

Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia



Diciembre 2020



1. Introducción

La mayor parte de los países de nuestro entorno cuentan con organismos –en algunos casos públicos, en otros privados y en otros mixtos– que asumen funciones relativas a la autorización, el registro, la acreditación, la inspección, la estandarización y/o la evaluación de los servicios de atención a la dependencia. Estos organismos asumen también funciones relativas a la investigación, la innovación, la difusión de información, la formación y otras tareas relacionadas con la gestión del conocimiento en ese campo.

Cabe destacar en ese sentido organismos y entidades tales como el *Care Inspectorate* escocés, la *Care Quality Commission* inglesa, el *Socialtyrelsen* sueco, la Alta Autoridad de Salud francesa o la Federación de Seguros de Enfermedad alemana, así como el *Social Care Institute for Excellence* o el *National Institute for Health and Social Care*, también en el Reino Unido. Se trata en todos los casos de centros tractoras, que mediante su actividad impulsan la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad en la prestación de servicios sociales y/o de atención a la dependencia.

Este informe se enmarca en el convenio suscrito en noviembre de 2020 entre la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y la Fundación Eguía Careaga para el diseño de una estructura organizativa que permita garantizar la calidad de la atención en los centros y servicios para personas con discapacidad o en situación de dependencia, así como mejorar los mecanismos para la gestión del conocimiento en este ámbito. Más concretamente, el objetivo del proceso de trabajo en el que se enmarca este informe es el de elaborar –a partir de la experiencia de los centros señalados y de otros de similares características– una propuesta técnica para la creación en Castilla y León de una plataforma, red u organismo similar a los citados anteriormente y para la adaptación del marco normativo actualmente vigente a las funciones que se atribuyan a ese organismo. Para ello, el resultado final de este proceso de trabajo será la elaboración de un informe en el que se propongan las principales características de este organismo, en lo que se refiere a:

- Funciones, productos y actividades
- Instrumentos técnicos necesarios
- Recursos materiales y personales
- Personalidad jurídica
- Agentes implicados en su gestión
- Posibles cambios normativos asociados a la creación del organismo y/o a sus funciones
- Fases de desarrollo y proceso de puesta en marcha

En el marco de ese proceso, este primer informe describe las estructuras u organismos de ese tipo que existen en los países de nuestro entorno, de cara a la definición de una estructura similar en Castilla y León. Además, el informe plantea las cuestiones básicas que en un proceso posterior de decisión deben definirse de cara al diseño de ese organismo, a partir de la experiencia de los países analizados.

Con este fin, la estructura del documento es la siguiente:

- el segundo capítulo del informe describe las principales referencias internacionales en lo que se refiere a los modelos de gestión de la calidad en el ámbito internacional. Se describen en detalle las experiencias realizadas en media docena de países o regiones (Alemania, Suecia, Francia, Estados Unidos, Holanda y Escocia) y se ofrece además información más específica sobre centros y experiencias desarrollados en otros países o regiones (España, Inglaterra, Ontario, Australia, Portugal, etc.). Para cada uno de los países analizados se describen los elementos generales del sistema, los principales organismos implicados y las herramientas utilizadas
- el tercer capítulo resume de forma transversal a los diferentes países analizados los modelos, herramientas y organismos analizados, así como las dimensiones e indicadores de calidad más habitualmente utilizados.
- el cuarto capítulo recoge los principales elementos que es preciso definir de cara al diseño de una plataforma u organismo de estas características en Castilla y León.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo realizado se basa en algunos trabajos previamente realizados por el SIIS¹, así como en un análisis de la documentación identificada en la base de datos bibliográfica del SIIS y en los portales web de las instituciones analizadas.

¹ Especialmente, la revisión de sistemas de gestión de la calidad en los modelos de atención a la dependencia elaborado en 2019 para el Gobierno de Uruguay en colaboración con la Fundación Matia, así como la revisión de modelos de atención residencial realizada en 2020 para la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

2. Modelos de gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia: principales referencias internacionales

2.1. Alemania

2.1.1. Marco general

Las principales características del sistema alemán de atención a las personas con dependencia son los siguientes:

- **Modelo de aseguramiento.** En la lógica del conjunto del modelo de protección social alemán, la atención a la dependencia se articula en Alemania mediante un sistema de aseguramiento social. El Seguro de Cuidados o de Dependencia es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes de trabajo, y está funcionalmente adscrito a los seguros de enfermedad (*Krankenkassen*). Además de un sistema de financiación específico –articulado en torno a una cotización de las empresas y los trabajadores que asciende actualmente al 2,55% del salario–, este modelo implica el protagonismo de las cajas o entidades gestoras del seguro de dependencia (*Pflegekassen*) en la gestión del sistema. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados. La cobertura de estos seguros es universal y alcanza a toda la población.
- **Autorregulación.** La segunda característica importante del modelo alemán se relaciona con el concepto de autorregulación. El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados, y la normativa básica de ámbito federal sólo 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 –ya sea residencial o domiciliario– y los elementos relacionados con la calidad de la atención, así como el funcionamiento del sistema de evaluación establecido. El sistema de atención a la dependencia está en ese sentido 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.

- **Competencia entre proveedores.** La tercera característica básica del modelo alemán de atención a la dependencia se relaciona con el papel que se asigna al funcionamiento del mercado y a la competencia entre los diversos operadores, desde una lógica mercantil 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. Esta lógica tiene como consecuencia la importancia que se da a la publicación de los resultados de las evaluaciones que se realizan de forma periódica en todos los centros residenciales, así como en las empresas proveedoras de servicios a domicilio.
- **Autonomía regional y diversidad territorial.** La regulación del modelo residencial gira en Alemania en torno a dos polos: la atención prestada es regulada en el marco del Seguro de Dependencia, de forma común para el conjunto del país y mediante la concertación entre las entidades aseguradoras y las empresas proveedoras. La regulación de los requisitos funcionales, materiales y personales de los centros diurnos o residenciales, así como la planificación de la oferta de plazas, corresponde por el contrario a los Estados, que han establecido regulaciones muy diferentes en relación a esas cuestiones. Todo ello tiene como consecuencia la existencia de diferencias territoriales muy marcadas en cuanto a la cobertura de los servicios, las regulaciones aplicadas o los costes asumidos por cada agente.
- **Prioridad a la atención en el domicilio.** Aunque existen en el marco del seguro de dependencia diversas prestaciones y servicios (asesoramiento, ayudas técnicas, subvenciones para la adaptación de la vivienda, servicios de respiro, etc.), la distinción clave es la existente entre atención domiciliaria y la atención residencial. En cualquier caso, la atención domiciliaria, 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, al objeto de priorizar la permanencia en el domicilio frente a la atención institucional.
- **Prestaciones económicas.** Como en la mayor parte de los países analizados, la administración pública no presta o gestiona directamente los servicios de atención a la dependencia, aunque puede ser titular de servicios de atención directa, sino que se limita a regularlos e inspeccionarlos, así como a cofinanciarlos mediante las prestaciones económicas contempladas en el Seguro de Dependencia. La administración no se responsabiliza por tanto de la provisión del servicio, y su función se centra en la cofinanciación del mismo y las labores de regulación, inspección y evaluación.

Como se acaba de decir, el sistema de atención a la dependencia alemán se basa en buena medida en la competencia entre los diversos proveedores, y en la libertad de elección de las personas usuarias. En ese contexto, establece escasas barreras de entrada para los proveedores de servicios –es decir, unos mecanismos laxos de acreditación o habilitación–, pero impone por el contrario un sistema de evaluación muy exhaustivo, que se define de forma pactada entre los seguros de dependencia y las entidades proveedoras de los servicios. Como se explica más adelante, ese marco de evaluación incluye la publicación de los informes de evaluación realizados a todas las agencias prestadoras de servicios y la existencia de un sistema de notas o calificaciones, que cada entidad está obligada a mostrar públicamente.

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.

Esquemáticamente, el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad en el marco del Seguro de Dependencia alemán es el siguiente:

- Los Estados federados regulan e inspeccionan los aspectos relativos a la normativa estatal, que se centra fundamentalmente en los requisitos funcionales, materiales y de personal (es decir, en los aspectos más vinculados a los procesos y las estructuras).

- La Federación de Seguros de Enfermedad (MDS) es responsable de fijar, junto a los representantes de las empresas proveedoras, los criterios que se tienen en cuenta para la realización de las evaluaciones de calidad, así como el contenido y formato de esas evaluaciones. Los centros que prestan servicios financiados en el marco del Seguro de Dependencia deben participar obligatoriamente en esas evaluaciones.
- Los Consejos Médicos del Seguro de Enfermedad (MDK), establecidos a nivel estatal, son los responsables de la realización y la publicación de las evaluaciones que se realizan en los centros y servicios.
- Junto a estas evaluaciones, existen las llamadas "Directrices de Expertos", orientadas a la mejora de la atención, que no tienen como en el caso de las inspecciones y evaluaciones previamente señaladas carácter vinculante.

2.1.2. Organismos relevantes

Los organismos, públicos o privados, y niveles de la administración que intervienen en este ámbito son los siguientes:

- Los Servicios Médicos de los Seguros de Enfermedad (*Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK*) están gestionados de forma conjunta por los Seguros de Salud y de Dependencia a nivel estatal (es decir, existe uno en cada Estado²). 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 contratar y definir los servicios, los MDK son los responsables de la realización de las inspecciones y de la evaluación de la calidad 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 y la gestión de las reclamaciones realizadas por las personas usuarias

- Dado que los MDK cumplen un papel eminentemente operativo a nivel estatal, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (*Medizinischer Dienst der Spitzenverband* o MDS) es responsable de la elaboración de los criterios que regulan la evaluación los servicios de atención domiciliaria y residencial prestados por los proveedores privados y de la definición del marco de evaluación, así como de la publicación de los informes individuales de los centros. Además, cada tres años, el MDS publica su informe sobre la calidad de la atención domiciliaria y residencial. Finalmente, el MDS tiene la responsabilidad de colaborar con el resto de los agentes en la definición e implementación de los estándares expertos. Las principales características de esta entidad son las siguientes:
 - o 86 personas empleadas
 - o Es financiada por las Cajas del Seguro de Enfermedad y tiene un presupuesto de 13 millones de euros

² El [MDK de Baviera](#) cubre a cerca de 10 millones de personas con seguro médico obligatorio en Baviera y tiene cerca de 1.500 profesionales, de los que 100 están destinadas a la evaluación de los servicios de atención a la dependencia. Cada año realiza en torno a 3.800 evaluaciones.

- Centra su trabajo tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito de la dependencia
 - También desarrolla funciones relacionadas con la evaluación diversos servicios y procedimientos médicos en el ámbito de la salud.
- De ámbito regional o municipal, las denominadas *Heimaufsicht* 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.
- La [Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados](#) (*Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*) es la responsable de la elaboración de los estándares de expertos. Se trata de 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

2.1.3. Herramientas

a) Las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia como base de la evaluación anual

El procedimiento de inspección / evaluación de los centros y servicios se basa fundamentalmente en dos tipos de documentos: las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia.

- Las [directrices de calidad](#) detallan el procedimiento para la realización de las inspecciones, tanto en los servicios de atención a domicilio, como los centros de atención diurna y en 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.
- La propia publicación que recoge las directrices de calidad incluye además los acuerdos de transparencia, que en cualquier caso se publican también de forma autónoma por el MSD desde su introducción en 2009. Los acuerdos de transparencia se publican de forma separada para los servicios de atención domiciliaria y atención residencial, y desarrollan todos los aspectos relativos a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones.

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 publicado en internet, así como la forma de cálculo de cada criterio 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 realizadas por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del Seguro de Salud regional (MDK).

La evaluación se lleva a cabo por dos o tres especialistas (con formación especializada y experiencia en el sector) en visitas que se anuncian el día anterior (las derivadas de quejas o reclamaciones se realizan sin previo aviso). La evaluación suele realizarse durante uno o dos días

En 2020 se inspeccionaron más de 12.400 centros de atención ambulatoria (atención diurna, nocturna y domiciliaria) y 12.100 centros residenciales. El análisis del cumplimiento de los criterios de calidad se basa en general en el análisis de la situación de una muestra (entre 5 y 15 personas) 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 explica 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 evaluación.

La evaluación que se realiza en los centros residenciales se basa en un total de 77 criterios, divididos en cinco apartados³:

- 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 1. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los centros residenciales

| Artículo | Disposiciones |
|---------------------------------------|---|
| Enfermería y asistencia médica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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 las 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? ▪ ¿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? |

³ Es importante tener en cuenta que este sistema fue ampliamente modificado a finales del año 2019, si bien las reformas no ha sido aún desplegadas en su totalidad, debido en parte a la situación provocada por el COVID19. El [nuevo sistema](#) establece cerca de 80 criterios y una puntuación de 0 a 10 para cada uno de ellos, lo que debería permitir discriminar mejor la calidad de cada centro.

Tabla 1. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los centros residenciales

| Artículo | Disposiciones |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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? |
| Tratamiento de los residentes con demencia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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 dirigidas 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? |
| Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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? |

Tabla 1. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los centros residenciales

| Artículo | Disposiciones |
|----------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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? ▪ ¿La oferta 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.

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 a personas usuarias (12)

Tabla 2. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los servicios de atención a domicilio

| Artículo | Disposiciones |
|---|--|
| Enfermería y asistencia médica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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? |
| Actividades prescritas por un médico | <ul style="list-style-type: none"> • ¿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 neces- |

Tabla 2. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los servicios de atención a domicilio

| Artículo | Disposiciones |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> rio 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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 asegurado la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales? |
| Encuesta a personas usuarias | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿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? ▪ ¿Se 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 animarle a lavarse solo parcialmente o todo el cuerpo? ▪ ¿Los cuidadores le 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 atienden son educados y amables? ▪ ¿Está contento con la realización de las tareas domésticas? |

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).

b) La publicación de los informes y la asignación de calificaciones

La puntuación que se asigna a cada uno de los ámbitos previamente señalados –enfermería y asistencia médica; actividades prescritas por un médico; calidad de la organización y nivel de atención; y encuesta a usuarios– 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 para cada centro o servicio 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.

La evaluación de los centros y servicios descrita genera habitualmente 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 mensualmente publica la entidad responsable del tratamiento de datos referidos al sistema de evaluación recoge las siguientes puntuaciones medias para los servicios de asistencia domiciliaria:

Tabla 3. Puntuaciones medias, por ámbitos, de los servicios de atención domiciliaria y residencial en Alemania (2019)

| | Ámbito | Puntuación |
|---------------------|--|------------|
| Ámbito residencial | Cuidados personales y de enfermería | 1,5 |
| | Actividades prescritas por un médico | 1,6 |
| | Calidad de la organización y nivel de atención | 1,2 |
| | Encuesta a residentes | 1,1 |
| | Resultado global | 1,0 |
| Ámbito domiciliario | Enfermería y asistencia médica | 1,5 |
| | Tratamiento de los residentes con demencia | 1,1 |
| | Cuidado y vida cotidiana | 1,1 |
| | Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene | 1,0 |
| | Resultado global | 1,2 |
| | Encuesta de residentes | 1,1 |

Fuente: AOK, 2019.

El modelo alemán de gestión de la calidad está muy enfocado a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones, 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 individualmente accesibles en Internet. De esta forma, las personas interesadas en la elección de un centro –además de 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 además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.⁴

La ilustración de la página siguiente recoge los datos básicos de una evaluación seleccionada al azar.



⁴ Puede consultarse, por ejemplo, www.pflegenoten.de; www.bkk-pflegefinder.de; o www.aok-pflegeheimnavigator.de

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 proveedor del servicio, o el cierre del mismo, si el resultado de las evaluaciones determina el incumplimiento de los requisitos básicos establecidos en la normativa.

c) Los procesos de evaluación estatal

Como antes se ha señalado, junto a la evaluación realizada en el marco de los acuerdos de transparencia de los seguros de dependencia, también las administraciones estatales inspeccionan los centros residenciales y publica un informe específico para cada centro residencial. En estos casos, los contenidos de las evaluaciones dependen lógicamente de cada Estado.

En el caso de Berlín, por ejemplo, el informe correspondiente a cada [centro](#) se establece una valoración general en la que se detalla si el centro cumple o no los requerimientos estatales en cuanto a una gama variable de cuestiones (que pueden diferir entre unos centros y otros o unas evaluaciones y otras). Las cuestiones evaluadas son las siguientes:

- Inspección general del centro
- Limpieza y cuidados personales
- Gestión de la calidad
- Atención sociosanitaria
- Gestión de los medicamentos
- Restricciones
- Registros individuales y generales
- Contratos
- Participación de las personas residentes
- Sistemas de quejas y sugerencias y encuestas de satisfacción
- Participación y opinión de las personas residentes
- Mobiliario
- Cuidados y asistencia social
- Mantenimiento
- Higiene y emergencias
- Registro y vigilancia de las propiedades de las personas residentes
- Pagos y salarios
- Dotación de personal
- Sistemas de turnos
- Formación

Además de los informes individuales, las agencias de inspección estatal publican además un informe en el que se detallan el número y los motivos de las quejas tramitadas, así como el resultado agregado de las inspecciones realizadas.

d) Los estándares de expertos

Además de los sistemas de evaluación e inspección señalados, la normativa del Seguro de 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. Esta labor está actualmente encomendada a la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados ([Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege](#)).

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 im-

plementación 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 unos estándares sobre este determinado tema. Posteriormente se realiza una valoración de la literatura científica para ver si existe suficiente información para elaborar unos 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 sirve 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 seguidas son dedicadas 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 publica 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).

e) Mecanismos de presentación de quejas

Las personas usuarias pueden presentar quejas tanto a la inspección estatal como a cada MDK regional, que establece un procedimiento para su tramitación, incluyendo visitas de inspección y eventuales sanciones.

Las quejas pueden ser anónimas y tramitarse, entre otros canales, mediante un formulario on line en la web de cada [MDK](#).

f) 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 consideran también en ocasiones 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 Betreuungsangeboten 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 refieren 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, el personal de atención directa, y 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 desarrollada por una de las principales redes de prestación de servicios sociales, utilizada 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 KTO](#) (*Kooperation fur Transparentz und Qualitat im Gesundesitswesen*). 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

2.2. Francia

2.2.1. Marco general

El modelo francés de atención a la dependencia se articula desde hace casi 20 años a través fundamentalmente de una prestación económica denominada [Allocation Personnalisée d'Autonomie](#) (APA). Esta prestación presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se prestan los cuidados:

- Por un lado, la prestación dirigida a la atención en el domicilio, que constituye la opción predominante, con el 60% de los casos atendidos. La APA, en su modalidad a domicilio, financia las ayudas necesarias para facilitar el mantenimiento de la persona dependiente en el domicilio. Para ello, en función de la situación personal y las preferencias de cada persona beneficiaria, pueden financiarse mediante esta prestación tanto horas de asistencia domiciliaria como servicios de comida a domicilio, teleasistencia, trabajos de adaptación de la vivienda o adquisición de productos de apoyo y ayudas técnicas, etc.
- Por otro, la prestación dirigida al cuidado en centros residenciales, mediante la cual se cubre una parte del gasto que supone la estancia en un centro residencial.

La APA es una prestación no contributiva, financiada principalmente vía impuestos, de ámbito nacional y cuyas condiciones están por tanto definidas de manera idéntica en todo el territorio. Se trata además de una prestación de carácter universal, puesto que toda persona de edad avanzada residente legal en Francia puede acceder a la misma, sin que su percepción esté condicionada al nivel de recursos económicos de la persona beneficiaria. Ese carácter universal no impide en cualquier caso que los recursos económicos de la persona atendida se tengan en cuenta a la hora de establecer la cuantía de la prestación y, por tanto, la participación económica de la persona usuaria en la financiación de los servicios que recibe. Se trata además de una prestación dirigida únicamente a las personas mayores de 60 años⁵.

Como se ha explicado, la APA se configura como una prestación personalizada, adaptada a las necesidades propias de la persona y a sus preferencias. Desde ese punto de vista, la libertad de elección de los servicios financiados mediante esta prestación y del tipo de proveedor del servicio de atención constituye un principio clave del sistema, tanto en lo que se refiere a los servicios residenciales como a los servicios que se prestan a domicilio.

Desde el punto de vista competencial, el modelo de la APA tiene dos características básicas:

- Aunque la regulación general del sistema se realiza de forma centralizada por parte del Gobierno francés, la elaboración del plan de atención y el abono de la prestación es competencia de los Consejos Generales de los respectivos Departamentos o provincias.

⁵El 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).

- La prestación directa de los servicios de atención a domicilio, como se explica más adelante, puede realizarse tanto por parte de centros públicos municipales de servicios sociales, de empresas privadas o de entidades sin fin de lucro contratadas de forma directa o indirecta por la persona usuaria. Es la persona usuaria la que elige la entidad que quiere que le preste el servicio, en función de sus preferencias y de la oferta disponible en su zona. Esa oferta puede ser tanto pública como privada.

Como se explica en los apartados siguientes, el modelo de gestión de la calidad está basado fundamentalmente en el proceso de concertación, en la medida en que una parte esencial de las herramientas tienen que ver con autorización para dar servicio a las personas usuarias que reciben la APA. En ese marco, las herramientas fundamentales son

- La Convención Plurianual de Objetivos y Medios, que funciona como un contrato individual para la determinación de la financiación y los servicios de cada centro, en el marco de la planificación estratégica de las instituciones locales.
- La evaluación interna y externa.
- El cuadro de mando de indicadores de rendimiento.
- La encuesta a los centros residenciales que se realiza cada cinco años.

2.2.2. Organismos relevantes

En líneas generales, las funciones que corresponden a los diversos niveles administrativos son las siguientes:

- La administración central establece el marco normativo básico, fundamentalmente a través del Código de la Acción Social y las Familias (*Code de l'Action Sociale et les Familles*), que regula el conjunto de las políticas sociales y sociosanitarias en Francia y constituye el marco regulador básico de la atención a las personas con dependencia.
- La administración provincial (Consejos Generales de los Departamentos) es responsable de la autorización y acreditación de los centros residenciales, así como de la firma de los contratos plurianuales de objetivos y medios (CPOM) en los que se establecen las condiciones de acreditación de los centros residenciales, así como la habilitación de los centros cuyos residentes pueden solicitar las prestaciones sociales departamentales que cubren una parte de los gastos asociados al alojamiento y la manutención.
- Las Agencias Regionales de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, participan también en la firma de los CPOM, en la inspección de determinados equipamientos, especialmente en lo que se refiere a los aspectos sanitarios, y en la financiación de los servicios de salud que se prestan en las residencias, junto al Seguro de Enfermedad.
- Los hospitales públicos y los Centros Comunitarios de Acción Social, generalmente de ámbito municipal, participan en la prestación de los servicios, junto a empresas privadas y entidades sin fin de lucro.
- La Alta Autoridad de Salud ([HAS](#)) es responsable de la definición de las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario, la definición de los criterios para el desarrollo de evaluaciones de centros y servicios y de la habilitación de los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios. Se orienta al conjunto de los servicios sociales y sanitarios y asume las funciones de evaluación y generación de buenas

nas prácticas que hasta 2018 realizaba la *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* (ANESM), que dejó de funcionar en 2018.

- Sus funciones básicas son:
 - o Evaluar medicamentos, dispositivos médicos y actos profesionales con miras a su reembolso.
 - o Recomendar buenas prácticas profesionales y desarrollar recomendaciones sobre vacunas y salud pública
 - o Medir y mejorar la calidad en hospitales, clínicas, servicios médicos locales, y estructuras sociales y sociosanitarias.

La Alta Autoridad de Salud dirige sus servicios tanto al ámbito social como al sanitario y, dentro del social, se centra tanto en el ámbito de la dependencia como de la exclusión social y la protección de menores. Su presupuesto es de 53 millones de euros y cuenta con cerca de 1.400 colaboradores y expertos/as externos.

- La *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques* (DREES) es la dirección adscrita al Ministerio de Salud encargada de la producción estadística nacional en materia de Servicios Sociales. Desarrolla, entre otras funciones, la Encuesta de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores a la que posteriormente se hace referencia.

2.2.3. Herramientas

a) La Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM)

La principal herramienta para la gestión de la calidad en los centros residenciales en Francia es la llamada Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM), mediante la cual se habilita a un centro a dar servicio a personas usuarias de la APA y se establecen –de forma individualizada, negociada y tripartita– las condiciones de prestación del servicio y los objetivos en términos de calidad.

Teóricamente al menos, las entidades que gestionan los centros residenciales –así como, si se acuerda específicamente, otros centros sociosanitarios– han de establecer desde 2016 una Convención Plurianual de Objetivos y Medios entre con el Departamento y con la Agencia Regional de Salud correspondiente a la zona geográfica en la que se ubica(n) su(s) centro(s), en general dentro de un mismo departamento. Esta convención sustituye las anteriores convenciones tripartitas –que se establecían a nivel de centro y no de entidad gestora–, tiene una validez de cinco años y en ella se acuerdan cuestiones tales como la financiación del centro, en función de su *case mix*, la fórmulas de organización y gestión, y los aspectos relativos al modelo de intervención, a partir de una evaluación externa previa de los centros en relación, entre otros aspectos, con la calidad de la atención.

El CPOM se plantea por tanto al mismo tiempo como herramienta de contratación para cada entidad prestadora de servicios, herramienta para la planificación de la red de atención en el territorio y herramienta para la determinación de los servicios a prestar y para la mejora de la calidad, a partir de las directrices de buena práctica establecidas por la Alta Autoridad de Salud (HAS). Más allá de estas cuestiones, el CPOM constituye una herramienta básica para determinar la financiación de cada centro y para la habilitación con el Departamento, que permite a su vez que las personas usuarias puedan recibir las ayudas sociales departamentales para el pago de la tarifa por alojamiento y manutención.

El contrato detalla, al menos, los siguientes aspectos:

- objetivos acordados entre las partes,

- medios destinado 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,
- 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.

Este acuerdo permite desarrollar, a nivel de establecimiento, el contenido del proyecto regional de salud (ERP), desarrollar determinados programas o prestaciones, y facilitar la gestión estratégica de la oferta residencial en cada territorio.

El CPOM incorpora un *cahier de charges* o documento de especificaciones, en el que se detallan las funciones y actividades que deben realizarse. Este *cahier de charges* puede equipararse al pliego de condiciones que rige la contratación de un servicio, en la medida en que recoge las condiciones que deben cumplir tanto las instalaciones como los servicios que se prestan en las mismas.

Si bien el *cahier de charges* se establece en cada CPOM y/o cada vez que una entidad participa en un proceso de contratación (*appel a projets*), todos ellos se basan en el *cahier de charges* establecido en 1999 para los EHPAD⁶. La norma en cuestión 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, además de proponer 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 vía decretos 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. A pesar de que la posterior Ley 1776-2015 supuso una derogación de las principales medidas previstas en dicha orden, éstas se siguen aplicando en el contexto de los centros residenciales para personas mayores con dependencia

⁶ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

El *cahier de charges* se basa sobre la idea de una calidad de la atención que garantice a todas las personas residentes las mejores condiciones de vida, de acompañamiento y de cuidados. Más concretamente, la calidad de la atención se concreta en:

- La satisfacción de los residentes y de sus familias en relación al alojamiento, la restauración, la sensación de seguridad o de soledad y la calidad del conjunto de la vida social y relacional;
- Las actuaciones desarrolladas para ayudar a la persona a mantener el máximo grado posible de autonomía social, física y psíquica

En ese contexto, los objetivos que se quieren alcanzar con esta regulación son:

- mantener los lazos familiares y emocionales de las personas mayores con su entorno social;
- preservar un espacio de vida privado, incluso dentro de la vida comunitaria, garantizando una sensación de seguridad, incluso contra posibles ataques de otros residentes;
- particularmente para los residentes con deterioro intelectual, conciliar la seguridad básica con la libertad necesaria;
- mantener los puntos de referencia en los que se basa la identidad del residente (nombre, trayectoria individual, mobiliario y decoración de la habitación, ejercicio de las creencias religiosas);
- poner a disposición siempre que sea posible elementos técnicos (teléfono, televisión...) en cada habitación sin limitaciones de tiempo.
- mantener o reforzar las relaciones sociales;
- prestar asistencia para las actividades de la vida diaria.
- facilitar el acceso ciertos servicios externos: peluquería, estética ...

b) La evaluación interna y externa

La suscripción y renovación de los CPOM está en parte supeditada a las evaluaciones internas y externas que cada centro está obligado a suscribir. Estas evaluaciones, en cualquier caso, no se limitan a los centros residenciales, sino que se aplican también a los servicios de atención domiciliaria. Desde ese punto de vista, se puede decir que 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, y que la evaluación constituye una piedra angular del modelo de gestión de la calidad en el ámbito de la dependencia.

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...). 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.

El [marco de evaluación](#) establecido distingue dos tipos de evaluaciones:

- la evaluación interna, llevada a cabo por la propia entidad,
- la evaluación externa, a cargo de una entidad ajena al centro, que debe estar homologada 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 además un proceso dinámico, concebido de modo que cada evaluación parte del análisis de los resultados de la evaluación precedente. Aunque con diferentes modalidades y plazos, las obligaciones de realizar estas evaluaciones se dirige tanto a los centros residenciales como a las entidades que prestan servicios de asistencia domiciliaria.

La evaluación interna

La evaluación interna la lleva a cabo la propia entidad, aunque puede ser llevada a cabo con el apoyo de algún agente externo. Deben realizarse al menos tres evaluaciones de este tipo cada cinco años, al objeto de analizar los procesos implementados, la organización y los resultados que el servicio obtiene con relación a la situación de las personas atendidas. La evaluación interna se basa en un análisis de la documentación disponible, la observación de prácticas y la recogida de los puntos de vista de los diferentes actores. Al final de este diagnóstico compartido, se destacan los puntos a valorar, se especifican los elementos de mejora, y se desarrolla un plan de mejora continua.

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*, publicado en 2012 por la ANESM. Las dimensiones que se tienen en cuenta son las siguientes:

- Garantía de los derechos individuales y colectivos
- Prevención de los riesgos para la salud inherentes a la vulnerabilidad de los residentes
- Mantenimiento de capacidades en los actos de la vida diaria y apoyo a la situación de dependencia
- La personalización del acompañamiento
- Cuidados paliativos y acompañamiento al final de la vida

La evaluación interna incluye una serie de indicadores cuantitativos que se señalan a continuación:

Tabla 4. Indicadores contemplados en el marco de la evaluación interna en Francia

| Ejes | Ámbitos | Indicadores de seguimiento |
|--|--|---|
| Garantía de los derechos individuales y colectivos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ garantía de derechos individuales ▪ garantía de derechos colectivos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tasa de contención pasiva ▪ tasa de respuesta a las demandas del Consejo de vida social |
| Prevención de los riesgos asociados a la salud vulnerables de los residentes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tasa de evaluación del dolor ▪ tasa de residentes que han sufrido caídas ▪ tasa de escaras adquiridas en la residencia ▪ tasa de residentes que se han pesado una vez al mes ▪ tasa de evaluación de los problemas de conducta ▪ tasa de hospitalizaciones de urgencia |
| Mantenimiento de las capacidades en las actividades de la vida diaria y acompañamiento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ mantenimiento de las capacidad de desplazamiento y acompañamiento de personas con dificultades ▪ mantenimiento de capacidades en el aseo y acompañamiento de las personas con necesidad absoluta de ayuda | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tasa de residentes cuya movilidad se ha reducido entre dos evaluaciones ▪ tasa de residentes cuya capacidad de aseo ha disminuido entre dos evaluaciones |

Tabla 4. Indicadores contemplados en el marco de la evaluación interna en Francia

| Ejes | Ámbitos | Indicadores de seguimiento |
|------------------------------------|--|--|
| Personalización del acompañamiento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ proyecto personalizado ▪ personalización de actividades individuales y colectivas ▪ mantenimiento de relaciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tasa de residentes que realizan aportaciones al plan de acompañamiento ▪ tasa de residentes satisfechos con las actividades colectivas propuestas ▪ tasa de residentes en situación de aislamiento |
| Acompañamiento en el fin de vida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ acompañamiento de la persona ▪ apoyo del personal y seres cercanos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ tasa de recogida de voluntades relativas al final de la vida |

Fuente : *L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Serie: Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, ASNEM, 2012.

La evaluación externa

Junto a la evaluación interna, los centros y servicios están obligados a realizar una evaluación externa de su actividad. El [Anexo 3-10](#) del Código de la Acción Social y la Familia 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 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.

La tabla adjunta recoge los principales objetivos de la evaluación externa:

Tabla 5. Objetivos de la evaluación externa

| Ámbito | Requisitos |
|---|---|
| Ofrecer una valoración global del funcionamiento del centro | <ul style="list-style-type: none"> ▪ evaluación de actividad y calidad de las prestaciones, ▪ adecuación de los objetivos del centro a las necesidades, ▪ adaptación de los medios personales y económicos a los objetivos, ▪ existencia de mecanismos de gestión y seguimiento. |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ personalización del proyecto individual, ▪ capacidad de respuesta a las demandas de los usuarios, ▪ adopción de recomendaciones de buena práctica profesional en la relación con los usuarios, ▪ coherencia y continuidad de las intervenciones, ▪ adaptación de las normas a las situaciones de riesgo, etc. |
| Analizar el seguimiento de los resultados de la evaluación interna | <ul style="list-style-type: none"> ▪ acciones derivadas de la evaluación interna, ▪ difusión de las recomendaciones de mejora establecidas, ▪ identificar modalidades de seguimiento, ▪ valorar la dinámica general de mejora continua de la calidad. |

Fuente: Elaboración propia

Está previsto, en cualquier caso, que el modelo de evaluación se modifique durante 2021. Este sistema se materializará mediante la publicación de un marco de evaluación nacional conformado por una base común y enfoques específicos para los distintos colectivos o servicios. El modelo de evaluación se basará en cuatro principios: la autodeterminación de las personas usuarias, el respeto de los derechos fundamentales, el enfoque inclusivo de apoyo y la reflexión ética de los profesionales

c) Las recomendaciones de buena práctica

Junto a la normativa reguladora, los mecanismos de concertación y las evaluaciones internas y externas, las recomendaciones de buena práctica constituyen la cuarta parte del modelo francés de garantía de calidad en los servicios para la dependencia y, más concretamente, del modelo francés de calidad de la atención en los centros residenciales.

En ese sentido, todos los centros y servicios de atención a personas mayores y/o con discapacidad deben guiarse por las recomendaciones de buenas prácticas que inicialmente elaboraba 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*) y ahora desarrolla la Alta Autoridad de Salud (HAS). 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:

- 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.

Algunas de las recomendaciones relacionadas con los servicios para personas con dependencia son las siguientes:

- Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative
- L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité
- Qualité de vie en résidences autonomie
- Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Ehpad
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile
- L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Unité d'hébergement renforcé (UHR)
- Les espaces de calme-retrait et d'apaisement
- L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

d) Panel de indicadores sobre el rendimiento de centros sociosanitarios

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 pilotaje 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 pilotaje 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](#). El cuadro de mando cuenta con 43 indicadores, estructurados en torno a 4 ejes temáticos:

- Cuidado y acompañamiento
- Recursos humanos y materiales
- Finanzas y presupuestos
- Objetivos (mejora continua de la calidad y sistema de información).

e) La encuesta de centros de alojamiento de personas mayores

Cada cinco años, la *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* del Ministerio de Salud realiza una [encuesta](#) sobre la actividad de los centros sociosanitarios que acogen a personas mayores, con información sobre los servicios prestados, el personal ocupado y las personas usuarias. La primera edición de la encuesta se realizó en 1985 y tiene carácter quinquenal (la encuesta correspondiente a 2020 coincidió con la pandemia de COVID y no se ha publicado aún). En total, participan en la encuesta más de 11.000 centros residenciales, viviendas comunitarias y centros de atención diurna.

La encuesta ofrece datos muy detallados, de carácter evolutivo, sobre los siguientes aspectos:

- Características del centro;
- Actividades y servicios prestados
- Personal.
- Personas usuarias.
- Personas que han causado baja en el centro.
- Instalaciones, equipamiento y dotaciones de los centros.

2.3. Suecia

2.3.1. Marco general

Los principales elementos que definen el modelo de atención a las personas con dependencia en Suecia son los siguientes:

- **Universalidad.** El modelo de atención a las personas mayores dependientes se define en Suecia por su carácter universal, en la medida en que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) no está determinado por el nivel de renta de las personas usuarias y está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Además del carácter universal, el modelo sueco se caracteriza por el elevado gasto público que se destina a los servicios sociales de atención a las personas mayores y por los reducidos niveles de copago establecidos.
- **Provisión pública de los servicios.** La segunda de las características del modelo de atención a las personas mayores en Suecia se relaciona con el papel de la administración pública –en este caso, municipal–, no sólo como regulador, evaluador o financiador de los servicios, sino también como proveedor directo de los mismos. Como se señala más adelante, pese a que en los últimos años se ha producido un proceso relativamente intenso de mercantilización de los servicios con la irrupción de operadores privados, la provisión directa de los servicios por parte de la administración municipal sigue siendo generalizada, tanto en lo que se refiere a la atención residencial como a la atención domiciliaria.
- **Autonomía local y descentralización.** El modelo sueco de Servicios Sociales se caracteriza también por la descentralización y el amplio margen de autonomía local en la prestación de los servicios. Los ayuntamientos son los responsables de la gestión de los servicios sociales en un marco normativo relativamente laxo, que deja un amplio margen para la autonomía local. En ese sentido, las herramientas para la definición del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad: a diferencia del caso francés o alemán, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios, ni existe tampoco un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones –ya sean internas o externas–, como existe en Francia, Alemania o Reino Unido. En ese contexto, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y se definen por los municipios, que marcan las características de los centros o servicios cuya titularidad ostentan.
- **Desinstitucionalización.** Otra de las características básicas del modelo sueco de atención a las personas mayores se refiere al concepto de desinstitucionalización, que se traduce en la prioridad que se da a los servicios de atención domiciliaria, por una parte, y a las características de los centros residenciales, tanto en lo que se refiere a su tamaño como a su diseño ambiental y arquitectónico, por otra.

Por otra parte, tanto el marco normativo como el resto de las herramientas para la definición del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad. A diferencia del caso francés o alemán, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios –el Código Social francés o el Libro XI de la Seguridad Social de Alemania son mucho más densos y prolijos que la normativa sueca–, y tampoco existe un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones –ya sean internas o externas– como existe en Francia, Alemania o Reino Unido. En Suecia, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y se definen por los municipios, que marcan las características de los servicios que contratan.

2.3.2. Organismos relevantes

Pese a que la competencia respecto a la provisión de los servicios es de los ayuntamientos, la administración central es responsable de la regulación, la evaluación y la inspección de los servicios sociales. Para ello cuenta con dos organismos dependientes del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales:

- El Consejo de Salud y Servicios Sociales ([Socialstyrelsen](#)) es responsable de regular los servicios sociales y de promover la gestión del conocimiento en ese campo, lo que se traduce en la generación y publicación de recomendaciones, directrices, estadísticas e investigaciones sobre los diferentes servicios. Se trata de una agencia pública, dependiente del Ministerio de Salud y Servicios Sociales y es responsable, entre otros, del sistema de comparaciones abiertas y de las encuestas a las que se hace posteriormente referencia. Al igual que la Alta Autoridad de Salud Francesa, el MDS alemán o los organismos reguladores británicos, el Consejo de Salud y Servicios Sociales tiene competencias –como su propio nombre indica– tanto sobre los servicios sociales como sobre los servicios de salud (epidemiología, seguridad del paciente, evaluación de servicios sanitarios, gestión de registros, elaboración de estadísticas, ordenación de las profesiones sanitarias, etc.). En el ámbito de los Servicios Sociales, sus funciones abarcan diferentes temáticas y colectivos (discapacidad, menores, dependencia, salud mental, etc.) y sus funciones incluyen:
 - o Elaboración de la regulación que afecta al funcionamiento de los centros y servicios
 - o Elaboración de recomendaciones y directrices de buenas prácticas (*nationella riktlinjer*)
 - o Mantenimiento de un sistema de información y comparación intermunicipal, que permite comparar la atención ofrecida en los diferentes municipios (*Oppna jamforelser*).
 - o Diseño y desarrollo de proyectos piloto para la mejora de la atención

En la medida en que las competencias de inspección son asumidas por la Inspección de Salud y Servicios Sociales (IVO), el Consejo de Salud y Servicios Sociales carece de competencias vinculantes en relación a la apertura de los centros o a su inspección, aunque tiene entre sus funciones la elaboración de normativa, que sí tiene carácter vinculante.

El [Consejo](#) cuenta con unos 700 profesionales.

- La Inspección de Salud y Servicios Sociales ([Inspektionen for Vard och Omsorg IVO](#)) es responsable de la inspección y supervisión de los servicios sociales en todo el territorio, la concesión de los permisos de apertura de los centros privados y del registro de los mismos. Además de las inspecciones los centros, esta entidad es la responsable de tramitar y de actuar ante las quejas de las personas usuarias, de acuerdo a la Ley Sarah a las que más tarde se hace referencia.

Se trata de una agencia pública con cerca de 700 profesionales, y con seis delegaciones territoriales.

2.3.3. Herramientas

En ese marco, las principales herramientas para la determinación del modelo de atención son las siguientes:

a) Las inspecciones del IVO

Las inspecciones desarrolladas por la Inspección de Salud y Servicios Sociales ([Inspektionen fr Vard och Omsorg](#)) se centran muy especialmente en la detección de casos de maltrato y negligencia a partir de las quejas y denuncias realizadas, de acuerdo a la llamada Ley Sarah⁷.

Las inspecciones pueden ser previstas o imprevistas, generales o centradas en una cuestión específica, y rutinaria o derivadas de una queja, sospecha o incidente específico. En el caso de los centros residenciales, los protocolos que se inspeccionan fundamentalmente son los relacionados con la calidad de la atención, los relacionados con los sistemas de gestión de la calidad, y los relacionados con la dotación de personal en horario nocturno.

b) Las comparaciones abiertas (*Öppna jämförelser*)

El Consejo de Salud y Servicios Sociales (*Socialstyrelsen*) gestiona un sistema de comparaciones abiertas ([Öppna jämförelser](#)), que tiene por objeto disponer de indicadores comunes sobre el funcionamiento de los servicios sociales en todos los municipios del país. Los indicadores se obtienen fundamentalmente de una serie de encuestas realizadas por el *Socialstyrelsen* a los centros residenciales y entidades prestadoras de servicios de asistencia domiciliaria, así como a las personas usuarias de los mismos, aunque también se recurre a otras fuentes administrativas. Las comparaciones abiertas se centran en las diversas competencias que los servicios sociales municipales suecos tienen –vivienda, infancia, prestaciones económicas, discapacidad, etc.–, incluyendo el cuidado de personas mayores ([Öppna jämförelser av äldreomsorg](#)).

A partir de esas encuestas, y de otras fuentes, el sistema de comparaciones abiertas permite establecer en qué medida cada uno de los municipios suecos cumple con una serie de indicadores de calidad –básicamente estructurales, pero también de proceso– previamente establecidos. Creado en colaboración entre la asociación de municipios y el *Socialstyrelsen*, este sistema es similar al que la Diputación de Barcelona desarrolla mediante los círculos de comparación intermunicipal en el ámbito de los [Servicios Sociales](#)⁸. El modelo sueco se diferencia de los modelos de publicación de resultados de las evaluaciones de los centros residenciales de Alemania, Inglaterra o USA en dos aspectos básicos: la información se refiere a los municipios y no a los centros, por una parte, y aunque se utilizan una serie de colores para distinguir a los municipios con resultados negativos, no se aplican calificaciones globales, como ocurre en esos países.

c) Las encuestas nacionales

La principal fuente de datos del sistema son las [encuestas](#) realizadas a los centros residenciales y servicios de asistencia domiciliaria, así como a las personas usuarias de estos centros y servicios. En el caso de los centros residenciales, la encuesta que se realiza a las personas usuarias⁹, en la que participan en torno a la mitad de las personas residentes (dato correspondiente a 2019) consta de 27 preguntas y los resultados se presentan desagregados por género, titularidad, municipio, etc. Aunque algunos de los indicadores y datos que se obtienen de estas encuestas se utilizan en las comparaciones abiertas, otros se utilizan únicamente para analizar la situación de los diferentes centros.

Las principales áreas respecto a las que se pregunta a las personas usuarias son:

⁷ La llamada *Lex Sarah*, que es en realidad una enmienda a la Ley de Servicios Sociales, establece la obligación de comunicar cualquier caso de maltrato, negligencia o conducta impropia en la prestación de los servicios, y la respuesta que ha de darse a tales situaciones (investigación interna y, en su caso, notificación a la Inspección). Esta norma también regula el papel de la Inspección de Servicios Sociales a la hora de dar respuesta a las situaciones denunciadas.

⁸ Como ocurre en el caso de Barcelona, los indicadores municipales no se limitan a los centros residenciales o a los servicios sociales, sino que afectan a otros muchos ámbitos de la gestión municipal.

⁹ En el 62% de los casos, la encuesta es rellenada por un/a familiar o allegado/a; en el 24% de los casos, de forma conjunta entre la persona usuaria y un/a familiar o allegado/a; y en el 13% de los casos por la propia persona residente.

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

La encuesta que se dirige a los centros recoge información (que posteriormente se publica para cada centro de forma individual) en relación a las ratios de personal y a la mayor parte de los indicadores con los que posteriormente se construyen las comparaciones abiertas. En el ámbito residencial, los indicadores que se tiene en cuenta son los siguientes:

Tabla 6. Indicadores contemplados en el sistema de comparaciones abiertas con relación a la atención residencial en Suecia

| |
|---|
| NR2. Porcentaje de centros en el que todas las personas usuarias participan en las reuniones del Consejo del Centro |
| NR3. Porcentaje de personas residentes con un plan de intervención individual actualizado en los últimos seis meses |
| NR4. Porcentaje de personas en cuyo plan se documenta de qué forma participó la persona usuaria en su elaboración |
| NR5. Porcentaje de personas en cuyo plan se documentan las medidas de protección adoptadas en relación a su seguridad y las razones para la adopción de tales medidas |
| NR6. El centro tiene un ambiente interior que apoya al individuo en su vida diaria. |
| NR7. Todos los residentes de la unidad tienen acceso a actividades al aire libre |
| NR8. El centro cuenta con protocolos para la realización de todas las comidas del día, incluida la nutrición parenteral y los aspectos relativos al modelo FAMM ¹⁰ |
| NR9. El plan de cuidados se utiliza para documentar las preferencias de la persona en relación a la alimentación y para planificar su alimentación |
| NR15. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha o descubrimiento de que el individuo ha estado expuesto a violencia o abuso por parte de un allegado/a. |
| NR16. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción a drogas distintas del alcohol. |
| NR17. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción al alcohol |
| NR18. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre el trabajo conjunto con los familiares de las personas usuarias |
| NR19. Proporción de centros con acceso a un gimnasio. |
| NR20. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria. |
| NR22. El centro cuenta con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud |
| NR23. El centro cuenta con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores |
| NR25. Proporción de personal sanitario con formación adecuada |
| B3. Porcentaje de centros que ofrecen acceso a actividades de ocio y tiempo libre (bingo, excursiones, cocina, visitas a la biblioteca o gimnasia grupal) |
| B4. Frecuencia con la que las personas residentes tienen acceso a actividades de mantenimiento físico |
| B5. Disponibilidad de sistemas de apoyo (señalética, etc.) para la orientación en el interior del centro |
| B6. Diseño de las zonas de tránsito del centro (pasillos, escaleras, etc.) de forma que se facilite la orientación en el interior del centro |
| B7. Utilización de contrastes de color en el diseño del centro |
| B8. Diseño de color de las zona de paso sin transiciones bruscas para evitar el riesgo de caídas |
| B9. Ratio de personal |
| B10. Ratio de personal de enfermería |

Fuente: *Elaboración propia a partir de Öppna jämförelser av äldreom, 2019.*

¹⁰ *Five Aspects of Meal Model).*

d) Las recomendaciones o directrices del Consejo de Salud y Servicios Sociales

Como se ha señalado previamente, una de las funciones del Consejo de Salud y Servicios Sociales es la de elaborar recomendaciones relativas al manejo de determinadas situaciones en los servicios sociales y sanitarios. Las [recomendaciones](#) incluyen indicadores de estructura, proceso y resultados para su seguimiento y diversos materiales de contexto y apoyo, como revisiones de la evidencia disponible. En el ámbito relacionado con los servicios sociales y la atención a las personas mayores se han publicado las siguientes recomendaciones

- [Atención a personas con depresión o ansiedad](#) (2020)
- [Atención a personas con esquizofrenia](#) (2018)
- [Prevención y abordaje de los hábitos no saludables](#) (2018)
- [Atención a personas con demencia](#) (2017)
- [Esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson](#) (2016)
- [Cuidados paliativos y al final de la vida](#) (2013)

Junto a las herramientas señaladas, cabe también hacer referencia a las directrices (*föreskrifter*) y recomendaciones (*Allmänna råd*) que publica el *Socialtyrselen* en relación a determinados ámbitos de actividad. Los primeros pueden entenderse como textos normativos, con capacidad vinculante, mientras que los segundos son recomendaciones relativas a diferentes servicios o colectivos.

e) Proyecto piloto la persona en el centro (IBIC)

Desde 20016, el *Socialtyrselen* viene desarrollando un proyecto para introducir en los servicios de atención a las personas mayores un modelo de planificación centrada en la persona (*Individens behov i centrum*, IBIC), que puede traducirse como las necesidades de la persona en el centro. El sistema está diseñado para documentar de forma informática, a partir de las necesidades, recursos, objetivos y resultados que las personas buscan y obtienen en las diferentes dimensiones de la vida cotidiana. El sistema no se centra únicamente en las personas mayores en residencias –está orientado al conjunto de las personas usuarias de los servicios sociales–, pero está particularmente diseñado para su uso en el entorno residencial.

Entre las ventajas del modelo, sus promotores destacan:

- La mejora de la participación de las personas usuarias en la planificación de la atención;
- La mejora de la colaboración entre diferentes agentes
- La posibilidad de trabajar de forma homogénea, y más segura, mediante el uso de una terminología, unos indicadores y unos conceptos comunes
- Mejora de las posibilidades para la identificación de las necesidades de la persona usuaria y la planificación de la intervención en relación a esas necesidades

De acuerdo a los informes anuales de implementación de esta herramienta que realiza el Socialtyresen, el IBIC es utilizado en el ámbito de las personas mayores por al menos la mitad de los ayuntamientos. La herramienta supone, además de una mejora en la forma de identificar y documentar de forma sistemática las necesidades y los deseos de las personas, un avance en la digitalización de la atención, en la medida en que todo el proceso se realiza mediante un programa informático específico.

2.4. Escocia

2.4.1. Marco general

El modelo de prestación de servicios sociales en Escocia se caracteriza por cuatro elementos principales:

- Desde el punto de vista competencial, Escocia goza de un amplio margen de maniobra para la articulación de sus políticas sociales y sociosanitarias. En ese marco, los servicios para las personas mayores dependientes son prestados y financiados por los ayuntamientos o *local authorities* (que tienen un tamaño medio muy superior a los ayuntamientos españoles), en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (NHS). La gestión de los servicios se realiza, en general, mediante los denominados *Health and Social Care Partnerships*, diseñados para facilitar una mejor coordinación de la atención social y sanitaria. La autonomía de los municipios, por otra parte, es elevada, tanto en lo que se refiere a los criterios de acceso a las diversas prestaciones como en lo que se refiere al contenido de las prestaciones o al establecimiento de las tarifas a las personas usuarias, dentro del marco general establecido por la administración regional y por la administración central.
- Otro de los elementos esenciales en el marco escocés es la importancia concedida a la autonomía y autodeterminación de las personas usuarias, que se materializa mediante la introducción en 2014 del sistema de *Self Directed Support* o Apoyo Autodirigido. Como se explica más adelante, en Escocia el grueso de los servicios sociales para personas adultas y mayores se presta mediante este sistema, según el cual las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes: una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa; un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria; un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local; o una combinación de las tres opciones anteriores.
- El tercer elemento distintivo es el marco de regulación, inspección, evaluación y estandarización de la atención que desarrolla una agencia específica –llamada *Care Inspectorate*– a partir, entre otros elementos, de unos estándares de calidad que fueron actualizados en 2018 y que constituyen la base del modelo de evaluación y garantía de la calidad.
- Como en el caso de Alemania, Reino Unido o USA, el sistema de calidad escocés está muy vinculado a la publicación de los informes de evaluación que se realizan en todos los centros y servicios, a partir de los estándares de calidad antes señalados, así como en el sistema de notas o calificaciones que cada centro obtiene en el marco de esas evaluaciones.
- Por último, es necesario destacar la gratuidad de los servicios de cuidado personal establecidos en el marco de los servicios de asistencia domiciliaria y residencial. Así, mediante el llamado *free personal care* las personas mayores de 65 años reciben cuidados personales de forma gratuita en el marco de los servicios de asistencia domiciliaria y residencial, estableciéndose un pago –en función de la renta– únicamente para los servicios de atención doméstica o menaje-ra, en el caso del SAD, y de alojamiento y manutención, en el caso de la atención residencial.

2.4.2. Organismos relevantes

Los principales organismos en lo que se refiere a la gestión de la calidad en el ámbito de los Servicios Sociales en Escocia son el *Care Inspectorate* y el *Scotland Social Services Council*

a) Care Inspectorate.

El [Care Inspectorate](#) es un organismo oficial responsable de la regulación y la inspección de los servicios sociales y de salud, así como de la mejora de la calidad de la atención en estos servicios. Su función es la de inspeccionar si los servicios cumplen con los estándares establecidos y la de acompañar a las entidades prestadoras de servicios en los procesos de mejora, al objeto de que todas las personas usuarias reciban una atención segura y de alta calidad, adaptada a sus necesidades, derechos y opciones.

Este organismo es competente en relación al conjunto de los servicios sociales –personas mayores, personas con discapacidad, desprotección de menores y atención infantil, enfermedad mental, etc.–, así como algunos servicios en el ámbito de la justicia y la educación infantil. Cuenta con una plantilla de 600 personas y con 14 delegaciones en todo el territorio escocés. De acuerdo al [documento](#) en el que se resumen sus funciones, el *Care Inspectorate* inspecciona anualmente casi 13.000 centros y servicios, y atiende en torno a 1.400 quejas. Del total de centros, 826 son residencias para personas mayores y 1.030 empresas de asistencia domiciliaria.

b) Scotland Social Services Council

El Consejo Escocés de Servicios Sociales ([Scotland Social Services Council](#)) tiene como objetivo regular la formación y las condiciones de acceso al empleo de los profesionales de los servicios sociales en Escocia. Para ello, sus actividades se centran en el registro de los profesionales, el establecimiento de códigos o estándares profesionales de buena práctica y la formación especializada de las personas profesionales, así como en la elaboración de estadísticas relativas al personal que trabaja en el ámbito de los servicios sociales.

2.4.3. Herramientas

Como se ha señalado, los procesos de autorización, acreditación y evaluación de los servicios de atención a la dependencia –al igual que los del resto de los servicios sociales– son competencia del *Care Inspectorate*, un organismo autónomo responsable de registrar e inspeccionar las más de 14.000 entidades de servicios sociales registradas en Escocia. El *Care Inspectorate* tiene 14 oficinas desplegadas en todo el territorio escocés y en él trabajan unas 600 personas.

El marco de autorización, acreditación y evaluación de los servicios que establece esta entidad se articula a través de cuatro elementos básicos: el registro de las entidades y de las personas profesionales, las inspecciones o evaluaciones de servicios, la publicación de estos resultados y los estándares de calidad sobre las que se basan estas evaluaciones.

a) El registro de las entidades y de las personas profesionales

Todas las entidades que prestan servicios sociales y sanitarios están obligadas a registrarse en el *Care Inspectorate* de cara a poder prestar sus servicios, ya sea como proveedores de la administración, ya sea como proveedores de servicios a particulares. Una vez realizada la solicitud del registro, el *Care Inspectorate* analiza la solicitud y determina si se cumple con los requisitos para la prestación del servicio (tanto físicos o estructurales como respecto al contenido del servicio o la viabilidad económica del mismo). El registro equivale a la autorización del servicio, pero no a la acreditación o concertación, en la medida

en que las autoridades públicas pueden utilizar otros mecanismos para la contratación de la provisión de los servicios.

El proceso de registro requiere:

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

Además del registro de los centros, los profesionales de la atención que tienen la cualificación necesaria también deben acreditarse ante el *Scotland Social Services Council*. Se trata de un registro público, consultable *on line*, en el que actualmente están registrados más de 100.000 profesionales. La inscripción en el registro puede ser revocada en caso de que se detecten y acrediten casos de mala práctica en el ejercicio de las tareas profesionales. Las suspensiones se publican con carácter cautelar en la propia página del Consejo, indicándose el nombre de la persona suspendida y la duración de la suspensión.

b) Los estándares de calidad

Como se ha señalado antes, las inspecciones del *Care Inspectorate* se basan en un marco de [estándares de calidad](#) que definen el modelo de atención del conjunto de los servicios y determinan los parámetros de la evaluación.

En 2002, el Gobierno de Escocia aprobó los primeros Estándares Nacionales de Cuidados (*National Care Standards*) con el objetivo de mejorar la inspección y evaluación de los Servicios Sociales en el país. En 2018, el Gobierno aprobó un nuevo marco de estándares de calidad, que se diferencia del anterior fundamentalmente en su carácter integral: mientras el marco original establecía criterios o estándares diferentes para los diferentes servicios, el marco actual ofrece una serie de estándares comunes al conjunto de los servicios sociales. Además de renovar el contenido de los estándares, el nuevo marco busca también facilitar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios y, fundamentalmente, impulsar un nuevo modelo de evaluación e inspección, más orientado a los resultados que a los procesos, y más orientado a la calidad de vida que a la calidad de la atención. Desde ese punto de vista, el modelo de inspección y evaluación escocés apuesta por un cambio de enfoque que va de la comprobación de los requisitos a la evaluación de los resultados (*from checking inputs to assessing outcomes*).

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

- Recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí.
- Participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo.
- Tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan.
- Tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo.
- El servicio se presta en un entorno de alta calidad, en el caso de que el servicio se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora.

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

Además de la evaluación realizada por el Care Inspectorate, la entidad pone también a disposición de los centros y servicios unas guías para la autoevaluación y, muy recientemente, una serie de documentos denominados “marcos de calidad” centrados en servicios específicos, que concretan los estándares previamente señalados y estructuran las visitas de evaluación. Los marcos de calidad han sido, por otra parte, modificados para recoger una valoración respecto a la prevención y el abordaje de la COVID en los centros para personas mayores. Los marcos de evaluación publicados hasta la fecha son los siguientes:

- Marco de calidad para servicios seguros de alojamiento ([noviembre 2020](#))
- Marco de calidad para servicios de apoyo ([noviembre 2020](#))
- Marco de calidad para servicios residenciales para personas adultas ([octubre 2020](#))
- Marco de calidad para servicios residenciales para personas mayores ([octubre 2020](#))
- Marco de calidad para menores en riesgo de desamparo o desprotección ([agosto 2019](#))

En lo que se refiere a los estándares de calidad, si bien no se refieren al marco establecido por el *Care Inspectorate* para el registro y evaluación de los servicios, cabe hacer también referencia a los códigos de buena práctica profesional que elabora el Consejo Escocés de Servicios Sociales. Elaborado en 2003 y revisado en 2016, el [Código de Buenas Prácticas](#) está orientado tanto al personal de los Servicios Sociales como a las empresas en las que trabajan.

c) Las inspecciones de los servicios

Una vez registrado el servicio e iniciado su funcionamiento, debe someterse por parte del *Care Inspectorate* a una inspección anual, diseñada a partir de los estándares de calidad a los que se ha hecho referencia en el punto anterior. Aunque el modelo de evaluación se adapta a los distintos servicios respecto a los que el *Care Inspectorate* tiene competencias, el modelo común de inspección se basa en cinco grandes ámbitos o preguntas:

- ¿Cómo apoyamos el bienestar de las personas?

- ¿Cómo es nuestro liderazgo?
- ¿Cómo es nuestro personal?
- ¿Cómo son nuestras instalaciones?
- ¿Cómo están planificados nuestros servicios?

Una sexta pregunta –Cuál es nuestra capacidad general de mejora– se incluye en el marco para ayudar a los servicios de atención en la planificación de su proceso de mejora, pero no se utiliza de momento en las inspecciones. Como se ha indicado previamente, el marco de estándares de calidad ha experimentado tras el COVID algunas modificaciones, de forma que se ha introducido una séptima pregunta, en la que se plantea en qué medida se están cumpliendo las normas establecidas para la prevención y el abordaje de la epidemia en los centros residenciales. Bajo cada pregunta clave, hay tres o cuatro indicadores de calidad, que cubren áreas específicas de la práctica de los cuidados. En total, por ejemplo en el caso de los centros residenciales, se establecen 19 indicadores específicos con los que se intentan definir los estándares previamente señalados.

Cada uno de esos indicadores de calidad tiene ilustraciones de cómo sería una calidad "muy buena" y cómo sería una calidad "débil". Estas ilustraciones están tomadas de los estándares de calidad previamente señalados, pero no son listas de verificación o descripciones definitivas, sino herramientas para ilustrar el nivel de calidad que se persigue. Cada indicador de calidad incluye una caja de herramientas de escrutinio y mejora, que incluye ejemplos respecto a cómo evidenciar la calidad de la atención prestada. También contiene enlaces a documentos de práctica que ayudarán a los servicios de atención en su propio proceso de mejora.

THE HEALTH AND SOCIAL CARE STANDARDS

WHAT DO THE STANDARDS MEAN TO YOU?

Dignity and respect

Descriptive statement 2.2
I am empowered and enabled to be as independent and as in control of my life as I want and can be.

The care staff encourage me to select my clothes before they arrive each morning. This means that I choose my own clothes as I prefer to coordinate my own outfits.



Be included

Standard 4.7
I am actively encouraged to be involved in improving the service I use, in a spirit of genuine partnership.

The manager asked me to look at a job description for a domestic assistant and help her review it. I also suggested a question I would like asked at the interview. I was so chuffed!



Compassion

Standard 3.8
I can build a trusting relationship with the person supporting and caring for me in a way that we both feel comfortable with.

I receive personal care twice a day. I was worried and a bit embarrassed in the beginning, but not now. Everybody is concerned about how I am. And generally concerned – I mean staff really care about me and how I feel. It matters to them if I'm happy or not.



La inspección se realiza mediante visitas al centro, realizadas sin previo aviso, durante las cuales se observa el funcionamiento del centro y se mantienen [entrevistas](#) tanto con las personas profesionales como con las personas usuarias y sus cuidadores. Para ello se han desarrollado diversos materiales, con los que se pretende facilitar que las personas entrevistadas puedan transmitir sus experiencias como usuarias de los servicios.

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

La inspección realizada da pie a una calificación general de seis puntos que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”. Concretamente, la escala utilizada es la siguiente:

- Excelente (6). Sobresaliente o líder del sector
- Muy bien (5). Grandes fortalezas
- Bien (4). Fortalezas importantes, con áreas de mejora.
- Adecuado (3). Algunas fortalezas, superadas por las debilidades
- Débil (2). Debilidades importantes. Se requieren acciones correctoras.

- Insatisfactorio (1). Grandes debilidades. Se requieren acciones correctoras urgentes.

Junto a las evaluaciones o inspecciones, el *Care Inspectorate* pone a disposición de los centros unas [guías para la autoevaluación](#), con las que se pretende que las entidades puedan autoevaluar la calidad de los servicios que prestan y valorar en qué medida cumplen con los estándares e indicadores de calidad previamente señalados. Estas herramientas e autoevaluación buscan facilitar la mejora continua de los servicios, tienen un carácter permanente –no puntual– y se basan en tres preguntas básicas: ¿qué tal lo hacemos? ¿cómo lo sabemos? ¿qué pensamos hacer después?

d) La publicación de los resultados

Como ocurre en el caso de Alemania, el resultado de las evaluaciones de cada centro se publica de forma en la web del *Care Inspectorate*, de forma que todas las personas interesadas pueden acceder a la información relativa a cada servicio. Para ello, el *Care Inspectorate* ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio.

El informe de evaluación de cada [centro](#) detalla con cuántas personas se realizaron las entrevistas y cuáles son las conclusiones de la inspección y el resultado correspondiente a cada ámbito, así como, en su caso, las medidas de corrección propuestas.

e) Quejas, reclamaciones y sanciones

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

Por otro lado, el *Care Inspectorate* es competente para adoptar medidas sancionadoras y/o para requerir la adopción de cambios en las condiciones en las que se presta el servicio, en el caso en los que se detectan incumplimientos de la normativa o prácticas inadecuadas, siempre a partir de la constatación de una atención de escasa calidad. El enfoque para la adopción de estas medidas se define como SMART (que significa inteligente en inglés, pero son también las siglas de las palabras: Específico, Medible, Alcanzable, Relevante y Temporalizado). Los requerimientos aplicados pueden llegar al cierre del centro.

Junto a estos elementos, también cabe hacer referencias a las inspecciones conjuntas o *joint inspections*. En estos casos, el *Care Inspectorate* realiza inspecciones conjuntas con otros organismos públicos al objeto de determinar en qué medida las diferentes entidades implicadas en aspectos específicos trabajan de forma conjunta y en qué medida es adecuada la dotación de servicios en cada área de Escofia.

f) Formas alternativas de inspección y evaluación

El *Care Inspectorate* ha desarrollado diversas fórmulas alternativas para la realización de inspección en los servicios bajo su responsabilidad. En ese sentido, cabe hacer referencia al programa de [inspectores voluntarios/as](#) –personas con experiencia profesional, como cuidadoras o como usuarias que colaboran de forma desinteresada en las labores de inspección–, el programa de jóvenes inspectores/as (jóvenes de 18 a 26 años que han sido usuarios de servicios de protección infantil y colaboran en la inspección de esos centros), o las consultas periódicas con personas cuidadoras para el diseño de las inspecciones.

g) Gestión del conocimiento y difusión de la información

Cabe señalar por último que el *Care Inspectorate* desarrolla un portal web –[The Hub](#)– especialmente orientado a la gestión del conocimiento y la difusión de la información en el ámbito que la institución cubre. La web es, básicamente, una biblioteca virtual que ofrece recursos virtuales de todo tipo orientados a la mejora de la calidad de la atención (estadísticas, manuales, estándares, materiales audiovisuales, etc.).

2.5. Holanda

2.5.1. Marco general

Los principales elementos que definen el sistema holandés de atención a las personas con dependencia son los siguientes:

- Universalidad. El modelo de atención a la dependencia se define en los Países Bajos por su carácter universal, en la medida en el que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Además de por su carácter universal, el modelo neerlandés se caracteriza por el elevado gasto público que se destina a los servicios sociales de atención a las personas mayores.
- Desinstitucionalización y apuesta por la atención domiciliaria. El Estado holandés fomenta políticas de prevención y promueve que los ciudadanos vivan de forma independiente durante más tiempo en la propia vivienda, lo que se traduce en la prioridad que el Gobierno otorga a los servicios de atención domiciliaria frente a la institucional. Existen, además, subvenciones para la adaptación funcional de las viviendas, así como ventajas fiscales para las nuevas promociones de alojamientos por parte de asociaciones de vivienda.
- Modelo de aseguramiento. Como en Alemania, la atención a la dependencia en Holanda se financia a través de un seguro obligatorio para todos los trabajadores y las empresas del país. La prima que se paga por el seguro de cuidados de larga duración es del 9,65% del impuesto sobre la renta, con un límite máximo de 33.589 euros en 2020. Esta prima se destina a financiar el Fondo de Atención a la Dependencia (*Fonds Langdurige Zorg* o FLZ), mediante el que se ofrece una cobertura universal a toda la población holandesa en materia de atención a la dependencia.

Todas las organizaciones proveedoras de servicios sociosanitarios en Holanda deben estar acreditadas por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte. Para ello, deben cumplir con una serie de requisitos obligatorios como, por ejemplo:

- Brindar una atención responsable que cumpla con los estándares de calidad establecidos por las asociaciones médicas y profesionales pertinentes.
- Elaborar un plan de atención junto con la persona usuaria, en el que se acuerda la atención y el apoyo que se brindará. El proveedor de servicios debe revisar este plan con la persona usuaria, como mínimo, una vez al año.
- Contar con un sistema para que las personas usuarias hagan llegar sus quejas.

2.5.2. Organismos relevantes

Los dos organismos principales en lo que se refiere a la calidad de la atención en Holanda son la Agencia de Inspección de Salud y Juventud (IGJ), por una parte, y el Centro de Conocimiento Especializado sobre Atención de Larga Duración (Vilans).

a) La Autoridad Sanitaria Neerlandesa (NZ)

La Autoridad Sanitaria Neerlandesa ([Nederlandse Zorgautoriteit](#)), dependiente del Ministerio de Salud, Bienestar Social y Deportes es el organismo encargado de regular y supervisar la actividad de las entidades proveedoras de servicios sanitarios y de atención a largo plazo. Entre otras funciones, este organismo establece las tarifas máximas que deben aplicarse tanto en el ámbito residencial como en el ámbito comunitario, determina el contenido de los servicios que deben prestarse y supervisa si los proveedores cumplen los requisitos y regulaciones establecidas.

La Autoridad Sanitaria Neerlandesa (NZa) protege los intereses de los ciudadanos con respecto a la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria en los Países Bajos. Con ese objetivo, la NZa establece reglas, lleva a cabo la supervisión de los proveedores de atención médica y las aseguradoras de salud, y da recomendaciones al Ministerio de Salud, Bienestar Social y Deportes (VWS). En ese sentido, la NZ actúa como una Alta Inspección de Salud –con competencias también en el ámbito de los Servicios Sociales– y tiene por objetivo garantizar que el mercado de los servicios de salud funciona de forma justa y eficiente. Además de supervisar el funcionamiento de los mercados asistenciales, el NZ emite recomendaciones y normas, por ejemplo en lo que se refiere a la publicidad engañosa de los servicios, y ofrece información estadística sobre los ámbitos respecto a los que tiene competencias.

b) El Instituto Nacional de Salud y Cuidados

El Instituto Nacional de Salud y Cuidados de los Países Bajos ([Zorginstituut Nederland](#)) tiene competencias ejecutivas y consultivas en lo que se refiere a los servicios prestados en el marco del seguro de salud y del seguro de dependencia.

El Instituto establece y gestiona el [sistema de indicadores y estándares de calidad](#) al que se hace referencia en el siguiente apartado, y que constituye –junto a las inspecciones de la Agencia de Inspección de Salud y Juventud– la base del sistema de gestión de la calidad de los servicios sociales y de atención a la dependencia en los Países Bajos.

c) La Inspección de Salud y Juventud (IGZ)

La agencia de Inspección de Salud y Juventud ([Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd](#) - IGJ) supervisa la calidad y seguridad de la atención brindada por los proveedores de servicios y es desde ese punto de vista la responsable de las inspecciones de calidad que se realizan a los centros residenciales y entidades prestadoras de servicios de atención a domicilio. El Instituto es en ese sentido responsable de inspeccionar la calidad de los cuidados que se prestan en el ámbito sociosanitario, especialmente en el caso de las personas con necesidades complejas que residen en sus domicilios. En ese contexto, sus objetivos son:

- mejorar la calidad y la seguridad de la atención a las personas con necesidades complejas que viven en su entorno doméstico;
- promover la cooperación y la cohesión en las redes de atención;
- mejorar la colaboración con los supervisores locales de los municipios.

En ese marco, las inspecciones del Instituto se realizan a dos niveles y se refieren tanto a la calidad de la atención prestada por las entidades proveedoras de los servicios como a la articulación de los paquetes o cadenas de cuidados que reciben las personas que residen en sus domicilios, de tal forma que las redes de servicios se inspeccionan tanto a nivel individual como a nivel territorial.

- d) La Fundación para la Armonización de la Calidad en el ámbito de la Salud HKZ)

La Fundación para la Armonización de la Calidad en el ámbito de la Salud ([Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector HKZ](#)) es una entidad dedicada a la certificación de los servicios sociales y de salud, fundamentalmente a partir de la aplicación de la norma ISO 9001 y la norma EN 1524.

Esta entidad juega un papel relevante en el marco del sistema holandés de gestión de la calidad, en la medida en que todas las entidades están obligadas a disponer de un sistema externo de acreditación de la calidad

- e) El Centro de Nacional de Especialización en Cuidados de Larga Duración (Vilans).

[Vilans](#) es el Centro Nacional de Especialización en Cuidados de Larga Duración. Sus actividades se centran en el ámbito de la innovación, la investigación y el desarrollo, la difusión y la aplicación de buenas prácticas. En ese marco, la entidad ha desarrollado diversos sistemas de mejora de la calidad en el ámbito de los cuidados a la dependencia (ver siguiente punto).

El centro funciona además como uno de los principales agentes holandeses en lo que se refiere a la investigación y la innovación en materia de cuidados de larga duración.

2.5.3. Herramientas

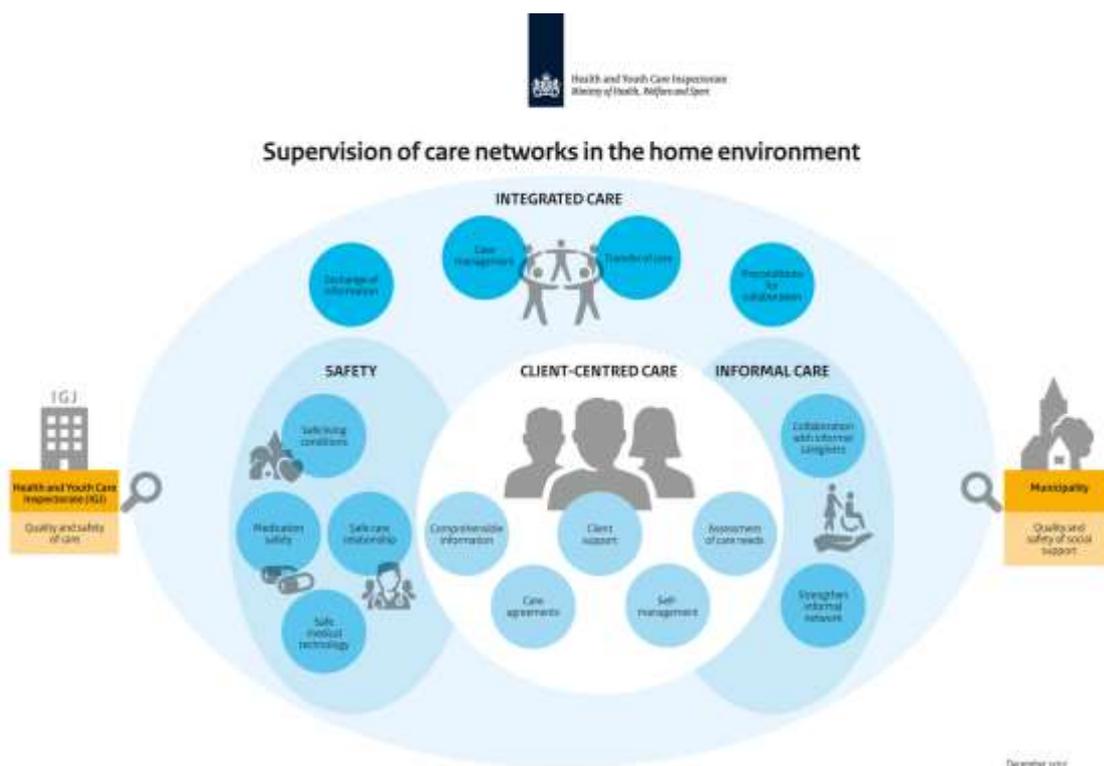
- a) Las inspecciones de la Inspección de Salud y Juventud

Como se ha señalado previamente, el IGJ se centra actualmente en la inspección de las redes de cuidados que se prestan a las personas con necesidades complejas que residen en sus domicilios. El marco de evaluación presta particular atención a las siguientes cuestiones:

- ¿Recibe el cliente una atención que satisfaga sus necesidades?
- ¿Recibe el cliente suficiente apoyo de los agentes de la red y colaboran los diversos proveedores de atención de la red de atención?
- ¿Colaboran los diversos proveedores de atención con el (los) cuidador(es) informal(es)?
- ¿Proporciona la red de cuidados una atención segura?

Como se ha señalado, las inspecciones del Instituto de Salud se centran en las redes de cuidados de las personas con necesidades complejas que residen en su hogar.

Estas inspecciones se basan en entrevistas a un número determinado de usuarios, cuya red de cuidados se analiza e inspecciona mediante entrevistas con los diversos agentes (cuidadores informales, médico de familia, enfermera comunitaria, centro de día, farmacia, etc.). A partir de esas entrevistas se formulan una serie de conclusiones sobre la colaboración en las redes de atención a nivel local o regional y se contrastan con los actores que han participado en la evaluación. Después de esta discusión, se informa de las conclusiones finales a los directores y miembros de la junta de varias organizaciones que proporcionan cuidados en redes de atención.



El análisis de estas redes se realiza de acuerdo a un [marco de evaluación](#) que enfatiza el carácter integrado de la atención sociosanitaria. El marco de evaluación se centra en cuatro aspectos:

- El cliente es lo primero: recibe una explicación comprensible de qué atención es posible. Si es necesario, recibe ayuda para aclarar sus necesidades de atención. Esta necesidad de atención es registrada y conocida por sus proveedores de atención.
- Atención integrada La información se intercambia dentro de la red de atención. La atención es coordinada y coordinada por una persona central de la red. La atención se transfiere al ingreso y el alta de una institución. Los proveedores de atención dentro de la red de atención trabajan bien juntos.
- Cuidado informal: los cuidadores tienen en cuenta las necesidades y posibilidades del cuidador informal. También prestan atención al fortalecimiento de la red del cliente si es necesario.
- Seguridad: se presta atención a los riesgos en el entorno residencial y de vida del cliente. Y para la seguridad de los medicamentos, como una descripción general y una lista de administración de medicamentos actualizada.

Cada uno de esos ámbitos se articula en torno a un número variable de estándares, a los que se vinculan unos criterios o indicadores específicos para la evaluación. A título de ejemplo, en la dimensión de la calidad, el último de los estándares indica que “el cliente puede contar con que los proveedores de atención médica apliquen la tecnología médica de forma segura”. Los criterios de evaluación son los siguientes:

- Los proveedores de atención médica determinan la elección del uso de la tecnología médica en consulta con el cliente.

- Los proveedores de servicios de salud identifican y abordan los riesgos en el uso de la tecnología médica y examinan los riesgos con el cliente.
- Los proveedores de servicios de salud tienen acuerdos sobre quién es responsable de qué cuando se utiliza la tecnología médica.
- Los profesionales de la salud que utilizan la tecnología médica son competentes y están capacitados para hacerlo.
- Si los cuidadores informales y/o los no cuidadores utilizan la tecnología médica, existen acuerdos sobre las responsabilidades y el uso seguro.

En el ámbito de la atención domiciliaria, las inspecciones toman como referencia los estándares del [marco de calidad de la atención a domicilio](#). En concreto, el marco se vertebra en torno a las siguientes cuestiones:

- Atención centrada en la persona.
- Atención integral.
- Cuidado seguro en casa.
- Autonomía profesional.
- Enfoque en la calidad.

En el ámbito residencial, el Instituto Nacional de Salud y Cuidados estableció en 2017 un [marco de estándares de calidad](#) basado en ocho dimensiones:

- Atención y apoyo centrado en la persona
- Alojamiento y bienestar
- Seguridad
- Aprendizaje y mejora de la calidad
- Liderazgo, gobernanza y gestión
- Personal
- Uso de recursos
- Uso de la información

Cada una de estas dimensiones se articula en una serie de estándares específicos, de tal forma que el marco incluye en torno a medio centenar de estándares específicos. El marco de calidad describe lo que implica una buena y eficaz atención en los centros residenciales y cómo se puede mejorar la atención en los mismos. El propósito del marco es triple:

- Describe lo que los clientes y sus allegados pueden esperar de la atención en los centros residenciales;

- Proporciona recomendaciones para que los proveedores de cuidados y las organizaciones de cuidados mejoren la calidad y fortalezcan la capacidad de aprendizaje.
- Constituye un marco para la supervisión externa por parte del cuerpo de inspectores y para la contratación de servicios de atención de la salud.

Los resultados de estas inspecciones se remiten a las entidades responsables de la prestación de los servicios, y se publican en la web del Instituto de Salud y Juventud. En el caso de las inspecciones, se puede acceder a los informes bien desde un [mapa georreferenciado](#) o bien desde un [buscador](#), ubicados ambos en el portal de la agencia de Inspección de Salud y Juventud (IGJ).

Los [informes de evaluación](#) detallan la dotación de personal del centro, analiza el cumplimiento de los estándares, y recoge los cambios o ajustes que el centro debe realizar para subsanar las deficiencias detectadas. Los informes distinguen por colores el resultado de la valoración de cada ámbito, siguiendo el siguiente esquema:

- Verde oscuro: El centro/servicio cumple con el estándar. La inspección sólo encuentra puntos positivos en esta norma
- Verde claro: El centro/servicio cumple en gran medida con el estándar. El cuerpo de inspectores a menudo encuentra puntos positivos en esta norma. La actitud está bien encaminada; es posible mejorarla.
- Amarillo: El centro/servicio no cumple en gran medida con el estándar. La Inspección encuentra que esta norma tiene principalmente puntos negativos.
- Rojo: El centro/servicio no cumple con el estándar. La Inspección ha encontrado pocos o ningún punto positivo en esta norma.
- Azul. El estándar no ha sido probado

b) Los indicadores de calidad

Por otro lado, como antes se ha señalado, los proveedores de servicios deben proporcionar, anualmente, una serie de indicadores al Instituto de Salud de los Países Bajos ([Zorginstituut Nederland](#)) para la valoración de la calidad en la organización. Se trata de un sistema similar al modelo sueco de comparaciones abiertas, puesto que se trata de un [sistema](#) en el que se publican los resultados individuales de todos los centros obligados a comunicar sus datos.

De acuerdo al [manual](#) para la recogida de datos en los centros residenciales, en el ámbito residencial, los indicadores se agrupan en los siguientes ámbitos:

- Úlceras por presión
- Planificación anticipada de la atención
- Seguridad de la medicación
- Gestión de las restricciones
- Continencia
- Nutrición e hidratación

Cada uno de esos ámbitos incluye un número reducido de indicadores (20 indicadores en total), que se deben cumplimentar para cada uno de los centros analizados. El sistema de indicadores hace referencia a muy diversos servicios de salud y, en el ámbito de los servicios sociales, diferencia entre los servicios de asistencia domiciliaria o enfermería de distrito y centros residenciales.

Además de estos indicadores, se tienen en cuenta en esta publicación los informes de inspección previamente citados y la puntuación obtenida por cada centro a partir de las valoraciones de las personas usuarias y sus familiares. Estas valoraciones el directorio alimentado por [ZorgkaartNederland](#), un portal, de ámbito nacional, dedicado a la atención sociosanitaria. Desde su web se ofrece acceso a un directorio de centros sociosanitarios en el que, además de la información básica del centro, se ofrece una puntuación a partir de las valoraciones de las personas usuarias y sus familiares, en la línea de las webs turísticas como Trip Advisor y similares. A pesar de tratarse de una herramienta más informal que las inspecciones o las evaluaciones obligatorias, desde el Gobierno holandés lo incluyen como un recurso a considerar a la hora de elegir una empresa prestadora de atención.

2.6. Estados Unidos

2.6.1. Marco general

[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 incluyen la atención residencial para personas con discapacidad o en situación de dependencia, si bien se establecen diversas limitaciones en el acceso a estos servicios. En ese sentido, *Medicare* no financia los servicios de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria.

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. 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 norteamericano, sino de tantos sistemas como Estados.

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:

- 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, corresponde 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 e inspeccionarlos.
- 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 norteamericano 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 rela-

ción 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 explica, la obligación de analizar de forma periódica la situación de todas las personas residentes mediante el *Minimum Data Set (MDS)* del sistema 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 norteamericano 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 –a través fundamentalmente 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.

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.

2.6.2. Organismos relevantes

Junto a la administración estatal, responsable de la inspección de los requisitos materiales y funcionales establecidos a nivel de cada Estado, el principal organismo en Estados Unidos es el Centro de Servicios Medicare y Medicaid ([CMS](#)), dependiente del Ministerio de Salud y Servicios Sociales y responsable de la gestión de los programas Medicare y Medicaid.

2.6.3. Herramientas

- a) La inspección estatal

Como antes se ha señalado, el Departamento de Salud de cada Estado 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.

La tabla siguiente detalla los estándares mínimos de funcionamiento de los centros residenciales que regula la normativa para poder obtener la autorización en el Estado de Minnesota¹¹, establecidos en la ley [Administrativa estatal](#):

Tabla 7. Aspectos regulados por la normativa del Estado de Minnesota en relación a los centros residenciales

| Sección | Disposición |
|--|--|
| Requisitos técnicos | Espacios privados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al menos, el cinco por cien 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. |
| Personal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. |

Fuente: Elaboración propia

La inspección consiste en un examen de todo el centro de la manera que los inspectores 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 Ley establece además

¹¹ Dada la variedad de situaciones en cada Estado, se hace 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 habitualmente el Estado mejor valorado.

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, éstas se irán acumulando. En caso de reincidencia, el Departamento puede ordenar la suspensión o cierre del centro por razones de seguridad.

b) La acreditación para la prestación de servicios en el marco de Medicaid y Medicare

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](#)).

La ley OBRA'87, en el [título 42](#), establece los estándares que los centros y servicios tienen que cumplir 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](#)
- 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, entre otras obligaciones:

- 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 reciben 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 reciben 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)
- c) La evaluación de los servicios prestados en el marco de Medicare y Medicaid

Uno de los elementos distintivos del marco regulador estadounidense se refiere a las evaluaciones que realiza el CMS y al sistema de calificaciones que se deriva de esas evaluaciones.

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, cada 9 a 15 meses, de manera imprevista y sin anuncio previo. En el caso de detectar alguna

deficiencia, ésta 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). Este Conjunto de Datos Mínimos de Cuidados a Largo Plazo (MDS) es una herramienta estandarizada y primaria de evaluación del estado de salud que forma la base de la evaluación integral de todos los residentes de centros de cuidados a largo plazo certificados para participar en Medicare o Medicaid. Desarrollado inicialmente en el marco de [InterRAI](#), el 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 conjunto mínimo de datos 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...). 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

Complementan 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. Éstos 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 MDS incorpora una serie de dominios que permiten desarrollar hasta 30 indicadores de calidad:

Tabla 8. Indicadores de calidad en el marco del MDS

| 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 |
| Gestión clínica | 6. Uso de nueve o más fármacos |
| Patrón cognitivo | 7. Incidencia de deterioro cognitivo |
| Eliminación continencia | 8. Prevalencia de incontinencia |
| | 9. Prevalencia de incontinencia ocasional sin programa de educación vesical |
| | 10. Prevalencia de sondas urinarias |
| Control infección | 11. Prevalencia de impactación fecal |
| | 12. Prevalencia de ITU |
| Nutrición alimentación | 13. Prevalencia de uso de antibióticos |
| | 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 practica de rango de movimiento en pacientes con dependencia en movilidad |
| | 21. Prevalencia uso de antipsicóticos en ausencia de enfermedades psicóticas relacionadas |
| Uso de psicofármacos | 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 benzodiazepinas 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 |
| Cuidados de la piel | 29. Prevalencia de úlceras por presión grados 1-4. |
| | 30. Diabetes insulino dependiente sin cuidado de los pies. |

Fuente: Elaboración propia

El CMS acaba de publicar una [guía](#) de la última versión del 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.

Junto al MDS, es necesario hacer también referencia a [OASIS](#), un sistema específicamente orientado a recoger la situación de las personas usuarias de servicios de atención sanitaria a domicilio. El Conjunto de Información de Evaluación y Resultados (OASIS) se utilizan para calcular las medidas de calidad de la salud en el hogar (tanto las medidas de resultados como las de procesos). OASIS es un grupo de elementos de datos que representan elementos básicos que se incluyen en una evaluación integral para cada paciente adulto de atención domiciliaria. Estos elementos básicos y la evaluación integral más amplia sirven de base para el desarrollo del plan de atención y el manejo continuo de los pacientes. El OASIS también constituye la base para medir los resultados de los pacientes a efectos

de la mejora de la calidad basada en los resultados y el cumplimiento por parte de los organismos de las mejores prácticas para la mejora de la calidad basada en los procesos. El OASIS es un componente clave de la asociación de Medicare con la industria de cuidados en el hogar para fomentar y monitorear los resultados mejorados de los cuidados de salud en el hogar.

d) La publicación de los resultados y el sistema de calificaciones

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.

Para ello, a nivel federal, el Gobierno publica diversas herramientas de comparación, como el *Nursing Home Compare*, que permiten comparar los resultados de centros residenciales, empresas prestadoras de atención domiciliaria, centros sociosanitarios, etc. Estos comparadores independientes han dejado de funcionar el 1 de diciembre de 2020, y se ha creado un comparador único, denominado [Care Compare](#). Este comparador permite buscar información en relación a diversos servicios – hospitales, centros de salud de atención primaria, centros residenciales para personas mayores, servicios de atención domiciliaria... – y elegir un centro determinado. La información que se ofrece en relación a ese centro incluye la calificación obtenida –entre una y cinco estrellas–, los detalles del centro (número de plazas, titularidad, etc.– y los resultados parciales obtenidos por el centro en las tres dimensiones analizadas: atención sanitaria y de seguridad, personal y calidad de la atención.

También se incluyen en relación a cada centro notas de alerta, por ejemplo en el caso en el que la entidad haya sido apercibida o investigada por alguna infracción o vulneración de derechos de las personas residentes.

En ese sentido, la información que recoge el Care Compare es muy similar a la que recogía el llamado [Nursing home compare](#), que estaba únicamente centrado en los centros residenciales. La información de esta web se deriva de las siguientes fuentes:

- La base de datos de las evaluaciones realizadas por el CMS, que incluye:
 - o las características de los centros,
 - o las deficiencias detectadas en las tres últimas evaluaciones,
 - o las quejas de las que ha sido objeto,
 - o 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.
- 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.

La tabla siguiente recoge la información más relevante recogida para cada centro en la aplicación. En la mayor parte de los ítems, se recoge tanto el valor correspondiente al centro como la media del Estado y de todo el país.

Tabla 9. Información que ofrece la página web *Care Compare* para centros residenciales

| Tipo de contenido | Información concreta sobre el centro residencial |
|---|---|
| Información general sobre el centro residencial | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de calificación del servicio mediante estrellas, que van de 1 a 5 estrellas. |
| Inspecciones sanitarias y de seguridad contra incendios | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En este apartado, el comparador recoge el número de inspecciones sanitarias y de seguridad realizadas por la administración estatal, así como el número de citaciones e infracciones ▪ Se accede además desde este campo al texto de los informes de inspección emitidos. |
| Personal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número medio de residentes / día. ▪ Horas de enfermera titulada por residente / día ▪ Horas de auxiliar por residente / día ▪ Horas de fisioterapeuta por residente / día |
| Calidad de la atención residencial | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corta estancia: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. |
| Sanciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multas. ▪ Denegación del pago de Medicare o Medicaid. |

El comparador también ofrece información en relación los servicios de atención domiciliaria, a partir de un modelo similar. En este caso, la calificación obtenida por cada centro se deriva de dos fuentes: la información obtenida del sistema OASIS y una [encuesta de satisfacción](#) administrada a las personas usuarias y sus familiares.

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.

e) Otras herramientas

Se resumen a continuación otras herramientas de interés en el marco del modelo de gestión de la calidad en Estados Unidos.

Programa de Mejora de la Calidad en la Organización

El programa [Quality Improvement Organization](#) (QIO) de *Medicare* surge con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, el coste 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 éste únicamente paga por los servicios necesarios ofrecidos por los centros apropiados.
- Proteger a las persona beneficiarias en caso de vulneración de alguno de sus derechos.

Los QIO son entidades privadas, la mayoría de ellas sin ánimo 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:

- QIOs 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.
- QIOs centrados al trabajo en red de innovación en la calidad (*Quality Innovation Network - QIN*). La labor de estos QIOs 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.

Programa para garantizar la calidad y mejorar el rendimiento

A finales de 2016 se implementó el programa [Quality Assurance & Performance Improvement Program](#) (QAPI, en adelante) en los centros residenciales estadounidenses. QAPI consiste en 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.

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, el programa QAPI tiene que estar orientado a todos los aspectos de la atención y la gestión. El programa 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.

Programa Defensor del Pueblo de la atención a la dependencia

La Ley *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:

- 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 tienen acceso, de forma sencilla e inmediata, a los servicios del Defensor.
- 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.

A título orientativo, 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. 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.

2.7. Otros países

Como se ha señalado previamente, en este apartado se resumen de forma más resumida otros organismos, herramientas e iniciativas que se han considerado de interés y que se desarrollan en diversos países. Agrupadas por países, estas referencias no describen el conjunto del sistema existente en cada uno de ellos, como en los epígrafes anteriores, sino que recogen algunas iniciativas de interés que podrían formar parte de un modelo de gestión de la calidad en el ámbito de los servicios sociales y/o la atención a la dependencia en Castilla y León.

2.7.1. España

España no cuenta con un marco común de gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia, más allá de los elementos establecidos –pero escasamente desarrollados– en los artículos 34 y 35 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, así como en los acuerdos 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 y 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.

Tampoco puede decirse que las CCAA hayan establecido sistemas, herramientas u organismos equiparables a los que se han descrito en los capítulos anteriores, aunque sí existen organismos, herramientas o iniciativas que realizan actividades de interés en este ámbito. Por ello, se hace referencia en este epígrafe a algunos organismos o herramientas que podrían resultar de interés de cara al diseño de una plataforma para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia.

- a) Acreditación de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) gestiona un modelo de sistema de [acreditación de calidad](#) para residencias, centros de día y ayuda a domicilio. Se trata según sus promotores

de un sistema consensuado por expertos en geriatría y gerontología con amplia experiencia en servicios sociales y sanitarios de atención a personas mayores, que establece unos requisitos o estándares de calidad y gestión adecuados para ofrecer seguridad y garantía a las personas mayores y profesionales de los servicios

El sistema se diseñó por un equipo interdisciplinar de siete expertos de la SEGG entre 2010 y 2012, cuenta con varios ciclos de actualizaciones, hasta llegar a la versión 3.0 en 2020. Se inició con el primer servicio en 2013 y hasta 2020 han pasado por el sistema de acreditación un total de 36 servicios, en ocho Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Madrid y Murcia). El sistema Acreditación SEGG v3.0 de 2020 está centrado en la persona mayor como elemento vertebral de todos los ejes y establece tres niveles de acreditación (acreditado, avanzado y excelente) que permiten al servicio establecer un itinerario de mejora continua. El servicio después de haber sido analizado o revisado con una visita de auditoría y en el caso de superar los estándares, obtiene un certificado y un sello de acreditación de la SEGG, como reconocimiento a una atención de calidad a las personas

El modelo se articula en cuatro ejes –Modelo, organización y funcionamiento; Dirección de personas; Atención y cuidados; Resultados y mejora –que, a su vez, se estructuran en 32 áreas y un número variable de criterios en función del tipo de centro (239 criterios en residencias, 186 en centros de día y 149 en Ayuda a domicilio. En residencias y centros de día incorpora 27 criterios específicos ante pandemias).

- b) Sistema de indicadores de calidad para la gestión de centros de atención secundaria de Cataluña

Pese a su antigüedad, cabe hacer también referencia al sistema de indicadores de calidad para la gestión de centros de servicios sociales de atención secundaria promovido por el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, dependiente de la Generalitat de Catalunya. La colección fue elaborada por la Subdirección General de Programación y Evaluación del ICASS y por el Instituto Universitario Avedis Donabedian y constaba de ocho guías de indicadores de calidad:

- Indicadors de qualitat: clubs socials d'atenció a persones amb malaltia mental ([2009](#))
- Indicadors de qualitat: llars residència i pisos amb suport per a persones amb sida ([2009](#))
- Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències ([2009](#))
- Indicadors de qualitat: serveis de centres de dia per a gent gran ([2010](#))
- Indicadors de qualitat: serveis residencials assistits per a gent gran ([2010](#))
- Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport extens o generalitzat ([2010](#))
- Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport extens o generalitzat ([2010](#))
- Indicadors de qualitat: serveis prelaborals per a persones amb malaltia 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. 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 desarrollada”. 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
- c) Modelo ACP Gerontología: evaluación de los servicios gerontológicos desde el paradigma de la Atención Basada en la Persona (ACP)

A partir de los trabajos desarrollados por el Grupo de Investigación sobre Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo, y partiendo del modelo [ACP-Gerontología](#) de Teresa Martínez Rodríguez, se 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 los 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.
- Por otra, una batería de 50 indicadores derivados del Modelo ACP Gerontología elaborado por Teresa Martínez, articulados en dos dimensiones: prácticas centradas en la persona (conoci-

miento, 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 atención centrada en la persona (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 atención centrada en las personas. 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 diana 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 diana (11 procesos de atención y vida cotidiana y 5 procesos del entorno).

Cada proceso diana 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. A su vez, cada acción o metodología clave 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.

d) Estándares y proceso de certificación 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 [servicios de atención diurna](#) y los [servicios 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.

e) Fundación Avedis Donabedian

La Fundación Avedis Donabedian (FAD) se fundó en 1989 y es el órgano gestor del Instituto Universitario Avedis Donabedian, constituido en 2006. Está adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona, como centro con personalidad jurídica propia. Su misión es colaborar con los profesionales, centros, administraciones públicas, organizaciones de ciudadanos y profesionales y otras instituciones públicas

y privadas con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sociales que reciben los ciudadanos.

Entre sus funciones están las de contribuir a la mejora de la calidad y a la seguridad de las organizaciones de atención a la dependencia y de servicios sociales, promover la investigación y el desarrollo científico, comunicar y transferir los resultados de la investigación a la práctica de las organizaciones de atención a la dependencia y de servicios sociales y favorecer la acción social centrada en la persona, promoviendo la calidad de vida y la participación de las personas atendidas, las familias o referentes sociales y de los diferentes grupos de interés para identificar oportunidades de mejora.

Para ello, esta entidad desarrolla diversas líneas de acción, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Elaboración de manuales de buenas prácticas
- (Re)diseño de procesos de atención
- Mejora de la calidad mediante la evaluación de indicadores
- Evaluación de programas y servicios
- Proyectos en red en el área social
- Diseño y soporte en el desarrollo de planes de calidad
- Soporte a la acreditación de la Joint Commission International
- Soporte a la certificación ISO

f) Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas Ivalúa

El Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas ([Ivàlua](#)) es un consorcio público constituido por las siguientes instituciones:

- Generalidad de Cataluña, a través del Departamento de la Vicepresidencia y de Economía y Hacienda
- Diputación de Barcelona
- Universidad Pompeu Fabra

Su objetivo básico es el de promover la cultura de la evaluación de políticas públicas entre las administraciones públicas en Cataluña, las entidades sin ánimo de lucro que persigan fines de interés público y entre la ciudadanía en general. Para ello desarrolla tres líneas básicas de acción:

- Evaluación de políticas públicas y asesoramientos
- Formación y generación de recursos formativos
- Promoción y difusión de la evaluación

Si bien no se trata, como se ha visto, de un centro especializado en la gestión de la calidad en el ámbito de la atención a la dependencia, el centro ha desarrollado diversas evaluaciones, revisiones sistemáticas

y proyectos de colaboración con entidades sociales en relación a cuestiones relacionadas con las [políticas sociales](#).

- g) Elaboración de estándares y transferencia del conocimiento en materia de calidad en Servicios Sociales: la Fundación Eguía Careaga

La Fundación Eguía Careaga –autora 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 –actualmente en proceso de rediseño– 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:
 - o Un banco de recomendaciones de buenas prácticas, de fácil consulta, que permite acceder directamente al contenido de cada recomendación¹².
 - o 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.
 - o 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 publicaciones destinadas 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.
 - o Por una parte, el manual de aplicación del proceso de [Garantía de Calidad SII-Kalitatea 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 trata de 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.

¹² 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 otra, el manual [Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles?](#) en el que se 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, entre la esfera privada y la pública, entre el ámbito residencial como lugar de vida y 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](#)

2.7.2. Australia

- a) La Real Comisión para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores

Australia ha establecido una Real Comisión para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores ([Royal Commission into Aged Care Quality and Safety](#)) responsable de diseñar un nuevo modelo de atención a las personas mayores. La Comisión no ha elaborado aún sus conclusiones definitivas, pero ha publicado diversos informes parciales, así como investigaciones monográficas sobre aspectos específicos. Uno de esos [informes](#) se refiere de forma específica al uso de indicadores de

calidad en la atención a las personas mayores, tanto en el marco australiano como en el marco internacional. El informe señala que, si bien existe abundante heterogeneidad en lo que se refiere a los indicadores utilizados, existen una serie de áreas y dimensiones contempladas en casi todos los sistemas.

- Limitaciones y capacidades para las actividades de la vida diaria
- Uso de restricciones físicas
- Cambios en las capacidades cognitivas y en el estado anímico, y síntomas conductuales
- Úlceras de presión
- Pérdida de peso
- Caídas y fracturas
- Incontinencia
- Dolor
- Uso de medicación antipsicótica

El informe identifica un total de 350 indicadores utilizados en el ámbito de la atención residencial, así como 50 indicadores utilizados en el ámbito de la atención domiciliaria, y propone una batería específica de indicadores aplicables en las residencias australianas. Esos indicadores hacen referencia a los siguientes elementos:

- Calidad de la atención relacionada con dispensación de los medicamentos
- Caídas y fracturas
- Reingresos hospitalarios
- Hospitalización por demencia / delirio en personas con demencia
- Dolor (uso crónico de opiáceos)
- Mortalidad prematura
- Úlceras por presión
- Utilización de planes de atención y revisiones de medicamentos
- Pérdida de peso / desnutrición

b) Programa Nacional de Indicadores de Calidad

Desde 2019, el Gobierno australiano impulsa el Programa Nacional de Indicadores de Calidad ([National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program](#)). El programa recoge datos de indicadores de calidad de los servicios de atención a las personas mayores con periodicidad trimestral. Cada servicio debe reportar información relativa a cada usuario en relación a los siguientes indicadores:

- úlceras por presión

- uso de la restricción física
- pérdida de peso no planeada.

A partir del 1 de julio de 2021, habrá indicadores de calidad adicionales que los servicios deberán reportar:

- caídas y lesiones graves
- manejo de la medicación.

El Instituto Australiano de Salud y Bienestar ([AIHW](#)) publica trimestralmente los indicadores recogidos. A diferencia de los esquemas descritos en otros países, los resultados no se desagregan por centros, sino que se detallan a nivel nacional, estatal y territorial en la web [GEN Aged Care Data](#). La web constituye un portal público especializado en la provisión de datos e información relativa a la atención a las personas mayores en Australia. Entre otros datos, la web ofrece un sencillo [sistema de visualización de datos](#) que permita obtener los valores relativos a los indicadores analizados a nivel de todo el país y a nivel de cada Estado.

Además de los indicadores de calidad obtenidos de esta forma, el Instituto Australiano de Salud y Bienestar (AIHW) desarrolla una [encuesta](#) sobre la experiencia de las personas usuarias en el que se interroga a las personas usuarias de diversos servicios diez cuestiones sobre tres ámbitos básicos:

- El entorno de cuidados (social, físico, funcional)
- Los aspectos organizativos de la atención prestada
- Respeto y autonomía

Ambas operaciones –la encuesta de personas usuarias y los indicadores de calidad remitidos por los centros– se derivan en gran medida de los [estándares de calidad](#) establecidos por el Comisionado para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores ([Aged Care Quality and Safety Commissioner](#)), de cumplimiento obligado para todos los centros residenciales y de atención diurna, así como servicios de asistencia domiciliaria, que reciben financiación pública. Los ocho estándares básicos se refieren a los siguientes aspectos:

- Dignidad y elección de las personas usuarias
- Evaluación permanente de las necesidades y planificación conjunta
- Cuidados personales y de salud
- Servicios y apoyos para la vida cotidiana
- Entorno físico
- Quejas y reclamaciones
- Recursos humanos
- Gestión y organización

En la línea del *Care Inspectorate* escocés o el *Socialtyrelsen* sueco, el Comisionado para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores australiano:

- regula, acredita, evalúa y supervisa los servicios de atención a las personas mayores prestados por el Gobierno australiano,
- determina los requisitos de cumplimiento que se imponen a los proveedores, así como las sanciones derivadas de su incumplimiento.
- Resuelve las quejas sobre estos servicios.

2.7.3. Reino Unido

En la sección anterior se ha analizado en detalle el caso de Escocia. En este apartado se recoge, de forma más resumida, algunas herramientas que se utilizan en el conjunto del Reino Unido o, de forma particular, en Inglaterra

a) La *Care Quality Commission* inglesa

Con funciones similares al *Care Inspectorate* escocés, la Comisión de Calidad de la Atención ([*Care Quality Commission*](#) (CQC) inglesa 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 deben 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.

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.

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.

La *Care Quality Commisión* desarrolla un sistema de evaluación y publicación de resultados muy similar al que desarrolla en Escocia el *Care Inspectorate*.

b) El Marco de Indicadores sobre la Atención Social (ASCOF)

En 2011 el Departamento de Salud elaboró el denominado 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. Aunque el actual Gobierno ha relegado este sistema, durante un tiempo ASCOF fue en una pieza clave de la estrategia política de impulsar mejoras en la atención social a través de la medición de resultados. El objeto de este sistema es el de hacer un seguimiento de la aplicación de la normativa sobre los servicios sociales a nivel local, y no se relaciona por tanto 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 que se aplica sobre los territorios, y no sobre los centros, como en el caso de la mayor parte de los sistemas analizados en este informe. Los indicadores que contempla el sistema 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.

La tabla siguiente recoge el listado de indicadores del *Adult Social Care Outcomes Framework* (ASCOF) clasificados en función del dominio al que pertenecen.

Tabla 10. Listado de indicadores de Adult Social Care Outcomes Framework – ASCOF, clasificados en función del dominio al que pertenecen

| Dominio | Indicador |
|-----------------------------------|---|
| Mejorar la calidad de vida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad de vida asociada a la atención social ▪ Calidad de vida asociada a la atención social - ajustado ▪ Proporción de personas usuarias que sienten que tienen control sobre su vida diaria ▪ Proporción de personas que reciben prestaciones personalizadas/presupuestos individuales ▪ Calidad de vida vinculada a cuidadores ▪ Proporción de personas usuarias que sienten que tienen las relaciones sociales que desean |
| Retrasar la necesidad de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión a centros residenciales |
| Satisfacción en la atención | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de personas usuarias que se muestran satisfechas con la atención ▪ Proporción de personas cuidadoras que se muestran satisfechas con la atención ▪ Efectividad de la integración y continuidad de servicios ▪ Proporción de personas cuidadoras que dicen haber sido consultadas en torno a la persona que cuidan ▪ Proporción de personas cuidadoras y usuarias que consideran que acceden fácilmente a la información sobre servicios y prestaciones |
| Salvaguardar y proteger | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporción de personas usuarias que se sienten seguras ▪ Proporción de personas usuarias que aseguran que sienten que los servicios recibidos les han hecho sentirse seguras |

Fuente: elaboración y traducción propia

Para cada uno de los indicadores, el manual ofrece una ficha técnica que detalla, entre otros:

- *Title*: título del indicador e identificador.
- *Outcome*: eje y resultado al que se vincula.
- *Definition*: anotaciones para la comprensión e interpretación del indicador,
- *Alignment*: vinculación con la *NHS Outcomes Frameworks*
- *Risk Adjustment*: determinación de los factores que podrían afectar el resultado y recomendaciones sobre los ajustes a realizar.
- *Formula*: cálculo y medición del indicador, con una definición precisa de sus componentes.
- *Worked example*: ejemplo sobre la aplicación de la fórmula.
- *Frequency of collection*: periodicidad con la que debe recogerse el dato.
- *Data source*: fuente de origen del dato, que puede ser combinado.

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](#). 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 ([NHSDigital](#)) 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 manera, 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 Support](#), SALT). Esta encuesta 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 [NHSDigital](#). Los municipios disponen de una serie de [guías](#) y material de apoyo para la correcta recopilación de los datos.

Los últimos datos publicados en el marco de este sistema se refieren al año [2018](#) y permiten desagregar los resultados a nivel local, al objeto de comparar el funcionamiento de los servicios sociales en el conjunto de los municipios ingleses.

- c) Social Care Institute for Excellence (SCIE)

El Instituto británico para la Excelencia en la Atención Social ([SCIE](#)) es una entidad sin ánimo 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. De acuerdo a su propia definición, los objetivos del SCIE son los de coproducir, compartir y apoyar el uso del conocimiento y la evidencia disponible sobre lo que funciona en la práctica en el ámbito de los servicios sociales.

El SCIE constituye una referencia en el ámbito de la investigación, la innovación, la documentación y la consultoría en materia de servicios sociales en el Reino Unido. El centro ha pasado de estar fundamentalmente financiado por la administración pública a operar como consultora, desarrollando proyectos de investigación, innovación, asesoramiento y consultoría a muy diversos agentes. Además, el SCIE realiza una labor de información y difusión de recursos profesionales

2.7.4. Canadá

El sistema de atención a la dependencia en Canadá está ampliamente descentralizado, y las principales competencias de regulación, inspección, evaluación y provisión de servicios son competencia de las diferentes provincias. Se recogen por ello, por una parte, una institución de ámbito federal –el Instituto Canadiense de Información sobre Salud– y, por otra parte, dos organismos provinciales, con funciones diferentes, implantados en Ontario y en Quebec.

a) El Instituto Canadiense de Información sobre Salud (CIHI)

El Instituto Canadiense de Información sobre Salud ([CIHI](#)) ofrece datos estadísticos y análisis sobre la situación sanitaria y los recursos sociosanitarios en todo el país. Entre sus funciones cabe destacar la gestión de un sistema de indicadores de calidad orientados a los servicios de atención a la dependencia, denominado *Continuing Care Reporting System* ([CCRS](#)). Se calcula que participan en el sistema el 60% de los centros residenciales del país, ya que la cobertura no es completa en algunas provincias.

Como en el caso norteamericano, la información que se obtiene para CCRS proviene del [RAI-MDS 2.0](#) de InterRAI. Mediante esta escala se recoge información individual en relación a cuestiones tales como función cognitiva, visión, bienestar psicosocial, continencia, condiciones de salud, estado de la piel, tratamientos/procedimientos, comunicación, audición, estado de ánimo y comportamiento, función física, estado nutricional o patrones de actividad.

Los resultados del sistema se pueden consultar, para cada centro, a través de un [portal web](#) gestionado por el CIHI. El portal permite identificar los centros residenciales y hospitales de forma individual y ofrecer indicadores agrupados en tres grandes áreas: seguridad, adecuación y efectividad, y estado de salud. En algunos casos, los indicadores recogen las principales características de la población residente en cada centro, mientras que otros indicadores están más orientados a los procesos y resultados de la atención, con lo que puede pensarse que se trata al mismo tiempo de un sistema de información y de un sistema de indicadores de calidad. Los indicadores obtenidos para cada centro se comparan con los correspondientes a la provincia en la que se ubica y al conjunto del país:

Tabla 11. Indicadores de calidad en el marco del CCRS

| Dominio | Indicador de calidad |
|---|---|
| Datos sociodemográficos de las personas residentes | % de residentes mayores de 85 años |
| | % de residentes menores de 65 |
| | % de residentes mujeres |
| | % de residentes con demencia |
| | % de residentes con insuficiencia cardíaca congestiva |
| Seguridad | Caídas en los últimos 30 días |
| | Escaras empeoradas en los últimos 30 días |
| Adecuación y efectividad | Uso potencialmente inadecuado de antipsicóticos |
| | Uso de restricciones |
| Estado de salud | Mejora del funcionamiento físico |
| | Empeoramiento del funcionamiento físico |
| | Empeoramiento de síntomas depresivos |
| | Prevalencia de dolor |
| | Empeoramiento del dolor |

Fuente: Elaboración propia

El sistema permite elaborar mapas comparativos y gráficos de evolución, así como seleccionar los centros que obtienen mejores resultados en cada provincia.

El sistema también permite obtener indicadores de base territorial, relacionados con el funcionamiento y el alcance de los servicios sociales y de salud a escala local y territorial, así como con los indicadores de calidad asistencial previamente señalados.

- b) La Agencia para la Calidad de la Salud y el Programa de Inspecciones de la Calidad Residencial de Ontario

La Agencia de Calidad de Salud de Ontario ([Health Quality Ontario](#)) desarrolla tres funciones principales: informar y ofrecer datos sobre el desempeño del sistema de salud, identificar la evidencia disponible sobre las prácticas más efectivas y trasladar esa evidencia a estándares clínicos, y recomendaciones de buena práctica.

En ese marco, la Agencia publica una serie de indicadores de calidad relativos a la atención residencial y la atención a domicilio de personas dependientes. En el caso de los [centros residenciales](#), el sistema permite identificar cada centro registrado en una ciudad o región determinada y ofrecer para el centro en cuestión una serie de indicadores, que en general coinciden con los que están disponibles en el marco del antes descrito CCRS. En el caso de los [servicios a domicilio](#), el sistema ofrece una docena de indicadores, que se desagregan a nivel territorial, pero no a nivel de entidad prestadora del servicio.

El papel de esta agencia es complementario del que desarrolla el Ministerio de Salud y Dependencia, responsable de la autorización y la inspección de los centros mediante su programa de inspección ([Long-Term Care Home Quality Inspection Program](#)), así como de la gestión de las [quejas y las reclamaciones](#). En el marco de este programa, todos los centros son sometidos a una completa inspección, de la cual se derivan dos informes: uno de ellos es confidencial y se reserva a la entidad, mientras que el otro es de acceso pública y se publica en [internet](#). Como ocurre en otros casos descritos en este informe, el buscador permite localizar cada uno de los centros autorizados y consultar tanto los datos generales del centro como sus informes de evaluación.

La combinación de las dos herramientas permite a las personas usuarias, para cada centro autorizado, identificar tanto los [informes de inspección](#) como sus [indicadores básicos](#).

- c) El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Servicios Sociales de Quebec

Desde una perspectiva diferente a la que se viene describiendo en la mayor parte de las experiencias analizadas, el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Servicios Sociales de Quebec ([INESSS](#)) busca

fundamental acercar la evidencia científica a los/as profesionales que trabajan en Quebec en el ámbito de la salud y los Servicios Sociales. En ese marco, el centro elabora “productos de conocimiento”¹³, que consisten tanto en revisiones sistemáticas sobre la efectividad de determinadas intervenciones, como herramientas de respuesta rápida que pretenden recoger en documentos breves y accesibles la evidencia disponible sobre una temática determinada.

Los [productos de conocimiento](#) se dividen entre los que incluyen recomendaciones concretas y los que no lo hacen, y se diferencian varios tipos de productos: las [notas](#), las [guías y normas](#), los [estados de conocimiento](#), los [estados de la práctica](#) y las [revisiones sistemáticas](#).

2.7.5. 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 de tiempo, Portugal ha implementado un sistema nacional de servicios de atención social, con unas ratios de cobertura cercanos a la media de la Unión Europea. Históricamente, 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, a día de hoy, la atención informal proporcionada por familiares sigue siendo el principal agente del sistema.

En cuanto a la gestión de la calidad, el enfoque portugués se centra principalmente en la evaluación del cumplimiento de requisitos técnicos o de proceso, dejando en segundo plano aspectos tales como la calidad de vida de la persona usuaria. 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. 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.

En el marco de esta política de calidad, entendida como un proceso de mejora continua, surge en 2006 de la [Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI](#), dependiente tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social. La red acoge en su seno la Unidad de Misión para los Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), que se encarga de definir unos 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 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*, 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

¹³ En el marco del INESS, un producto del conocimiento es una publicación científica del Instituto elaborada de conformidad con un proceso y metodología que cumple con las normas establecidas y tiene por objeto apoyar la organización y la toma de decisiones clínicas.

Los indicadores que se recogen en esta plataforma están alineados con los objetivos y factores clave de la Red RNCCI. Los objetivos son:

- Apoyar a los familiares o a los/as cuidadores/as informales, en la cualificación y en la prestación de cuidados
- Garantizar un acceso adecuado a los servicios.
- Garantizar la movilidad entre las diferentes respuestas de la Red.
- Mejora continua de la calidad de la Red
- Prevenir lagunas en servicios y equipos

A partir de esos objetivos, el sistema identifica una serie de factores clave y asigna a cada uno de ellos un indicador cuantitativo, especialmente orientados a la gestión del sistema y no tanto a la atención residencial propiamente dicha. El sistema contempla, en total, 26 indicadores.

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](#).

3. Modelos, organismos, herramientas e indicadores

3.1. Introducción

A partir de las experiencias analizadas en las páginas anteriores, en este capítulo se recogen, desde una perspectiva más transversal, los modelos, las tendencias, los organismos, las herramientas y las dimensiones o indicadores más destacables y/o que pueden resultar de mayor interés de cara a la creación de un sistema similar en Castilla y León.

3.2. Modelos y tendencias

Desde un punto de vista teórico, el análisis de los casos internacionales que se ha realizado permite distinguir modelos diferentes, así como algunas tendencias y rasgos comunes a la mayor parte de los países analizados.

En lo que se refiere a los modelos, se pueden identificar al menos cuatro:

- El primer modelo corresponde a los países que diferencian la inspección de los servicios de la evaluación de la calidad y, además, orientan sus modelos a la publicación de los resultados de las evaluaciones y los informes de inspección, así como al establecimiento de notas o calificaciones para cada centro. Se trata en ese sentido de modelos que priman la transparencia y que –en líneas muy generales– centran en la inspección el control de los elementos más orientados a los procesos y las estructuras, mientras que centran en la fase de la evaluación el análisis de los resultados. Forman parte de este modelo –dentro de los países analizados– USA, Holanda, Ontario y Alemania.

El caso de USA y de Canadá destaca también por el uso de las escalas de valoración de la familia InterRAI para la obtención de los indicadores, mientras que en Alemania los indicadores y criterios de calidad se derivan del consenso entre las Cajas del Seguro de Dependencia y las entidades proveedoras.

- El segundo modelo corresponde a los países que atribuyen a una sola entidad o agencia pública la práctica totalidad de las funciones señaladas: regulación, autorización, registro, inspección y evaluación. Estos países comparten con los anteriores sin embargo el desarrollo de sistemas de publicación de indicadores e informes de evaluación de los centros. Corresponden a este modelo países como Inglaterra o Escocia, así como Australia (si bien este último país no publica los resultados de las evaluaciones). Es importante señalar que esta entidad con capacidad inspectora es independiente de los niveles de la administración responsables de la provisión de los servicios.
- Al igual que los países integrados en el primer modelo, Suecia cuenta con un organismo específico destinado a la inspección –también independiente de los niveles de la administración responsables de la provisión de los servicios– y otro organismo orientado a la publicación de indicadores, elaboración de estadísticas, recomendaciones y normativas, etc. El sistema sueco está sin embargo más orientado a la comparación entre centros y el aprendizaje mutuo que a la publicación de indicadores o de las inspecciones individuales.
- Francia ha desarrollado un modelo también particular, basado fundamentalmente en la concertación tripartita –entidad proveedora, Agencia de Salud y Departamento responsable de los servicios sociales– y las evaluaciones internas y externas. También juegan un papel importante en el modelo francés las recomendaciones y directrices de buena prácticas establecidas por la Alta Autoridad de Salud. En el caso francés, evaluación e inspección

también se diferencian, y no se han desarrollado sistemas de publicación de resultados ni de calificaciones para los centros.

Casi todos los países comparten por otra parte algunas tendencias y rasgos comunes:

- Creciente importancia del concepto de libre elección de las personas usuarias y de las lógicas “mercantiles” de competencia entre proveedores, con el consiguiente énfasis en todos los aspectos relacionados con la transparencia.
- Creciente asunción de un paradigma orientado genéricamente a la atención centrada en la persona, definida en todo caso mediante muy diversas dimensiones e indicadores. Las cuestiones como la calidad de vida, los derechos de las personas usuarias, la autodeterminación, la capacidad de elección, los apoyos para el desarrollo de proyectos de vida... están presentes en todos los sistemas analizados.
- Mayor atención a los centros residenciales que a los recursos comunitarios o domiciliarios. Como se ha señalado en otros trabajos, es patente el menor 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.
- Creciente orientación hacia los resultados medidos en términos de calidad de vida, en detrimento de los modelos basados en la inspección de procesos y estructuras (*from checking inputs to assessing outcomes*) y tendencia hacia la desregulación normativa. Algunos de los modelos analizados se caracterizan por marcos reguladores muy laxos y genéricos, que contrastan con la compleja y profusa regulación normativa que caracteriza a otros países. Al mismo tiempo, puede decirse que en la mayor parte de los países se presta una mayor atención a los indicadores de resultados relacionados con la calidad de vida, frente a los indicadores de proceso o de estructura.

En ese sentido, se pueden distinguir en el marco internacional dos enfoques alternativos:

- 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*) y 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 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, basados en criterios y estándares de calidad, a través de los cuales se establecen los resultados que los centros y servicios han de alcanzar.

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 de personal. 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.

- Inclusión frecuente de estos modelos en el marco de la atención sanitaria y/o del conjunto de los servicios sociales. Cabe señalar, por último, que la práctica totalidad de los modelos analizados en enmarcan, competencial y organizativamente hablando, en el ámbito de la salud. Si bien algunos de estos sistemas u organismos se centran en el ámbito de la atención a las personas mayores y/o de los Servicios Sociales, la mayoría de ellos se ubica en el ámbito de la salud. La Alta Autoridad de Salud francesa, la Agencia de Calidad de Salud de Ontario, el Consejo Nacional de Salud y Servicios Sociales de Suecia, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad de Alemania o el Instituto Canadiense de Información sobre Salud son ejemplos de este enfoque.

Existen también sin embargo entidades exclusivamente centradas en la atención a las personas mayores dependientes, como el Comisionado para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores de Australia, o en el conjunto de los servicios sociales, como el *Care Inspectorate* escocés y la *Care Quality Commission* inglesa.

3.3. Organismos

En este apartado se recoge una descripción básica de los organismos relacionados con la gestión de la calidad en los países analizados que, por diferentes razones, se han considerado de mayor interés:

- En Alemania, los Servicios Médicos de los Seguros de Enfermedad (*Medizinischen Dienst der Krankenversicherung*, [MDK](#)) están gestionados de forma conjunta por los Seguros de Salud y de Dependencia a nivel estatal (es decir, existe uno en cada Estado). Asumen 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 contratar y definir los servicios, los MDK son los responsables de la realización de las inspecciones y de la evaluación de la calidad 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 y la gestión de las reclamaciones realizadas por las personas usuarias

Por su parte, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad ([Medizinischer Dienst der Spitzenverband](#) o MDS) es responsable de la elaboración de los criterios que regulan la evaluación los servicios de atención domiciliaria y residencial prestados por los proveedores privados y de la definición del marco de evaluación, así como de la publicación de los informes individuales de los centros. Además, cada tres años, el MDS publica su informe sobre la calidad de la atención domiciliaria y residencial. Finalmente, el MDS tiene la responsabilidad de colaborar con el resto de los agentes en la definición e implementación de los estándares expertos. Las principales características de esta entidad son las siguientes:

- 86 personas empleadas
 - Es financiada por las Cajas del Seguro de Enfermedad y tiene un presupuesto de 13 millones de euros
 - Centra su trabajo tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito de la dependencia
 - En el ámbito de la salud desarrolla funciones relacionadas con la evaluación diversos servicios
- En Francia, la Alta Autoridad de Salud ([HAS](#)) es responsable de la definición de las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario, de la definición de los criterios para el desarrollo de evaluaciones de centros y servicios y de la habilitación de los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios. Se orienta al conjunto de los servicios sociales y sanitarios y asume las funciones de evaluación y generación de buenas prácticas que hasta 2018 realizaba la *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* (ANESM), que dejó de funcionar en 2018. Sus funciones básicas son:
- Evaluar medicamentos, dispositivos médicos y actos profesionales con miras a su reembolso.
 - Recomendar buenas prácticas profesionales y desarrollar recomendaciones sobre vacunas y salud pública
 - Medir y mejorar la calidad en hospitales, clínicas, servicios médicos locales, y estructuras sociales y sociosanitarias.

La Alta Autoridad de Salud dirige sus servicios tanto al ámbito social como al sanitario y, dentro del social, se centra tanto en el ámbito de la dependencia como de la exclusión social y la protección de menores. Su presupuesto es de 53 millones de euros y cuenta con cerca de 1.400 colaboradores y expertos/as externos.

- En Suecia, el Consejo de Salud y Servicios Sociales ([Socialstyrelsen](#)) es responsable de regular los servicios sociales y de promover la gestión del conocimiento en ese campo, lo que se traduce en la generación y publicación de recomendaciones, directrices, estadísticas e investigaciones sobre los diferentes servicios. Se trata de una agencia pública, dependiente del Ministerio de Salud y Servicios Sociales y es responsable, entre otros, del sistema de comparaciones abiertas y de las encuestas a las que se ha hecho previamente referencia.

Al igual que la Alta Autoridad de Salud Francesa o el MDS alemán, el Consejo de Salud y Servicios Sociales tiene competencias –como su propio nombre indica– tanto sobre los servicios sociales como sobre los servicios de salud (epidemiología, seguridad del paciente, evaluación de servicios sanitarios, gestión de registros, elaboración de estadísticas, ordenación de las profesiones sanitarias, etc.). En el ámbito de los Servicios Sociales, sus funciones abarcan diferentes temáticas y colectivos (discapacidad, menores, dependencia, salud mental) y sus funciones incluyen:

- Elaboración de la regulación que afecta al funcionamiento de los centros y servicios

- Elaboración de recomendaciones y directrices de buenas prácticas (*nationella riktlinjer*)
- Mantenimiento de un sistema de información y comparación intermunicipal, que permite comparar la atención ofrecida en los diferentes municipios (*Oppna jamforelser*).
- Diseño y desarrollo de proyectos piloto para la mejora de la atención

En la medida en que las competencias de inspección son asumidas por la Inspección de Salud y Servicios Sociales (IVO), el Consejo de Salud y Servicios Sociales carece de competencias vinculantes en relación a la apertura de los centros o a su inspección, aunque tiene entre sus funciones la elaboración de normativa, que sí tiene carácter vinculante. El [Consejo](#) cuenta con unos 700 profesionales.

- En Escocia, el [Care Inspectorate](#) es un organismo oficial responsable de la regulación y la inspección de los servicios sociales y de salud, así como de la mejora de la calidad de la atención en estos servicios. Su función es la de inspeccionar si los servicios cumplen con los estándares establecidos y la de acompañar a las entidades prestadoras de servicios en los procesos de mejora, al objeto de que todas las personas usuarias reciban una atención segura y de alta calidad, adaptada a sus necesidades, derechos y opciones.

Este organismo es competente en relación al conjunto de los servicios sociales –personas mayores, personas con discapacidad, desprotección de menores y atención infantil, enfermedad mental, etc.–, así como algunos servicios en el ámbito de la justicia y la educación infantil. Cuenta con una plantilla de 600 personas y con 14 delegaciones en todo el territorio escocés. De acuerdo al [documento](#) en el que se resumen sus funciones, el Care Inspectorate inspecciona anualmente casi 13.000 centros y servicios, y atiende en torno a 1.400 quejas. Del total de centros, 826 son residencias para personas mayores y 1.030 empresas de asistencia domiciliaria.

- En Holanda, la agencia de Inspección de Salud y Juventud ([Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd - IGJ](#)) supervisa la calidad y seguridad de la atención brindada por los proveedores de servicios y es desde ese punto de vista la responsable de las inspecciones de calidad que se realizan a los centros residenciales y entidades prestadoras de servicios de atención a domicilio. El Instituto es en ese sentido responsable de inspeccionar la calidad de los cuidados que se prestan en el ámbito sociosanitario, especialmente en el caso de las personas con necesidades complejas que residen en sus domicilios. En ese contexto, sus objetivos son:
 - mejorar la calidad y la seguridad de la atención a las personas con necesidades complejas que viven en su entorno doméstico;
 - promover la cooperación y la cohesión en las redes de atención;
 - mejorar la colaboración con los supervisores locales de los municipios.

En ese marco, las inspecciones del Instituto se realizan a dos niveles y se refieren tanto a la calidad de la atención prestada por las entidades proveedoras de los servicios como a la articulación de los paquetes o cadenas de cuidados que reciben las personas que residen en sus domicilios, de tal forma que las redes de servicios se inspeccionan tanto a nivel individual como a nivel territorial.

- Junto a la administración estatal, responsable de la inspección de los requisitos materiales y funcionales establecidos a nivel de cada Estado, el principal organismo en Estados Unidos es el Centro de Servicios Medicare y Medicaid ([CMS](#)), dependiente del Ministerio de Salud y Servicios Sociales y responsable de la gestión de los programas Medicare y Medicaid.
- En Australia, el Comisionado para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores ([Aged Care Quality and Safety Commissioner](#)) regula, acredita, evalúa y supervisa los ser-

vicios de atención a las personas mayores prestados por el Gobierno australiano, determina los requisitos de cumplimiento que se imponen a los proveedores, así como las sanciones derivadas de su incumplimiento, y resuelve las quejas sobre estos servicios.

- En Canadá, el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Servicios Sociales de Quebec ([INESSS](#)) busca fundamentalmente acercar la evidencia científica a los/as profesionales que trabajan en Quebec en el ámbito de la salud y los Servicios Sociales. En ese marco, el centro elabora “productos de conocimiento”, que consisten tanto en revisiones sistemáticas sobre la efectividad de determinadas intervenciones, como herramientas de respuesta rápida que pretenden recoger en documentos breves y accesibles la evidencia disponible sobre una temática determinada.

También cabe hacer referencia en Canadá al Instituto Canadiense de Información sobre Salud ([CIHI](#)) y a la Agencia de Calidad de Salud de Ontario ([Health Quality Ontario](#)).

- Con funciones similares al *Care Inspectorate* escocés, la Comisión de Calidad de la Atención ([Care Quality Commission](#) (CQC) inglesa 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 deben 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”.

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. La Care Quality Commission desarrolla un sistema de evaluación y publicación de resultados muy similar al que desarrolla en Escocia el Care Inspectorate.

- El instituto británico para la excelencia en la atención social ([SCIE](#)) es una entidad sin ánimo 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. De acuerdo a su propia definición, los objetivos del SCIE son los de coproducir, compartir y apoyar el uso del conocimiento y la evidencia disponible sobre lo que funciona en la práctica en el ámbito de los servicios sociales.

El SCIE constituye una referencia en el ámbito de la investigación, la innovación, la documentación y la consultoría en materia de servicios sociales en el Reino Unido. El centro ha pasado de estar fundamentalmente financiado por la administración pública a operar como consultora, desarrollando proyectos de investigación, innovación, asesoramiento y consultoría a muy diversos agentes. Además, el SCIE realiza una labor de información y difusión de recursos profesionales.

3.4. Herramientas

En el marco de los sistemas analizados, se pueden distinguir al menos diez grupos o tipos de herramientas. En algunos casos se trata de herramientas independientes, mientras que en otros casos se trata de herramientas de carácter más instrumental o que están vinculadas a otras herramientas más genéricas.

Se señalan a continuación sus principales características y los ejemplos más significativos de cada una de esas herramientas:

- **Estándares vinculantes de atención.** Se trata de estándares, regulaciones o criterios establecidos para determinar cómo se deben prestar los servicios y/o que resultados se deben obtener¹⁴. Se pueden en cierta manera identificar con los indicadores de atención, si bien en muchos casos no se trata de indicadores sino de especificaciones sobre cómo deben realizarse los procedimientos de atención o sobre los resultados de los servicios desde el punto de vista de las personas usuarias. En todo caso, una de sus características es que estos estándares se tienen en cuenta a la hora de realizar las inspecciones o evaluaciones, y que son en ese sentido la referencia que se tiene en cuenta para la realización de los informes de evaluación, la calificación de los centros, etc.

Entre los ejemplos más significativos de este tipo de herramientas, pueden citarse los Estándares Nacionales de Calidad de [Escocia](#), las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia de Alemania, el marco de estándares de calidad para atención residencial y la atención a domicilio de [Holanda](#), los estándares de calidad para Medicare o Medicaid de [Estados Unidos](#) o los estándares de calidad de [Australia](#).

- **Recomendaciones, directrices, protocolos, guías y estándares no vinculantes.** Además de los estándares y criterios vinculantes, algunos países centran sus sistemas en lo que podemos denominar como estandarización, es decir, en la elaboración de manuales, directrices, guías y protocolos que, sin ser de carácter vinculante, buscan orientar y determinar la forma de prestación de los servicios mediante estándares o criterios no vinculantes.

Entre los ejemplos más significativos podrían señalarse los estándares de calidad de la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados de [Alemania](#), las recomendaciones o directrices del Consejo de Salud y Servicios Sociales de [Suecia](#) o la las recomendaciones de buenas prácticas profesionales de la Alta Autoridad de Salud de [Francia](#).

- **Sistemas de publicación de resultados de las evaluaciones y modelos de calificación.** Una de las tendencias que parece estar adquiriendo mayor desarrollo, y que en mayor medida diferencia los modelos desarrollados en España de los que se desarrollan en otros países, son los sistemas de publicación de resultados de las inspecciones y evaluaciones individuales de cada centro, que en ocasiones llevan aparejado un sistema de notas o calificaciones y/o un sistema de indicadores de calidad.

Son ejemplos representativos de este tipo de enfoques los desarrollados en [Alemania](#) a partir de sus acuerdos de transparencia (actualmente en proceso de cambio), el sistema de publicación de informes de [Escocia](#) y de [Inglaterra](#), el sistema de publicación de informes individuales de [Holanda](#) o el [Care Compare](#) de Estados Unidos.

- **Sistemas de indicadores y de comparaciones abiertas.** Las herramientas englobadas en la categoría de sistemas de comparaciones abiertas se basan en la difusión de indicadores de calidad, en general de carácter cuantitativo. Pueden estar integrados en los modelos de publicación de las inspecciones, como el Care Compare, y difundirse a nivel de centros, pero pueden tener un carácter agregado, y difundirse a nivel de municipio o territorio.

Es el caso de las comparaciones abiertas de [Suecia](#) o de [Holanda](#), el Panel de indicadores sobre el rendimiento de centros sociosanitarios de [Francia](#), el Programa Nacional de Indicadores de Calidad de [Australia](#), o el *Continuing Care Reporting System* de [Canadá](#).

¹⁴ En muchos casos, estos estándares pueden formar parte de la regulación. En el caso español, de hecho, se podría entender que los requisitos materiales y funcionales que se establecen, de carácter vinculante, cumplen esa misma función.

- **Encuestas a los centros residenciales.** Numerosos países realizan de forma regular encuestas a los centros de atención al objeto de conocer sus características, bien de forma independiente bien al objeto de elaborar los marcos de indicadores a los que se acaba de hacer referencia.

Entre las encuestas realizadas para el mantenimiento de los sistemas de indicadores antes señalados estarían las encuestas realizadas en [Suecia](#) en el marco del sistema de comparaciones abiertas. En el caso de las encuestas que no forman parte de estos sistemas de indicadores, se puede señalar la [encuesta](#) de centros residenciales de Francia.

- **Encuestas a las personas usuarias y escalas de valoración.** Otra de las herramientas fundamentales que se utilizan para la gestión de estos sistemas de evaluación se refiere a las encuestas a la recogida de información individual relativa a las personas usuarias, que puede ser de carácter objetivo o subjetivo. Estas herramientas pueden basarse tanto en encuestas de opinión o de satisfacción, como en la explotación específica de las escalas de valoración que se utilizan para evaluar y registrar la situación.

Entre las encuestas realizadas a las personas usuarias, cabe hacer referencia a la que se realiza cada año en [Suecia](#) entre las personas usuarias de residencias y de servicios de atención a domicilio o la encuesta a las personas usuarias de los servicios sociales ([Adult Social Care User Survey](#)) de Inglaterra. En lo que se refiere al uso de escalas de valoración para la construcción de sistemas de indicadores, cabe hacer referencia tanto al uso del Minimum Data Set de InterRAI en [USA](#) o al uso del [GestCare CCI](#) en Portugal.

- **Sistemas de evaluación interna o externa, y sistemas de certificación.** El análisis realizado ha permitido también identificar algunos sistemas básicamente orientados a la evaluación interna y externa de los centros, diferenciándose de otras herramientas señaladas hasta ahora en su carácter no público: estas evaluaciones no se hacen públicas y no están orientadas por tanto a informar a las personas usuarias de las debilidades y fortalezas de cada centro, sino a la mejora continua y el aprendizaje institucional. En estos casos, puede hablarse tanto de evaluaciones internas o externas, como sucede en Francia, o de la aplicación de herramientas de certificación por parte de entidades especializadas.

En este último caso, los modelos más significativos son el de [Holanda](#), el de Francia o el de [Alemania](#). También se podría hacer referencia al modelo de certificación de centros residenciales de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología ([SEGG](#)).

- **Herramientas de concertación.** En el caso de Francia, como ya se ha dicho, la principal herramienta para la gestión de la calidad es la llamada Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM). Esta convención tiene una validez de cinco años y en ella se acuerdan cuestiones tales como la financiación del centro, en función de su *case mix*, la fórmulas de organización y gestión, y los aspectos relativos al modelo de intervención, a partir de una evaluación externa previa de los centros en relación, entre otros aspectos, con la calidad de la atención. El CPOM se plantea por tanto al mismo tiempo como herramienta de contratación para cada entidad prestadora de servicios, herramienta para la planificación de la red de atención en el territorio y herramienta para la determinación de los servicios a prestar y para la mejora de la calidad, a partir de las directrices de buena práctica establecidas por la Alta Autoridad de Salud (HAS).
- **Herramientas basadas en la gestión del conocimiento.** Algunos de los sistemas y/o de los organismos analizados otorgan destacada importancia a las herramientas basadas en la gestión del conocimiento y, específicamente, en la identificación y la difusión de evidencia científica, mediante la realización de revisiones sistemáticas y otras formas de difusión, desde el paradigma de la práctica basada en la evidencia¹⁵. En ese sentido, es de particular importancia el

¹⁵ Como se ha señalado en un trabajo anterior del SIIS ([SIIS, 2020](#)), en su aplicación al ámbito de los servicios sociales, la idea fundamental de la práctica basada en la evidencia se centra en que la intervención social se debe asentar de forma sistemática en

papel de entidades como el [SCIE](#) en Reino Unido o el [INESS](#) en Canadá, que desarrollan una labor muy importante de identificación, análisis y difusión de la evidencia existente en relación a los servicios sociales y de atención a la dependencia.

- **Formas alternativas de inspección y evaluación.** El análisis realizado ha puesto de manifiesto la existencia de algunas formas alternativas de inspección o evaluación. En ese sentido, cabe hacer referencia al programa de [inspectores voluntarios/as](#) –personas con experiencia profesional, como cuidadoras o como usuarias que colaboran de forma desinteresada en las labores de inspección–, el programa de jóvenes inspectores/as (jóvenes de 18 a 26 años que han sido usuarios de servicios de protección infantil y colaboran en la inspección de esos centros), o las consultas periódicas con personas cuidadoras para el diseño de las inspecciones.

También cabría hacer referencia en este apartado a la figura del ombudsman o defensor del pueblo monográficamente centrado en el ámbito de la dependencia ([Long-term care Ombudsman Program](#)) que existe en todos los estados norteamericanos.

3.5. Dimensiones e indicadores

a) Dimensiones e indicadores

Desde el punto de vista operativo y metodológico, los trabajos clásicos de Donabedian en relación a la calidad de la atención en el ámbito sanitario se basan en la idea de que la calidad de la atención puede ser medida en términos de estructuras, procesos y resultados (*structures, processes* y *outcomes* o SPO en sus siglas en inglés). De acuerdo a Castle et al. (2010), las medidas o indicadores de estructura se refieren a las características organizacionales asociadas a la provisión de los cuidados, los indicadores de proceso se refieren a las características de las acciones hechas para o a las personas residentes, y los indicadores de resultados se centran en la situaciones o estados que se quieren alcanzar (o evitar) en las personas atendidas¹⁶.

un conocimiento contrastado de su efectividad, derivado a su vez de la utilización de métodos sólidos de investigación empírica. El paradigma de la práctica basada en la evidencia presenta en cualquier caso limitaciones de importancia, muy particularmente cuando se aplica en el ámbito de las políticas sociales. Se ha cuestionado en ese sentido no solo la discutible definición del concepto de evidencia y la también discutible selección de los métodos para identificarla, sino también la dificultad para trasladar esa evidencia al ámbito de la decisión, la planificación y la regulación, así como al ámbito de la intervención directa (Boaz et al., 2019). Por ello, desde enfoques alternativos han surgido otras iniciativas basadas en la coproducción del conocimiento, como las plataformas de [Research in Practice](#) desarrolladas en el Reino Unido, que intentan promover una práctica informada por (y no basada en) la evidencia. La práctica informada por la evidencia, de acuerdo con esta organización, se refiere a una metodología particular utilizada en el diseño, provisión y evaluación de servicios de atención social. El enfoque informado por la evidencia vincula y relaciona la investigación académica con el conocimiento de las personas profesionales y las personas usuarias de los servicios. Este enfoque se relaciona con otras formas de coproducción de los servicios y cuestiona la evidencia generada únicamente desde presupuestos académicos o científicos.

¹⁶ Para Castle et al. (2010), los indicadores estructurales –como los ratios de personal– son fáciles de medir, los datos necesarios se recogen a menudo de forma rutinaria y no requieren una gran inversión técnica o económica. Permiten además una buena aproximación a la calidad de la atención cuando no se puede disponer de indicadores de proceso o de resultado. Pero también tienen sus inconvenientes, en la medida en la que es posible cumplir una serie de estándares estructurales sin ofrecer una atención de calidad; se trata por tanto, en palabras de Donabedian, de indicadores necesarios pero no suficientes. Los indicadores de proceso, por su parte, son fáciles de interpretar, no requieren en general ningún tipo de ajuste y permiten avanzar en la calidad de la atención. Pero pueden resultar ineficientes como indicadores de calidad, en la medida en que miden qué se ha hecho y no necesariamente el grado de adecuación de lo que se ha hecho. Este tipo de indicadores han sido además objeto de crítica en la medida en que se limitan a menudo al registro de una serie de rutinas organizativas o asistenciales y no a su impacto sobre la calidad de vida de las personas atendidas. Los indicadores de resultado, por último, se consideran a menudo como más rigurosos que los indicadores de estructura o de proceso, en la medida en que tienen en cuenta el impacto que las estructuras y procesos de atención tienen en la práctica en el estado de las personas atendidas. Los indicadores de resultado, sin embargo, también presentan importantes dificultades, como la dificultad de aislar el impacto de los procesos y estructuras asistenciales sobre el estado individual de las personas atendidas, la necesidad de ajustar los diferentes niveles de riesgo de las personas cuyos resultados se analizan, las dificultades para la recogida regular de la información necesaria, etc.

En un sentido parecido, Hoffman et al. (2011), señalan que los indicadores de proceso representan el contenido, las acciones y los procedimientos propuestos por el proveedor en respuesta a la condición evaluada del residente, de tal forma que la calidad del proceso incluye aquellas actividades que se desarrollan en y entre los profesionales sanitarios y los residentes. Los indicadores de resultados, por su parte, representan el resultado de los procesos aplicados en el estado de salud, la calidad de vida o el bienestar psicosocial de las personas atendidas.

Además de los tres tipos de indicadores señalados, la literatura analizada contempla también indicadores de contexto y de satisfacción, que cabe diferenciar de los tres anteriores:

- Los indicadores de contexto son utilizados en algunos países para establecer las características del centro o de la población atendida y ajustar los resultados a efectos de permitir la comparabilidad de los mismos;
- Es también frecuente hablar de indicadores de satisfacción. Efectivamente, la satisfacción de las personas usuarias, familiares y profesionales podría considerarse un resultado de la calidad de la atención y, en este sentido, los indicadores referidos al grado de satisfacción con diferentes aspectos de la atención podrían considerarse indicadores de resultado. En la medida en que tienen un carácter eminentemente subjetivo, en este informe los indicadores de resultados y de satisfacción se han considerado de forma diferente.

Es importante señalar también, en cualquier caso, que la clasificación SPO no es la única válida o pertinente a la hora de clasificar los indicadores de calidad. La Asociación Española para la Calidad (AEC) diferencia cinco tipos de indicadores diferentes, en función de los aspectos que tienen en cuenta:

- Indicadores de cumplimiento, con base en que el cumplimiento tiene que ver con la conclusión de una tarea. Los indicadores de cumplimiento están relacionados con las razones que indican el grado de consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de evaluación: la evaluación tiene que ver con el rendimiento que se obtiene de una tarea, trabajo o proceso. Los indicadores de evaluación están relacionados con las razones y/o los métodos que ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.
- Indicadores de eficiencia: teniendo en cuenta que eficiencia tiene que ver con la actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo de recursos. Los indicadores de eficiencia están relacionados con las razones que indican los recursos invertidos en la consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de eficacia: eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito. Los indicadores de eficacia están relacionados con las razones que indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de gestión: teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados. Los indicadores de gestión están relacionados con las razones que permiten administrar realmente un proceso.

Los distintos sistemas de indicadores de calidad analizados utilizan muy diferentes clasificaciones o agrupaciones. Por citar dos ejemplos, el trabajo de [Hoffmann et al. \(2011\)](#), centrado en indicadores de resultado, diferencia cinco dominios –calidad de vida, calidad de los cuidados, liderazgo, rendimiento económico y contexto–, mientras que el proyecto Ancien ([Dandi y Casanova, 2012](#)), distingue cinco dimensiones: efectividad, seguridad, sensibilidad o capacidad de respuesta (*responsiveness*) y coordina-

ción. El sistema de indicadores desarrollado en su día en Cataluña, por citar un ejemplo más cercano, establecía por su parte cuatro grandes dimensiones: atención a la persona y la familia; relaciones y aspectos éticos de la atención; coordinación y continuidad de la atención; y aspectos organizativos del centro.

En lo que se refiere a las variables a las que hacen referencia los indicadores de calidad, en el citado trabajo de Hoffman et al. 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 (2012), 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*). En un trabajo posterior, [Marukami y Colombo \(2013\)](#) señalan que los indicadores de efectividad y seguridad más utilizados se refieren a seis aspectos o variables concretas: 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.

Un trabajo más reciente de la Real Comisión para la Calidad y la Seguridad de la Atención a las Personas Mayores en Australia, ya citado anteriormente ([Caughey et al., 2020](#)), señala que, si bien existe abundante heterogeneidad en lo que se refiere a los indicadores utilizados, existen una serie de áreas y dimensiones contempladas en casi todos los sistemas.

- Limitaciones y capacidades para las actividades de la vida diaria
- Uso de restricciones físicas
- Cambios en las capacidades cognitivas y en el estado anímico, y síntomas conductuales
- Úlceras de presión
- Pérdida de peso
- Caídas y fracturas
- Incontinencia
- Dolor
- Uso de medicación antipsicótica

La tabla siguiente recoge una posible clasificación de los indicadores más habitualmente utilizados en las diversas herramientas analizadas, articulados en tres dimensiones básicas

Tabla 12. Listado de dimensiones y variables utilizadas para la clasificación de los indicadores identificados en la revisión

| Dimensión | Variable |
|--------------------------------------|---|
| Enfermería y asistencia médica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación y nutrición 2. Peso 3. Estado de salud 4. Dolor 5. Úlceras 6. Vacunación 7. Infecciones 8. Incontinencia 9. Fármacos 10. Hospitalizaciones 11. Tratamiento médico 12. Autonomía y dependencia 13. Capacidad cognitiva y comunicativa 14. Conducta, comportamiento, estado de ánimo |
| Cuidados y vida cotidiana | <ol style="list-style-type: none"> 15. Derechos 16. Valoración integral 17. Seguridad y riesgos 18. Caídas 19. Malos tratos 20. Restricciones físicas 21. Salidas del centro 22. Higiene y cuidados 23. Comidas 24. Programa actividades 25. Atención individualizada 26. Atención Centrada en la Persona 27. Acogida/convivencia/red social 28. Comunicación y relación con el personal 29. Cuidados paliativos y gestión de la muerte 30. Participación 31. Nivel de atención y satisfacción global 32. Quejas, recomendaciones y sanciones |
| Características y gestión del centro | <ol style="list-style-type: none"> 33. Establecimiento y equipamiento 34. Coordinación y colaboración 35. Gerencia y gestión 36. Ingresos, gastos y costes 37. Ocupación/Plazas/Servicios prestados 38. Recursos humanos y formación 39. Sistemas y recursos tecnológicos e informáticos 40. Protección de datos |

Es importante señalar en cualquier caso por otra parte que –frente al carácter clínico o sanitario de muchos de estos indicadores– los estándares y criterios de calidad tienden a estructurarse teniendo en cuenta otras dimensiones más cualitativas, y más directamente vinculadas al bienestar, los derechos, la autodeterminación de las personas usuarias. La tabla siguiente recoge, para algunos de los países analizados, las dimensiones en las que se agrupan los diferentes estándares utilizados.

Tabla 13. Dimensiones que articulan los estándares de calidad de diversos países

| País | Dimensiones |
|--------------------------------|---|
| Alemania (residencias) | <ul style="list-style-type: none"> - Enfermería y asistencia médica - Tratamiento de los residentes con demencia - Cuidado y vida cotidiana - Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene - Encuesta de residentes |
| Francia | <ul style="list-style-type: none"> - Garantía de los derechos individuales y colectivos - Prevención de los riesgos asociados a la salud vulnerables de los residentes - Acompañamiento y mantenimiento de las capacidades en las actividades de la vida diaria - Personalización del acompañamiento - Acompañamiento en el fin de vida |
| Escocia | <ul style="list-style-type: none"> - Recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí. - Participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo. - Tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan. - Tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo. - El servicio se presta en un entorno de alta calidad. |
| Holanda (residencias) | <ul style="list-style-type: none"> - Atención y apoyo centrado en la persona - Alojamiento y bienestar - Seguridad - Aprendizaje y mejora de la calidad - Liderazgo, gobernanza y gestión - Personal - Uso de recursos - Uso de la información |
| Andalucía (residencias) | <ul style="list-style-type: none"> - La persona, centro de la organización - Organización de la actividad centrada en la persona - Profesionales - Procesos de soporte - Mejora continua |
| Australia | <ul style="list-style-type: none"> - Dignidad y elección de las personas usuarias - Evaluación permanente de las necesidades y planificación conjunta - Cuidados personales y de salud - Servicios y apoyos para la vida cotidiana - Entorno físico - Quejas y reclamaciones - Recursos humanos - Gestión y organización |
| Inglaterra (ASCOF) | <ul style="list-style-type: none"> - 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 |

Fuente: Elaboración propia

b) Características que debe reunir un buen indicador

La revisión de la literatura internacional realizada para este informe, y la propia labor de selección e identificación de los indicadores de calidad utilizados en diversos países, permite plantear una primera reflexión sobre las condiciones que debe cumplir un buen indicador, considerado de forma individual, así como las condiciones que debe cumplir un buen compendio o batería de indicadores de calidad para ser aplicado en el marco de la atención residencial a personas mayores.

Desde el punto de vista de los indicadores, considerados de forma individual, diversos autores han puesto de manifiesto los criterios científicos que deben reunir. Hoffman (2011) destaca por ejemplo, en relación a los indicadores de resultados, los siguientes:

- **Fiabilidad y validez.** La fiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido de que si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. La validez se refiere al grado en que un instrumento mide el concepto que pretende medir y no otra subyacente a la anterior. Fiabili-

dad y validez han de traducirse en el mayor grado posible de homogeneidad en la medición del indicador, independientemente de la persona o centro responsable de su medición.

- Consistencia interna y parsimonia. Uno de los principales riesgos del uso de múltiples indicadores se refiere a la posible inconsistencia de los resultados. Ello obliga a considerar cuidadosamente el número de indicadores incluidos en el modelo, teniendo en cuenta que un número excesivamente reducido de indicadores podría resultar engañoso y llevar a conclusiones equivocadas, mientras que un número excesivamente amplio introduce un mayor riesgo de confusión (Castle, 2010). Debería por tanto en este caso aplicarse el principio de parsimonia, en función del cual de un conjunto de variables explicativas que forman parte del modelo a estudiar debe seleccionarse la combinación más reducida y simple posible, teniendo en cuenta la varianza residual, la capacidad de predicción y la multicolinealidad.
- Viabilidad. Se debe prestar atención a los recursos necesarios para recabar la información adecuada para construir el indicador, pues el tiempo, los recursos económicos y las consideraciones éticas condicionan la disponibilidad de la información. Cabe recordar, además, que la viabilidad de los procesos de recogida de la información está estrechamente relacionada con la propia fiabilidad y validez de los indicadores, en la medida en que los indicadores basados en datos que resultan muy difíciles de recoger tienen en general un menor grado de fiabilidad.
- Cuantificabilidad. Incluso en los casos basados en información cualitativa, los indicadores deben ser en la medida de lo posible cuantificables para facilitar el proceso de evaluación comparativa y poder validar el progreso.
- Claridad en la definición. Independientemente de que se trate de un indicador de carácter subjetivo, la validez y fiabilidad a la que se ha hecho referencia requiere de la mayor claridad posible en la definición del indicador, de forma que pueda ser operativizado de la misma forma por parte de las diferentes personas o entidades que aplican el mismo indicador. Ello hace necesario definir pormenorizadamente el método de cálculo para indicadores cuantitativos.
- Posibilidad de definición de estándares de cumplimiento. Algunos de los criterios señalados – fiabilidad, validez, cuantificabilidad– contribuyen a dotar a los indicadores de calidad de la posibilidad de definir estándares de cumplimiento –utilizando diversas metodologías–, al objeto de determinar los rangos de valores que pueden considerarse óptimos, adecuados o insuficientes.

Desde el punto de vista del compendio o batería de indicadores –que en ningún caso se pueden considerar de forma aislada–, el grupo de indicadores seleccionado debería también cumplir los siguientes requisitos:

- Equilibrio adecuado entre los diferentes tipos de indicadores. Si bien existen compendios de indicadores que únicamente consideran indicadores de calidad de un solo tipo (de proceso, de resultados, etc.), una buena batería de indicadores debería recoger de forma equilibrada, al menos, indicadores de proceso y de resultados. La utilización de indicadores de calidad de tipo estructural, por el contrario, resulta menos útil –al menos en el contexto alavés– en la medida en que ese tipo de elementos ya se tienen en consideración en los procesos de autorización y acreditación de los centros. La utilización de indicadores de proceso y de resultados permite orientar los procesos organizativos y asistenciales en un sentido determinado y, al mismo tiempo, valorar su impacto sobre la situación de las personas atendidas.
- De acuerdo a Marukami y Colombo (2013), los indicadores de calidad en el ámbito residencial deben combinar los resultados de carácter clínico con los resultados de carácter social, a partir de un enfoque de *indicadores centrados en la persona*. En ese sentido, la prestación de servicios residenciales a personas mayores debe ser interpretada desde una triple perspectiva asisten-

cial: AVDs, atención sanitaria y atención psicosocial. Ninguna de ellas ha de prevalecer sobre ninguna otra y, en consecuencia, el cuadro de mando debería permitir una lectura integral de la atención prestada desde todas las perspectivas de la atención directa. Del mismo modo, la batería de indicadores debería incluir indicadores relativos a todas las dimensiones o dominios relevantes en términos de calidad de vida y de calidad de la atención. En ese sentido, como explica [Gómez Ordoki \(2020\)](#), el panel de indicadores debería respetar el trinomio secuenciado de principios que dan sentido integral a la atención residencial de personas mayores:

- Procesos asistenciales garantistas de buenas praxis profesionales;
 - Adaptación de los mismos a la centralidad de la persona;
 - Conseguir el máximo índice de calidad de vida.
- Capacidad de dirigir el cambio. Los indicadores son relevantes para pilotar los cambios si permiten verificar hasta dónde ha llegado la organización respectiva en su recorrido para lograr un objetivo definido. Desde ese punto de vista, la batería de indicadores elegida debería constituir una herramienta para generar procesos de mejora.
 - Transparencia y comparabilidad. La revisión de la literatura que se ha realizado ha permitido destacar que en ocasiones los indicadores de calidad se utilizan para la elaboración de informes relativos a cada centro residencial, e incluso para calificar el rendimiento de los centros en términos de calidad. Si bien esta función no debe necesariamente tenerse en cuenta a la hora de diseñar un catálogo de indicadores, el grupo de indicadores utilizados debe ser capaz de permitir comparaciones válidas entre diversos centros o unidades residenciales, así como recoger los cambios que se producen a lo largo del tiempo dentro de un mismo centro (tendencias).
 - El compendio de indicadores elegido debe también ser capaz de combinar indicadores individuales e indicadores de centro, y privilegiar los indicadores que garanticen un mayor nivel de fiabilidad y validez, así como la mayor viabilidad y sencillez posible en la recogida de los datos. Desde ese punto de vista, y como se señala en el apartado 4, parece lógico privilegiar todos aquellos indicadores, de tipo objetivo y cuantitativo, que se recogen de forma regular en el marco de la actividad rutinaria del centro, utilizando sólo cuando no existe otra alternativa indicadores que requieran operaciones específicas o extraordinarias de recogida de datos.

Finalmente, es preciso hacer referencia a otras consideraciones de tipo operativo o metodológico que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar un cuadro de mando de indicadores de calidad aplicable a la atención residencial:

- El grado o estándar de cumplimiento. Determinados cuadros de mando de indicadores establecen diferentes grados o estándares de cumplimiento para el conjunto de un centro, que, por ejemplo en el caso catalán, oscilan entre el 60% y el 100%.
- En el mismo sentido, en algunas baterías de indicadores se asigna a cada indicador –en función de su relevancia– un grado de ponderación de cara a la obtención de un resultado sintético de carácter global.
- La frecuencia de cumplimentación de los indicadores, que puede ser, por ejemplo, semestral, anual o bianual, dependiendo del carácter del indicador y de las formas de registro establecidas.
- El ajuste del riesgo. Un elemento fundamental en lo que se refiere al cálculo de los indicadores, especialmente los de resultado, se refieren al ajuste de los resultados a las características es-

pecíficas del *case mix* de cada centro, en la medida en la que la situación de las personas usuarias determinará, sin lugar a dudas, los resultados del mismo¹⁷.

- El posible *sesgo de detección*, que se refiere a aquellos casos en los que una práctica asistencial de mayor calidad lleva a una mayor capacidad de detección de estructuras, procesos o resultados negativos, que no se detectan, precisamente, en los casos en los que se presta una atención de mayor calidad (Castle, 2010).
- Las características de los centros. También resulta necesario, a la hora de interpretar los resultados de cualquier cuadro de mando de indicadores de calidad y de establecer los sistemas de agregación de los resultados, tener en cuenta tanto el tamaño de los centros, como su organización en unidades menores, que pueden tener niveles de calidad muy diferentes, con lo que los resultados “medios” de tal centro podrían resultar engañosos.

¹⁷ De acuerdo a Hoffmann (2011), “el ajuste de riesgo de los indicadores (como también la eliminación del riesgo) tiene una especial trascendencia para las comparativas de los servicios y las instituciones. El ajuste de riesgos implica excluir factores que no dependen del servicio llevado a cabo por la institución, pero que, en cualquier caso, influyen en la medición del indicador (por ejemplo, la edad, las enfermedades anteriores y el perfil de las necesidades de cuidados). El efecto de *neutralización* del ajuste de riesgo puede evitar, por ejemplo, que instituciones en las que la mayoría de sus residentes tienen un alto grado de necesidad de cuidados u otras circunstancias (por ejemplo, un alto porcentaje de personas con demencia) muestren peores resultados que las que tienen residentes con menor necesidad de cuidados y asistencia. El ajuste de riesgos va a ser un reto aún más importante para el futuro desarrollo de indicadores de calidad de vida, porque la definición de los riesgos en los dominios pertinentes se presenta como una tarea todavía más compleja que en el dominio de la calidad de la atención”.

4. Elementos para el debate

4.1. Introducción

Como se ha señalado en la introducción, en este apartado se recogen algunas preguntas a las que es necesario dar respuesta para poder elaborar un proyecto u hoja de ruta concreta, que permita materializar la plataforma para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia que se quiere diseñar.

Se ha intentado plantear las preguntas en un orden lógico, si bien no cabe duda que muchas de ellas estén relacionadas y que de la respuesta que se dé a algunas dependerá la respuesta que se dé a otras. Por otra parte, no todas las preguntas tienen el mismo grado de urgencia o de importancia. Es necesario sin embargo reflexionar en relación a todas ellas para poder plantear un proyecto, plan u hoja de ruta que permita hacer realidad esta iniciativa en un plazo corto de tiempo.

4.2. Principales cuestiones a determinar

1. **¿Qué ámbitos de actuación abordará este sistema?** El repaso realizado ha puesto de manifiesto que buena parte de los sistemas existentes incluyen los servicios sociales y los servicios de salud. Aunque esa opción no parece realista en el caso de Castilla y León, es necesario decidir si el sistema se va a centrar en el conjunto de los Servicios Sociales o únicamente en los Servicios Sociales de atención a las personas con dependencia (al margen de las fases de despliegue del sistema).
2. **¿Qué servicios y prestaciones?** Una vez respondida la pregunta anterior, es necesario determinar qué tipo de servicios se van a contemplar en el sistema, teniendo en cuenta el desarrollo del sistema en el corto, medio o largo plazo. Ello obliga a pensar, por una parte, en si las herramientas que se van a crear –por ejemplo, estándares de calidad– van ser comunes o específicos para los diferentes tipos de centros y también si el sistema se va a centrar –aunque no lo haga en un primer momento– en otros servicios (como el SAD o los centros de día) e incluso en prestaciones como la PCEF.
3. **¿Cuáles será las fases de desarrollo del sistema?** Aunque, como en el caso de la primera pregunta, la respuesta no pueda definirse en un primer momento, será necesario reflexionar sobre las fases de desarrollo del conjunto del sistema y de sus principales herramientas.

4. **¿Sobre qué modelos conceptuales y organizativos se asentará el sistema?** Desde un primer momento, sería conveniente explicitar las bases conceptuales y organizativas sobre las que se asentará el sistema, puesto que estas bases determinarán las herramientas que se utilizarán, los elementos que se medirán, etc. Los elementos básicos del modelo que interesa conocer se refieren a dos elementos:
- Las bases conceptuales. La normativa castellanoleonesa sobre servicios sociales hace ya una apuesta clara por el modelo de atención centrado en la persona. Si bien no parece que haya grandes dudas o debates en relación a este aspecto, sería conveniente explicitar esta opción, y sus consecuencias, en el diseño del sistema que se quiera desarrollar.
 - El modelo organizativo. El diseño, los contenidos y las estructuras de los sistemas que se han analizado están determinados por el modelo organizativo que existe en cada país y, sobre todo, por la forma de acceso a los servicios sociales y por la forma de contratación pública de los mismos. En ese sentido, algunos de los modelos analizados están determinados por la idea de la libre elección y la competencia entre proveedores privados, mientras que en otros casos, pesa más la lógica de la contratación pública y la concertación entre la administración y los proveedores. Por todo ello, es muy importante tener en cuenta as opciones que al respecto pueda tener la Junta de Castilla y León –por ejemplo respecto al acceso a los servicios mediante la Prestación Vinculada al Servicio (PEVS)–, puesto que las herramientas del sistema se deberían definir teniendo en cuenta estos elementos organizativos.
5. **¿Procesos o resultados?** El repaso de la literatura que se ha realizado pone de manifiesto en qué medida se está produciendo un cambio de paradigma en el ámbito de la gestión de la calidad en cuidados de larga duración, en la medida en que se está pasando de un modelo centrado en los procesos y las estructuras a un modelo centrado en los resultados (*from checking inputs to assesing outcomes*). A la hora de desarrollar las herramientas y los procesos del sistema, será necesario señalar en qué medida se mantiene el énfasis en los procesos y estructuras y en qué medida es posible avanzar hacia un modelo basado en la evaluación de los resultados.
6. **¿Qué funciones asumirá el sistema?** La primera parte de esta pregunta hace referencia a si el sistema asumirá funciones que se pueden considerar duras (autorización, inspección, acreditación, concertación...) o si asumirá únicamente funciones que se pueden considerar blandas, en la medida en que no son vinculantes o no están directamente relacionadas con los procesos de autorización, inspección, gestión acreditación, concertación. La siguiente tabla recoge ambos tipos de funciones

Tabla 14. Tipos de funciones en el ámbito de la gestión de la calidad y la gestión del conocimiento en materia de servicios sociales

| Duras | Blandas |
|--|--|
| - Regulación | - Investigación |
| - Autorización | - Formación |
| - Inspección | - Estandarización (recomendaciones, guías, protocolos, directrices y buenas prácticas) |
| - Acreditación | - Evaluación |
| - Concertación | - Certificación |
| - Gestión de quejas y reclamaciones | - Gestión de la información (indicadores, datos estadísticos, comparaciones abiertas) |
| - Acreditación de los/as profesionales | - Documentación, información, difusión y sensibilización |
| - Aplicación del régimen sancionador | - Innovación |

Fuente: Elaboración propia

La segunda parte de la pregunta hace referencia a qué funciones concretas, dentro de cada categoría, serán asumidas por el nuevo organismo o sistema, y que relación se establecerá entre las funciones duras y blandas (independientemente de quién las asuma).

7. **¿Qué herramientas desarrollará el nuevo sistema?** Estrechamente relacionado con el punto anterior, y al margen de las fases en las que se desarrolle el sistema, es necesario reflexionar sobre las nuevas herramientas que deberán desarrollarse, teniendo en cuenta no sólo las que se han identificado en el repaso internacional, sino también aquellas que se contemplan en la normativa y la planificación de Castilla y León. En todo caso, a partir de lo señalado en el punto anterior, entre esas posibles herramientas se pueden distinguir al menos las siguientes:
 - Estándares vinculantes de atención (es decir, ligados a las actividades de evaluación)
 - Recomendaciones, directrices y estándares no vinculantes
 - Sistemas de publicación de resultados de las evaluaciones y modelos de calificación
 - Sistemas de comparaciones abiertas (indicadores cuantitativos de proceso y de resultados)
 - Encuestas a los centros residenciales
 - Encuestas a las personas usuarias
 - Sistemas de evaluación interna o externa (certificación)
 - Formas alternativas de inspección y evaluación
8. **¿Cómo se va a definir y a medir la calidad?** Tanto en lo que se refiere a los estándares de calidad como en lo que se refiere a los indicadores que se puede introducir, ¿cómo se va a definir y medir la calidad? Existen numerosos trabajos en el ámbito internacional que establecen qué dimensiones e indicadores se tienen en cuenta, especialmente a la hora de establecer los sistemas de indicadores para las comparaciones entre centros. Aunque la definición de las dimensiones y los indicadores puede realizarse una vez entre en funcionamiento el organismo o sistema que se cree –y dependiendo en gran medida del tipo de contingencias y de servicios que se quieran tener en cuenta–, el trabajo de conceptualización, definición y medición de la calidad será uno de los primeros que se tenga que realizar.
9. **¿Qué escalas se van a utilizar?** Especialmente en lo que se refiere al desarrollo de sistemas de comparaciones abiertas o indicadores de calidad, en el repaso realizado se ha visto que dependen en gran medida de las escalas y sistemas de registro de la información individual que existe en cada centro. En ese sentido, es preciso reflexionar sobre si las diferentes redes de servicios cuentan con sistemas de gestión de la información suficientemente armonizados o si es necesario introducir nuevos sistemas de recogida de información individual.
10. **¿Se han de crear nuevas herramientas de recogida de información?** En relación con la pregunta anterior, también será necesario reflexionar sobre si es necesario crear otras herramientas de recogida de información, ya sea a nivel de centros (mediante el SAUSS u otras herramientas) o a nivel individual (encuestas de satisfacción, etc.).
11. **¿Cuál será el foco del sistema?** La mayor parte de los sistemas analizados ponen su foco en el análisis de la calidad de la atención prestada en los centros y servicios. El centro residencial o de atención diurna y la entidad prestadora del SAD constituyen en ese sentido las unidades básicas de análisis, tanto para la recogida de los datos como, en muchas ocasiones, para su publicación. Algunas de las herramientas analizadas se centran sin embargo en el análisis de los servicios a nivel de Territorio e incluso en la inspección de las redes de atención a nivel individual. La segunda opción –el análisis a nivel territorial– se relaciona tanto con la desagregación de los datos como con el análisis de las capacidades y desempeños de la red a nivel local o territorial.
12. **¿Se ofrecerá información individual para cada centro?** A partir de la pregunta anterior, y de la determinación de las funciones del sistema, una de las preguntas claves es si el sistema va a estar orientado a ofrecer información –indicadores, informes de evaluación, registros de la ins-

pección...– a nivel de centro o si lo hará únicamente a nivel agregado. La respuesta a esta pregunta puede ser diferente si se plantea a corto, medio o a largo plazo.

13. **¿Se va a desarrollar actuaciones relativas a la certificación de las competencias profesionales?** Algunas de las herramientas y organismos descritos se orientan al personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales. En ese sentido, las funciones se centran habitualmente en la certificación de las competencias profesionales, pero también se orientan a la difusión de información, investigación y estadísticas sobre la mano de obra en el sector. Una de las cuestiones a analizar se refiere por tanto a la conveniencia de incorporar la cuestión del personal y de su cualificación a las funciones que habrá de asumir el sistema que se diseñe.
14. **¿Cómo se van a integrar en el sistema las herramientas que ya existen y/o se prevén en la normativa de Castilla y León?** La normativa y las herramientas de planificación que existen en Castilla y León hacen referencia a determinadas herramientas de gestión de la calidad en el marco de los Servicios sociales: entre ellas, cabe destacar las cartas de servicios, grupos de reflexión ética y comités de ética, sistemas de evaluación de la satisfacción de las personas usuarias, gestión por procesos, acreditación del personal, manuales técnicos, formación permanente en historias y proyectos de vida, guías y protocolos para la participación de las personas usuarias en los proyectos de vida, plataforma digital de formación, innovación, segmentación y *big data*, etc.
15. **¿Qué papel jugará la inspección?** El repaso internacional realizado ha puesto de manifiesto que algunos de los organismos analizados separan las funciones de estandarización y evaluación de las funciones de inspección, que se atribuyen a otros organismos. En otros casos, un solo organismo asume ambas funciones. Sería conveniente, en relación al debate sobre las funciones blandas y duras señalado previamente, definir cuál será el papel de la inspección de servicios sociales en el nuevo sistema, y en qué medida ambos sistemas serán independiente.
16. **¿Cómo modifica el nuevo sistema la normativa actual?** Es necesario evaluar si las características, funciones o herramientas que se prevé incorporar al sistema implican una modificación de la normativa actual y, sobre todo, en qué medida deben incorporar al proyecto de Ley sobre atención residencial que esta elaborado la Junta.
17. **¿En el momento actual, se está pensando en desarrollar un sistema de gestión de la calidad o un organismo específico?** La respuesta lógica sería que esa decisión depende de otras que se tomen previamente y que se optara por la que resulte más conveniente; sin embargo, el proceso de trabajo puede ser diferente si desde un principio se piensa en la creación de un organismo específico o si se piensa que se trata fundamentalmente de articular un sistema –con sus herramientas, funciones y procesos– y que posteriormente se decidirá si ese sistema requiere o no de un organismo específico.
18. **Si se opta por la creación de un organismo, ¿cuál será su titularidad jurídica?** La mayor parte de los organismos que se han analizado en este informe tienen una titularidad jurídica pública, aunque funcionan en general como agencias u organismos autónomos. Una de las decisiones fundamentales que ha de tomarse en Castilla La Mancha –a partir de la reflexión sobre las funciones y actividades del sistema– se refiere a la titularidad pública o privada del organismo que se quiera crear y a la figura que se quiera desarrollar (Fundación, Comisionado, Alta Inspección, Consorcio interadministrativo...).
19. **¿Podrá basarse el organismo en entidades ya existentes en Castilla y León?** En caso de que se opte por un organismo específico, cabría la posibilidad de que se base en entidades ya existentes como la Fundación Acción Social y Tutela de Castilla y León o el Centro Regional de Formación y Estudios Sociales (CREFES).

20. **¿Qué socios participarán en el organismo?** En relación a las cuestiones anteriores, es necesario también reflexionar sobre el papel que otros agentes puedan jugar en este organismo –en función de su titularidad– con particular atención al papel de la Universidad, las entidades del Tercer Sector y las entidades que agrupan a otros proveedores de servicios.

21. **¿Qué procesos de participación se van a desarrollar durante la fase de diseño del organismo y/o de sus herramientas?** Algunos de los sistemas que se han analizado están muy orientados a la negociación y la concertación entre diversos agentes, con particular atención a la concertación con los proveedores de servicios, que participan en la definición de los criterios de calidad y las fórmulas de evaluación. En ese sentido, sería necesario determinar qué procesos de participación y de concertación se van a realizar con estos y otros agentes tanto en la fase de diseño de la plataforma como en el diseño de sus herramientas.