Publication year' (2018, 24; 2017, 28; 2016, 49; 2015, 25; More), and 'Content types' (research, 313; government publication, 34; practice guidance, 24; practice example, 25). The search results list two articles: 'Quality care in therapeutic residential programs: definition, evidence for effectiveness, and quality standards' by DALY Daniel L. et al., and 'SCOPEOUT: sustainability and spread of quality improvement activities in long-term care-a mixed methods approach' by CRANLEY Lisa A. et al. Each article entry includes the journal article citation, publisher, and place of publication. A 'Key to icons' sidebar on the right explains the icons used in the results: Free resource (green checkmark), Journal article (blue 'A'), Book (blue 'B'), Digital media (blue 'D'), and Journal (blue 'J'). There is also a 'Give us your feedback' section and a 'Sign up/login for more' link.

Cabe señalar que si bien la mayoría de los recursos del sitio web están accesibles de forma gratuita –debido a que la entidad recibe financiación pública del Departamento de Salud y Servicios Sociales–, algunos de los contenidos son de acceso restringido, para cuya consulta es preciso estar registrado.

7.2.4.2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE)

El Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado (NICE, en adelante) tiene por objeto guiar y asesorar, a nivel nacional, para la mejora de la atención social y sanitaria. Para ello, desarrolla las siguientes actividades:

- Produce guías basadas en la evidencia y recomendaciones para los y las profesionales del ámbito de la salud, la salud pública y la atención social.
- Desarrolla estándares de calidad e indicadores de desarrollo para los agentes proveedores de servicios y las entidades responsables de proporcionar servicios sociales, de salud y de salud pública.
- Proporciona una serie de servicios de información para profesionales y responsables del ámbito de la atención social y sanitaria.

119 <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/About/About>

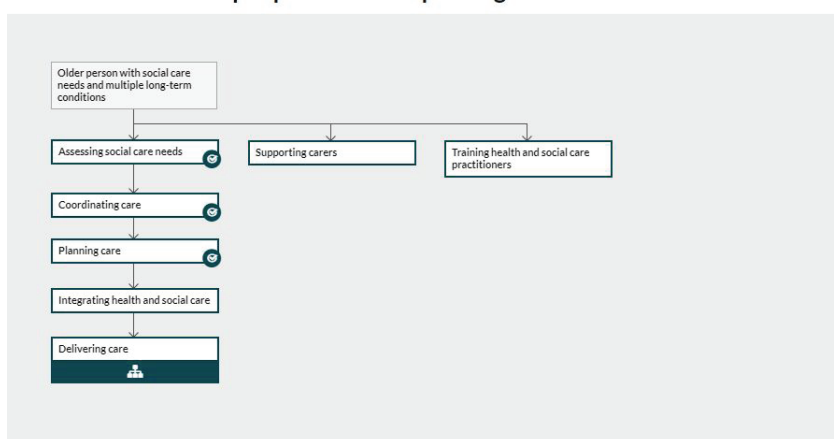
Los contenidos del sitio se agrupan en cuatro grandes bloques que ofrecen acceso a diferentes tipos de recursos:



- NICE Pathways ofrece diagramas de intervención sobre cuestiones de atención sanitaria y social.

Diagrama de provisión de cuidados de larga duración a personas mayores¹²⁰

Social care for older people with multiple long-term conditions overview



- Desde la sección NICE guidance se accede a una serie de manuales con recomendaciones referidas a diferentes aspectos de la atención social y sanitaria. Cada guía va acompañada de una selección de instrumentos de evaluación.¹²¹

¹²⁰ <https://pathways.nice.org.uk/pathways/social-care-for-older-people-with-multiple-long-term-conditions>

¹²¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng22>

Older people with social care needs and multiple long-term conditions

NICE guideline [NG22] | Published date: November 2015 | [Uptake of this guidance](#)

[Guidance](#) [Tools and resources](#) [Information for the public](#) [Evidence](#) [History](#)

Overview

Recommendations
Older people with social care needs and multiple long-term conditions implementation: getting started
Context
Recommendations for research

Guidance

[Share](#) [Download](#)

📄 NICE interactive flowchart - Social care for older people with multiple long-term conditions

📄 Quality standard - Social care for older people with multiple long-term conditions

Next ➔

This guideline covers planning and delivering social care and support for older people who have multiple long-term conditions. It promotes an integrated and person-centred approach to delivering effective health and social care services.

The Care Quality Commission uses NICE guidelines as evidence to inform the inspection process.

Recommendations

The guideline includes recommendations on:

- [identifying and assessing social care needs](#)
- [care planning](#), including the role of the named care coordinator
- [supporting carers](#)
- [interpreting health and social care planning](#)
- [delivering care](#)
- [preventing social isolation](#)
- [training health and social care practitioners](#)

Who is it for?

- Health and social care practitioners
- Providers of care and support in health and social care services

- Estándares e Indicadores.¹²² Esta sección proporciona información detallada sobre una selección de estándares de calidad e indicadores que establecen los requisitos mínimos de la atención y servicios sociales y de salud. Estos estándares no son de aplicación obligatoria, pero desde NICE recomiendan su uso ya que comparten la visión de la política social y sanitaria del Gobierno británico.

Para cada uno de los estándares, se ofrecen indicadores de medición, así como herramientas de apoyo.

122 <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

Ilustración del estándar “Bienestar mental de las personas mayores en residencias”¹²³

The screenshot shows the NICE Quality Standard page for 'Mental wellbeing of older people in care homes' (Quality standard [QS50], published December 2013). The page has a navigation bar with 'Quality standard', 'Tools and resources', 'Information for the public', and 'History'. The 'Quality standard' tab is active, showing an 'Overview' section on the left with a list of quality statements and a main content area on the right. The main content area includes a 'Quality standard' section with a description of the standard, a 'How to use NICE quality standards and how we develop them' section, an 'Endorsing bodies' section, and a 'Supporting organisations' section. The 'Overview' section on the left lists the following quality statements: 1. Participation in meaningful activity, 2. Personal identity, 3. Recognition of mental health conditions, 4. Recognition of sensory impairment, 5. Recognition of physical problems, 6. Access to healthcare services, 7. Using the quality standard, 8. Diversity, equality and language, 9. Development sources, 10. Related NICE quality standards, and 11. Quality Standards Advisory.

Mental wellbeing of older people in care homes
Quality standard [QS50] Published date: December 2013

Quality standard Tools and resources Information for the public History

Overview

Introduction
List of quality statements
Quality statement 1: Participation in meaningful activity
Quality statement 2: Personal identity
Quality statement 3: Recognition of mental health conditions
Quality statement 4: Recognition of sensory impairment
Quality statement 5: Recognition of physical problems
Quality statement 6: Access to healthcare services
Using the quality standard
Diversity, equality and language
Development sources
Related NICE quality standards
Quality Standards Advisory

Quality standard

7 NICE interactive flowcharts

This quality standard covers the mental wellbeing of older people (aged 65 and over) receiving care in care homes (including residential and nursing accommodation, day care and respite care). It focuses on support for people to improve their mental wellbeing so that they can stay as well and independent as possible. It describes high-quality care in priority areas for improvement.

How to use NICE quality standards and how we develop them
Quality standards help you improve the quality of care you provide or commission. Find out [how to use quality standards](#) and [how we develop them](#). We check our quality standards every August to make sure they are up to date.

Endorsing bodies
This quality standard is endorsed by [Department of Health and Social Care](#) as required by the Health and Social Care Act (2012).

Supporting organisations
A number of organisations recognise the benefit of this quality standard in improving care. They work with us to promote it to commissioners and service providers:

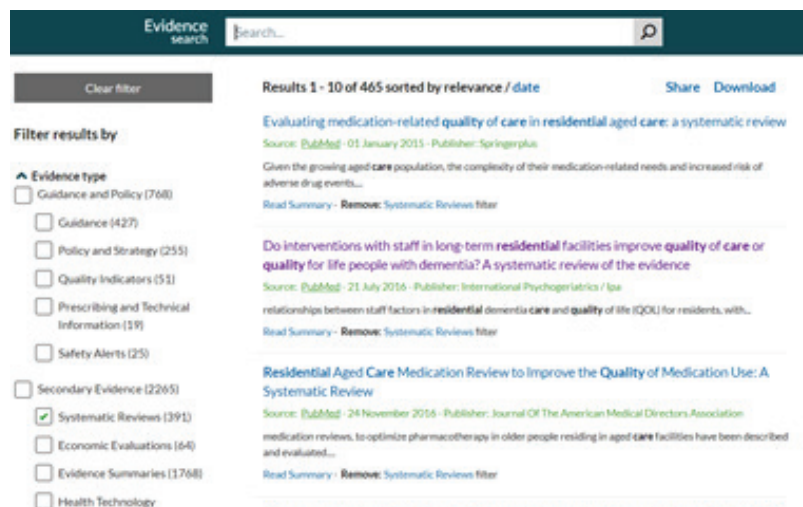
- [British Geriatrics Society](#)
- [College of Social Work](#)
- [Life Story Network](#)

- Por último, la biblioteca Evidence Services ofrece acceso a información basada en la evidencia del ámbito de la salud, la atención social y la salud pública. Por este motivo, NICE forma parte de la red What Works, una iniciativa del Gobierno británico para mejorar la gestión y eficiencia del sector público mediante la creación, transmisión y uso de evidencias en la toma de decisiones.

Estos documentos basados en la evidencia no son de elaboración propia, pero desde el catálogo de NICE se accede directamente a la página del recurso:¹²⁴

123 <https://www.nice.org.uk/guidance/qs50>

124 <https://www.evidence.nhs.uk/>



7.3. Otras experiencias de interés en el Reino Unido

7.3.1. UN NUEVO ENFOQUE EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES

En los últimos años se ha producido en Inglaterra un notable cambio de enfoque en la medición de la calidad de la atención. Esta evolución se ha caracterizado por, en lugar de centrarse en medir los resultados de rendimiento, poner el foco en la medición de la calidad de vida de las personas usuarias. Este cambio se basa en el principio de que el bienestar o la calidad de vida es el objetivo último de los servicios públicos, y que la prestación de servicios debe estructurarse en torno a este principio en lugar de al rendimiento interno (Forder *et al.*, 2016).

Partiendo de esta idea, en 2011, el Departamento de Salud elaboró un cuadro de indicadores sobre la atención social (Adult Social Care Outcomes Framework, ASCOF en adelante) que coloca a las personas usuarias de los servicios de atención social en el centro de la definición de calidad y eficacia de los servicios sociales. ASCOF se ha convertido en una pieza clave de la estrategia política para impulsar mejoras en la atención social a través de la medición de resultados. Los indicadores corresponden a cuatro ejes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con necesidades de atención y apoyo.
- Retrasar y reducir la necesidad de cuidados y apoyo.
- Asegurar que las personas usuarias reciban una atención y apoyo satisfactorios.
- Salvaguardar a las personas adultas en situación de vulnerabilidad y protegerlas de daños evitables.

A partir de este cuadro de indicadores, se realiza un seguimiento de los servicios sociales de Inglaterra, con la publicación anual del informe de resultados: Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework. El objeto de este sistema es el de hacer un seguimiento de la aplicación de la normativa, si bien no se relaciona con la autorización y la inspección de los centros: se trata, en ese sentido, de un sistema de información sobre la calidad del sistema de servicios sociales.

Los datos para la monitorización de los servicios sociales mediante ASCOF se obtienen a partir de diferentes encuestas, entre las que se encuentran:

- La encuesta de usuario/a de los servicios sociales (Adult Social Care User Survey, ASCS): los municipios ingleses con responsabilidades en materia de servicios sociales están obligados a realizar, con periodicidad anual, esta encuesta postal a las personas usuarias de los servicios de atención social. La encuesta se centra en la calidad de vida de las personas usuarias, el impacto de los servicios en su calidad de vida, y en su estado de salud y bienestar general. Las respuestas de las encuestas se envían al Centro de Información de Atención Sanitaria y Social de Inglaterra (NHS Digital) con el propósito de que se integren en el ASCOF y contribuyan a respaldar las políticas y la toma de decisiones en la mejora de la atención, tanto a nivel local como nacional. El Centro de Información de Atención Sanitaria y Social inglés ha elaborado una serie de materiales de apoyo destinados a las autoridades locales, como la guía que recoge las pautas para la recogida y tratamiento de los datos. De esta forma, se garantiza que los municipios sigan los mismos criterios de manera que la información obtenida comparta una estructura común que facilite su posterior interpretación y explotación.

Esta encuesta se realiza también a las personas cuidadoras, bajo el nombre Survey of Adult Carers.

- Encuesta sobre los cuidados de corta y larga duración (Short and Long Term, SALT). Ha sido diseñada para hacer el seguimiento del recorrido de las personas usuarias por los diferentes servicios de corta y larga duración. Como en el caso anterior, los municipios tienen la obligación de enviar, con una periodicidad anual, las encuestas cumplimentadas al centro de información NHS Digital. Los municipios disponen de una serie de guías y material de apoyo para la correcta recopilación de los datos.

En el [siguiente enlace](#) de la página del Centro de Información de Atención Sanitaria y Social de Inglaterra (NHS Digital) pueden consultarse todas las colecciones de datos del ámbito de los servicios sociales.

7.3.2. COMPROMISO COMÚN POR LA ATENCIÓN DE ALTA CALIDAD

En Inglaterra, al igual que en otros territorios, existe un debate abierto acerca de la calidad de la atención social y sanitaria. El aumento de la demanda –envejecimiento poblacional, incre-

mento de la población con necesidades de atención–, unido a la disminución de la financiación pública a la atención asistencial, tiene un efecto directo en la calidad de la atención social y sanitaria. Ante esta situación, en 2017, diferentes entidades inglesas del ámbito de la atención sociosanitaria –CQC, NHS Digital, Association of Directors of Adult Social Services (Adass), Local Government Association (LGA), entre otras– han firmado un compromiso común por una atención social de alta calidad, centrada en la persona. El propósito de esta iniciativa, denominada Quality Matters, es el de alentar a todos los agentes implicados en la atención social – personas usuarias, entidades proveedoras, etc.– a que contribuyan a mejorar la atención para conseguir servicios de alta calidad. Para ello, han elaborado un plan de acción que constituye el punto de partida del proyecto. Las prioridades descritas en el plan son las siguientes:

1. Tener en cuenta el *feedback*, las quejas y los cumplidos de las personas usuarias, sus familiares y cuidadores/as.
2. Medir, recopilar y usar los datos de manera más eficaz.
3. Establecer un proceso de calidad para obtener mejores resultados.
4. Mayor apoyo a la mejora.
5. Colaboración interdisciplinar para mejorar.
6. Mejorar el perfil de la atención social.

Para cada una de las prioridades, se indica la/s entidad/es que va/n a llevarlo a cabo, así como los resultados que se pretenden obtener al cabo del año de su ejecución. Las entidades responsables del proyecto prevén la publicación de guías y otros materiales de apoyo para la implantación de estos principios en los servicios sociales y sanitarios.

7.4. Conclusiones y principales aprendizajes

- Los centros y servicios de atención a la dependencia británicos se regulan a nivel nacional, con variaciones en cada una de las naciones que conforman el Reino Unido. Estas leyes nacionales, que se van ampliando y modificando, definen los criterios y estándares de calidad de la atención a la dependencia. La competencia de la provisión y organización de los servicios de larga duración recae en las administraciones locales, a través de los ayuntamientos.
- En Inglaterra, cabe destacar la existencia de una comisión de calidad de la atención, la Care Quality Commission (CQC) que, aplicando los estándares establecidos por la ley, es la encargada de realizar las principales tareas relativas a la calidad de la atención: la regulación, la inspección y evaluación, la elaboración de material de apoyo para agentes del ámbito social, etcétera.

- Destaca la importancia de la regulación relativa a la autorización necesaria para la apertura y funcionamiento de cualquier centro o servicio de atención social y sanitaria en Inglaterra. Es obligatorio, para la provisión de cualquier actividad relativa a la atención social, estar regulado por el CQC.
- Una de las principales acciones que lleva a cabo la CQC para garantizar la calidad de la atención son las inspecciones –con o sin previo aviso– de los centros o servicios de atención social y sanitaria. Mediante las inspecciones, los centros o servicios obtienen una valoración que las personas usuarias pueden consultar en todo momento, bien en la página web del CQC, o bien en el propio centro o servicio, que tiene la obligación de mostrar la puntuación recibida por la CQC.
- La CQC ha establecido cinco parámetros que constituyen los principios básicos de la calidad en la atención, a saber: seguridad, efectividad, diligencia, flexibilidad y adecuada gestión. Estos cinco dominios son muy genéricos, pero constituyen el marco en el que tienen que integrarse todos los servicios y centros, entre ellos, los de atención a la dependencia.
- Todos los centros y servicios de atención social y sanitaria tienen la obligación de realizar evaluaciones internas y de proporcionar una serie de datos a la CQC, mediante la aplicación web, para que la comisión pueda llevar a cabo su seguimiento.
- Destaca el creciente interés por colocar a la persona usuaria en el centro del sistema de medición de la calidad de la atención. Esta tendencia queda patente en:
 - La incorporación de la opinión y experiencias de las personas usuarias, de sus familiares y de cuidadores/as (Adult Social care User Survey, Survey of Adult Carers).
 - La medición de resultados en los procesos de evaluación de la calidad de la atención social a partir del cuadro de indicadores Adult Social Care Outcomes Framework.
- El modelo británico de gestión de la calidad en la atención a la dependencia se sustenta, principalmente, en la evaluación e inspección de los servicios que en la definición y regulación de requisitos previos. Por tanto, en el Reino Unido, los mecanismos de regulación, evaluación e inspección, así como la elaboración de materiales de apoyo –recomendaciones de buena práctica, guías, etc.– tienen mayor peso. En este sentido, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y el Social Care Institute for Excellence (SCIE) juegan un papel clave en la elaboración y difusión de materiales para la gestión de la calidad.

7.5. Bibliografía y recursos en internet

7.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Antares Consulting, *Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia: perspectivas para el Mercado Español*. Madrid, Antares Consulting, 2014, 213 pp.
- Adult Social Care Activity and Finance Report: Detailed Analysis. Londres, NHS Digital, 2018, 52 pp.
- Bond, J., *Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido. En: El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Serie: Colección Estudios. Serie Dependencia, Madrid, IMSERSO, 2009, 281 pp.
- Care Act 2014, Londres, The Stationery Office, 2014, 167 pp.
- Care and Support Statutory Guidance, Londres, Department of Health & Social Care, 2018 [último acceso octubre 2018]
- Comas-Herrera, A. et al., *The long-term care system for the elderly in England*. Serie: ENEPRI research report, Bruselas, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010, 46 pp.
- Dandi, R., Casanova, G., *Quality assurance indicators of long-term care in European countries*. Serie: ENEPRI research report, Bruselas, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2012, 128 pp.
- Department of Health, *Care homes for older people. National minimum standards for care homes for older people*. Londres, Stationery Office, 2006, 101 pp.
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, *Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland. Organisation of social protection. Charts and descriptions. Situation on 1 January 2018*. Bruselas, European Commission, 2018 [último acceso octubre 2018]
- Esping- Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Policy Press, 1990, 248 pp.
- Forder, J. et al., *Identifying the impact of adult social care: Interpreting outcome data for use in the Adult Social Care Outcomes Framework*. Serie: Discussion Paper n. 2892, Canterbury, Quality and Outcomes of Person-Centred Care Policy Research Unit, 2016, 67 pp.
- Gori, C. et al. (eds.), *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol, Policy Press, 2016, 316 pp.
- Greve, B. (ed.), *Long-term care for the elderly in Europe. Development and prospects*. Serie: Social Welfare Around the World, Londres, Routledge, 2017, 196 pp.
- Integrating care for the frail elderly. En: *Integrating social services for vulnerable groups*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015, pp. 165-194.
- Leichsenring, K. et al., *To make or to buy long-term care? Part III: quality assurance to avoid market-failure*. Serie: Policy Brief n. November 2014, Vienna, European Centre, 2014, 14 pp.

- Molero, M. L. (coord.), Sistemas europeos de protección social de la dependencia (long term care). *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 155 pp.
- Mor, V. et al.(eds.), *Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, 493 pp.
- Nies, H. et al., Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper. Bruselas, European Commission, 2010, 62 pp.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development European Commission, A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Serie: OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, 2013, 270 pp.
- Paz Cobo, S., La atención a la dependencia en el modelo de bienestar liberal: casos de Irlanda y Reino Unido. En: Sistemas europeos de protección social de la dependencia (long term care). *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 155 pp.
- Rodríguez, G., Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE. *Documentación Social*, n.º 177, 2015, pp. 19-39.
- Rodríguez, P. (coord.), *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Madrid, Fundación Caser, Fundación Pilaes, 2015, 200 pp.
- Scheil-Adlung, X., *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. Serie: ESS Working Paper n. 50, Ginebra, International Labour Office, 2015, 99 pp.
- Spasova, S. et al., *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Synthesis report*. Bruselas, European Commission, European Social Policy Network, 2018, 66 pp.
- Wiener, J. M. et al., *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*. Washington DC, AARP, 2007, 91 pp.

7.5.2. Recursos en internet

<https://www.scie.org.uk/>

<https://digital.nhs.uk/>

<https://www.nice.org.uk/>

Anexo de la sección Reino Unido:

Cuestiones clave sobre el rendimiento de los centros sociosanitarios en Inglaterra

Panel con las cuestiones clave sobre el rendimiento de los centros sociosanitarios en Inglaterra

Eje	Ámbito
Seguridad	Prevención y protección de los malos tratos
	Gestión de riesgos
	Personal adecuado y cobertura de personal
	Distribución de fármacos
	Control de infecciones
	Aprender de lo que no funciona
Efectividad	Evaluación de necesidades y tratamientos basados en la evidencia
	Habilidades y conocimiento del personal
	Alimentación e hidratación
	Cómo el personal, los equipos y los servicios trabajan juntos
	Apoyar a las personas para que vivan vidas más sanas
	Locales accesibles
	Consentimiento para el cuidado y el tratamiento
Cuidados	Amabilidad, cuidados y compasión
	Implicando a las personas en la toma de decisiones sobre sus cuidados
	Privacidad y dignidad
Responsabilidad	Atención centrada en la persona
	Sugerencias y quejas
	Cuidados al final de la vida

Eje	Ámbito
Gestión	- Visión y estrategia
	- Gobernanza y gestión
	- Compromiso y participación
	- Aprendizaje, mejora e innovación
	- Trabajo en colaboración

8. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN PORTUGAL

8.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Portugal

8.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA: MARCO COMPETENCIAL Y NORMATIVO Y PRINCIPALES SERVICIOS Y PRESTACIONES

a) Elementos básicos del sistema

En general, el estado de bienestar portugués ha seguido un modelo de protección social más o menos alineado con el enfoque bismarkiano. Esto significa que, tradicionalmente, ha desarrollado mecanismos de protección basados en prestaciones económicas ante determinados riesgos sociales (envejecimiento, enfermedad, etc.) que conforman el sistema de seguridad social, mostrando poco interés en ampliar la cobertura de servicios públicos.

Hasta hace dos décadas, las **infraestructuras** de atención a la dependencia de Portugal estaban muy **poco desarrolladas** en comparación con el resto de los Estados miembro de la Unión Europea (Lopes, A., 2017). En un periodo relativamente corto, Portugal ha implementado un sistema nacional de servicios de atención social, con unas ratios de cobertura cercanos a la media de la Unión Europea, si bien, al día de hoy, es uno de los países de la UE que destina un menor porcentaje del PIB a la atención a la dependencia, así como uno de los países con el número más reducido de profesionales en el sector de la dependencia. De acuerdo con el informe de Scheil-Adlung, X. (2015), esta falta de trabajadores/as profesionales en los cuidados formales en el ámbito de la dependencia incide en el acceso de la población en edad avanzada a servicios de calidad: en concreto, de acuerdo a sus datos, el 90% de las personas de 65 años o más de Portugal no accede a servicios de atención a la dependencia de calidad.

Históricamente, la prestación de servicios de bienestar ha estado en Portugal, como en el resto de los países del área mediterránea, a cargo de **redes informales** (familia, entidades sin fines de lucro). El sector público ha desempeñado un papel minoritario en la atención a la dependencia en Portugal y, si bien en los últimos años ha habido cambios importantes con el objeto de evolucionar de los cuidados informales a los institucionales, lo cierto es que, actualmente, la atención informal proporcionada por familiares sigue siendo el principal agente del sistema. Portugal cuenta con la mayor tasa de cuidados domiciliarios informales, prestados por una persona residente en el mismo domicilio, de Europa (12,4%, en 2014), y la menor tasa de prestación de servicios no domiciliarios (10,8% en 2014).¹²⁵

125 Barbosa, F., Delerue, A., Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, vol. 11, n. 4, 2014, p. 293-300.

La atención formal destinada a las personas en situación de dependencia se vertebra en torno a:

- Una prestación económica de complemento a la dependencia, y
- una serie de servicios de atención social y sanitaria.

La provisión formal de servicios de atención social recae, fundamentalmente, en el sector privado. Las estructuras de atención social están gestionadas por **entidades privadas sin fines de lucro** que reciben financiación del Gobierno, las denominadas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS, en adelante), entre las que destacan las Misericórdias, entidades de carácter religioso.

b) Marco normativo

En 1999, el Gobierno portugués promulgó el decreto-ley 265/99, de 14 julio, por el que se crea la prestación denominada **complemento por dependencia** –complemento por dependência– “destinada a complementar la protección concedida a los pensionistas de invalidez, vejez y supervivencia de los regímenes de seguridad social en situación de dependencia”. El principio rector de esta prestación económica es que el Estado tiene que ayudar a las personas dependientes y a sus familias a compensar el costo adicional que representa la situación de dependencia, si bien la tarea del cuidado debe recaer, preferentemente, en el entorno familiar.

Esta norma establece lo siguiente:

- Se consideran en situación de dependencia las personas que no puedan practicar con autonomía los actos indispensables para la satisfacción de las necesidades básicas de la vida cotidiana, careciendo de la ayuda de otra persona.
- A efectos del otorgamiento de la prestación y de la determinación de la respectiva cuantía, se consideran dos grados de dependencia:
 - Grado I: personas que no pueden realizar, de manera autónoma, los actos indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la vida cotidiana (alimentación, locomoción, cuidados de higiene personal).
 - Grado II: personas que acumulan las situaciones de dependencia que caracterizan el grado I y que se encuentran encamadas o presentan cuadros de demencia grave.
- Las cuantías de la prestación están indexadas al valor legalmente fijado para la pensión social de invalidez y vejez del régimen no contributivo, oscilando –para los/as pensionistas del régimen general– entre un 50%, para la situación de dependencia de primer grado, y un 90% para la situación de dependencia de segundo grado.

- Constituye condición para el otorgamiento del complemento por dependencia que la persona pensionista no reciba pensión de cuantía superior a 600 euros.

Es significativo que este decreto no haga alusión a los/as cuidadores/as profesionales de personas dependientes, ya que se limita a indicar que la ayuda puede ser “prestada por cualquier persona que no se encuentre carente de autonomía para la realización de los actos básicos de la vida diaria, incluyendo los familiares de la persona titular de la prestación” (artículo 5, apartado 2).

Los servicios dirigidos a las personas en situación de dependencia están regulados por el decreto-ley 101/2006, de 6 de junio, que establece la creación de la **Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI** (la Red, en adelante), dependiente tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social. Tradicionalmente, la atención a la dependencia consistía en la provisión de apoyo social para las actividades de la vida diaria, sin ninguna intervención de tipo sanitario. Con la implantación de la Red a mediados de la pasada década, el Gobierno portugués apuesta por una atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia.

El principal objetivo de la Red es prestar cuidados continuados integrados a personas que, independientemente de la edad, se encuentran en situación de dependencia. Y, entre sus objetivos específicos, se hallan:

- mejorar las condiciones de vida y el bienestar de las personas en situación de dependencia,
- mantener en el domicilio a las personas con pérdida de autonomía o en riesgo de perderla,
- velar por la mejora continua de la calidad en la prestación de atención sociosanitaria,
- apoyar a los familiares o cuidadores/as informales en la prestación de los cuidados,
- articular y coordinar la red de atención a las personas en situación de dependencia,
- garantizar la progresiva cobertura a nivel nacional de las necesidades de las personas en situación de dependencia en materia de atención sociosanitaria.

Esta Red de protección a las personas en situación de dependencia se coordina a nivel nacional y se organiza en dos niveles: el regional y el local (la estructura competencial se desarrollará en el siguiente apartado c, de este mismo punto).

La Red tiene como objetivo general la prestación de cuidados sociosanitarios continuados a las personas que se encuentren en situación de dependencia. Este modelo de atención a la depen-

dencia se basa en los paradigmas de la recuperación global y del mantenimiento, entendidos como un proceso activo y continuo, que comprende:

- la rehabilitación, la readaptación y la reintegración social; y
- la provisión de confort y calidad de vida, incluso en situaciones irrecuperables.

A este efecto, la Red puede prestar diversos tipos de servicios de cuidados sociosanitarios continuados, que garantizan unidades de internamiento, unidades ambulatorias, equipos hospitalarios y equipos domiciliarios. Más que la creación de nuevos servicios, esta Red constituye un nuevo modelo de coordinación destinado a garantizar un mejor uso, más equitativo, de los recursos existentes, y una mejor coordinación entre los diferentes agentes implicados en la provisión de la atención a la dependencia. Se constituye como un nuevo modelo de organización entre el Ministerio de Solidaridad Social y el de Salud, para la provisión de atención social y sanitaria sustentada por diversos agentes como entidades públicas –hospitales, centros de salud, etc.– y privadas –con o sin fines de lucro–.

La prestación de cuidados sociosanitarios de la Red se garantiza a través de cuatro tipos de respuestas:

A pesar de la creación de esta Red, este modelo de atención solo protege a parte de la población en situación de dependencia debido, fundamentalmente, a que en los servicios de carácter social existe copago por la persona en situación de dependencia en función de sus rentas o de las de su unidad familiar, y no en función del grado de dependencia, como sucede en otros países.¹²⁶

Cabe señalar también, en el ámbito de la atención a la dependencia, la ley 4/2007, de 16 de enero, que aprueba las bases generales del **sistema de seguridad social**, si bien solo contiene tres referencias al tema de la dependencia (artículo 26, apartado 2; artículo 29, apartado 1; y artículo 46, letra C).

Dada la escasa presencia de la dependencia en la normativa portuguesa, el Gobierno aprueba, en 2015, la **Estrategia de Protección a las Personas Mayores** –Estratégia de Proteção ao Idoso– mediante la resolución 63/2015. La estrategia se divide en una primera parte, con el marco de la estrategia, y una segunda parte con medidas entre las que es destacable, por su vinculación con el tema del presente análisis la medida 1 orientada a “reforzar los derechos de los mayores en las áreas de la salud y de la seguridad social. Sin embargo, algunos autores como Silverio de Barros (2017) destacan la ausencia de cualquier mención en esta estrategia a la creación de sistemas de control de calidad de equipos, instalaciones y de los/as profesionales.

¹²⁶ Decreto-ley núm. 70/2010 que establece las reglas para la determinación de la condición de recursos a tener en cuenta en la atribución y conservación de las prestaciones del subsistema de protección familiar y del subsistema de solidaridad, así como para la atribución de otras ayudas sociales públicas.

c) Estructura competencial

Tal y como se ha señalado, la Red portuguesa de atención a la dependencia se coordina en tres niveles competenciales: nacional, regional y local. La coordinación de la Red a nivel regional y local tiene por objeto su ejecución en dos niveles territoriales, permitiendo así una articulación efectiva y eficiente de sus diferentes niveles de coordinación, garantizando la flexibilidad y la continuidad en la utilización de las unidades y equipos que la componen.

A nivel regional, la coordinación de la Red se realiza mediante cinco equipos de coordinación regionales (ECR). Se trata de equipos multidisciplinares constituidos por representantes de las administraciones regionales de Salud (ARS) y de los centros de distrito de la seguridad social, con sede en las ARS (Norte, Centro, Lisboa y Valle del Tajo, Alentejo, y Algarve).

A nivel local, la coordinación de la Red se lleva a cabo por equipos de coordinación local (ECL) que, como en el caso de los ECR, están compuestos por equipos multidisciplinares que integran, como mínimo:

- Un/a médico/a.
- Un/a enfermero/a.
- Un/a trabajador/a social.

Los equipos locales articulan y coordinan los recursos y actividades de la Red a nivel local. En el siguiente cuadro se detallan las principales funciones de sus diferentes niveles de coordinación:¹²⁷

127 Acuerdo n.º 19 040/2006 entre el Ministerio de Trabajo y el de Solidaridad Social y Salud.

Tabla 25. Distribución competencial y funciones de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Organismos	Funciones y competencias
Administración estatal	- Diseñar e implementar la acción social a favor de las personas mayores y de sus cuidadores familiares, - coordinar las acciones de los distintos agentes del ámbito social y sanitario, - regular el sistema, - financiar (de manera parcial) determinadas prestaciones destinadas a las personas mayores y a las personas con discapacidad, - establecer acuerdos con entidades privadas para la provisión de servicios, - proporcionar recomendaciones para la monitorización y control de la actividad y de la calidad de los procesos.
Administración regional - Equipo de Coordinación Regional	- Garantizar la equidad en el acceso a la Red y la adecuación de los servicios prestados, - garantizar el uso eficaz, en particular en términos presupuestarios, de las unidades prestatarias de servicios, - promover las condiciones necesarias para asegurar patrones de calidad en el funcionamiento y cuidados prestados por los equipos y unidades de la Red, - articularse con la coordinación de la Red a nivel nacional y local, - fomentar la articulación dentro de la Red de los diferentes agentes que la integran, así como con otras entidades convenientes para el ejercicio de sus competencias.

Organismos	Funciones y competencias
Administración local - Equipo de Coordinación Local	- Identificar necesidades y proponer a los equipos de coordinación regionales acciones para cubrirlas, - consolidar los planes de acción anuales, elaborar sus informes de ejecución y someterlos a la coordinación regional, - facilitar información actualizada al equipo de coordinación regional correspondiente sobre la naturaleza, número y localización de las unidades y equipos de la Red, - apoyar y hacer el seguimiento del cumplimiento de los contratos y la utilización de los recursos de las unidades y equipos de la Red, - promover colaboraciones para la prestación de cuidados continuados en sus respectivos servicios comunitarios de proximidad, - promover los procesos de admisión o readmisión en las unidades y equipos de la Red, - alimentar el sistema de información que soporta la gestión de la Red.

d) Principales prestaciones

Las prestaciones y los servicios a las que las personas mayores en situación de dependencia pueden tener acceso en Portugal son los siguientes.

- El **complemento por dependencia** –complemento por dependência– consiste en una prestación económica atribuida a las personas en situación de dependencia y que precisan de la ayuda de otra persona para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. La persona beneficiaria percibe la prestación junto con la pensión y dispone de total libertad para elegir a qué destinarla.

El Sistema de Verificación de Incapacidades de la Seguridad Social –Sistema de Verificação de Incapacidades– certifica el grado de la situación de dependencia (Grado I y Grado II, especificados en el apartado a, del punto 7.1.1.). Al inicio, la prestación era de carácter universal, sin embargo, en 2013 se introdujo una modificación¹²⁸ por la que solo las personas jubiladas en situación de dependencia con

128 Decreto-ley 13/2013 que modifica el régimen jurídico de protección social de desempleo, muerte, dependencia, complemento solidario de vejez y el complemento por cónyuge a cargo, del sistema de seguridad social.

una pensión por debajo de 600 euros mensuales son elegibles para la prestación de complemento por dependencia.

La cuantía de la prestación corresponde a un porcentaje del valor de la pensión y varía de acuerdo con el grado de dependencia, tal y como se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 26. Cuantías mensuales en euros de la prestación “complemento por dependencia” en 2018

Criterio de elegibilidad	Grado de dependencia Grado I	Grado II
Pensionistas integrados en el Régimen General de la Seguridad Social	50% de la cuantía de la pensión: 103,51 €	90% de la cuantía de la pensión: 186,31 €
Pensionistas no integrados en el Régimen General de la Seguridad Social:		
- Régimen especial de actividades agrícolas.	45% de la cuantía de la pensión: 93,15 €	85% de la cuantía de la pensión: 175,96 €
- Régimen no contributivo.		

- Por otro lado, existe una serie de **servicios**, disponibles o financiados a través del sistema de seguridad social, que están destinados a las personas mayores:

- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centro de convivencia.
- Centro de día.
- Centro de noche.
- Centros residenciales (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, ERPI).

El decreto-ley 70/2010 establece el límite de los bienes de las personas usuarias de las unidades de la Red, así como de cualquiera de los servicios sociales concedidos por el Estado, para tener derecho al copago por parte de la seguridad social. A fecha de 2018, el patrimonio mobiliario de la persona solicitante y de su unidad familiar no puede ser superior a 102.936 euros.¹³⁰

La admisión y/o readmisión en alguno de los servicios de la Red se realiza desde los equipos de coordinación local a partir de una valoración médica o social elaborada por el Equipo de Gestión

129 Complemento por dependência. Segurança Social. [consulta: 14 de noviembre de 2018].

130 Instituto da Segurança Social, Guia Prático -Condição de Recursos. Departamento de Prestações e Contribuições, 2018, 15 pp.

de Altas (EGA) por el/la médico/a, enfermero/a o trabajador/a social. El Equipo de Coordinación Local está obligado a dar una respuesta en un plazo máximo de 24 horas.

e) Modelo de provisión y de financiación

Las entidades que prestan cuidados continuados pueden ser públicas o privadas. Las entidades públicas son, principalmente, del ámbito sanitario –hospitales, centros de salud, etc.–, mientras la atención de carácter social –atención domiciliaria, residencias, etc.– recae en el sector de las instituciones privadas de solidaridad social (IPSS, en adelante) –Instituições Particulares de Solidariedade Social–, entre las que destacan las Misericórdias, de carácter religioso. El sector privado con ánimo de lucro tiene una presencia muy escasa en la provisión de servicios, representando menos de un 10% de la atención domiciliaria y residencial del territorio portugués.

El decreto-ley 119/83 (modificado parcialmente por el decreto-ley 172-A/2014) aprueba el Estatuto de las Instituciones Privadas de Solidaridad Social. Define a estas entidades como aquellas instituciones, sin fines de lucro, constituidas exclusivamente por iniciativa de particulares. Asimismo, dispone que su actuación se regirá por los principios de la economía social, así como por el régimen previsto en el presente Estatuto. Dispone, también, que estas instituciones podrán encargarse, mediante acuerdos de cooperación –acordos de cooperação– con el Gobierno, de la gestión de instalaciones y equipos pertenecientes al Estado, y establece las responsabilidades de los titulares de dichas organizaciones. De 1.500 entidades sin fines de lucro proveedoras de servicios registradas en el año 1983, se ha pasado a un total de 5.152 en 2018.¹³¹

Desde el punto de vista económico, en 2013 el gasto público en atención a la dependencia representa un 0,1% del PIB portugués, cantidad muy por debajo de la media de 1,6% de la OCDE.

En lo que se refiere al modelo de financiación de las prestaciones del sistema de dependencia, cabe destacar:

- La financiación del complemento por dependencia se realiza vía impuestos.
- Los servicios de atención a la dependencia se financian mediante transferencias presupuestarias del Gobierno que se concretan anualmente.
- Como ya se ha señalado, se contempla también el copago por parte de la persona usuaria. Cada año se calcula y actualiza la aportación que debe realizar la persona usuaria en función de sus recursos económicos y los de su familia.

131 Listado de las instituciones privadas de solidaridad social, a fecha de 05 de noviembre de 2018.

8.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN PORTUGAL

Portugal cuenta con una población de 10,31 millones de personas (2017). De acuerdo con los más recientes datos estadísticos, la población mayor –con más de 65 años de edad– pasó de 708.569 mayores en 1960 a 2.010.064 mayores en 2011, lo que significa que, en la actualidad, el 19% de la población lo constituye este grupo etario. La población con más de 75 años de edad es superior a 961.000 personas, es decir, el 9,1% de la población total. Y esta va a ser también la tendencia en los años venideros, puesto que para el 2050 se prevé que el 32% de la población portuguesa tenga 65 años o más y el 11% sea de una edad igual o superior a los 80 años (OECD, 2013). Paralelamente, la esperanza media de vida en el nacimiento, en 1970 era de 67 años, mientras que en 2016 es de 80,8 años.¹³²

Por otro lado, la encuesta nacional de salud de 2014¹³³ determina que alrededor de 458.000 de los 2,1 millones de personas de 65 o más años presentan dificultades para el desempeño de, al menos, una actividad relacionada con el cuidado personal; de estos, el 35% señala necesitar ayuda para la realización de dichas tareas.

En lo que se refiere a la cobertura de los diferentes servicios, los datos más relevantes del sistema de atención a la dependencia son los siguientes:

- Las residencias para personas mayores, los centros de día y el servicio de atención domiciliaria constituyen los servicios más utilizados por las personas mayores.
- Entre 1998 y 2014, el número de plazas en residencias, así como en los servicios de atención domiciliaria se ha incrementado en un 82% y un 175%, respectivamente.
- Este incremento en el número de plazas en los servicios destinados a las personas mayores no es directamente proporcional a la tasa de cobertura debido, en gran medida, al aumento de la demanda.

132 Esperanza de vida en el nacimiento. PORDATA, Base de Datos de Portugal Contemporâneo. [consulta: 14 de noviembre de 2018].

133 Inquérito Nacional de Saúde - 2014. Instituto Nacional de Estatística. [consulta: 12 de noviembre de 2018].

Tabla 27. Tendencias en la provisión de servicios destinados a las personas mayores entre 1998 y 2014: residencias, centros de día y atención domiciliaria

Tipo de servicio	Número de plazas disponibles a nivel nacional (Ratio de utilización en %)					Tasas de cobertura por cada 100 personas a nivel nacional		
						65+	80+	
	1998	2000	2005	2010	2014	1998	2014	1998
Residencias	49.059 [94,6]	55.863 [95,3]	60.884 [97,2]	71.261 [95,3]	89.666 [91,5]	3,07	4,29	14,87
Centros de día	46.273 [78,5]	51.143 [80,5]	60.352 [70]	62.472 [69]	64.705 [65]	2,90	3,10	14,02
Atención domiciliaria	38.022 [87,4]	48.734 [94,3]	73.575 [85,4]	90.570 [83,9]	104.551 [73,9]	2,38	5,01	11,52

Fuente: Carta Social -Rede de Serviços e Equipamentos del Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social.

- En lo que respecta a las personas usuarias, en 2016, cerca del 50% de los/as beneficiarios/as de los centros de día eran menores de 80 años. Por el contrario, el 72% de las personas usuarias de los centros residenciales eran de una edad igual o superior a los 80 años. En el caso de la atención domiciliaria, la composición etaria de las personas usuarias es más heterogénea, con una mayor concentración de personas con una edad comprendida entre los 75 y los 89 años (62%).

8.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia en Portugal

Señala Alexandra Lopes (2017) que la calidad de la atención en la atención a la dependencia ha estado ausente del debate público en Portugal, lo que puede estar causado por el modelo de provisión de cuidados basado en el monopolio de entidades sin fines de lucro. Desde ese punto de vista, los expertos señalan que, en su camino hacia la privatización, el Gobierno portugués ha ido cediendo progresivamente su rol de regulador social y que, en la actualidad, el Estado actúa principalmente como un organismo financiador y regulador. No interviene en cuestiones operativas, y en su rol como agente supervisor se limita a realizar inspecciones de los requisitos técnicos de las diferentes estructuras para mantener activas las licencias que permiten el funcionamiento de los centros y servicios. El sector no lucrativo, bien porque actúa como monopolio o bien por su orientación ideológica de la atención –asentada en la doctrina cristiana de caridad y asistencia, y no en la cultura de los derechos sociales–, ha mostrado poco interés en implementar estándares de control de calidad que pueden ser de utilidad para las personas usuarias a la hora de elegir un proveedor de servicios.

Esta situación contrasta con ciertas rutinas en la evaluación de la calidad que se han introducido, en los últimos años, en los cuidados de larga duración coordinados por la Red. Debido a la integración con la atención sanitaria, se han introducido sistemas de control de calidad propios de los servicios de salud.

La estrategia de calidad de la Red se estructura de la siguiente manera:

- Una Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados (UMCCI): estructura coordinadora y reguladora que actúa a nivel nacional.
- Cinco equipos de coordinación regional (ECR).
- Equipos de coordinación local (ECL) que garantizan una mayor proximidad de los servicios a la ciudadanía y a las personas usuarias.

Tabla 28. Competencias en el área de calidad y evaluación

Organismo
UMCCI -Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados
ECR -Equipos de Coordinación Regional
EGA -Equipos de Gestión de Altas
ECL -Equipos de Coordinación Local
Unidad/Equipo prestador/a

Fuente: Política y Estrategia de Calidad en la Atención Continuada Sociosanitaria.

Cabe destacar que el sistema de gestión de la calidad de la atención a la dependencia se basa en el modelo clásico de Donabedian en el que la calidad se mide a partir de la siguiente clasificación: **estructura, proceso y resultados** (Lopes, A., 2018), dejando al margen la valoración de las personas usuarias del sistema.

8.2.1. REGULACIÓN, AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

8.2.1.1. NORMATIVA REGULADORA BÁSICA

La norma básica para la regulación del sistema de atención a la dependencia se recoge en el **decreto-ley 101/2006** que establece como objetivo de la Red la mejora continua de la calidad en la prestación de atención continuada sanitaria y social (artículo 4, n.º 2). La tabla siguiente recoge sus principales disposiciones en materia de calidad de la atención:

Tabla 29. Principales disposiciones del decreto-ley 101/2006 en relación a la calidad de la atención en el marco del sistema de atención sociosanitaria portugués

Artículo	Disposiciones
Artículo 2 Objetivos de la Red	- Constituye uno de los objetivos específicos de la Red la mejora continua de la calidad en la prestación de atención sociosanitaria continuada.
Artículo 6 Principios de la Red	La Red se basa en el respeto de los siguientes principios: - Prestación de atención individualizada y humanizada. - Continuidad de la atención entre los diferentes servicios, sectores y niveles mediante la articulación y coordinación en red. - Equidad en el acceso y movilidad entre las diferentes unidades y equipos de la Red. - Proximidad en la prestación de la atención, mediante la potencialización de los servicios comunitarios de proximidad. - Prestación de cuidados multidisciplinares e interdisciplinares. - Evaluación integral de las necesidades de la persona en situación de dependencia y definición periódica de los objetivos de autonomía. - Promoción de la autonomía personal. - Participación de las personas en situación de dependencia, y de sus familiares o representante legal, en la elaboración del plan individual de intervención. - Participación y corresponsabilidad de la familia y de las personas cuidadoras en la prestación de servicios. - Eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
Artículo 7 Derechos de la persona en situación de dependencia	La Red garantiza el derecho de la persona en situación de dependencia a: - La dignidad. - La preservación de la identidad. - La privacidad. - La información. - La no discriminación. - La integridad física y moral. - El ejercicio de la ciudadanía. - El consentimiento informado de las intervenciones efectuadas.

Artículo	Disposiciones
Artículo 8 Modelo de intervención	La Red se basa en un modelo de intervención integrada y articulada que prevé diferentes tipos de unidades y equipos para la prestación de la atención sociosanitaria cuyo funcionamiento se basa en: - Modelos de gestión que garanticen una prestación de cuidados efectivos, eficaces y oportunos, teniendo como objetivo la satisfacción de las personas usuarias, así como la optimización de los recursos locales.
Artículos 9, 10 y 11 Coordinación de la Red y competencias a nivel regional y local	Los artículos 9, 10 y 11 definen cómo se coordina la Red a nivel nacional, regional y local, así como las competencias para cada nivel (tal y como se ha detallado en la Tabla 1).
Artículo 35 Instrumentos de uso común	- La gestión de la Red se asienta en un sistema de información común y propio. - Es obligatoria la existencia, en cada unidad o servicio, de un proceso individual de cuidados continuados de la persona en situación de dependencia de la que debe constar: - El registro de admisión. - La información del alta. - El diagnóstico de necesidades de la persona en situación de dependencia. - El plan individual de intervención. - El registro de evaluación semanal y eventual del plan individual de intervención. - Los instrumentos de uso común deben permitir la gestión uniforme de los diferentes niveles de coordinación de la Red.
Artículo 37 Obligaciones de las entidades prestatarias de servicios	- Facilitar a los equipos coordinadores de la Red el acceso a todas las instalaciones de las unidades y equipos, así como todas las informaciones necesarias para la evaluación y control de su funcionamiento. - Remitir al equipo coordinador regional de la Red los datos de las personas en situación de dependencia de forma anonimizada, por tipología de respuesta, el cuadro de recursos humanos existentes en las unidades y equipos y el respectivo reglamento interno.

Artículo	Disposiciones
Artículo 39 Evaluación	- Las unidades y los equipos de la Red están sujetos a un proceso periódico de evaluación que incluye una autoevaluación anual y una evaluación externa llevada a cabo por la coordinadora regional.
Artículo 40 Recursos humanos	- La política de recursos humanos para las unidades y equipos de la Red se rige por patrones de calidad, consustancial a la formación inicial y continua. - La prestación de cuidados en las unidades y equipos de la Red se garantiza mediante equipos multidisciplinares con dotaciones adecuadas para garantizar una prestación de cuidados seguros y de calidad acorde con la normativa.
Artículos 41 y 42 Condiciones de instalación y funcionamiento	- Los artículos 41 y 42 del decreto-ley establecen que las condiciones y requisitos de las instalaciones y el funcionamiento de las unidades y equipos de la Red se regularán mediante una Orden de los Ministerios de Salud y de Seguridad Social.
Artículo 44 Publicidad de actos	- Compete a las administraciones regionales de salud, así como a los centros de distrito de la seguridad social promover la publicación, en los medios de mayor expansión en la localidad de la unidad o equipo de la Red, las siguientes informaciones: - Concesión, suspensión, sustitución, cese o caducidad de licencia. - Decisión de cerrar una unidad o fin de la actividad del equipo.¹³⁵

8.2.1.2. AUTORIZACIÓN Y REGISTRO

Los centros residenciales destinados a las personas mayores –centro de día, centro de noche y centros residenciales– requieren de una autorización de apertura otorgada por la administración central (Instituto de Seguridad Social). El régimen de autorización de los centros de atención social destinados a las personas mayores viene regulado en Portugal por el **decreto-ley 64/2007**, de 14 de marzo, y se otorga siempre que el proyecto solicitante cumpla las siguientes condiciones [artículo 12]:

- Disponer de instalaciones y equipamiento adecuados para el desarrollo de las actividades.
- Disponer de un reglamento interno elaborado según los términos del artículo 26 de la presente norma.

134 <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

- Contar con el personal adecuado para el desarrollo de las actividades, de acuerdo con la normativa vigente.
- Cumplir los requisitos de número de personal, que debe ser suficiente teniendo en consideración el tipo de servicio.

En cuanto a su **tramitación**, la autorización se otorga o deniega en un plazo máximo de 30 días a partir de la solicitud. La autorización queda suspendida si se produce una interrupción de la actividad del centro por un periodo superior a un año, y, en los casos en los que la actividad se interrumpa por un periodo superior a cinco años, la autorización caduca.

Por otra parte, el decreto-ley 64/2007 establece las siguientes **obligaciones** a las entidades proveedoras de servicios (artículos 24-30):

- Cada establecimiento o estructura prestataria de servicios debe poseer una denominación propia, de manera que se garantice su individualización y se impidan duplicidades en las denominaciones.
- La obligatoriedad de firmar, por escrito, un contrato de estadía o de prestación de servicios con las personas usuarias o con sus representantes legales, debiendo incluir en el mismo las cláusulas sobre los principales derechos y obligaciones de las partes contratantes.
- Cada establecimiento debe disponer de un reglamento interno en el que se señalen:
 - Las condiciones de admisión de las personas usuarias.
 - Las reglas internas de funcionamiento.
 - Las tarifas o tabla de copago que corresponde al servicio prestado, así como la forma y periodicidad de pago.
- Los establecimientos tienen que tener, en un lugar bien visible, la siguiente documentación:
 - Una copia de la autorización.
 - Un cuadro de personal con los respectivos horarios.
 - El nombre del/la directora/a técnico/a.
 - El horario de funcionamiento del establecimiento.
 - El reglamento interno.
 - Las tarifas y el importe del copago.
- Los establecimientos deben disponer de un libro de reclamaciones destinado a las personas usuarias, familiares o visitantes.

- Las personas propietarias o titulares de los establecimientos están obligadas a facilitar a los servicios de inspección y control el acceso a todas las dependencias del establecimiento, así como a toda la información necesaria para su evaluación e inspección.
- Las personas propietarias o titulares de los establecimientos están obligadas a facilitar al Instituto de Seguridad Social:
 - Anualmente, los datos estadísticos relativos al número de personas usuarias y de personal del establecimiento.
 - Cualquier modificación del reglamento interno, 30 días antes de la fecha de entrada en vigor.
 - Información relativa al cese o interrupción de las actividades, 30 días antes de la fecha de entrada en vigor.

8.2.1.3. REGULACIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS: REQUISITOS FUNCIONALES Y DE PERSONAL

Como se ha señalado en la Tabla 3, los artículos 41 y 42 del decreto-ley 101/2006 establecen que las condiciones y requisitos de las instalaciones, así como el funcionamiento de las unidades y equipos de la Red se regularán mediante una Orden de los Ministerios de Salud y de Seguridad Social. En este sentido, las principales normas que regulan los centros y servicios del sistema de atención a la dependencia en Portugal son las siguientes:

- 0.22.a) Orden 174/2014, de 10 de septiembre, por la que se definen las condiciones de instalación y funcionamiento que deben seguir las unidades de internamiento y ambulatorias, y las condiciones de funcionamiento de los equipos de gestión de altas y los equipos de cuidados continuados integrados de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Esta Orden establece que todas las unidades que componen la Red tienen que cumplir con las siguientes condiciones:

- Disponer de un reglamento interno en el que, entre otras cuestiones, se indique el número y perfil del personal del servicio, derechos y obligaciones de las personas usuarias, y servicios disponibles.
- Realizar, en soporte electrónico o en papel, un plan individual de atención continuada a la persona usuaria del servicio.
- Facilitar el acceso a determinada información como la placa identificativa con el logotipo de la Red.

En cuanto a la dotación de personal, la Orden recomienda la presencia de los siguientes perfiles profesionales en las diferentes unidades que conforman la Red:

Tabla 30. Perfiles profesionales y horas/semanales de la Red

Perfil profesional	Unidad de convalecencia	Unidad de corta estancia y rehabilitación	Unidad de larga estancia y mantenimiento	Unidad de cuidados paliativos
Horas semanales				
Médico/a	40	30	20	20
Psicólogo/a	20	20	20	10
Enfermero/a	480	360	240	320
Fisioterapeuta	80	80	20	10
Trabajador/a social	40	40	40	10
Logopeda	8	8	0	0
Animador/a sociocultural	20	20	40	0
Nutricionista	5	5	4	4
Terapeuta ocupacional	40	40	20	0
Personal auxiliar	560	480	320	320

0.22.b) Orden 67/2012, de 21 de marzo, que define las condiciones de organización, funcionamiento e instalaciones de las estructuras residenciales para personas mayores.

Los requisitos establecidos en esa Orden, que define las condiciones de organización, funcionamiento e instalaciones de las estructuras residenciales para personas mayores se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 31. Requisitos funcionales y de personal de las estructuras residenciales

Ámbito	Requisitos
Capacidad	- La capacidad máxima de la estructura residencial es de 120 residentes, no pudiendo ser inferior a 4 residentes. - La estructura residencial se organiza en unidades funcionales, entendiéndose por estas el conjunto de áreas, físicamente agrupadas y equipadas, para el alojamiento de las personas residentes en un ambiente confortable y humanizado. - La capacidad máxima de cada unidad funcional es de 60 residentes. - Cuando la capacidad de la estructura residencial sea inferior a 80 residentes, queda eximida de la obligación de contar con unidades funcionales.
Servicios	- La estructura residencial presta un conjunto de actividades y servicios, a saber: - Alimentación adecuada para las necesidades de las personas residentes, respetando las prescripciones médicas. - Cuidados de higiene personal. - Lavandería. - Limpieza de los espacios. - Actividades de animación sociocultural, lúdico-recreativas y ocupacionales que contribuyan a un clima de relaciones saludable entre las personas residentes, así como para la estimulación y mantenimiento de sus capacidades físicas y psíquicas. - Apoyo en el desempeño de las actividades de la vida diaria. - Cuidados de enfermería, así como el acceso a cuidados sanitarios. - Administración de fármacos, cuando estén prescritos. - La estructura residencial puede disponer de otro tipo de servicios con el objeto de mejorar la calidad de vida de la persona residente: fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagen, transporte. - La estructura residencial debe permitir la asistencia religiosa, siempre que la persona residente lo solicite.

Ámbito	Requisitos
Proceso individual	- Es obligatoria la elaboración de un plan individual de la persona residente, en relación a su proyecto de vida, sus capacidades, en el que se incluyen, entre otras cuestiones, el plan individual de cuidados con el registro de los servicios prestados a la persona usuaria y la identificación del personal responsable de la elaboración, evaluación y revisión del plan individual de cuidados.
Dirección técnica	- La dirección técnica de la estructura residencial tiene que estar asegurada por un/a técnico/a con formación superior en ciencias sociales y del comportamiento, salud o servicios sociales, y preferiblemente, con experiencia profesional para el ejercicio de sus funciones. - Entre sus funciones están: - Promover reuniones técnicas con el personal. - Promover reuniones con las personas residentes para la preparación de las actividades a desarrollar. - Sensibilizar al personal en relación a la problemática de las personas mayores. - Planificar y coordinar las actividades sociales, culturales y ocupacionales de las personas mayores. - Las funciones de dirección técnica pueden ser ejercidas al 50% cuando la capacidad de la estructura residencial sea inferior a 30 residentes. - Cuando la capacidad de la estructura residencial sea inferior a 15 residentes, el/la directora/a técnico/a podrá tener un horario semanal variable, pero deberá garantizar, como mínimo, una permanencia diaria de tres horas en el establecimiento.

Ámbito	Requisitos
Personal	- La estructura residencial debe disponer del personal suficiente para garantizar la prestación de los servicios 24 horas al día. - La estructura residencial, además del/la directora/a técnico/a, debe disponer como mínimo de: - Un/a animador/a sociocultural o educador/a social o técnico de geriatría, a tiempo parcial por cada 40 residentes. - Un/a enfermero/a por cada 40 residentes. - Un/a cuidador/a por cada 8 residentes. - Un/a cuidador/a por cada 20 residentes, de cara al refuerzo en el turno nocturno. - Un/a encargado/a de servicios domésticos en establecimientos con capacidad igual o superior a 40 residentes. - Un/a cocinero/a por establecimiento. - Un/a ayudante de cocina por cada 20 residentes. - Un/a trabajador/a auxiliar por cada 20 residentes. - Cuando la estructura residencial acoja personas mayores en situación de gran dependencia, las ratios de personal de enfermería, de cuidadores/as y auxiliares son los siguientes: - Un/a enfermero/a para cada 20 residentes. - Un/a cuidador/a por cada 5 residentes. - Un/a auxiliar por cada 15 residentes. - En los casos en los que los servicios de limpieza, cocina y de lavandería estén externalizados, se puede prescindir del personal de limpieza y cocina.
Ubicación del centro	- La estructura residencial debe estar ubicada en la comunidad, preferiblemente con acceso a transporte público y con fácil acceso para las personas y vehículos. - Debe tener en cuenta también la proximidad con parques urbanos, jardines y otros espacios naturales que faciliten el paseo y la convivencia social.

Ámbito	Requisitos
Áreas funcionales	- La estructura residencial se compone de las siguientes áreas funcionales: - Recepción: área útil mínima de 9 m² - Dirección, servicios técnicos y administrativos: a) Gabinete de dirección: 10 m² b) Gabinete(s) técnico(s): 2 m²/por puesto de trabajo, superficie útil mínima 10 m² c) Gabinete(s) administrativo(s): 2 m²/por puesto de trabajo, superficie útil mínima 10 m² d) Sala de reuniones, cuando la capacidad fuera igual o superior a 40 residentes: 10 m² - Instalaciones para el personal: a) Sala de personal: 10 m² b) Instalaciones sanitarias: 3,5 m² c) Vestuario, zona de descanso: 6 m² - Convivencia y actividades: a) Salas de estar/actividades: 2 m²/residente, superficie útil mínima: 15 m² b) Instalaciones sanitarias separadas por sexo, considerando una cabina con un sanitario por cada 10 residentes y un lavabo por cada 10 residentes, con 4,84 m² - Comedor de 2 m²/residente, superficie útil mínima 20 m² - Habitaciones: a) Cuartos individuales o dobles: 10 m² y 16 m², respectivamente. b) Sala/zona de estar: 10 m² c) Instalaciones sanitarias, con ducha a ras de suelo: 4,5 m² d) Cocina y lavandería: superficie útil mínima 10 m² y 12 m², respectivamente. - Servicios de enfermería: superficie útil mínima 12 m² - Servicios de apoyo, como almacenes, por ejemplo.

0.22.c) Orden 38/2013, de 30 de enero, que establece las condiciones de instalación y funcionamiento del servicio de atención domiciliaria, denominado SAD.

El SAD es la respuesta social que consiste en la prestación de cuidados y servicios a las familias y a las personas que se encuentran en su domicilio, en situación de dependencia y no pueden garantizar, de manera temporal o permanente, la satisfacción de sus necesidades básicas. Los requisitos establecidos en la Orden que regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 32. Requisitos funcionales y de personal del servicio de atención domiciliaria

Ámbito	Requisitos
Cuidados y servicios	- Cuidados de higiene y confort personal. - Limpieza de la habitación. - Provisión y ayuda en las comidas, respetando las dietas prescritas por el personal sanitario. - Limpieza de la ropa de uso personal de la persona usuaria. - Actividades de animación y socialización. - Servicio de teleasistencia.
Principios de actuación	- El SAD se rige por los siguientes principios de actuación: - Calidad, eficiencia, humanización e individualización. - Interdisciplinaridad. - Evaluación de las necesidades de la persona usuaria. - Respeto a la intimidad de la vida privada y familiar. - Inviolabilidad del domicilio y de la correspondencia. - Participación de la persona usuaria o de su representante legal o de sus familiares, en la elaboración del plan de cuidados y servicios.
Proceso individual	- Es obligatorio elaborar un plan individual de la persona usuaria en el que conste, entre otras cuestiones, el programa de cuidados y servicios que se va a llevar a cabo.
Dirección técnica	- La dirección técnica del SAD tiene que estar asegurada por un/a técnico/a con formación superior en ciencias sociales y del comportamiento, salud o servicios sociales, y preferiblemente, con experiencia profesional para el ejercicio de sus funciones. - Entre sus funciones están: - La organización y funcionamiento del SAD. - Coordinación y supervisión de los/as profesionales. - Las funciones del/la directora/a técnico/a pueden ser ejercidas al 50% cuando la capacidad del SAD sea inferior a 60 personas usuarias.

Ámbito	Requisitos
Personal	- El personal de cuidados, los/as auxiliares y el resto de personal necesario para el normal funcionamiento de los servicios, deben: - Poseer la formación adecuada para el desempeño de sus funciones. - Disponer de capacidades de comunicación y de relacionarse con facilidad que le permitan adoptar una actitud de escucha y observación de las necesidades de las personas usuarias. - Tener la capacidad de prestar la información necesaria para la evaluación de la adecuación del plan de cuidados y servicios.

8.2.2. ACREDITACIÓN, CONCERTACIÓN Y HOMOLOGACIÓN

Portugal cuenta con un procedimiento de acreditación para los agentes proveedores de cuidados de larga estancia. Tal y como se ha señalado, la provisión de servicios de atención social recae, fundamentalmente, en el sector privado, en concreto en estructuras gestionadas por **entidades privadas sin fines de lucro**, las denominadas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS, en adelante). Mediante el establecimiento de acuerdos con el Instituto de Seguridad Social, las IPSS pasan a formar parte de la Red y, de este modo, perciben financiación pública por la prestación de servicios a la dependencia.

La Orden 196-A/2015, que define los criterios, las reglas y las formas de **cooperación** entre el Instituto de Seguridad Social y las IPSS, establece que para que una IPSS pueda formar parte de la Red como prestataria de servicios, y recibir, por tanto, fondos públicos siempre que cumpla los siguientes requisitos (artículo 6):

- Garantizar el funcionamiento del servicio o equipamiento acorde con la normativa básica.
- Asegurar el bienestar de las personas usuarias en el respeto de la dignidad humana, promoviendo su participación en las actividades de la vida diaria.
- Aplicar la normativa de copago a las personas usuarias y/o sus familiares.
- Disponer de un reglamento interno.
- Enviar a los servicios de seguridad social la información necesaria relativa a las personas usuarias, así como al centro para la evaluación cualitativa y cuantitativa de la actividad desarrollada.

- Hacer el seguimiento constante de la normativa estatal que se va aprobando en el ámbito de la seguridad social.

En la actualidad, el Estado actúa principalmente como un organismo de financiación y de concesión de licencias a entidades privadas –sin fines de lucro, la gran mayoría– para la acreditación de provisión de servicios. El Gobierno portugués no interfiere en cuestiones operativas, y en su función de agente acreditador, su función se limita a comprobar el cumplimiento de los requisitos técnicos de las instalaciones para mantener los acuerdos de cooperación activos.

8.2.3. EVALUACIÓN, MONITORIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

El **decreto-ley 64/2007**, de 14 de marzo, que define el régimen jurídico de las instalaciones, funcionamiento e inspección de los establecimientos de atención social establece lo siguiente en relación a la **evaluación** (artículo 31):

- Compete a los servicios del Instituto de Seguridad Social evaluar el funcionamiento de los establecimientos, a saber:
 - Verificar que las actividades que se desarrollan en el centro corresponden con las previstas en la autorización.
 - Evaluar la calidad y verificar la conformidad de los servicios prestados a las personas usuarias, en lo referente a las condiciones de instalación y alojamiento, adecuación del equipamiento, alimentación y condiciones higiénico-sanitarias.
- Estas evaluaciones tienen que realizarse junto con el/la directora/a técnico/a del establecimiento, con una periodicidad bienal.
- Además de estas inspecciones regulares, el Instituto de Seguridad Social debe promover la realización de visitas no programadas.
- Es competencia de los servicios del Instituto de Seguridad Social realizar acciones de control de los establecimientos y tomar las medidas necesarias en caso de detectar actuaciones ilegales.
- Para llevar a cabo las evaluaciones, el Instituto de Seguridad Social puede solicitar la colaboración de peritos y entidades especializadas de la Inspección General del Ministerio de Empleo y de la Solidaridad Social, del Servicio Nacional de Bomberos y Protección Civil, y de otros servicios competentes en materia de salubridad y seguridad, condiciones de los productos alimenticios y condiciones higiénico-sanitarias.

La normativa establece también la obligación de realizar una **evaluación interna**, que ha de llevar a cabo la propia entidad. Para ello, el Instituto de Seguridad Social ha elaborado una serie de manuales para la evaluación de la calidad en los diferentes servicios de atención social, entre los que se encuentran las estructuras residenciales y la atención domiciliaria. A continuación, se detallan los ejes en los que se basa el modelo de evaluación de la calidad propuesto por el Instituto de Seguridad Social portugués:

Eje 1. Liderazgo, Planificación y Estrategia

Eje 2. Personal

Eje 3. Colaboraciones y Recursos

- 3.1. Gestión de colaboraciones
- 3.2. Gestión de recursos económicos
- 3.3. Gestión de la Información
 - 3.3.1. Información y comunicación con el/la cliente
 - 3.3.2. Reclamaciones
 - 3.3.3. Información y comunicación interna
 - 3.3.4. Registros
 - 3.3.5. Gestión de documentos y datos
- 3.4. Gestión de las instalaciones, equipamientos y materiales
 - 3.4.1. Instalaciones
 - 3.4.2. Equipamientos
 - 3.4.3. Materiales
- 3.5. Seguridad
 - 3.5.1. Situaciones de negligencia, abusos y malos tratos
 - 3.5.2. Seguridad, higiene y salud en el trabajo
 - 3.5.3. Seguridad contra incendios

Eje 4. Estructura residencial / Atención domiciliaria

- 4.1. Generalidades
- 4.2. Candidatura
 - 4.2.1. Atención
 - 4.2.2. Selección de candidatos/as
 - 4.2.3. Lista de candidatos/as
- 4.3. Admisión y acogida
 - 4.3.1. Evaluación de necesidades
 - 4.3.2. Contrato
 - 4.3.3. Proceso Individual del cliente
 - 4.3.4. Programa de acogida

- 4.4. Plan individual (PI)
 - 4.4.1. Evaluación de necesidades y capacidades de desarrollo del cliente
 - 4.4.2. Plan individual
 - 4.4.3. Apoyo psicosocial
 - 4.4.4. Salida y acompañamiento
- 4.5. Planificación y acompañamiento de las actividades de desarrollo personal
- 4.6. Cuidados personales y de salud
 - 4.6.1. Cuidados de higiene personal e imagen
 - 4.6.2. Cuidados de salud
 - 4.6.3. Tratamiento terapéutico
- 4.7. Nutrición y alimentación
 - 4.7.1. Programa
 - 4.7.2. Preparación y distribución de comidas
 - 4.7.3. Apoyo en la alimentación y promoción de autonomía
- 4.8. Apoyo en las actividades instrumentales de la vida diaria
 - 4.8.1. Lavandería
 - 4.8.2. Acompañamiento al exterior y transporte
 - 4.8.3. Apoyo en la adquisición de bienes y servicios
 - 4.8.4. Alojamiento
 - 4.8.4.1. Organización y limpieza del espacio individual

Por otro lado, junto con este modelo de evaluación de la calidad propuesto por el Instituto de Seguridad Social, convive una política de calidad derivada de la creación en 2006 de la Red de Atención Continuada, entendida como una dinámica de mejora continua que incluye como procesos clave (UMCCI, 2009):

- El acceso a la Red.
- La prestación de cuidados continuados integrados en las unidades y equipos sanitarios y sociales, así como su impacto en la calidad de vida de las personas usuarias y de sus familiares.
- La consolidación de la Red: planificación, gestión y evaluación/monitorización de resultados.

En el marco de esta política de calidad, la Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) define unos requisitos, estándares, mínimos de calidad para las diferentes tipologías de servicios y estructuras que integran la Red. Estos requisitos se dividen en requisitos generales, en términos de estructura, recursos humanos y calidad de cuidados, y en requisitos específicos para cada tipología de unidad de internamiento.

A partir de estos estándares mínimos, se lleva a cabo un **seguimiento/monitorización** de la Red a través de un sistema de Monitorización/Información de la actividad, el denominado

GestCareCCI. Este sistema consiste en una plataforma web que permite la gestión y monitorización, en tiempo real, de los procesos y de sus resultados. Las diferentes estructuras y servicios que conforman el sistema de atención sociosanitario deben, con una periodicidad semestral, incorporar a la plataforma web los datos relativos a las siguientes dimensiones:

- *Inputs*, relacionados con los/las profesionales (recursos humanos, ratios, formación) y estructura (dimensiones, distribución de espacios, accesibilidad).
- *Outputs*, que hacen referencia a los resultados obtenidos en los diferentes niveles, a través de instrumentos relacionados con la evaluación de necesidades y planificación de cuidados, auditorías y monitorización de la evolución de los resultados.

Los indicadores que se recogen en esta plataforma están alineados con los objetivos y factores clave de la Red, tal y como se recoge en la siguiente tabla.

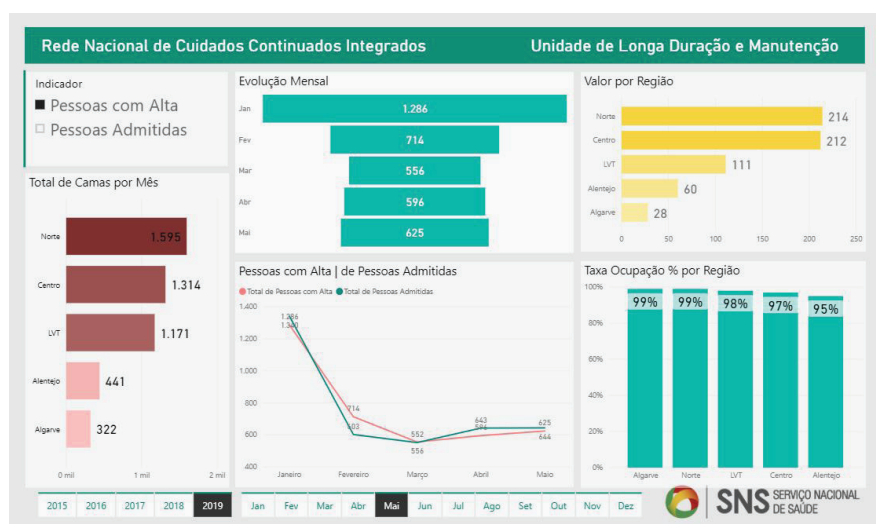
Tabla 33: Indicadores para la evaluación/monitorización de la Red

Objetivos	Factores clave	Indicadores
Apoyar a los familiares o a los/as cuidadores/as informales, en la cualificación y en la prestación de cuidados	Implicación de familiares y cuidadores informales	N.º de familiares, cuidadores/as informales, personas usuarias a las que se imparte formación
	Competencias de los diferentes niveles de la Red	N.º de horas de formación y prácticas
Garantizar un acceso adecuado	Acceso correcto y oportuno	N.º de personas usuarias con condiciones de ingreso en la Red/N.º de personas usuarias que han accedido
		N.º de personas usuarias admitidas/N.º de personas usuarias con condiciones de ingreso en la Red
		Tiempo de ingreso e identificación de plaza
		N.º de personas usuarias ingresadas
Garantizar la movilidad entre las diferentes respuestas de la Red	Evaluación correcta y oportuna, e intervención multidisciplinar	N.º de transferencias efectuadas/N.º total de transferencias solicitadas

Objetivos	Factores clave	Indicadores
Mejora continua de la calidad de la Red	Excelencia de resultados de las entidades proveedoras	N.º de personas usuarias atendidas
		Tasa de personas con dependencia atendidas en la Red
		Evolución del grado de autonomía
		Tasa de personas usuarias atendidas con evaluación de Dolor
		Tasa de personas usuarias con caídas
		Prevalencia de úlceras por presión
		Demora media Unidades de Convalecencia
		Demora media Unidades de Corta Estancia y Rehabilitación
		Demora media Unidades de Larga Estancia y Mantenimiento
		Demora media Unidades de Cuidados Paliativos
		Tasa de mortalidad
		Tasa de mortalidad en los primeros 10 días tras el ingreso
		Tasa de altas por la obtención de objetivos terapéuticos
Prevenir lagunas en servicios y equipos, por la progresiva cobertura a nivel nacional, de las necesidades de las personas en situación de dependencia en materia de cuidados continuados integrados y de cuidados paliativos, sostenida en una oferta de tipologías de respuestas adecuadas, basadas en la asociación con entidades públicas, de carácter social y/o privadas	Desarrollo y consolidación de la atención domiciliaria	Evolución del número de equipos de cuidados continuados integrados
		Evolución del N.º servicios de atención domiciliaria contratados por 100.000 habitantes con edad superior a 65 años (según el censo)
	Colaboraciones para dar una respuesta adecuada en la Red	N.º de acuerdos de colaboración establecidos
	Desarrollo de los centros de internamiento	Evolución del número de camas
		N.º de camas contratadas por 100.000 habitantes con edad superior a 65 años (según el censo)
	Desarrollo de los cuidados paliativos	Evolución del número de camas de las unidades de cuidados paliativos

Los resultados de las evaluaciones se publican en informes semestrales y anuales. Además, los datos extraídos de la herramienta GestCareCCI sobre el seguimiento de la Red pueden consultarse en la web del Servicio Nacional de Salud.

Ilustración 2: Información básica de la monitorización de la Red



8.2.4. ESTANDARIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

8.2.4.1. ESTANDARIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN

Debido a que la provisión de la atención social a la dependencia recae, principalmente, en entidades privadas con una larga trayectoria, pero con una casi total ausencia de mecanismos normalizados de gestión de la calidad, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social portugués puso en marcha, en 2003, el Programa de Cooperación para el Desarrollo de la Calidad y la Seguridad en los centros y servicios sociales (Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais). Este programa de promoción y desarrollo de la calidad en los centros y servicios de atención social tiene como principal objetivo garantizar a la ciudadanía el acceso a servicios de calidad.

En este contexto, el Instituto de Seguridad Social, responsable del Programa, propone a los agentes proveedores de atención social un mecanismo estandarizado para realizar un seguimiento de las actividades, así como un registro cronológico de las mismas. Este modelo de calidad se basa en los siguientes modelos:

136 <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/gestao-de-recursos/>

- Norma **ISO 9001:2000** de Certificación de Calidad. Esta norma de la Federación Mundial Internacional de Estandarización, de la que forman parte 130 países, tiene por objeto definir los requisitos mínimos que debe cumplir un sistema de gestión de calidad para ser certificado.
- **Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).** Este modelo fue creado por 14 empresas europeas en 1988 y constituye una herramienta de gestión que permite a las organizaciones llevar a cabo procesos de autoevaluación y de aprendizaje a través de la implementación de diversas estrategias. EFQM es un modelo de excelencia y calidad, y está considerada como una herramienta práctica que facilita a las organizaciones la evaluación de la posición que ocupan en su sector, mostrándoles sus puntos fuertes y débiles.

El Instituto de Seguridad Social definió tres niveles de exigencia para la implementación del modelo de calidad, que pueden alcanzarse de forma progresiva:

- Nivel C: el nivel más básico de implementación de la calidad.
- Nivel B: nivel intermedio.
- Nivel A: el nivel más exigente.

Cabe destacar que la certificación en Portugal no es obligatoria para las IPSS, aunque la pretensión del Instituto de Seguridad Social sea que, en un futuro próximo, todos los centros y servicios sociales garanticen como mínimo un nivel C.

En cualquier caso, como complemento al cumplimiento de la normativa para formar parte de la Red de atención sociosanitaria a la dependencia y percibir financiación pública, las entidades de atención social tienen la posibilidad de adherirse a una serie de procedimientos de certificación de la calidad, emitidos por entidades privadas, pero reconocidos por el Organismo de Certificación portugués APCER, entre las que se hallan las anteriormente citadas Norma ISO 9001:2000 y la Committed to Excellence (C2E) basado en el modelo EFQM.

8.2.4.2. DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

El Instituto de Seguridad Social, en el marco del programa para el desarrollo de la calidad y la seguridad en los servicios sociales, elabora un conjunto de materiales para facilitar a las entidades proveedoras de atención social la gestión de la calidad:

- a) Recomendaciones técnicas para centros sociales:
 - Recomendaciones técnicas para equipamientos sociales. Residencias para mayores
 - Recomendaciones técnicas para equipamientos sociales. Centros de día

- b) Manuales de gestión de la calidad:
- Estructura residencial para personas mayores. Manual de procesos clave
 - Estructura residencial para personas mayores. Modelo de evaluación de calidad
 - Estructura residencial para personas mayores. Cuestionarios de evaluación de satisfacción
 - Servicio de atención domiciliaria. Modelo de evaluación de calidad
 - Servicio de atención domiciliaria. Cuestionarios de evaluación de satisfacción
 - Centro de día. Manual de procesos clave
 - Centro de día. Modelo de evaluación de calidad
 - Centro de día. Cuestionarios de evaluación de satisfacción
 - Manual de buenas prácticas. Una guía para el acogimiento residencial de las personas más mayores.¹³⁷

8.3. Otras experiencias de interés en el ámbito portugués: la estrategia de protección a las personas mayores en situación de dependencia

El Gobierno portugués aprueba, en 2015, la **Estrategia de Protección a las Personas Mayores** –Estratégia de Proteção ao Idoso– mediante la resolución 63/2015, cuyos principios rectores son los siguientes:

- No discriminación por motivos de edad.
- Promoción de la autonomía y la participación.
- Protección contra la violencia y los malos tratos.
- Protección social.
- Promoción de la salud.
- Acceso a la justicia.

En base a estos principios, la Estrategia propone una serie de medidas entre las que destacan, por su vinculación con el tema del presente trabajo, la primera orientada a “reforzar los derechos de los mayores en las áreas de la salud y de la seguridad social”. Entre las acciones que plantea la Estrategia para llevar a cabo esta medida primera se hallan las siguientes:

- Reconocer legalmente los derechos de las personas mayores, a saber: autodeterminación, participación, asistencia, realización personal, dignidad y acceso a la información pertinente y adecuada.

¹³⁷ http://www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7

- En el plano de la autodeterminación, se destaca el derecho de las personas mayores a tomar todas las decisiones pertinentes sobre su vida con total autonomía y libertad, lo que incluye, entre otras cuestiones, la decisión sobre el lugar en el que vive, la gestión de sus bienes e ingresos, y la atención sociosanitaria que recibe. Se debe garantizar el apoyo necesario a las personas mayores para el ejercicio de estos derechos de los que son titulares, lo que incluye el derecho a escoger la persona de la que van a recibir el apoyo.
- Las personas mayores tienen que tener garantizada una atención sanitaria, social y jurídica que les permita vivir en un ambiente adecuado a sus necesidades, digno, seguro y protegido.
- Prevenir y evitar cualquier forma de violencia, abuso, explotación o discriminación de las personas mayores, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

Si bien esta Estrategia surge la necesidad del Gobierno portugués de reforzar el ordenamiento de seguridad social en materia de dependencia, en general, su aprobación no ha tenido consecuencias debido a que ninguna de las medidas previstas ha sido implementada (Silveiro de Barros, M., 2017). Además, tal y como se ha señalado en la introducción, es destacable el hecho de que en la Estrategia no haya ninguna mención a la creación de sistemas de control de calidad de equipos, de las instalaciones ni de los y las profesionales.

8.4. Conclusiones y principales aprendizajes

- Hasta hace dos décadas, las infraestructuras de atención a la dependencia de Portugal estaban muy poco desarrolladas en comparación con el resto de los Estados miembro de la Unión Europea. En un periodo relativamente corto, Portugal ha implementado un sistema nacional de servicios de atención social, con unas ratios de cobertura cercanos a la media de la Unión Europea, si bien, al día de hoy, es uno de los países menos generosos de la UE en el porcentaje del PIB destinado a la atención a la dependencia, así como uno de los países con el número más bajo de profesionales del sector de la dependencia.
- Desde el punto de vista económico, en 2013 el gasto público en atención a la dependencia representó un 0,1% del PIB portugués, cantidad muy por debajo de la media de 1,6% de la OCDE.
- Históricamente, la prestación de servicios de bienestar ha estado a cargo de redes informales (familia, entidades sin fines de lucro). El sector público ha desempeñado un papel minoritario en la atención a la dependencia en Portugal y, si bien en los últimos años ha habido cambios importantes con el objeto de evolucionar de los cuidados informales a los institucionales, lo cierto es que, actualmente, la atención informal proporcionada por familiares sigue siendo el principal agente del sistema.

- La provisión formal de servicios de atención social recae, fundamentalmente, en el sector privado en Portugal. Las estructuras de atención social están gestionadas por entidades privadas sin fines de lucro que reciben financiación del Gobierno, las denominadas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entre las que destacan las Misericórdias, entidades de carácter religioso.
- Los servicios dirigidos a las personas en situación de dependencia están regulados por el decreto-ley 101/2006, de 6 de junio, que establece la creación de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI (la Red), dependiente tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social. Esta Red constituye un nuevo modelo de coordinación destinada a garantizar un mejor uso, más equitativo, de los recursos existentes, y una mejor coordinación entre los diferentes agentes implicados en la provisión de la atención a la dependencia.
- Las IPSS, que constituyen las principales estructuras de provisión de atención social a la dependencia, se integran en la Red y perciben financiación pública del Gobierno mediante acuerdos de cooperación con el Instituto de Seguridad Social, siempre que cumplan una serie de requisitos establecidos en la normativa vigente.
- La certificación de las IPSS por entidades independientes externas no es obligatoria para ejercer como proveedoras de atención social. Para obtener financiación pública el requisito es cumplir con las obligaciones que se indican en el protocolo/acuerdo de colaboración que se establece con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Si bien la calidad de la atención a las personas en situación de dependencia está presente en el debate público y en la normativa de muchos países europeos, este no es el caso de Portugal, donde la regulación en términos de calidad de la atención resulta muy somera y las guías para la gestión de la calidad tienen poco efecto en la práctica.
- El sistema de gestión de la calidad de la atención a la dependencia se basa en el modelo clásico de Donabedian en el que la calidad se mide a partir de la siguiente clasificación: estructura, proceso y resultados, dejando al margen aspectos tales como la calidad de vida de la persona usuaria. El enfoque portugués de la calidad se centra principalmente en el cumplimiento de requisitos técnicos o de proceso.
- Monitorización/Información de la actividad de los diferentes equipos y servicios de la Red, en tiempo real, a partir de la plataforma web GestCareCCI. De manera semestral y anual se publican los informes relativos a la monitorización de la Red.
- Finalmente, señalar que el Estado actúa principalmente como un organismo financiador y regulador. No interviene en cuestiones operativas, y en su rol como agente supervisor se limita a realizar inspecciones de los requisitos técnicos de las diferen-

tes estructuras para mantener activas las licencias. La regulación consiste, mayoritariamente, en integrar las entidades proveedoras existentes, de carácter privado sin fines de lucro, en el sistema de cuidados integrados a la dependencia.

8.5. Bibliografía, normativa y recursos en internet

8.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Lisboa, Entidade Reguladora da Saúde, 2015, 137 pp.
- Alzheimer Europe, Dementia in Europe Yearbook 2017. Care standards for residential care facilities in Europe. Luxemburgo, Alzheimer Europe, 2018, 65 pp.
- Baptista, I., Baptista, P., ESPN thematic report on challenges in long-term care. Portugal. Bruselas, European Commission, European Social Policy Network, 2018, 26 pp.
- Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) -2016. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, 2017, 87 pp.
- Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability, vol. 2. Country documents. Serie: European Economy Institutional Papers n. 037, Luxemburgo, Publications Office of the European Union, 2016, 484 pp.
- Joël, M. E. *et al.*, *The long-term care system for the elderly in Portugal*. Serie: ENEPRI research report, Bruselas, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010, 13 p.
- Lopes, A., Dias, I., The Portuguese stakeholders' perspective on social investment and quality assessment in LTC. *Journal of International and Comparative Social Policy*, vol. 34, n. 2, 2018(a), pp. 140-150.
- Lopes, H. *et al.*, Ten years after the creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: achievements and challenges. *Health Policy*, vol. 122, n. 3, 2018(b), pp. 210-216.
- Lopes, A., Long-term care in Portugal. Quasi-privatization of a dual system of care. En: *Long-term care for the elderly in Europe. Development and prospects*. Serie: Social Welfare Around the World, Londres, Routledge, 2017, 196 pp.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development European Commission, A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Serie: OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, 2013, 270 pp.
- Ribeiro, F., *Pensions, health and long-term care*. Bruselas, European Commission, 2014, 46 pp.
- Scheil-Adlung, X., *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. Serie: ESS Working Paper n. 50, Ginebra, International Labour Office, 2015, 99 pp.
- Silveiro de Barros, M., La protección social de las personas dependientes en Portugal. *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, 2017, 142-150 pp.
- UMCCI, Política e Estratégia da qualidade. Cuidados continuados, saúde e apoio social. Lisboa, 2009, 8 pp.

8.5.2. NORMATIVA

Ley 4/2007, de 16 de enero, que aprueba las bases generales del sistema de seguridad social.

Decreto-ley 64/2007, de 14 de marzo, que define el régimen jurídico de las instalaciones, funcionamiento e inspección de los establecimientos de atención social, estableciendo el respectivo régimen sancionador.

Decreto-ley 101/2006, de 6 de junio, por el que se establece la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Decreto-ley 265/99, de 14 de julio, por el que se procede a la creación de una nueva prestación destinada a complementar la protección concedida a los pensionistas por invalidez, vejez y sobrevivencia de los regímenes de seguridad social en situación de dependencia.

Decreto-ley 119/83 que aprueba el Estatuto de las Instituciones Privadas de Solidaridad Social.

Orden 100/2017, de 7 de marzo, que crea el Programa de Celebración o Ampliación de los Acuerdos de Cooperación para el Desarrollo de Respuestas Sociales (PROCOOP).

Orden 196-A/2015, de 1 de julio, por el que se definen los criterios, las reglas y la forma en la que se asienta el modelo específico de cooperación establecida entre el Instituto de Seguridad Social y las instituciones particulares de solidaridad social o legalmente equiparadas.

Orden 174/2014, de 10 de septiembre, por la que se definen las condiciones de instalación y funcionamiento que deben seguir las unidades de internamiento y ambulatorias, y las condiciones de funcionamiento de los equipos de gestión de altas y los equipos de cuidados continuados integrados de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Orden 67/2012, de 21 de marzo, que define las condiciones de organización, funcionamiento e instalaciones de las estructuras residenciales para personas mayores.

Orden 38/2013, de 30 de enero, que establece las condiciones de instalación y funcionamiento del servicio de atención domiciliaria, denominado SAD.

Resolución 63/2015, de 25 de agosto de 2015, por la que se aprueba la Estrategia de Protección a las Personas Mayores.

8.5.3. RECURSOS EN INTERNET

PORDATA, Base de Datos de Portugal Contemporâneo, Lisboa [consulta: 14 de noviembre de 2018]

09. ESTADOS UNIDOS

9. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESTADOS UNIDOS

9.1. Introducción: el sistema de atención a la dependencia en Estados Unidos

9.1.1. ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA: MARCO COMPETENCIAL Y NORMATIVO Y PRINCIPALES SERVICIOS Y PRESTACIONES

a) Elementos nucleares del sistema

El modelo de protección social de Estados Unidos se caracteriza, en relación al resto de los países analizados en este informe, por su escaso desarrollo y reducido gasto público. En ese sentido, los estudios comparativos relativos al funcionamiento de los Estados de Bienestar enmarcan el caso estadounidense en el modelo de Estado de Bienestar liberal, caracterizado por un importante componente asistencial y basado en transferencias focalizadas a los más pobres. En efecto, si se considera el conjunto del gasto social público, Estados Unidos apenas destinan un 19% del PIB a los servicios que conforman el Estado del Bienestar, lejos del esfuerzo realizado por otros países analizados en este informe como Reino Unido (21,5%), Portugal (24,1%), España (24,6%), Alemania (25,3%), Bélgica (29,0%) o Francia (31,5%). El modelo de bienestar estadounidense se caracteriza, en consecuencia, por un reducido nivel de intervención pública y el por el protagonismo de los agentes privados –con y sin fin de lucro– en la provisión de los servicios, particularmente en el caso de la salud o la educación. Las administraciones públicas juegan un papel residual tanto en lo que se refiere a la provisión como, incluso, a la regulación de los servicios de la protección social, cuyo desarrollo se atribuye principalmente a los agentes privados.

Pese a ello, el sistema de cuidados de larga duración o atención a la dependencia establecido en Estados Unidos ha sido objeto de una extensa regulación y constituye, por tanto, un caso relativamente atípico en el contexto estadounidense. El esfuerzo regulador realizado se debe, al menos en parte, a la participación de la administración pública en la financiación de tales servicios, fundamentalmente mediante dos programas de ámbito nacional –Medicare y Medicaid–, a través de los cuales se financia el 60% del costo de estos servicios.¹³⁸

Grosso modo, Medicare es un programa de seguro médico federal para personas con discapacidad y/o mayores de 65 años. Tiene carácter universal –es decir, no está condicionado al nivel de renta de las personas usuarias– y brinda cobertura para una amplia gama de servicios médicos. Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluye la atención residencial para

138 De acuerdo a los datos del CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) en 2017 se destinaron en Estados Unidos 166.000 millones de dólares a la financiación de la atención residencial a personas mayores y con discapacidad, de los cuales un 22% fue financiado por el Medicare y un 30% por Medicaid. A ello hay que añadir un gasto de 97.000 millones en servicios sanitarios a domicilio, de los que un 40% está financiado por Medicare y un 36% por Medicaid.

personas con discapacidad o en situación de dependencia, si bien se establecen diversas limitaciones en el acceso a estos servicios, que normalmente han de complementarse mediante el programa Medicaid. En ese sentido, Medicare no financia los servicios de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria.

El programa Medicare se financia mediante cotizaciones de las personas aseguradas, además de fondos públicos, y prevé el copago de una parte de los servicios por parte de las personas usuarias. Su creación se enmarca en la Ley de Seguridad Social aprobada por el Congreso en 1965 y funciona en los 50 estados del país. Actualmente brinda cobertura de servicios médicos a 57 millones de personas sin importar su condición de salud, su nivel de ingreso o el área en la que viven dentro de Estados Unidos.

Por su parte, Medicaid constituye un programa selectivo, de carácter asistencial, financiado mediante fondos públicos (federales y estatales), gestionado a nivel estatal y dirigido a personas con ingresos inferiores a un umbral determinado.¹³⁹ En principio, Medicaid garantiza la atención residencial a las personas que acreditan una situación de dependencia, mientras que los servicios de tipo comunitario (asistencia diurna y domiciliaria) son cubiertos, de forma discrecional, por cada estado. Tanto los servicios prestados, como las condiciones de acceso al programa, varían de forma significativa en función de cada estado, por lo que no puede hablarse de un sistema común para todo el territorio estadounidense, sino de tantos sistemas como estados. Se calcula que en torno a un 30% de las personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia en Estados Unidos acceden a los mismos a través del programa Medicaid que financia, como se ha señalado, un 32% del gasto en servicios residenciales y comunitarios.

Bajo el paraguas de estos dos programas principales, existen otras modalidades como los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), un programa de gestión estatal. El programa PACE ofrece atención sociosanitaria en el domicilio a las personas mayores de 55 años, beneficiarias de uno de los dos programas. La atención es ofrecida por un equipo multiprofesional, una vez que desde Medicare o Medicaid se ha determinado que la persona beneficiaria puede recibir la atención en su domicilio, en lugar de ingresar en un centro residencial. El primer programa PACE se desarrolló a comienzos de la década de los 70 en San Francisco, y en la actualidad, hay más de 81 programas en todo el país, si bien no todos los estados lo ofrecen.¹⁴⁰

Junto al protagonismo de Medicare y Medicaid, los dos principales programas en la gestión y financiación del sistema, los elementos básicos del modelo de regulación de los cuidados de larga duración en Estados Unidos, en lo que se refiere a la calidad de la atención, son los siguientes:

139 En muchos casos, las personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia pueden beneficiarse del programa Medicaid una vez han agotado sus propios recursos económicos. En el caso del estado de Minnesota, por ejemplo, el ingreso máximo para acceder al programa es de 25.344 dólares anuales para una familia de cuatro miembros.

140 En el siguiente buscador de la página federal Medicare se pueden consultar los Estados que ofrecen PACE, así como los programas concretos de cada uno de ellos: PACE.

- Desde el punto de vista competencial, el sistema se caracteriza por la intervención –en ocasiones superpuesta– de la administración federal y de la administración estatal, tal y como se señala más adelante. En breve, corresponderá a la administración federal establecer los requisitos para la acreditación de los centros que reciben financiación en el marco de los programas Medicaid o Medicare, así como velar por su cumplimiento, mientras que corresponde a los estados autorizar la apertura de los centros.
- Se trata, por otra parte, de un modelo, como el alemán, orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, que en última instancia son las que deciden el proveedor de servicios que quieren contratar. De esa visión de la persona usuaria como consumidora en un mercado regulado por la demanda y la oferta de servicios se deriva la importancia que en el modelo estadounidense se da a los mecanismos de mercado que incentivan la calidad y la competencia entre proveedores, así como a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. En mayor medida, incluso, que, en el caso alemán, esta opción se traduce en la publicación de toda la información disponible en relación a cada proveedor y en la creación de un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento por cada centro de los estándares de calidad establecidos.
- Se trata, por otra parte, de un modelo pionero en la adopción de normas y estándares orientados a los resultados de la atención en el estado de salud y la calidad de vida de las personas atendidas. En ese sentido, juega un papel esencial, como más tarde se explicará, la obligación de analizar de forma periódica la situación de todas las personas residentes mediante el Minimum Data Set (MDS) del sistema Inter-RAI, mediante el cual se monitoriza la situación de las personas atendidas y se evalúa el impacto de la atención prestada.
- Como en la mayor parte de los casos analizados en este informe, el sistema estadounidense de regulación y gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia está fundamentalmente orientado a la atención residencial, mientras que han recibido una atención comparativamente menor, en todos los sentidos, los servicios comunitarios y/o domiciliarios.
- Cabe señalar, finalmente, que el modelo de gestión de la calidad de los servicios de atención a la dependencia en Estados Unidos se encuentra en un proceso de cambio, debido a la introducción, por parte de la Administración Obama, de una amplia reforma del sistema de salud –especialmente a través de la llamada Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)– y de su posterior intento de derogación por parte de la Administración Trump. Ello ha llevado a una situación relativamente confusa, en la que las reformas introducidas por la anterior Administración –muchas de ellas inconclusas– están siendo parcialmente revertidas por la actual.

En los casos en los que la competencia en relación a la gestión de la calidad en la atención a la dependencia recaiga en el Estado, se hará referencia al Estado concreto de Minnesota debido a que en el análisis que se lleva a cabo, desde 2011, de los servicios y atención a la dependencia en los 51 estados que conforman el país, Minnesota ha sido el Estado mejor valorado, ocupando la primera y segunda posición.¹⁴¹

b) Marco normativo

El actual sistema de atención a la dependencia ha tardado más en desarrollarse que otros componentes del sistema sociosanitario. A lo largo de la historia, la atención a la dependencia consistía en atención informal que provenía, principalmente, de familiares, amigos/as, organizaciones religiosas y asociaciones comunitarias de beneficencia. Además, los pocos servicios de atención social y/o sanitaria existentes, tales como casas de beneficencia u hospicios, estaban destinados, fundamentalmente, a las personas en situación de vulnerabilidad y sin familia.

En la década de 1930, el número de personas en situación de vulnerabilidad incrementó considerablemente debido a la Gran Depresión, de manera que los/as cuidadores/as informales ya no podían atender la demanda de atención de este segmento de la sociedad que no paraba de crecer. La aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1935 marcó el comienzo de la participación del Gobierno en la atención a las personas en situación de necesidad, aquellas que no tienen ningún otro recurso al que acudir. En este contexto, comienza el desarrollo del mercado de las residencias y de los cuidados de larga duración. A lo largo de las siguientes décadas, el Gobierno se involucró cada vez más en la financiación de la atención a las personas en estado de vulnerabilidad.

Las primeras regulaciones importantes, a nivel nacional, en materia de atención a la dependencia datan de 1950, con las enmiendas a la Ley de Seguridad Social por las que se establece que cualquier centro que atienda a más de cuatro personas afiliadas a la Seguridad Social debe disponer de una licencia otorgada por el estado en el que lleva a cabo su actividad. Posteriormente, la aprobación en 1965 de los programas federales Medicare y Medicaid ha conllevado la regulación, por parte del Gobierno federal, del sistema de atención a la dependencia, especialmente en lo referente a calidad, costo y la disponibilidad de los servicios.

La regulación más extensa y relevante del sistema de atención a la dependencia estadounidense la constituye la Ley Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987, conocida como OBRA'87. Esta ley define el sistema de control de la calidad de los cuidados de larga duración en Estados Unidos y modificó sustancialmente las responsabilidades de los agentes proveedores de servicios. Entre las diferentes disposiciones que establece, el cambio más significativo lo representa el establecimiento de estándares orientado a resultados y centrados en las personas usuarias. La nueva normativa, por primera vez, se centra en la calidad de atención, en los derechos de las personas usuarias y en la satisfacción y calidad de vida percibida por las personas usuarias. Entre los derechos de las personas usuarias que establece la ley, se encuentran los siguientes:

141 Long-Term Services & Supports State Scorecard.

- El derecho a no sufrir abusos, malos tratos o negligencia.
- El derecho a no estar sometido a sujeciones físicas.
- El derecho a elegir el profesional médico.
- El derecho a acceder al historial médico.
- El derecho a ser tratado/a con dignidad.
- El derecho a la autodeterminación.
- El derecho a tener cubiertas las necesidades médicas, físicas, psicológicas y sociales.
- El derecho a participar en grupos de usuarios/as y familiares.
- El derecho a comunicarse libremente.
- El derecho a ser dado/a de alta o transferido/a a otro servicio de manera adecuada.
- El desarrollo de un proceso de evaluación integral de la persona usuaria.

OBRA'87 establece también las condiciones para que los centros residenciales se beneficien de los reembolsos de los programas Medicare y Medicaid.

Al día de hoy, esta ley sigue constituyendo el principal marco regulador de los requisitos de los centros de atención a la dependencia, si bien el sector está experimentando cambios significativos, derivados de los cambios en la Administración federal, y que se concretizan en nuevas leyes tales como la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, también conocida como ACA) de 2010. Esta ley tiene entre sus objetivos ampliar la atención domiciliaria y la comunitaria, extendiendo, de este modo, la oferta que estaba muy centrada en la atención residencial. Además, pasan a formar parte de la presente ley los siguientes títulos:

- Ley de mejora y transparencia en centros residenciales (*Nursing Home Transparency and Improvement Act*)
- Ley de Justicia de Mayores (*Elder Justice Act*)
- Ley de prevención de abusos y de seguridad del paciente (*Patient Safety and Abuse Prevention Act*)

En cualquier caso, es relevante insistir en que el sistema objeto del presente análisis está inmerso en un proceso de cambio debido a que muchas de las reformas introducidas por la anterior Administración están siendo parcialmente revertidas por la actual Administración Trump.

c) Estructura competencial

En relación a la estructura competencial, el sistema se caracteriza por la intervención de la Administración federal y de la Administración estatal. Tal y como se detallará más adelante, recae en la Administración federal la competencia para establecer los requisitos para la acreditación de los centros que reciben financiación en el marco de los programas Medicaid o Medicare, así como para velar por su cumplimiento. Los estados, por su parte, son los responsables de autorizar la apertura de los centros.

En el caso concreto de Minnesota, las competencias relativas a las residencias recaen tanto del Departamento de Servicios Sociales (Department of Human Services-DHS) y del Departamento de Salud (Department of Health-MDH). DHS ofrece la atención residencial a través del programa Medical Assistance Medicaid, y, entre sus responsabilidades están:

- el desarrollo e interpretación de políticas relacionadas con los centros residenciales,
- la calidad de la atención,
- y el establecimiento de las tarifas del servicio.

El Departamento de Salud, a su vez, tiene las siguientes competencias en relación a las residencias:

- otorgar autorizaciones y realizar inspecciones de las residencias,
- investigar las quejas recibidas sobre las residencias, y
- realizar evaluaciones de las personas residentes, en el marco de la medición de la calidad de la atención residencial.

d) Principales servicios y prestaciones

Como se ha señalado, la atención a la dependencia en Estados Unidos se vertebra en torno a los programas Medicare y Medicaid, que constituyen las principales fuentes de financiación de la atención a la dependencia.

Medicare ofrece una gama restringida de servicios en el ámbito de la atención a la dependencia, centrados específicamente en la atención médica de personas con necesidades agudas (acute care), por lo que no se ofrecen servicios relacionados con los cuidados personales y/o para las actividades de la vida diaria. Sin embargo, en algunos casos Medicare puede cubrir determinados gastos relacionados con los cuidados de larga duración:

- Servicios poshospitalarios –atención sociosanitaria, de enfermería–, por un periodo no superior a 100 días. Medicare asume el importe total del gasto de los primeros 20 días de los servicios poshospitalarios. A partir del día 21 y hasta el 100, el servicio está sometido a copago por parte de la persona usuaria que, en 2018, asciende a \$167,50 al día¹⁴². A partir del día 100, la persona usuaria asume el total del costo del servicio poshospitalario.
- Servicios y cuidados médicos prescritos por un profesional médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión:
 - Cuidados de enfermería no continuos.
 - Terapia física, ocupacional o del lenguaje ofrecida por un agente proveedor oficial.

142 2018 Medicare Parts A & B Premiums and Deductibles, Centers for Medicare & Medicaid Services.

- Atención sociosanitaria destinada a hacer frente a problemas sociales, psicológicos, culturales y/o médicos derivados de una enfermedad, como, por ejemplo, acompañamiento en el acceso y seguimiento de la atención.
- Productos de apoyo para tratamiento médico como equipos de oxígeno, sillas de ruedas o andadores. En estos casos, Medicare cubre el 80% del importe, financiando la persona usuaria el 20% restante.

La atribución de estos servicios y cuidados no está limitada a un plazo temporal. La persona usuaria puede beneficiarse de los mismos siempre y cuando un profesional médico acredite su necesidad, con una frecuencia de 60 días.

- Servicios de larga duración orientados a prevenir el deterioro de las personas que padecen enfermedades irreversibles, tales como apoplejías, enfermedad de párkinson, ELA, esclerosis múltiple o enfermedad de alzhéimer.
- Cuidados paliativos de pacientes en etapa terminal, cuya expectativa de vida sea inferior o igual a seis meses. En estos casos, la persona usuaria interrumpe la atención sociosanitaria de la que sea beneficiaria y pasa a recibir únicamente los cuidados paliativos. En concreto, la cobertura de los cuidados paliativos ofrecidos por el programa Medicare son los siguientes:
 - los medicamentos para controlar los síntomas de la enfermedad y aliviar el dolor,
 - los servicios médicos y de apoyo de un proveedor de cuidados paliativos aprobado por Medicare,
 - servicios específicos que, de otro modo Medicare no cubre, como atención al duelo,
 - cortas estancias de atención hospitalaria, y
 - cuidados de respiro o alivio para las personas cuidadoras.

Los cuidados paliativos se brindan en el propio domicilio del/la paciente, en un centro residencial o en los centros de cuidados paliativos.

Por otro lado, los servicios cubiertos por el programa **Medicaid** incluyen una gama más amplia. Tal y como se ha señalado más arriba, tanto los servicios prestados, como las condiciones de acceso al programa varían notablemente entre los diferentes estados, por lo que a continuación se detallan los principales servicios y centros del programa Medicaid de Minnesota, denominado Medical Assistance (MA) en este Estado:¹⁴³

- Atención residencial, tanto de corta como de larga estancia. Medicaid cubre los costos de las residencias en Minnesota que cumplen determinados criterios económicos y sanitarios. En Minnesota hay 382 residencias, de las cuales el 98% acepta el pago a

¹⁴³ Medical Assistance (MA), Minnesota Department of Human Services, Saint Paul.

través de Medicaid. El costo de una residencia en el estado de Minnesota oscila entre un importe máximo de \$377/día y un mínimo de \$116/día.

La atención residencial agrupa un conjunto de servicios que incluye alojamiento, comida y enfermería. Quedan excluidos del programa Medicaid los gastos relativos a medicamentos, hospitalizaciones o terapias, tales como ocupacionales o del habla.

El acceso a una residencia a través del programa Medicaid se realiza tras una evaluación llevada a cabo por el centro de servicios sociales del municipio en el que reside la persona solicitante.

- En los casos en los que la persona dependiente prefiera permanecer en su domicilio en lugar de ingresar en un centro residencial, MA cubre los gastos de servicios de atención domiciliaria y comunitaria, siempre que el importe de estos servicios sea inferior a los residenciales. MA ofrece estos servicios mediante el programa específico The Elderly Waiver (EW), también conocido como Medicaid Waivers. Este programa cubre los siguientes apoyos y servicios:
 - Servicios de atención diurna.
 - Gestión de casos.
 - Servicio de acompañamiento.
 - Servicios de apoyo en comunidad.
 - Servicios de apoyo a las personas cuidadoras, incluidos de alivio o respiro.
 - Enfermero/a a domicilio.
 - Comidas a domicilio.
 - Atención doméstica.
 - Adaptaciones del hogar y del vehículo.
 - Apoyos para la vida comunitaria.
 - Transporte no medicalizado.
 - Servicio de teleasistencia.
 - Asistente personal.
 - Productos de apoyo especializados.
 - Servicios de transición.
- Viviendas asistidas u otras soluciones residenciales de tipo comunitario que proporcionan atención personalizada, asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria, ayuda con la medicación, servicio de lavandería o realización de las tareas domésticas. El servicio puede ofrecer también atención sociosanitaria, aunque la atención no sea tan intensa como en las residencias. Este tipo de establecimientos permiten a las personas usuarias permanecer relativamente independientes.

En todo caso, cada estado incluye una amplia gama de servicios para personas con discapacidad o dependencia en su programa Medicaid.

A nivel estatal, en el caso concreto del estado de Minnesota, las personas en situación de dependencia tienen acceso, de manera gratuita y sin ningún tipo de condicionante, al servicio de Consulta de Cuidados de Larga Duración (Long-Term Care Consultation - LTCC) en el que se orienta e informa de los servicios y ayudas a la dependencia disponibles, en función de la situación y características de la persona en situación de dependencia. Una vez que la persona con dependencia se decide por un tipo de servicio, tiene que realizar una solicitud por escrito al Departamento de Servicios Sociales y, tras una valoración de la situación económica, social y sanitaria de la persona solicitante, el estado determina si cumple los requisitos de acceso. Los servicios pueden estar sujetos a copago por parte de la persona usuaria, en función de los ingresos y de las necesidades sociosanitarias de la misma.

9.1.2. DATOS BÁSICOS SOBRE EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESTADOS UNIDOS

Estados Unidos es uno de los países de la OCDE que destina un menor porcentaje de su PIB a los cuidados de larga duración o servicios de atención a la dependencia. De acuerdo a los últimos datos publicados por la OCDE,¹⁴⁴ Estados Unidos dedica únicamente el 0,5% de su PIB al gasto público en dependencia (incluyendo el financiado mediante cotizaciones obligatorias), frente al 1,7% del conjunto de los países que conforman esa organización y porcentajes cercanos o superiores al 3,0% en los países del norte de Europa. Es también, según estas mismas fuentes, uno de los países en los que en menor medida se ha incrementado el gasto público destinado a esta materia (un 1,8% de media interanual entre 2005 y 2015, frente a incrementos superiores al 4% en el conjunto de los países de la OCDE).

En total, la OCDE estima que reciben servicios residenciales en el ámbito de la atención a la dependencia en torno a 1,1 millones de personas, mientras que los servicios de atención domiciliaria atienden a unos 2,6 millones de personas. En relación a la población mayor, los servicios residenciales atienden al 2,9% de las mujeres y al 1,7% de los hombres, mientras que los servicios de atención domiciliaria dan servicio al 8,4% de las mujeres y al 6,4% de los hombres respectivamente. En lo que se refiere al personal que trabaja en este ámbito, la OCDE estima que el número de profesionales de atención directa asciende a 1,5 millones de personas, que equivalen a 3,1 profesionales por cada cien personas mayores de 65 años.

144 Health at a Glance, 2017.

La tabla siguiente resume los principales datos recogidos.

Tabla 34. Cobertura y personal del sistema estadounidense de atención a la dependencia (2016)

Personal total	Total	Personal total
		Personal por cada 100 habitantes mayores de 65 años
	Atención domiciliaria	Personal total
		Personal por cada 100 habitantes mayores de 65 años
	Atención residencial	Personal total
		Personal por cada 100 habitantes mayores de 65 años
Usuarios atención residencial	Mujeres atendidas	
	% mujeres mayores de 65 años	
	Hombres atendidos	
	% hombres mayores de 65 años	
Usuarios atención a domicilio	Mujeres atendidas	
	% mujeres mayores de 65 años	
	Hombres atendidos	
	% hombres mayores de 65 años	

Fuente: OCDE. Health at a Glance (2017); OECD-Stat.

En lo que se refiere al número de centros y de entidades que operan en el mercado estadounidense de atención a la dependencia, los datos más recientes señalan que en 2014 el número de entidades autorizadas ascendía a 67.000. De esas 67.000 entidades, 4.800 ofrecen atención diurna (adult day care centre) para personas adultas, 12.400 servicios de atención domiciliaria (home care services), 4.000 cuidados paliativos (hospices), 15.600 atención residencial (nursing homes) y 30.200 atención en viviendas asistidas u otras soluciones residenciales de tipo comunitario (assisted living and similar residential care communities).

De acuerdo a los datos de la Administración federal,¹⁴⁵ se estima que la cobertura de los centros de atención diurna, en el conjunto del país, asciende a 0,6 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años; la cobertura de los centros residenciales a 3,6% y la correspondiente a otros servicios residenciales de carácter comunitario a 2,2%, con lo que la cobertura conjunta de atención diurna y residencial ascendería a 6,4% plazas para cada 100 personas de más de 65 años. En lo que se refiere a la titularidad de estas entidades, el porcentaje de entidades mercantiles (con fines de lucro) es relativamente bajo en el ámbito de la atención diurna (44,2%) y supera con creces el 50% en el caso de los cuidados paliativos (60,2%), las residencias (69,8%), la atención domiciliaria (80,0%) y las viviendas asistidas (81,8%).

La Tabla 1 también ofrece información de interés sobre el porcentaje de centros que son financiados o cofinanciados mediante el sistema Medicaid –especialmente alto en el caso de las residencias, el 95% de las cuales dispone de una certificación– y respecto al personal que trabaja en esos centros, que supone, a dedicación plena equivalente, 1,5 millones de puestos de trabajo. De ellos, casi dos tercios prestan sus servicios en los centros residenciales o nursing homes. En lo que se refiere a la intensidad de la atención, la más elevada corresponde a estos mismos centros, con 4,15 horas de atención directa por persona usuaria, por término medio.

Tabla 35. Características de los centros y servicios de atención a la dependencia en Estados Unidos (2013/14)

Cobertura (% población 65 y más)	Atención diurna
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)
% entidades mercantiles	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)

145 US Department of Health and Human Services. Long-term care providers and services users in the United States. Data from the National Study of Long-Term Care providers (2013-2014).

% certificación Medicaid	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)
Personal a DPE	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)
Ratios de atención (horas diarias por persona usuaria)	Atención diurna
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)

Fuente: US Department of Health and Human Services. Long term care providers and services users in the United States. Data from the National Study of Long-Term Care providers (2013-2014).

La siguiente tabla recoge algunos datos básicos sobre las características de las personas usuarias de los diversos servicios. Si nos centramos en el caso de los centros residenciales, se observa que el 41,6% de las personas usuarias tiene más de 85 años y que el 66,8% son mujeres. El 62% de las personas usuarias financia el uso de los servicios a través de Medicaid y el 50,5% está aquejado por alguna demencia.

Tabla 36. Características de las personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia en Estados Unidos (2013/14)

% mayores de 85 años	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)

% mujeres	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)
% financiación Medicaid	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)
% con Alzheimer u otras demencias	Atención diurna
	Atención domiciliaria
	Cuidados paliativos (hospice)
	Residencias (nursing home)
	Viviendas asistidas (residential care community)

Fuente: US Department of Health and Human Services. Long term care providers and services users in the United States. Data from the National Study of Long-Term Care providers (2013-2014).

9.2. La gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia en Estados Unidos

El sistema estadounidense de gestión de la calidad en los servicios de atención a la dependencia ha otorgado tradicionalmente una considerable importancia tanto a la autorización de los centros y servicios, como al seguimiento del cumplimiento de los requisitos establecidos, mediante mecanismos de inspección por parte de las administraciones. En los últimos años, el sistema estadounidense sigue una tendencia común a otros muchos países, en los que la calidad de la atención y su evaluación otorgan una importancia cada vez mayor a la persona usuaria y a su bienestar, convirtiéndolas en un aspecto fundamental de los procesos de calidad.

9.2.1. REGULACIÓN, AUTORIZACIÓN E INSPECCIÓN

9.2.1.1. NORMATIVA BÁSICA

El sistema estadounidense de gestión de la calidad cuenta con dos elementos centrales cuya competencia recae en administraciones diferentes. Por un lado, la autorización para entrar o mantenerse en el mercado se otorga a nivel estatal, y, por el otro, la acreditación de los centros y servicios para acceder al reembolso de los programas Medicare y Medicaid es competencia federal.

A nivel federal, el principal marco normativo de la calidad en la atención a la dependencia lo constituye la Ley OBRA'87. Esta ley redefine el control de la calidad de los servicios sociosanitarios del territorio estadounidense, poniendo el foco en los derechos de las personas usuarias y en su calidad de vida, tal y como se detallará más adelante.

Los centros y servicios de atención a la dependencia deben, por lo tanto, cumplir con la normativa federal y la estatal. La normativa estatal nunca contradice la federal y, en muchos casos, delimita con mayor precisión los requisitos federales. EL Gobierno federal establece un marco general de actuación a partir del cual los estados establecen los requisitos obligatorios para los centros y servicios del territorio. En cualquier caso, la normativa estatal no puede contradecir los criterios federales.

9.2.1.2. AUTORIZACIÓN

Los servicios y centros de atención a la dependencia requieren de una **autorización** de apertura otorgada por los estados. En este sentido, los estados tienen el control sobre quién accede y permanece en el mercado de la provisión de atención a la dependencia. En el caso del estado de Minnesota, el Departamento de Salud es el organismo encargado de otorgar dicha autorización. La ley estatal de salud¹⁴⁶ así como la Normativa Administrativa de Minnesota recogen los requisitos que deben reunir los centros y servicios de atención a personas mayores para poder ejercer en el territorio.

La solicitud de autorización de todo centro o servicio de atención a la dependencia remitida al Departamento de Salud debe ir acompañada de la siguiente documentación:

- los nombres y direcciones de todas las personas responsables, así como del personal directivo del centro que solicita la autorización,
- dirección y situación jurídica de la propiedad,
- copia de los planos de arquitectura y de ingeniería, así como las características de la propiedad, elaborados y certificados por un/a arquitecto/a o ingeniero/a registrado/a en el Estado.

146 2018 Minnesota Statutes, chapter 144, Department of Health.

La autorización se otorga por un periodo de un año y es renovada tácitamente salvo si en las inspecciones o evaluaciones se detecta que ha dejado de reunir los requisitos que establece la normativa. En cualquier caso, son pocos los centros y servicios que no han podido acceder al mercado por no reunir los requisitos estatales, y la pérdida de licencia es una medida reservada para casos muy extremos, por lo que suele ser poco frecuente recurrir a ella (OECD, 2013).

En el caso concreto del estado de Minnesota, la ley de Minnesota, en su capítulo 144A.02 establece que “ningún centro puede ser usado como residencia para la provisión de atención residencial a menos que disponga de autorización. El Departamento de Salud autoriza a ejercer como centro residencial a aquellos equipamientos que reúnan los criterios que establece la presente ley”.

A continuación, se detallan los estándares mínimos de funcionamiento de los centros residenciales que regula la normativa para poder obtener la autorización en el estado de Minnesota, establecidos en la normativa estatal.

Tabla 37. Aspectos regulados por la normativa del estado de Minnesota en relación a los centros residenciales

Sección	Disposición
Requisitos técnicos	Espacios privados - Al menos, el 5% de las habitaciones tienen que ser individuales (con una cama), y deben disponer de baño privado. Al menos el 75% de las camas tienen que estar ubicadas en habitaciones individuales o dobles. Ninguna habitación debe tener más de cuatro camas. - Las habitaciones de las personas usuarias deben estar bien ventiladas, sin humedad y ser luminosas. - Cada habitación debe tener acceso directo a un pasillo con salida. - El espacio, por cama, no debe ser inferior a 100 pies cuadrados en el caso de las habitaciones individuales, y de 80 pies cuadrados en las de dos, tres o cuatro camas. - Ninguna habitación debe tener acceso a una zona común como el comedor o la sala de descanso. - La puerta al pasillo tiene que ser resistente al fuego. - Cada residente de la habitación debe disponer de un armario individual. Espacios colectivos - El total de áreas reservadas para el comedor, salones y actividades debe ser superior a 30 pies cuadrados por cama. - La puerta al pasillo tiene que ser resistente al fuego.
Requisitos de funcionamiento	- El centro debe contar con un plan de seguridad y desastres. - El centro debe disponer de un comité de evaluación de la calidad, compuesto por al menos seis personas.

Sección	Disposición
Personal	- Toda residencia debe contar con un/a director/a, con una titulación superior reconocida por el Estado. El centro residencial puede compartir con otro centro los servicios del/la directora/a con titulación superior, siempre que esto no dificulte su presencia en el centro el tiempo suficiente para la correcta gestión del mismo. El/la directora/a debe establecer procesos y delegar en el personal presente durante su ausencia, aunque siempre sea el responsable último de la gestión del centro. En todo momento, debe constar en el centro residencial el nombre del/la directora/a y el de la persona responsable durante su ausencia. - Con relación al personal de cuidados, se establece que la dedicación mínima sea de dos horas por residente en una jornada de 24 horas.
Derechos de las personas usuarias	- El centro debe disponer de una política en relación a los siguientes aspectos: régimen de visitas, acceso a teléfono y correo electrónico, pertenencias, permiso para fumar, y animales de compañía. - Procedimiento en caso de defunción. - Política de asignación de habitaciones. - Administración de fármacos. - Las personas residentes no deben estar sometidas a sujeciones físicas.

9.2.1.3. INSPECCIÓN

El Departamento de Salud estatal es el encargado de realizar inspecciones periódicas en los centros de atención a la dependencia que garanticen el cumplimiento, por parte de los centros, de los requisitos que establece la normativa estatal. Para ello, realiza visitas de control a los centros. La inspección consiste en un examen de todo el centro de la manera que consideren más oportuna, lo que puede incluir entrevistas tanto con el personal como con las personas residentes. Si se detectan incumplimientos de la normativa, se realiza una segunda inspección no tan exhaustiva como la primera, puesto que el objetivo de esta segunda inspección es comprobar si se ha subsanado las deficiencias detectadas.

Las inspecciones se realizan de manera imprevista. En esta línea, la ley establece que cualquier persona empleada en el Departamento de Salud que informe o avise a un centro residencial de una inspección prevista por el Departamento, podrá ser despedida o suspendida. La normativa establece por otra parte que no pueden pasar más de dos años sin que se realice una inspección,

si bien el Departamento de Salud tiene la libertad de fijar la frecuencia de las inspecciones en base a los recursos disponibles. En este sentido, el Departamento debe destinar más recursos a la inspección de aquellos centros que presentan mayores deficiencias en relación a la salud, trato, comodidad, seguridad y bienestar de las personas usuarias. Estas deficiencias pueden manifestarse de diversa manera como, por ejemplo, cambios frecuentes en la dirección del centro, quejas por parte de las personas usuarias o familiares, o cuando las inspecciones previas no han resultado favorables.

La ley prevé sanciones económicas que pueden llegar a los \$ 500 por día de no cumplimiento de la normativa. Los centros disponen de 15 días para efectuar el pago de la multa, de lo contrario, estas se irán acumulando. En caso de reincidencia, el Departamento puede ordenar la suspensión o cierre del centro por razones de seguridad.

9.2.2. ACREDITACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

A diferencia de la autorización, los servicios y centros de atención a la dependencia no están obligados a disponer de una **acreditación** para ejercer su actividad; sin embargo, sí es un requisito necesario para poder tener derecho a reembolso a través de los programas Medicare y Medicaid. Esta acreditación, que es competencia del Gobierno federal, la otorga el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, en adelante). La ley OBRA'87, en el título 42, establece los estándares que los centros y servicios tienen que cumplimentar para obtener la acreditación. Esta ley, también conocida como la Ley de Reforma de los Centros Residenciales (Nursing Home Reform Act) señala que los centros residenciales “deben ofrecer servicios y actividades con el objeto de mantener el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes de acuerdo con un plan de atención individualizado”.

Los estándares marcados por la ley OBRA'87 son muy extensos y cubren los aspectos relativos a las siguientes cuestiones:

- Derechos de las personas residentes §483.10
- Malos tratos, abandono y explotación §483.12
- Restricciones físicas y químicas §483.13
- Derechos de admisión, transferencia y baja §483.15
- Evaluación de las personas residentes §483.20
- Plan de atención personalizado e integral §483.21
- Calidad de vida §483.24
- Calidad de la atención §483.25
- Servicios médicos §483.30
- Servicios de enfermería §483.35
- Servicios de salud mental §483.40
- Servicios de farmacia §483.45
- Laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico §483.50

- Servicios de odontología §483.55
- Servicios de alimentación y nutrición §483.60
- Servicios especializados de rehabilitación §483.65
- Administración §483.70
- Plan de emergencias §483.73
- Garantía de calidad y mejora del rendimiento §483.75
- Control de infecciones §483.80
- Programa de ética §483.85
- Medio ambiente §483.90
- Requisitos de formación §483.95

De acuerdo con esta ley federal, un centro residencial debe:

- Disponer de suficiente personal de atención (§483.30).
- Realizar a cada residente una valoración inicial integral de su capacidad funcional (§483.20).
- Elaborar un plan de atención integral para cada residente (§483.20).
- Prevenir el deterioro en las habilidades de la persona residente para la realización de las tareas de la vida diaria (bañarse, vestirse, moverse, comer, etc.) (§483.25).
- Proporcionar, en caso de que la persona residente no puede realizar las actividades de la vida diaria, el apoyo necesario para su realización (§483.25).
- Asegurarse de que las personas usuarias reciban el tratamiento adecuado y los productos de apoyo necesarios para una correcta visión y audición (§483.25).
- Asegurarse de que las personas usuarias no van a desarrollar úlceras por presión y, en el caso de que las desarrollaran, evitar que se infecten o que les salgan más (§483.25).
- Garantizar que las personas usuarias reciban la ayuda y atención necesaria para prevenir caídas (§483.25).
- Promover la calidad de vida de las personas usuarias (§483.25).
- Garantizar la privacidad de las personas usuarias y su derecho a decidir en relación al alojamiento, el tratamiento médico, la atención, las visitas y la comunicación con los demás (§483.10).

9.2.3. EVALUACIÓN, MONITORIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

9.2.3.1. EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

El CMS realiza evaluaciones periódicas de los centros y servicios de atención a la dependencia para comprobar que siguen reuniendo los requisitos fijados por la ley OBRA'87 para tener derecho al reembolso de los programas Medicare y Medicaid. Estas evaluaciones las realizan las agencias estatales del CMS, con una frecuencia que oscila entre los 9 y 15 meses, de manera imprevista. En el caso de detectar alguna deficiencia, esta se categoriza en una de las áreas definidas por el CMS, en función de su alcance y gravedad.

En relación a la evaluación y monitorización de la calidad de la atención, una de las aportaciones más importantes de la ley OBRA'87 es la implementación obligatoria del denominado Minimum Data Set (MDS, en adelante). El MDS es una base de datos de información recopilada a través del Resident Assessment Instrument (RAI, en adelante). El RAI-MDS está diseñado para recopilar una información básica, unos datos mínimos, para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas mayores residentes de los servicios de atención a la dependencia. Estos datos extraídos se utilizan como indicadores de calidad de la atención.

El RAI-MDS es, en definitiva, un sistema de herramientas integradas que incorporan elementos básicos para el desarrollo de la gestión clínica, gestión de calidad y gestión de costos. Está fundamentado en el proceso asistencial y ejecutado por los propios profesionales de manera interdisciplinar. Abarca un amplio espectro que va desde la detección de problemas de salud, la elaboración del plan de cuidados, sistema de información básica administrativa y una serie de indicadores para el desarrollo de programas de calidad. Es de uso obligado por todos los centros de atención sociosanitaria acreditados.

Esta herramienta está constituida por tres componentes: un conjunto mínimo de datos, una serie de "alarmas" y protocolos de valoración de la persona residente. El conjunto mínimo de datos (MDS): este apartado recoge un total de 284 ítems, agrupados en secciones entre variables sociodemográficas y variables asistenciales (características básicas de los patrones de vida del individuo, de las necesidades del individuo, tratamientos, etc.). Las secciones que conforman el MDS son las siguientes:

- A. Administrativa
- B. Cognitiva
- C. Comunicación/Audición
- D. Visión
- E. Afectividad y conducta
- F. Bienestar psicosocial
- G. Problemas físicos funcionales y estructurales
- H. Continencia
- I. Diagnósticos enfermedades
- J. Problemas de salud
- K. Estado nutricional
- L. Estado dental
- M. Condiciones de la piel
- N. Patrón de actividades
- O. Medicación
- P. Tratamientos especiales y procedimientos
- Q. Alta y estado general
- R. Información sobre la valoración
- S. Suplemento de terapias para financiación prospectiva
- T. Sumario de protocolos de valoración de la persona residente

Complementa el instrumento una serie de señales de alerta o de alarmas que dirigen hacia 18 protocolos de valoración para poder llevar a cabo valoraciones más específicas y orientar a las personas responsables del centro en la confección del plan de atención individualizada. Estos son los 18 protocolos de valoración:

1. Delirio.
2. Pérdida cognitiva.
3. Función visual.
4. Comunicación.
5. Función AVD/Potencial de rehabilitación.
6. Incontinencia urinaria/Sondaje.
7. Bienestar psicosocial.
8. Estado afectivo.
9. Síntomas conductuales.
10. Actividades.
11. Caídas.
12. Estado nutricional.
13. Sondas de alimentación.
14. Deshidratación/Mantenimiento de fluidos.
15. Cuidado dental.
16. Úlceras por presión.
17. Uso de psicofármacos.
18. Sujeciones físicas.

El instrumento RAI incorpora una serie de dominios que permiten desarrollar hasta 30 indicadores de calidad:

Tabla 38. Indicadores de calidad¹⁴⁷

Dominio		Indicador de calidad
Accidentes	1)	Prevalencia de cualquier lesión
	2)	Prevalencia de caídas
Conducta y patrón emocional	3)	Prevalencia de conducta disruptiva
	4)	Prevalencia de depresión
	5)	Prevalencia de depresión sin tratamiento

147 <https://downloads.cms.gov/files/1-MDS-30-RAI-Manual-v1-16-October-1-2018.pdf>

Dominio		Indicador de calidad
Gestión clínica	6)	Uso de nueve o más fármacos
Patrón cognitivo	7)	Incidencia de deterioro cognitivo
Eliminación incontinencia	8)	Prevalencia de incontinencia
	9)	Prevalencia de incontinencia ocasional sin programa de educación vesical
	10)	Prevalencia de sondas urinarias
	11)	Prevalencia de impactación fecal
Control infección	12)	Prevalencia de ITU
	13)	Prevalencia de uso de antibióticos
Nutrición alimentación	14)	Prevalencia de pérdida de peso
	15)	Prevalencia de alimentación por sonda
	16)	Prevalencia de deshidratación
Función física	17)	Prevalencia de encamamiento
	18)	Incidencia en deterioro de AVD de pérdida tardía
	19)	Incidencia de contracturas
	20)	Ausencia de entrenamiento o práctica de rango de movimiento en pacientes con dependencia en movilidad
Uso de psicofármacos	21)	Prevalencia uso de antipsicóticos en ausencia de enfermedades psicóticas relacionadas
	22)	Prevalencia de dosis de antipsicóticos superior a las establecidas
	23)	Prevalencia de uso de sedantes/hipnóticos
	24)	Prevalencia de uso de hipnóticos de forma regular o superior a dos ocasiones en la última semana
	25)	Prevalencia de uso de benzodiacepinas de larga duración
Calidad de vida	26)	Prevalencia de sujeciones físicas
	27)	Prevalencia de poca o nula actividad
Función sensorial / comunicación	28)	Ausencia de acciones correctoras para trastornos sensoriales o problemas de comunicación

Dominio	Indicador de calidad
Cuidados de la piel	29) Prevalencia de úlceras por presión grados 1-4
	30) Diabetes insulino dependiente sin cuidado de los pies

El CMS acaba de publicar una guía de la última versión del RAI-MDS, la 3.0., destinada a ayudar a la persona evaluadora a recopilar, interpretar y organizar de manera sistematizada la información recogida en el MDS.

9.2.3.2. PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Tal y como se ha señalado, el modelo estadounidense está muy orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, de manera que se le otorga una gran importancia a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. Esto se traduce en la publicación de toda la información disponible en un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

A nivel federal, el Gobierno publica la página web Nursing Home Compare con información detallada y actualizada de los centros residenciales que reciben financiación de Medicare o Medicaid. Esta página está disponible desde finales de 2008 y pone a disposición de toda la ciudadanía la información obtenida de las siguientes fuentes:

- La base de datos de las evaluaciones realizadas por el CMS, que incluye:
 - las características de los centros,
 - las deficiencias detectadas en las tres últimas evaluaciones,
 - las quejas de las que ha sido objeto,
 - sanciones que se le han impuesto.
- Sistema Payroll-Based Journal (PBJ): este sistema permite a los centros residenciales proporcionar, de manera electrónica, cada tres meses el número de horas que el personal del centro ha cobrado por las horas de trabajo diarias.
- Base de datos nacional Minimum Data Set (MDS): recopila los datos de las evaluaciones realizadas por el centro residencial a las personas residentes, tal y como se ha detallado en el punto 6.2.3.1.
- Base de datos de solicitudes de Medicare: CMS usa las facturas que los centros residenciales y los hospitales envían a Medicare para identificar las hospitalizaciones y los ingresos en las residencias.

A través de la página web Nursing Home Compare se puede consultar la siguiente información.

Tabla 39. Información que ofrece la página web Nursing Home Compare¹⁴⁸

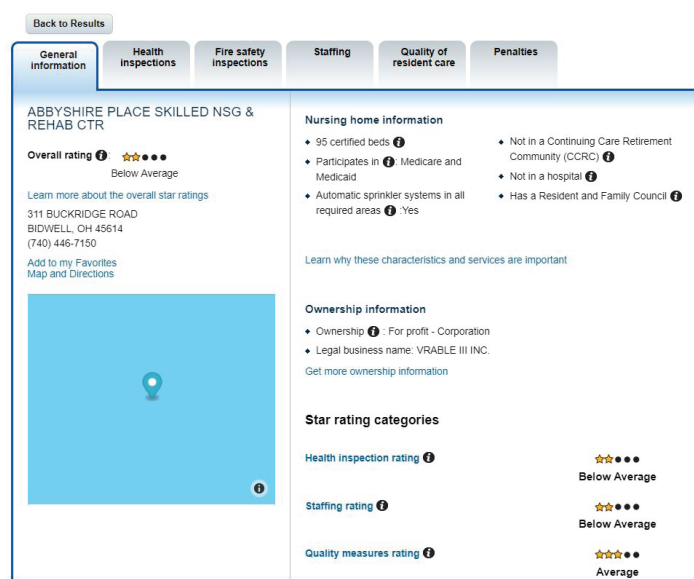
Tipo de contenido	Información concreta sobre el centro residencial
Información general sobre el centro residencial	- Nombre y dirección. - Si participa en Medicare o Medicaid. - Si ésta ubicado en un hospital. - Tipo de gestión: pública o privada. - Si proporciona información a través del sistema Payroll-Based Journal.
Sistema de calificación de estrellas	- Sistema de calificación del servicio mediante estrellas, que van de 1 a 5 estrellas.
Inspecciones sanitarias y de seguridad contra incendios	- Disponer de suficiente plantilla para ofrecer atención adecuada. - Gestión adecuada de la medicación. - Protección de las personas residentes de malos tratos físicos y mentales. - Proporcionar alimentación adecuada. - Atención proporcionada a las personas residentes. - Cómo interactúa el personal con las personas residentes. - Entorno. - Inspección contra incendios. - Inspección de planes de emergencia.
Personal	- Personal de cuidados titulado. - Personal auxiliar de cuidados. - Personal terapeuta.

148 <https://www.medicare.gov/nursinghomecompare>

Tipo de contenido	Información concreta sobre el centro residencial
Calidad de la atención residencial	- Corta estancia: - Porcentaje de residentes rehospitalizados tras su estancia en el centro residencial. - Porcentaje de residentes que recibieron una visita ambulatoria de emergencia. - Porcentaje de residentes que tomaron medicación psicótica por primera vez. - Porcentaje de residentes con úlceras por presión nuevas o que han empeorado. - Porcentaje de residentes que informan sufrir dolor moderado a severo. - Número de residentes que regresan al domicilio o a la comunidad. - Porcentaje de residentes que mejoran la capacidad para moverse por su cuenta. - Porcentaje de residentes vacunados en la estación en curso. - Porcentaje de residentes vacunados para prevenir la neumonía. - Porcentaje de residentes que sufrieron una o más caídas. - Larga estancia: - Porcentaje de residentes que toman medicación psicótica. - Porcentaje de residentes que sufrieron una o más caídas. - Porcentaje de residentes con úlceras por presión. - Porcentaje de residentes con infección urinaria. - Porcentaje de residentes con catéter en la vejiga. - Porcentaje de residentes que empeoran la capacidad para moverse por su cuenta. - Porcentaje de residentes cuya necesidad para las actividades de la vida diaria ha incrementado. - Porcentaje de residentes con alguna sujeción física. - Porcentaje de residentes que informan sufrir dolor moderado a severo. - Porcentaje de residentes vacunados en la estación en curso. - Porcentaje de residentes vacunados para prevenir la neumonía. - Número de hospitalizaciones por 1.000 días de larga estancia. - Porcentaje de residentes con incontinencia intestinal o urinaria. - Porcentaje de residentes con pérdida de peso significativa. - Porcentaje de residentes con síntomas de depresión. - Porcentaje de residentes que toman ansiolíticos o hipnóticos.

Tipo de contenido	Información concreta sobre el centro residencial
Sanciones	- Multas. - Denegación del pago de Medicare o Medicaid.

Ilustración 3: Información de los centros residenciales proporcionada en Nursing Home Compare



Una crítica de la que es objeto este sistema es que los indicadores de calidad se centran fundamentalmente en aspectos médicos, obviando los indicadores centrados en la persona usuaria –satisfacción de la persona residente y calidad de vida– y que, por otra parte, sí se recoge en el MDS (Stevenson, D.; Bramson, J., 2014).

A nivel estatal, existen también experiencias similares a la página web Nursing Home Compare. En el caso concreto del estado de Minnesota, en 2006, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Sociales, en colaboración con la Universidad de Minnesota, pusieron en marcha la página web Minnesota's Nursing Home Report Card en la que se ofrece la siguiente información relativa a los centros residenciales del Estado:

- Calidad de vida de la persona residentes.
- Satisfacción de la familia.
- Indicadores de calidad médica.
- Resultados de las inspecciones estatales.
- Horas de atención directa.

- Personal de atención directa que permanece en el centro residencial.
- Uso de personal temporal de atención.
- Proporción de camas en habitaciones individuales.

Como en la página estatal Nursing Home Compare, los centros están sometidos a un sistema de calificación basado en estrellas. Ofrece, además, la tarifa/día del servicio, incluido el suplemento por habitación individual.

Ilustración 4: Información de los centros residenciales proporcionada en Minnesota's Nursing Home Report Card¹⁴⁹

Adams Health Care Center 

810 West Main Street Adams, MN 55909 (507)582-3263

Report Card History 

Report Card Date	MN Clinical Quality Indicators	Resident Quality of Life	Family Satisfaction Survey	State Inspection Results	Hours of Direct Care	Staff Retention	Temp Staff Agency Use	Proportion of Beds in Single Rooms
(Minnesota Average)	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★
(Most Recent) 01/30/2019	★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
06/15/2018	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
04/01/2018	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
12/15/2017	★★★★	★★★★	★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
09/15/2017	★★★★★	★★★★	★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
11/22/2016	★★★★	★★★★	★★	★★★★★	★★★★	★★	★★★★★	★★
10/21/2015	★★★★	★★	n/a	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★
10/03/2014	★★★★	★★	n/a	★★★★★	★★	★★★★	★★★★★	★★
09/16/2013	★★★★	★★	n/a	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★
(Oldest) 10/15/2012	★★★★	★★★★	n/a	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★
Measure is Updated:	Quarterly	Yearly	Yearly	Quarterly	Yearly	Yearly	Yearly	Quarterly

[Click to see details of MN Quality Indicators](#)
 [Click to see details of Resident Quality of Life](#)
 [Click to see details of Family Satisfaction Survey](#)
 [Click for more Facility Information - Including Health Survey Inspection Findings \(This link opens a new window and takes you to the MN Dept. of Health website\)](#)

Cabe señalar, por otra parte, que existe un sistema similar especialmente orientado a la publicación de los resultados de las inspecciones realizadas a los servicios de atención a domicilio. El Home Health Compare ofrece información sobre la calidad de la atención brindada por las agencias de salud en el hogar certificadas por Medicare en todo el país. El objetivo de la aplicación es también el de ayudar a las personas potencialmente usuarias a seleccionar a las agencias prestadoras de servicios que ofrecen un servicio de mayor calidad.

9.2.4. CERTIFICACIÓN, DEFINICIÓN DE GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

9.2.4.1. CERTIFICACIÓN

Como complemento a la autorización y a la acreditación otorgadas por las autoridades competentes estatales y federales, los centros y servicios de atención a la dependencia tienen la posibilidad de adherirse, de forma voluntaria, a otros procedimientos de certificación de la calidad.

149 <http://nhreportcard.dhs.mn.gov/>

Entre los organismos de certificación del territorio estadounidense destaca la Joint Commission, una entidad sin fines de lucro que desde 1951 certifica a más de 21.000 organismos y programas estadounidenses del ámbito sociosanitario. Este modelo de certificación está basado en funciones clave de todas las áreas relevantes de la organización. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la certificación. En el sector sociosanitario, el modelo de certificación se basa en la integración de cuidados y servicios entre los distintos centros de atención y a lo largo de las distintas fases del proceso de apoyo a la persona, desde el punto de vista social y sanitario.

El modelo de certificación de calidad del servicio Joint Commission incluye los siguientes elementos:

- Estándares centrados en el paciente:
 - Accesibilidad y continuidad de la atención
 - Derechos de la persona y de su familia
 - Evaluación de la persona
 - Atención y soporte a la persona
 - Educación de la persona y de su familia.

- Estándares centrados en la organización:
 - Gestión y mejora de la calidad
 - Prevención y control de la infección
 - Órganos de gobierno, liderazgo y decisión
 - Gestión y seguridad de las instalaciones
 - Formación y cualificación del personal
 - Gestión de la información



Organizations that have achieved
The Gold Seal of Approval® from
The Joint Commission®

La Joint Commission publica la información de los centros y servicios certificados en una página web abierta a toda la ciudadanía, en la que se ofrece una descripción detallada y actualizada de los organismos: www.qualitycheck.org.

9.2.4.2. GUÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

El CMS, el principal organismo vinculado a la gestión de la calidad en la atención a la dependencia en Estados Unidos, elabora una serie de materiales orientados, fundamentalmente, a las entidades proveedoras de servicios y a las personas usuarias de los servicios. En línea con el primer colectivo destinatario, los materiales más frecuentes son guías operativas, instrucciones, políticas, y manuales de procedimiento basados en la normativa y directrices vigentes.

La sección Regulations & Guidance del sitio web del CMS proporciona acceso a este tipo de contenidos, agrupados en las siguientes categorías:

- Orientación
- Ayuda administrativa
- Tipo de proveedor
- Legislación
- Regulación y políticas
- Decisiones administrativas

Además, la página ofrece acceso, tal y como se ha señalado, a documentación de seguimiento y evaluación de los centros y servicios.

Por otro lado, en relación a las personas destinatarias de la atención, existe gran interés en facilitar a la ciudadanía la elección de un centro o servicio. Además de los recursos web descritos más arriba, desde los organismos vinculados a la atención a la dependencia se elaboran materiales de ayuda a la hora de optar por un centro o servicio, como, por ejemplo, The Nursing Home Checklist de Medicare, que consiste en un listado con indicadores para que las personas que visitan un centro vayan cumplimentando para que sirva de apoyo en la toma de decisiones.

9.3. Otras experiencias de interés en el ámbito estadounidense

Son diversas las iniciativas que se están desarrollando en Estados Unidos de cara a mejorar la calidad de la atención a las personas con dependencia. A continuación, se detallan los programas vigentes más relevantes.

9.3.1. PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

El programa Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO, en adelante) de Medicare surge con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, el costo y la calidad de los servicios provistos a las personas beneficiarias de Medicare. Sus principales funciones son las siguientes:

- Mejorar la calidad de la atención de las personas beneficiarias de Medicare.
- Proteger el Fondo Medicare garantizando que este únicamente paga por los servicios necesarios ofrecidos por los centros apropiados.
- Proteger a las personas beneficiarias en caso de vulneración de alguno de sus derechos.

Los QIO son entidades privadas, la mayoría de ellas sin fines de lucro, formadas por profesionales del ámbito sanitario expertos en calidad que llevan a cabo tareas como:

- Proporcionar asistencia técnica a los agentes proveedores de atención sociosanitaria: residencias, hospitales, etc.

- Mejorar la calidad de la atención mediante el establecimiento de canales de comunicación para que las personas usuarias puedan hacer llegar sus quejas u opiniones sobre el servicio.
- Analizar los datos y los historiales de las personas beneficiarias para identificar áreas de mejora en la atención.

Hay dos tipos de QIO:

- QIO centrados en la atención a personas beneficiarias y familiares (Beneficiary and Family Centered Care, BFCC). Los BFCC-QIO ayudan a las personas beneficiarias de Medicare a ejercer su derecho a recibir atención de alta calidad. Gestionan todas las quejas de las personas beneficiarias, así como los procesos de inspección/evaluación de la calidad de la atención para garantizar la coherencia del proceso.
- QIO centrados al trabajo en red de innovación en la calidad (Quality Innovation Network, QIN). La labor de estos QIO consiste en juntar a las personas beneficiarias de Medicare, a los agentes proveedores, así como a la comunidad en general, para que trabajen e implanten de forma colaborativa iniciativas basadas en la evidencia que aumentan la seguridad del paciente.

El programa se financia directamente del Fondo Medicare y, en 2017, el gasto ascendió a más de 800 millones de dólares.¹⁵⁰ Es, sin embargo, difícil cuantificar el impacto de este programa (Stevenson, D., Bramson, J., 2014) puesto que el programa afecta a las personas beneficiarias de Medicare de forma individual y a la población beneficiaria en su conjunto, que, a fecha de 2017, abarcaban a más de 58 millones de personas.

9.3.2. PROGRAMA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD Y MEJORAR EL RENDIMIENTO

A finales de 2016 se implementó el programa de Aseguramiento de la Calidad y Mejora del Rendimiento (Quality Assurance & Performance Improvement Program, API, en adelante) en los centros residenciales estadounidenses. QAPI es un proceso de gestión de la calidad que deriva de la suma de dos sistemas: Quality Assurance (QA) y Performance Improvement (PI). QAPI se basa en un enfoque sistemático, integral y basado en datos para garantizar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención en los centros residenciales, involucrando a las personas usuarias, a sus familiares y al personal del centro en todo el proceso. QAPI representa un sistema organizado de gestión para la obtención de resultados óptimos.

¹⁵⁰ Report to Congress, The Administration, Cost, and Impact of the Quality Improvement Organization Program for Medicare Beneficiaries for Fiscal Year 2017.

El programa QAPI consta de cinco elementos clave:

- Diseño y alcance. El programa QAPI tiene que ser integral, abarcando todos los servicios del centro. Una vez implementado, tiene que estar orientado a todos los aspectos de la atención y la gestión. Tiene que aspirar a la mejora de la seguridad y la calidad de la atención, primando la autonomía y el poder de decisión de las personas usuarias. El centro residencial tiene que tener un plan QAPI en el que queden por escrito todas estas cuestiones.
- Gobernanza y liderazgo. El equipo de dirección del centro tiene que llevar a cabo una política que fomente la participación del personal, de las personas usuarias y de su entorno en la identificación y notificación de problemas de calidad, así como de aspectos de mejora.
- *Feedback*, sistema de datos y monitorización. El centro tiene que poner en marcha mecanismos para monitorizar, de manera permanente, la atención y los servicios. Asimismo, tiene que contar con un plan de mejora de las deficiencias detectadas.
- Proyectos de mejora del rendimiento que se centran en un aspecto concreto de la atención del centro considerado como crítico en cuanto a la calidad.
- Análisis y acción sistemáticos. El centro analiza en profundidad, basándose en un enfoque sistemático y estructurado, las causas de los problemas que considera más graves en materia de calidad. En base a este análisis en detalle, elaborará un plan de acciones para prevenir futuras incidencias y promover la mejora del rendimiento.

9.3.3. PROGRAMA DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La Ley de Personas Mayores Older Americans Act (OAA) establece que todos los estados deben disponer de un Programa de Defensor del Pueblo (Long-term care Ombudsman Program) que vele por la mejora de la calidad de la atención a la dependencia, a través de la defensa y el empoderamiento de las personas usuarias de los diferentes servicios. Entre sus responsabilidades se encuentran las siguientes:¹⁵¹

- Educar a las personas usuarias, a sus familiares y al personal de los servicios en derechos, buenas prácticas en el cuidado, y en los servicios de atención a la dependencia similares existentes, así como en los recursos de apoyo.
- Garantizar que las personas usuarias de los servicios tengan acceso, de forma sencilla e inmediata, a los servicios del Defensor.

151 State Long-Term Care Ombudsman Programs: Final Rule [2015] Overview 45 CFR 1321 and 1327.

- Brindar apoyo técnico para el desarrollo de asociaciones de usuarios/as y familiares.
- Abogar por cambios que mejoren la calidad de vida y la atención a las personas usuarias.
- Informar a la ciudadanía sobre los centros y servicios de atención a la dependencia, los derechos de las personas usuarias, y la legislación y políticas vigentes.
- Representar los intereses de las personas usuarias ante las agencias gubernamentales.
- Buscar recursos legales y administrativos para proteger a las personas usuarias.

En el estado de Minnesota, a lo largo de 2016, el Defensor del Pueblo resolvió 2.473 quejas de personas usuarias de centros y servicios de atención a la dependencia, realizó alrededor de 5.000 sesiones informativas y de consulta, y colaboró con al menos 274 asociaciones de usuarios/as de centros residenciales.¹⁵² La gran mayoría de las quejas recibidas pertenecen a las siguientes categorías:

- Baja y desalojo involuntario de la persona usuaria.
- Autonomía/Elección/Privacidad.
- Conflicto familiar, explotación y problemas legales.

9.3.4. PROGRAMAS BASADOS EN EL VALOR (PAGO POR RENDIMIENTO)

El sistema de pagos a los centros y servicios estadounidenses no incentiva la provisión de una atención de alta calidad, por ello, en los últimos años, algunas iniciativas se han propuesto modificar el esquema de pagos de manera que incida en la calidad para pasar de pagar a los centros no únicamente por el volumen de personas atendidas, sino por la calidad de la atención prestada. De acuerdo con esta filosofía surgen los Value-based programs, que consisten en vincular el pago del servicio a la calidad de la atención, de manera que el importe reembolsado esté supeditado a la calidad. El pago puede depender de resultados absolutos de calidad (por ejemplo, número total de úlceras por presión) o bien de su evolución positiva en el tiempo.

En relación a los centros residenciales, el CMS puso en marcha en 2014 un programa de este tipo específico para esta tipología de centros, el denominado Skilled Nursing Facility value-based purchasing program (SNF VBP). Debido a su corto recorrido, no hay evaluaciones que permitan determinar el impacto de este tipo de programas, sin embargo, en relación a los no específicos de centros residenciales, la evidencia existente no es concluyente al respecto. Si

152 Office of Ombudsman for Long-Term Care, Annual Report 2016.

bien algunos trabajos apuntan hacia tímidos resultados positivos, otros señalan que el impacto de estos programas en la calidad de la atención es inexistente (Stevenson, D., Bramson, J., 2014; Grabowski, D.C.*et al.*, 2017).

9.4. Conclusiones y principales aprendizajes

- El modelo de protección social de Estados Unidos se caracteriza, en relación al resto de los países analizados en este informe, por su escaso desarrollo y reducido gasto público. En ese sentido, los estudios comparativos relativos al funcionamiento de los Estados de Bienestar enmarcan el caso estadounidense en el modelo de Estado de Bienestar liberal, caracterizado por un importante componente asistencial y basado en transferencias focalizadas a los más pobres. En efecto, si se considera el conjunto del gasto social público, Estados Unidos apenas destina un 19% del PIB a los servicios que conforman el Estado del Bienestar, lejos del esfuerzo realizado por otros países analizados en este informe. Pese a ello, el sistema de cuidados de larga duración o atención a la dependencia establecido en Estados Unidos ha sido objeto de una extensa regulación y constituye, por tanto, un caso relativamente atípico en el contexto estadounidense. El esfuerzo regulador realizado se debe, al menos en parte, a la participación de la administración pública en la financiación de tales servicios, fundamentalmente mediante dos programas de ámbito nacional –Medicare y Medicaid–, a través de los cuales se financia el 60% del costo de estos servicios.
- En lo que se refiere a la normativa que regula el sistema de atención a la dependencia, cabe señalar la importancia de la Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987, conocida como OBRA'87. Esta ley define el sistema de control de la calidad de los cuidados de larga duración en Estados Unidos y modificó sustancialmente las responsabilidades de los agentes proveedores de servicios. Entre las diferentes disposiciones que indica, el cambio más significativo lo representa el establecimiento de estándares orientados a resultados y centrados en las personas usuarias. Al día de hoy, esta ley sigue constituyendo el principal marco regulador de los requisitos de los centros de atención a la dependencia, si bien el sector está experimentando cambios significativos, derivados de los cambios en la Administración federal, y que se concretizan en nuevas leyes tales como la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, también conocida como ACA) de 2010. Esta ley tiene entre sus objetivos ampliar la atención domiciliar y la comunitaria, extendiendo de este modo la oferta que estaba muy centrada en la atención residencial. En cualquier caso, es relevante insistir en que el sistema objeto del presente análisis está inmerso en un proceso de cambio debido a que muchas de las reformas introducidas por la anterior Administración están siendo parcialmente revertidas por la actual Administración Trump.
- En relación a la estructura competencial, el sistema se caracteriza por la intervención de la Administración federal y de la Administración estatal. Recae en la Admi-

nistración federal la competencia para establecer los requisitos para la acreditación de los centros que reciben financiación en el marco de los programas Medicaid o Medicare, así como para velar por su cumplimiento. Los estados, por su parte, son los responsables de autorizar la apertura de los centros.

- El sistema estadounidense de gestión de la calidad cuenta con dos elementos centrales cuya competencia recae en administraciones diferentes. Por un lado, la autorización para entrar o mantenerse en el mercado se otorga a nivel estatal y, por el otro, la acreditación de los centros y servicios para acceder al reembolso de los programas Medicare y Medicaid es competencia federal. Los centros y servicios de atención a la dependencia deben, por lo tanto, cumplir con la normativa federal y la estatal. La normativa estatal nunca contradice la federal y, en muchos casos, delimita con mayor precisión los requisitos federales. El Gobierno federal establece un marco general de actuación a partir del cual los estados establecen los requisitos obligatorios para los centros y servicios del territorio. En cualquier caso, la normativa estatal no puede contradecir los criterios federales.
- Los servicios y centros de atención a la dependencia requieren de una autorización de apertura otorgada por los estados. El Departamento de Salud estatal es el encargado de realizar inspecciones periódicas en los centros de atención a la dependencia que garanticen el cumplimiento, por parte de los centros, de los requisitos que establece la normativa estatal. Para ello, realiza visitas de control a los centros. La inspección consiste en un examen de todo el centro de la manera que consideren más oportuna, lo que puede incluir entrevistas tanto con el personal como con las personas residentes. Si se detectan incumplimientos de la normativa, se realiza una segunda inspección no tan exhaustiva como la primera, puesto que el objetivo de esta segunda inspección es comprobar si se ha subsanado las deficiencias detectadas. A diferencia de la autorización, los servicios y centros de atención a la dependencia no están obligados a disponer de una acreditación para ejercer su actividad; sin embargo, sí es un requisito necesario para poder tener derecho a reembolso a través de los programas Medicare y Medicaid. Esta acreditación, que es competencia del Gobierno federal, la otorga el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS).
- En lo que se refiere a las herramientas para la determinación de la calidad, más allá de la regulación básica establecida a nivel federal y estatal, destacan la utilización obligatoria del Minimum Data Set de InterRAI para la medición de la calidad de vida de las personas residentes, la obligatoriedad de publicar, para todos los centros y servicios acreditados, los resultados de las inspecciones, y el desarrollo de diversos programas para el desarrollo de la calidad, como el Quality Improvement Organization (QIO) o el Quality Assurance & Performance Improvement Program (QAPI).
- El primero surge con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, el costo y la calidad de los servicios provistos a las personas beneficiarias de Medicare y se articula

en torno a entidades privadas, la mayoría de ellas sin fines de lucro, formadas por profesionales del ámbito sanitario expertos en calidad que llevan a cabo tareas como proporcionar asistencia técnica a los agentes proveedores de atención sociosanitaria; mejorar la calidad de la atención mediante el establecimiento de canales de comunicación para que las personas usuarias puedan hacer llegar sus quejas u opiniones sobre el servicio; o analizar los datos y los historiales de las personas beneficiarias para identificar áreas de mejora en la atención. El segundo consiste en un proceso de gestión de la calidad que se basa en un enfoque sistemático, integral y basado en datos para garantizar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención en los centros residenciales, involucrando a las personas usuarias, a sus familiares y al personal del centro en todo el proceso.

- También juega un papel significativo en el modelo estadounidense la Joint Commission, una entidad sin fines de lucro que desde 1951 certifica a más de 21.000 organismos y programas estadounidenses del ámbito sociosanitario. Este modelo de certificación está basado en funciones clave de todas las áreas relevantes de la organización. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la certificación. En el sector sociosanitario, el modelo de certificación se basa en la integración de cuidados y servicios entre los distintos centros de atención y a lo largo de las distintas fases del proceso de apoyo a la persona, desde el punto de vista social y sanitario. La Joint Commission publica la información de los centros y servicios certificados en una página web abierta a toda la ciudadanía, en la que se ofrece una descripción detallada y actualizada de los organismos.
- Finalmente, cabe destacar el desarrollo en este país de sistemas de pago por rendimiento. En efecto, en la medida en que el sistema de pagos a los centros y servicios estadounidenses no incentiva la provisión de una atención de alta calidad, en los últimos años, se han implementado algunas iniciativas para modificar el esquema de pagos de manera que incida en la calidad para pasar de pagar a los centros no únicamente por el volumen de personas atendidas, sino por la calidad de la atención prestada. De acuerdo con esta filosofía surgen los Value-based programs, que consisten en vincular el pago del servicio a la calidad de la atención, de manera que el importe reembolsado esté supeditado a la calidad. El pago puede depender de resultados absolutos de calidad (por ejemplo, número total de úlceras por presión) o bien de su evolución positiva en el tiempo. En relación a los centros residenciales, el CMS puso en marcha en 2014 un programa de este tipo específico para esta tipología de centros, el denominado Skilled Nursing Facility value-based purchasing program (SNF VBP). Debido a su corto recorrido, no hay evaluaciones que permitan determinar el impacto de este tipo de programas, sin embargo, en relación a los no específicos de centros residenciales, la evidencia existente no es concluyente al respecto. Si bien algunos trabajos apuntan hacia tímidos resultados positivos, otros señalan que el impacto de

estos programas en la calidad de la atención es inexistente (Stevenson, D., Bramson, J., 2014; Grabowski, D.C.*et al.*, 2017).

9.5. Bibliografía, normativa y recursos en internet

9.5.1. BIBLIOGRAFÍA

- Grabowski, D.C.*et al.*, The impact of nursing home pay-for-performance on quality and Medicare spending: results from the Nursing Home Value-Based Purchasing Demonstration. *Health Services Research*, vol. 52, n. 4, 2017, pp. 1387-1408.
- Guo, K. L., McGee D., Improving quality in long-term care facilities through increased regulations and enforcement, *The Health Care Manager*, vol. 31, N. 2, pp. 121-131.
- Joshua, L., *Aging and long-term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Serie: Social Protection & Labor Discussion Paper n. 1705, Washington, World Bank Group, 2017, 112 pp.
- Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0 User's Manual, Centers for Medicare & Medicaid Services', Baltimore, 2018, 1517 pp.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development European Commission, A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Serie: OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, 2013, 270 pp.
- Silvestre, J. H. *et al.* Improving the Quality of Long-Term Care. *Journal of Nursing Regulation*, vol. 6, N. 2, pp. 52-56.
- Stevenson, D., Bramson, J., *Regulation of long-term care in the United States. En: Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, 493 p.

9.5.2. NORMATIVA

- 2018 Minnesota Statutes.
- Minnesota Administrative Rules.
- Omnibus Budget Reconciliation Act 1987.

9.5.3. RECURSOS EN INTERNET

- CMS.gov, Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore [consulta: 14 de diciembre de 2018]
- LongTermCare.gov Find your path forward, U.S. Department of Health & Human Services, Washington [consulta: 20 de diciembre de 2018]
- Medicaid.gov Keeping America Healthy, Washington [consulta: 14 de diciembre de 2018]
- Medicare.gov The Official U.S. Government Site for Medicare, Washington [consulta: 14 de diciembre de 2018]

SISTEMADECUIDADOS.GUB.UY

Ministerio de Desarrollo Social, Administración Nacional de Educación Pública, Banco de Previsión Social, Congreso de Intendentes, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

juntos cuidamos mejor



Sistema
de **Cuidados**

ISBN: 978-9974-902-12-1