

Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020
Francia



1. Introducción

Este apartado recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en Francia. La información recogida se basa en tres grandes tipos de fuentes:

- La normativa en vigor que regula el modelo de atención y, particularmente, los procesos de autorización, acreditación, inspección y evaluación de los centros. En el caso francés, la mayor parte de la normativa referente a los centros residenciales para personas mayores está recogida en el Código de la Acción Social y de las Familias, si bien también han de tenerse en cuenta otras normativas sectoriales, como el Código de la Salud.
- Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes. En ese sentido, las autoridades francesas han elaborado en los últimos años diversos informes sobre la situación y la reorientación de los centros residenciales para personas mayores, y existen además diversas encuestas que ofrecen información de gran interés sobre la realidad del sector.
- Planes, guías y manuales de buena práctica. Como se explica más adelante, los manuales y recomendaciones de buena práctica juegan un papel de primer orden –casi regulatorio– en el modelo francés de gestión de la calidad en los servicios residenciales. En ese sentido, buena parte de las disposiciones técnicas sobre la gestión de estos centros no vienen recogidos en la normativa sino en los manuales de recomendaciones y en las herramientas de evaluación a las que posteriormente se hará referencia.

También se ha recurrido para la elaboración de este apartado a algunos artículos académicos que abordan aspectos específicos del modelo de atención residencial en Francia y que se citan en la bibliografía, así como a la información publicada en las páginas web de las entidades responsables de la regulación, evaluación, inspección y/o gestión de los servicios.

El apartado se estructura en torno a ocho grandes apartados:

- Descripción general del modelo de atención a personas mayores en Francia
- Descripción de las características físicas de los centros
- Dotaciones y perfiles profesionales
- Descripción de los principales elementos organizativos
- La atención sanitaria en los centros residenciales
- Elementos relevantes para la vida significativa
- Ejemplos de buena práctica
- Incidencia de la Covid-19 en los centros residenciales para personas mayores en Francia

Cada uno de ellos recoge la información sobre diversos aspectos específicos, pero es importante tener en cuenta que toda la información está relacionada y que en ocasiones la información se solapa o se repite, en función de si se está hablando de las herramientas reguladoras, de los contenidos de esas regulaciones, etc.

2. Descripción general del modelo de atención a personas mayores en Francia

2.1. Valores inspiradores del modelo

Como se explica en los puntos siguientes de este apartado, la definición del modelo de atención residencial a personas mayores en Francia se basa tanto en la normativa reguladora como en otras herramientas complementarias (mecanismos de contractualización de los servicios, recomendaciones de buenas prácticas, evaluaciones internas y externas, etc.).

En este contexto, desde el punto de vista de la filosofía del modelo de atención, los derechos de la persona usuaria constituyen un eje principal del sistema. El Código de acción social y de las familias le dedica un artículo específico ([L 311-3](#)) a los derechos de las personas usuarias de los centros y entidades sociales y sociosanitarias, indicando que estas deben asegurar a las persona usuaria una atención basada en los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad, integridad, vida privada, intimidad y seguridad de la persona usuaria.
- Libertad de elección de los servicios.
- Personalización de la asistencia, que promueve el desarrollo, la independencia y la integración, y que respeta el consentimiento informado.
- Confidencialidad de las informaciones sobre la persona beneficiaria.
- Acceso a las informaciones por parte de la persona interesada (derechos de base, protección jurídica y contractual, vías de recurso...
- Participación en la creación y puesta en marcha de los planes individuales.

2.2. Tipología general de centros

A la hora de señalar los distintos tipos de centros existentes, debe tenerse en cuenta tanto la diferenciación legal que se establece en la normativa, como la diferenciación que se establece en la práctica y en los análisis descriptivos que se realizan. En ese sentido, algunos de los tipos de centros a los que se hace referencia en los siguientes apartados tienen un estatus jurídico específico, mientras que otros son más bien modalidades o denominaciones de los centros legalmente reconocidos.

Teniendo en cuenta ambos enfoques, los principales centros que conforman la oferta residenciales para personas mayores son los siguientes:

- Un primer tipo de centros son los denominados *logement foyer* o, actualmente, *residences autonomie*. Se trata de centros residenciales con atención de baja o muy baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy reducido de dependencia (GIR 4 a 6¹). La atención sanitaria y social se ofrece en estos centros por profesionales ajenos al propio centro, preferentemente mediante acuerdos con residencias convencionales y/o con entidades prestadoras de Servicios de Atención a Domicilio (SAD).

Aunque tienen muchas similitudes con las residencias servicio a las que se hace posteriormente referencia, se diferencian de éstas en que son normalmente gestionadas por entidades pú-

¹ En el punto 2.4 se detalla el sistema de valoración de la dependencia utilizado en Francia.

blicas o privadas sin fin de lucro y en que están sometidas a la normativa sociosanitaria. Estos centros se consideran como un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial tradicional y son objeto en los últimos años de un esfuerzo notable de expansión, al objeto de reforzar sus funciones preventivas (ver apartado de buenas prácticas). Como se observa en la tabla nº 1, el tamaño medio de estos centros es de 25 plazas y en 2015 apenas representaban el 1,1% de toda la oferta residencial².

- El segundo tipo de centros es el denominado *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées* (EHPA). Se trata, en la práctica, de centros similares a los anteriores y se caracterizan por su carácter no medicalizado³. Dirigidos también a personas autónomas o con niveles reducidos de dependencia (GIR 5 a 6), tienen un tamaño medio de 48 plazas y representan casi el 15% del total de plazas. Los requisitos que se establecen para la autorización y homologación de estos centros son diferentes a los que se aplican a los EHPAD. Los objetivos de estos centros se centran en la prevención de la dependencia y del aislamiento social, así como en el respiro de las personas cuidadoras. Como en las residencias autonomía, el alojamiento se realiza tanto en habitaciones como en apartamentos o estudios.
- El principal tipo de centro residencial en Francia es el llamado EHPAD (*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*). Se trata de centros medicalizados⁴, orientados a personas en situación de dependencia moderada o severa. Las personas usuarias deben tener más de 60 años y necesidades des apoyo para las actividades de la vida diaria. Con un tamaño medio de 81 plazas, representan el 79% de toda la oferta residencial. Los EHPAD ofrecen una atención integral de carácter sociosanitario y su tamaño oscila por lo general entre las 50 y 120 plazas. La mayor parte de la información que se ofrecen en este capítulo se refiere a esos centros.

La principal diferencia entre un EHPA y un EHPAD reside en el nivel de autonomía de las personas recibidas –el EHPA atiende a personas mayores autónomas o semiautónomas, mientras que el EHPAD se orienta a las personas con pérdida de autonomía que necesitan atención médica y supervisión diaria–, en su nivel de medicalización –a diferencia de los EHPA, los EHPAD están obligados a ofrecer servicios de atención sanitaria–, y en los servicios adicionales que se ofrecen.

- El último tipo de centros lo constituyen las llamadas Unidades de Cuidados de Larga Duración (USLD). Se trata de centros vinculados física y organizativamente a centros hospitalarios y tienen un nivel de medicalización sustancialmente mayor que en los EHPAD. Su tamaño medio es de 56 plazas y representan el 4,5% de toda la oferta residencial. Estos centros se dirigen a personas muy dependientes que precisan una atención médica constante.

Los datos más recientes en relación a la distribución de plazas y centros en cada uno de estas categorías se refieren a 2015, fecha en la que se realizó la última encuesta oficial al respecto. De acuerdo a los datos de la tabla 1, el 80% de las más de 750.000 plazas disponibles en Francia corresponden a los EHPAD y el 14% a los EHPA, siendo el resto de las modalidades muy poco significativas.

² Se han desarrollado en torno a este tipo de centros otras modalidades denominadas genéricamente alojamiento alternativo o agrupado. También se utiliza la denominación de "residencia-servicio". Aunque este tipo de centros carecen de un estatus jurídico claro y se basan en iniciativas de carácter informal o experimental, han sido reforzadas por la normativa aplicada desde 2015 para desarrollar modelos residenciales alternativos a las residencias convencionales y orientados a la prevención de la pérdida de autonomía (HCFA, 2018).

³ Las diferencias entre ambos centros son muy reducidas y a menudo se presentan como una misma modalidad. Entre las diferencias, cabe destacar que las residencias autonomía pueden acoger a personas con mayor grado de dependencia (GIR 4 a 6).

⁴ El concepto de medicalización se aborda posteriormente.

Tabla 1. Principales datos sobre los centros residenciales para personas mayores en Francia

	Nº de centros	Nº de plazas	% de plazas	Cobertura*
EHPAD	7.400	600.380	79,8	4,5
EHPA	2.267	109.250	14,5	0,8
Logement foyer / residence autonomie	338	8.500	1,1	0,1
USLD	596	33.860	4,5	0,3
Total	10.601	751.990	100,0	5,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

*Cobertura en relación a la población mayor de 65 años.

Más allá de esta tipología básica, existen diversas modalidades de centros o unidades a las que es necesario hacer referencia, si bien no todas ellas tienen un estatus jurídico específico. En ocasiones, se trata de centros o modalidades de atención independientes, mientras que en otros casos se trata de unidades insertadas dentro de un EHPAD. Más concretamente cabe hacer referencia a los siguientes centros:

- Pequeñas unidades de vida (*Petites Unités de Vie*). Se trata de EHPADs de pequeño tamaño, con menos de 25 plazas. Estos centros están eximidos de ciertas obligaciones que afectan al conjunto de los centros residenciales en lo que se refiere a la tarificación de la atención (ver apartado 2.5), así como al tipo de usuarios que acogen. En todo caso, se definen por una capacidad reducida y la búsqueda de fórmulas organizativas más hogareñas y menos institucionales, y por su carácter no medicalizado, frente al modelo convencional de residencia (EHPAD). Las características de estas unidades son las siguientes:
 - o alojamiento privado que permite vivir de forma independiente (cocina independiente, baño, etc.).
 - o supervisión durante las 24 horas con personal específico, tele-alarma, etc.
 - o espacios comunes que promueven reuniones y lazos sociales (comedor, cocina colectiva)
 - o Servicios personalizados a demanda de los residentes.
- Unidades de Alojamiento Reforzado ([Unité d'Hébergement Renforcée](#)). Se trata de unidades residenciales orientadas a las personas con demencias, enfermedades neurodegenerativas y/o trastornos severos del comportamiento. Tienen un tamaño reducido (entre 12 y 14 habitaciones individuales) y pueden equipararse a las unidades psicogerítricas existentes en España. El 3,3% de los EHPAD cuentan con unidades de este tipo.

También se utiliza la denominación de Unidades de Vida Protegida (UVP), específicamente dirigidas a las personas con problemas moderados de comportamiento. El diseño arquitectónico de estos centros se caracteriza por la existencia de zonas verdes, zonas comunes de pequeño tamaño, abundante luz natural, y zonas seguras de deambulaci3n.

- Los denominados Polos de Actividades y Cuidados Adaptados (*Pôles d'activités et de soins adaptés* – [PASA](#)) son unidades de atención diurna orientados a residentes de los EHPAD con demencias u otros trastornos neurodegenerativos. El tamaño recomendado para estos centros es de 12 a 14 personas. Estos centros no acogen a personas no residentes en el EHPAD.
- Residencias servicio, dentro de las cuales se diferencian los Hogares de acogida rural para personas mayores (*Maison d'accueil rural pour personnes âgées* - [MARPA](#)) y los Hogares de Acogida para Personas Mayores (*Maison d'accueil pour personnes âgées* - [MAPA](#)). Aunque tienen muchas similitudes con las residencias autonomía, se diferencian de estas en que son normalmente gestionadas por entidades privadas con fin de lucro y en que no están sometidas a la normativa sociosanitaria.

2.3. Estructura competencial y de titularidad

Las competencias sobre la gestión de los servicios residenciales para personas mayores en Francia (autorización, habilitación, inspección, financiación, prestación de servicios, etc.) se distribuyen entre diversos niveles de la administración, de acuerdo, entre otros elementos, a la estructura de financiación de estos centros (ver punto 2.5).

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 residencial. Corresponde a la administración central, en el marco de la Seguridad Social, la gestión de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía ([CNSA](#)) que, además de intervenir en la financiación de los centros, asume tareas relacionadas con la investigación, la armonización de las prácticas profesionales, la difusión de la información, etc.
- 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 y los Centros Comunitarios de Acción Social, generalmente de ámbito municipal, participan en la prestación de los servicios (como se señala más adelante, en torno a la mitad de las plazas residenciales están gestionadas por estas entidades), junto a empresas privadas y entidades sin fin de lucro.
- Por último, la Alta Autoridad de Salud ([HAS](#)) es responsable de la definición de las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario (personas mayores y personas con discapacidad), 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. Este organismo 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). Esta agencia dejó de funcionar en 2018.

En lo que se refiere a la titularidad de los centros, pueden ser privados lucrativos, privados no lucrativos y públicos. Dentro de estos últimos, los centros públicos pueden ser autónomos o depender bien de centros hospitalarios bien de centros comunales de acción social (CCAS), de ámbito y responsabilidad municipal. De acuerdo a los datos disponibles, correspondientes a 2015, el 52% de las plazas (49% en el caso de los EHPAD) son de titularidad pública, el 28,7% corresponde a entidades privadas no lucrativas y el 19,2% a entidades privadas lucrativas. Además, en torno al 40% de los EHPAD públicos están vinculados a estructuras hospitalarias y el resto a estructuras municipales o de servicios sociales.

Tabla 2. Estructura de titularidad de los centros residenciales para personas mayores en Francia (%)

	Privados lucrativos	Privados no lucrativos	Públicos
EHPAD	22,1	28,6	49,3
EHPA	3,7	27,1	69,2
Logement foyer / residence autonomie	19,8	58,9	21,3
USLD	s.d	s.d	s.d
Total	19,2	28,7	52,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

Más allá de la cuestión competencial y de la estructura de titularidad, es importante hacer referencia al papel que juega en el modelo de atención a las personas mayores en Francia la denominada *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*. Se trata de una prestación económica orientada a las personas mayores con dependencia y que cubre tanto los gastos de los servicios domiciliarios como el gasto de acceso a los centros residenciales o de día. Desde ese punto de vista, el modelo francés no garantiza el acceso a un centro o servicio determinado, ni por tanto asigna plazas en un centro específico, sino que ofrece una prestación económica mediante la que se co-financian los servicios que la persona con dependencia utiliza, sean residenciales o a domicilio.

2.4. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

Como se ha señalado, el conjunto de los centros residenciales para mayores en Francia disponen de algo más de 750.000 plazas, de las que 600.000 corresponden a los llamados EHPAD. La cobertura total asciende al 7,5% de las mujeres y el 3,4% de los hombres. La cobertura de este tipo de centros entre las personas muy mayores es particularmente alta, con tasas que alcanzan el 63% y el 43% entre las mujeres y los hombres, respectivamente, con más de 95 años.

Tabla 3. Tasa de cobertura por sexo y edad (%)

	Mujer	Hombre
65-70	0,8	0,9
70-75	1,4	1,3
75-80	3,2	2,4
80-85	7,6	4,7
85-90	18,5	10,6
90-95	34,8	21,5
Más de 95	63,5	43,7
Total	7,5	3,4

Fuente: DREES, 2015

El acceso a los EHPAD se realiza a través de un proceso común de solicitud, en el que se indica el centro o los centros en los que se quiere ingresar a través de un [formulario](#) único. Existe un [directorío](#) nacional de centros, en el marco de un portal nacional de información para las personas mayores y sus allegados, en el que se indican las tarifas y servicios ofertados, y en el que se pueden localizar los centros en función de diversos criterios de búsqueda. Los centros tienen la posibilidad de no admitir a personas que presentan determinadas problemáticas, si así lo determina su reglamento de funcionamiento. Así, el 30% de los centros señaló en 2015 haber rechazado el acceso de personas en situación de desorientación, el 12% a personas con discapacidad menores de 60 años, el 38% a personas con dependencia que necesitan una atención muy intensa, y el 48% a personas dependientes con otras necesidades específicas.

La concesión de la APA y el acceso a los centros residenciales se realiza en función de la escala [AGGIR](#), que establece seis niveles diferentes de dependencia a partir de una escala que oscila entre los 70 y los 1.000 puntos. La escala AGGIR contempla seis grupos o grados: el GIR 1 corresponde a las personas encamadas cuyas funciones mentales están gravemente dañadas y precisan de supervisión constante. En el otro extremo, el GIR 6 corresponde a las personas que mantienen su autonomía para las principales actividades de la vida cotidiana. La prestación APA, ya sea en domicilio ya sea en residencia, se concede a las personas con niveles GIR que van de 1 a 4.

De acuerdo a los datos de la última encuesta sobre centros residenciales (2015), en torno a la mitad de las personas residentes en el conjunto de los centros tienen un nivel AGGIR de 1 o 2, superando el 80% en las unidades de cuidados de larga duración.

Tabla 4. Distribución de las personas usuarias de los centros residenciales por nivel AGGIR y tipo de centro (%)

	1	2	3	4	5	6
Total	16,4	32,4	15,2	19,1	6,5	10,4
EHPAD público	18,5	36,0	16,9	20,1	5,4	3,1
EHPAD privado no lucrativo	16,1	35,6	17,0	21,0	5,9	4,4
EHPAD privado lucrativo	17,5	39,3	17,9	18,4	4,3	2,7
EHPA	3,5	12,5	14,3	26,5	14,4	28,8
Residencia autonomía	0,2	1,4	4,0	17,2	16,1	61,2
Unidad de cuidados de larga duración	40,2	41,9	9,9	6,5	1,1	0,4

Fuente: DREES, 2015

En cuanto a las principales características sociodemográficas de las personas residentes, como se observa en la tabla siguiente el 79% de las personas usuarias de los centros tienen más de 80 años.

Tabla 5. Distribución de los residentes por tramos edad (%)

	Total
Menos de 65	3,1
65-70	4,3
70-75	4,6
75-80	8,6
80-85	16,9
85-90	27,1
90-95	25,7
95 y más	9,8

Fuente: DREES, 2015.

Desde el punto de vista del sexo y la edad, de acuerdo a la tabla siguiente, el 25,3% de las personas usuarias son hombres y el 74,7% mujeres. El 82% tienen más de 80 años y el 54% de las personas usuarias son mujeres mayores de 85 años.

Tabla 6. Distribución de los residentes por sexo y edad (%)

	Hombre	Mujer
60-65	1,2	0,7
65-70	1,9	1,7
70-75	2,3	2,6
75-80	3	4,2
80-85	3,7	10,8
85-90	6,1	21,6
90-95	5,2	21,5
95-100	1,8	10,1
Más de 100	0,1	1,5
Total	25,3	74,7

Fuente: DREES, 2015.

Finalmente, la tabla siguiente recoge el porcentaje de personas usuarias con Alzheimer u otras demencias, en 2015. En total, el porcentaje asciende al 35%, con porcentajes más elevados en las residencias privadas de carácter mercantil.

Tabla 7. Porcentaje de residentes con demencia o enfermedad de Alzheimer (%)

Total	35,7
EHPAD público	40,2
EHPAD privado no lucrativo	41,5
EHPAD privado lucrativo	45,1
EHPA	13,8
Residencia autonomía	2,5
Unidad de cuidados de larga duración	38,3

Fuente: Fuente: DREES, 2015.

2.5. Costes y sistemas de financiación

De acuerdo al último estudio elaborado por la Caja del Seguro de Dependencias (CNSA, 2019), el coste medio global de una plaza residencial asciende en Francia a 41.453 euros, lo que supone un coste medio diario de 113 euros. El coste medio más elevado corresponde a los centros públicos asociados a hospitales (119 euros) y el más bajo a los centros públicos vinculados a entidades locales (107 euros diarios).

El precio medio por plaza que abonan en la práctica las personas usuarias ronda los 24.000 euros anuales y se refiere tanto a los servicios de alojamiento como a una parte de los servicios de atención a la dependencia que se prestan en los centros, de acuerdo al sistema de financiación establecido.

El funcionamiento de los centros residenciales franceses está en gran medida determinado por su sistema tripartito de financiación, que se basa en la idea de la triple tarificación. En ese sentido, el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes:

- La *tarifa dependencia* cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria, y se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias. Oscila entre los 5,5 euros de media de los niveles más bajos de dependencia (GIR 5-6) y los 20,5 de los grados más elevados (GIR 1-2), con variaciones muy reducidas en función de la titularidad de los centros. Esa tarifa se establece de forma negociada con el Departamento provincial correspondiente, lo que genera diferencias territoriales relativamente grandes.

- La *tarifa alojamiento* cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. En ocasiones, también se incluyen otros servicios como el suministro de productos de higiene, telefonía e internet, etc. De acuerdo a la encuesta de centros residenciales de 2015, la tarifa media por este concepto es de 59,30 euros diarios, IVA incluido. En general, los centros privados de carácter lucrativo establecen una tarifa algo más elevada que los públicos y los centros dependientes de entidades no lucrativas. A diferencia de lo que ocurre en el caso de la tarifa de dependencia, la tarifa de alojamiento se fija libremente por los propios centros, salvo en el caso de que el centro esté habilitado para que los usuarios puedan percibir ayudas sociales al alojamiento. Los precios también varían en función de la ocupación de la habitación (individual o doble).
- La *tarifa de cuidados* o atención sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria. Esta tarifa puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de una farmacia propia para el centro. Si se opta por la tarifa parcial, el Seguro de Salud cubre gastos tales como la amortización del material médico, la prestación de servicios médicos, la remuneración de personal de enfermería que asiste al centro de forma itinerante y la intervención del personal médico que interviene en el centro (ver punto 6.1). La tarifa global incluye además la remuneración por la intervención del personal médico y farmacéutico especializado, auxiliares que trabajan de forma autónoma en el centro, etc. La opción con farmacia propia incluye el suministro de determinados medicamentos. Existen también otros servicios médicos que se entienden cubiertos por lo que se denomina medicina comunitaria o *soins de ville* (odontología, podología, fisioterapia, etc.) y son también financiados por las Agencias Regionales de Salud en función de los niveles agregados de dependencia y necesidades sanitarias del centro.

En total, se calcula que el coste de ambos tipos de servicios –los prestados en el propio centro y los correspondientes a la medicina comunitaria– alcanzan de media los 39 euros diarios por residente, que supone algo menos del 40% del coste plaza diario.

La cuestión de la triple tarificación es importante en el modelo residencial francés porque determina tanto el acceso de las personas usuarias a los centros residenciales como la organización de los servicios.

Como ocurre en otros países de Europa, a las personas que quieren acceder a un centro residencial no se les asigna una plaza en un centro determinado; por el contrario, esas personas reciben una serie de prestaciones económicas para el pago de la tarifa de dependencia mediante la llamada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA) y, en su caso, para el pago de la tarifa de alojamiento, y eligen el centro en el que quieren residir. De esta forma:

- En general, las personas usuarias abonan con sus propios recursos el 100% de la tarifa correspondiente al alojamiento y la manutención. Sin embargo, los usuarios que no tienen recursos económicos suficientes para el pago de esa tarifa pueden recurrir a prestaciones de garantía de ingresos para su pago (*Aide Sociale a l'Hebergement*, *Allocation de Logement Sociale* o *Aide Personnalisée de Logement*). Para poder acoger usuarios/as que se benefician de alguna de esas ayudas sociales para el alojamiento (concretamente, la *Aide Sociale a l'Hebergement*), los centros residenciales deben superar un proceso de acreditación o habilitación con el Departamento. El 83% de los centros tienen una habilitación total o parcial, siendo esta habilitación generalizada en los centros públicos y relativamente poco frecuente –el 58% carecen de ella– en los privados lucrativos. También debe establecerse una convención con la Caja gestora de las prestaciones sociales para que las personas usuarias puedan recibir, en caso de carecer de recursos suficientes, otras ayudas económicas adicionales para el pago de la tarifa por alojamiento mediante la Prestación de Alojamiento Social (*Allocation de Logement Sociale*) o la Ayuda Personalizada al Alojamiento (*Aide Personnalisée de Logement*).

- En lo que se refiere al pago de la tarifa por dependencia, las personas usuarias con un grado medio o severo de dependencia pueden solicitar la llamada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). La APA es una prestación universal, si bien está modulada tanto en función del grado de dependencia como en función de la renta de la persona usuaria y de la tarifa establecida en la residencia de la que es usuario.

Como se ha señalado antes, la tarifa de alojamiento es abonada directamente por las personas usuarias con sus propios recursos –en caso de no tenerlos se puede acceder a prestaciones asistenciales del ámbito de la vivienda o la garantía de ingresos ya señaladas–; la tarifa de dependencia se abona parcialmente mediante la APA y la aportación de la persona usuaria, mientras que la tarifa de atención sanitaria es abonada directamente a los centros por el Seguro de Salud (*Assurance Maladie*) en función del tipo de servicio concertado entre el centro y la administración sanitaria.

De acuerdo al último informe del Senado francés sobre la situación de los EHPAD (Bonne, 2018), el coste de los cuidados por dependencia en los centros residenciales asciende en términos agregados a unos 3.000 millones de euros, de los que 2.000 se financian mediante la APA y 1.000 directamente por las personas usuarias, de forma que las personas usuarias estarían cubriendo una tercera parte de los cuidados vinculados a la dependencia. Por su parte, el coste de la tarifa de alojamiento, una vez abonadas las prestaciones asistenciales, asciende a 9.500 millones de euros, con lo que el copago total ascendería a 10.500 millones de euros (en torno al 40% del coste total de los centros residenciales). El informe señalado indica que el copago mensual medio real asciende a 1.263 euros, teniendo en cuenta las diferentes prestaciones que pueden ser percibidas por las personas usuarias.

Desde el punto de vista comparativo, Francia –con un gasto público de 9.000 millones en servicios residenciales para personas mayores–, realiza un gasto comparativamente elevado en el contexto europeo. Como se observa en el tabla anexa, Francia destina a los servicios residenciales 1.369 euros al año por cada habitante mayor de 75 años, por debajo en cualquier caso de los países europeos que destinan un mayor gasto a este tipo de centros. Los datos recogidos deben en cualquier caso tomarse con precaución, debido a las diferencias existentes a la hora de computar la información en los diversos países⁵.

Tabla 8. Gasto en servicios residenciales para personas mayores en Europa (2018)

	Euros por cada mayor de 75 años	Millones de euros
Sweden	7.608	7.021
Netherlands	4.367	6.147
Finland	4.004	2.050
Belgium	3.425	3.488
Austria	1.933	1.614
Malta	1.619	57
France*	1.369	8.599
United Kingdom	883	4.946
Spain	807	3.642
Slovakia	568	190
Czechia	522	427
France	1.369	8.599
Portugal	283	308
Hungary	275	219
Latvia	228	44
Slovenia	173	33
Italy	141	996
Croatia	111	43
Estonia	109	14

⁵ En ese sentido, los datos de Francia que se han utilizado para la elaboración de esta tabla no son los que ofrece EROSTAT, sino los datos que recoge en sus estadísticas el Ministerio francés de Salud.

Tabla 8. Gasto en servicios residenciales para personas mayores en Europa (2018)

	Euros por cada mayor de 75 años	Millones de euros
Lituania	85	24
Romania	64	100
Bulgaria	31	19

Fuente: *Elaboración propia a partir de SEPROOS de EUROSTAT.*

2.6. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

Como antes se ha señalado, la determinación del modelo de atención en los centros residenciales para personas mayores en Francia viene sólo en parte definida por la normativa legal. En ese sentido, si bien lógicamente la normativa en vigor define las características básicas del modelo de atención y los requisitos que se exigen a los centros, la aplicación concreta del modelo se basa también en otras figuras o herramientas que, si bien no siempre resultan jurídicamente vinculantes o de obligado cumplimiento, condicionan o determinan el modelo de atención. Las principales herramientas son las siguientes:

2.6.1. La convención plurianual de objetivos y medios (CPOM)

Teóricamente al menos, las entidades que gestionan los EHPAD –así como, si se acuerda específicamente, de 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.

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.

2.6.2. *El Cahier de charges*

El CPOM incorpora un *cahier de charge* 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 construcción de un centro y/o 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

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

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.

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 ...

2.6.3. La evaluación interna y externa

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 puede decirse que la evaluación constituye una piedra angular del modelo de gestión de la calidad en el ámbito de la dependencia. Tanto es así que la realización de la realización y aprobación de procesos de evaluación constituye condición *sine qua non* para la renovación de las autorizaciones de funcionamiento de los centros y servicios.

Cabe destacar además que el enfoque francés de la calidad se centra principalmente en la persona usuaria y en sus derechos (libre elección, individualización, participación, intimidad, mantenimiento de relaciones sociales...). 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.

La normativa distingue dos tipos de evaluaciones:

- la evaluación interna, llevada a cabo por la propia entidad,
- la evaluación externa, a cargo de una entidad exterior al centro, que debe estar autorizada por la *Haute Autorité de Santé*.

Ambas evaluaciones, la externa y la interna, constituyen procesos complementarios, de modo que los ámbitos analizados en el transcurso de los dos procesos deben ser los mismos, con el fin de garantizar la lógica interna en la interpretación de los resultados. Las evaluaciones constituyen además un proceso dinámico, concebido de modo que cada evaluación parte del análisis de los resultados de la evaluación precedente.

a) 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. Los resultados de estas evaluaciones se comunican a la autoridad responsable de

la autorización del centro o servicio cada cinco años, de modo que se prevén un total de tres evaluaciones internas para cada periodo de autorización, que suele ser de 15 años. La Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios ANESM (cuyas funciones ha asumido la *Haute Autorité de Santé*, a partir de 2018) publica materiales de apoyo al desarrollo de los procesos de evaluación interna.

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. Los indicadores que se tienen en cuenta son los siguientes:

Tabla 9. Indicadores específicos sobre la salud de los residentes

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 aspectos GREPHH7 evaluados ▪ 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 capacidades de desplazamiento y acompañamiento de personas con dificultades ▪ mantenimiento de capacidades en el aseo y acompañamiento de las personas con necesidad absoluta de ayuda 	<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
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.

b) La evaluación externa

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.);

⁷GREPHH, Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière <http://www.grephh.fr>

- Una segunda más particularmente adaptada a la realidad de centro o servicio evaluado y a sus dinámicas de trabajo, que evalúa aspectos tales como: acompañamiento al desarrollo y autonomía personal; limitaciones de la actividad individual, sensibilización al riesgo de aislamiento, atención a las relaciones sociales, trabajos orientados a fomentar el acceso a los derechos...

El informe final de la evaluación externa establece propuestas de mejora, tanto de aspectos estratégicos, en primer lugar, como de elementos más directamente operacionales, en segundo lugar. Sigue un modelo fijado por la *Haute Autorité de Santé*, que se encuentra accesible en línea.

Los centros o servicios deben llevar a cabo dos evaluaciones externas entre la fecha de autorización y la renovación de la misma. Los resultados de la primera evaluación externa se deben facilitar a más tardar 7 años después de la fecha de autorización. El informe de la segunda evaluación debe ser comunicado a las autoridades competentes a más tardar en los dos años anteriores a la expiración de la fecha de renovación de la autorización. La renovación de la autorización se halla totalmente supeditada a los resultados de la evaluación externa ([art. L313-1 del Código de la Acción Social y la Familia](#)).

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

Tabla 10. 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

2.6.4. Las recomendaciones de buena práctica

Junto a la normativa reguladora, los mecanismos de acreditación 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 de la Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios ANESM (*Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*)⁸.

⁸ La *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ANESM se ha integrado, a partir de abril 2018, en el seno de la Haute Autorité de Santé.

La ANESM se creó en 2007, a raíz de la obligación de evaluación establecida por la ley 2002-2 para los establecimientos y servicios sociales y médicosociales ESSMS. A partir de la citada ley, los ESSMS deben proceder a la evaluación interna y externa de sus actividades y de la calidad de los servicios que prestan. Se trata por tanto de un dispositivo muy estrechamente vinculado tanto con la evaluación de los centros sociales y sociosanitarios, como con la renovación de la autorización, que está condicionado a los resultados de dichas evaluaciones externas. La Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios ANESM cuenta con dos funciones principales:

- definir las buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario (personas mayores y personas con discapacidad),
- habilitar los organismos externos responsables de llevar a cabo las evaluaciones de dichos centros y servicios.

Las recomendaciones de Buenas prácticas profesionales constituyen la principal herramienta de la ANESM para el fomento de la calidad de la atención y la aplicación de buenas prácticas en la atención social y sociosanitaria. Agrupadas en la serie "*Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles*", son de carácter temático y presentan un esquema similar en todas ellas, estableciéndose para cada ámbito o recomendación:

- 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.

Los contenidos concretos de las recomendaciones de buena práctica en lo que se refiere a la individualización de la atención o el funcionamiento ordinario de los centros se recogen en los apartados cinco y siete.

3. Descripción de las características físicas de los centros

3.1. Aspectos relativos a la ubicación

La normativa general aplicable en relación a los centros residenciales no contempla medidas específicas en relación a la ubicación física de los centros. Tampoco se hace alusión específica a esta cuestión en las recomendaciones de buena práctica.

3.2. Aspectos relativos al tamaño de los centros

La normativa general aplicable en relación a los centros residenciales no contempla medidas específicas en relación al tamaño de los centros, más allá de la determinación del número máximo de plazas que corresponde a las pequeñas unidades de vida.

Desde un punto de vista más descriptivo, como se observa en la tabla siguiente, el tamaño medio de los centros residenciales es de 70 plazas, y oscila entre los 25 de las residencias de autonomía y los 81 de los EHPAD.

Tabla 11. Tamaño medio de los centros residenciales para personas mayores en Francia

	Nº de centros	Nº de plazas	Tamaño medio
EHPAD	7.400	600.380	81,1
EHPA	2.267	109.250	48,2
Logement foyer / residence autonomie	338	8.500	25,1
USLD	596	33.860	56,8
Total	10.601	751.990	70,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

En lo que se refiere al número de plazas, como se observa en la tabla siguiente, en torno al 40% de los centros tienen menos de 60 plazas y el 13% más de 100. Los centros con menos de 40 plazas no llegan a representar el 25% del total, aunque en el caso de los EHPA, las residencias de autonomía y las unidades de cuidados de larga duración la proporción es sensiblemente mayor.

Tabla 12. Distribución de los centros por número de plazas (%)

	1 à 10 places	11 à 20 places	21 à 40 places	41 à 60 places	61 à 80 places	81 à 100 places	101 à 200 places	Plus de 200 places
Total	0,9	4,7	16,4	19,7	26,4	18,7	11,5	1,6
EHPAD público	0,3	1,3	9,7	18,5	23,9	20,5	21,4	4,3
EHPAD privado no lucrativo	0,0	1,5	9,4	16,9	35,2	25,2	11,0	0,8
EHPAD privado lucrati- vo	0,2	1,5	8,7	16,3	30,7	32,5	9,9	0,1
EHPA	11,3	39,4	36,5	5,4	2,6	3,9	0,9	0,0
Residencia autonomía	1,9	10,7	27,8	28,3	25,9	4,4	0,8	0,1
Unidad de cuidados de larga duración	0,4	2,8	48,4	22,7	9,4	6,2	8,8	1,4

Fuente: DREES, 2015

La normativa analizada no establece indicaciones específicas en lo que se refiere a la distribución del total de plazas por unidades de convivencia o similares, que se establecen generalmente en los *cahiers de charges* o pliegos de contratación / autorización de los centros. Sin embargo, los informes consultados dan a entender que resulta relativamente habitual la organización en torno a unidades específicas de menor tamaño, con un tamaño medio que oscila entre las 26 y las 32 plazas. Las unidades específicas a las que antes se ha hecho referencia (unidad de vida protegida, unidad de alojamiento reforzado, unidades de vida Alzheimer, etc.), tienen un tamaño más reducido, con entre 12 y 14 plazas (CNDEPAH, 2019).

En lo que se refiere a la superficie de los centros, de acuerdo a la tabla siguiente, oscila entre los 48 metros cuadrados por usuario en los EHPAD dependientes de entidades sin fin de lucro y los 59 en las residencias de autonomía.

Tabla 13. Datos relativos a la superficie de los centros por tipo de centro

	Superficie total media	Superficie total media por plaza	Superficie de espacios colectivos por plaza	Superficie de espacios privados por plaza
Total	3.783	54	22	23
EHPAD público	4.470	51	21	20
EHPAD privado no lucrativo	4.285	57	28	23
EHPAD privado lucrativo	3.563	48	20	22
EHPA	1.426	57	22	27
Residencia autónoma	2.797	59	17	35
Unidad de cuidados de larga duración	3.274	58	21	20

Fuente: DREES, 2015

3.3. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

Como se ha señalado antes, los requisitos técnicos que deben cumplir las residencias destinadas a personas mayores vienen determinadas por un conjunto de normas así como de recomendaciones de buena práctica, que sin tener rango normativo, constituyen una referencia para la firma de las convenciones de medio y objetivos señaladas previamente. Básicamente, se tienen en cuenta en ese sentido el [Decreto](#) de 1999 que regulaba las antiguas convenciones tripartitas y las las recomendaciones de buena práctica de la ANESM a las que antes se ha hecho referencia.

De estas herramientas se derivan una serie de requisitos en cuanto a los requisitos estructurales, que se tienen en cuenta a la hora de establecer los convenios plurianuales de objetivos y medios. En lo que se refiere a la calidad de los espacios, la norma establece que los espacios para personas mayores dependientes deben diseñarse y adaptarse de manera que contribuyan directamente a combatir la pérdida de autonomía de los residentes, a fomentar su sociabilidad en la mayor medida posible y a establecer una *apropiación* real de la institución por parte de la persona usuaria. En ese sentido, el diseño de los espacios debe ser la traducción de la especificidad de un establecimiento que acoge a personas mayores dependientes, manteniendo un equilibrio justo entre sus tres componentes principales:

- en primer lugar, ser un lugar de vida, respetar la privacidad del residente y, al mismo tiempo, fomentar las relaciones de convivencia entre los residentes y entre estos y sus allegados;
- ser un lugar adecuado para atender las situaciones de dependencia, combinando la libertad y la seguridad de todos los residentes;
- ser un lugar de prevención y atención donde los servicios médicos y paramédicos necesarios para los residentes se brinden de manera coordinada.

A partir de esas consideraciones, se establecen una serie de requisitos –algunos generales, otros más concretos– en relación a los espacios privados y los espacios comunes de los centros, así como a los espacios destinados a servicios específicos, la accesibilidad o la seguridad

Se recogen en el cuadro siguiente las indicaciones y recomendaciones –en general, se trata de indicaciones y no de normas de obligado cumplimiento– que de forma explícita se refieren a los requisitos físicos de los centros residenciales:

Tabla 14. Requisitos técnicos de las estructuras residenciales

Ámbito	Requisitos
Entorno arquitectónico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ el diseño del centro debe estar orientado a generar para los residentes un entorno confortable, estimulante y con lugares para la vida social en grupo, permitiendo también acoger a las familias, ▪ en el caso concreto de las unidades psicogeríatras el entorno debe favorecer la convivencia, el bienestar emocional y la reducción de la agitación y agresividad de los residentes; debe favorecer la orientación y deambulación autónoma en un entorno seguro; y no debe producir una estimulación sensorial excesiva que pueda agravar los problemas de conducta, ▪ el espacio de actividades debe ser fácilmente accesible desde las unidades de vida de la residencia y debe incluir una salida al exterior a una zona ajardinada o terraza segura, cerrada y libremente accesible para los residentes.
Espacios privados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ el espacio privado debe ser considerado como la transposición en el centro del domicilio de la persona residente. ▪ Los espacios privados deben ser completamente personalizables y debe permitirse a las personas residentes amueblar y decorar las habitaciones con objetos propios que no se limiten a cuadros, fotografías u objetos familiares. Los residentes deben disponer de un espacio privado del que puedan "apropiarse" plenamente, organizándolo de la manera que estimen más conveniente ▪ el espacio privado debe poder ser utilizado para recibir a personas del exterior como si se tratara del domicilio particular de la persona residente. ▪ La concepción del espacio privado debe asemejarse a la de una vivienda, al objeto de mantener la sociabilidad y la identidad de la persona residente. ▪ los centros deben ser accesibles y permitir una circulación libre, para lo cual deben contar con superficies modulables en función de la futura pérdida de autonomía, evitando transferencias obligatorias de las personas usuarias de unas unidades a otras, generando rupturas de lazos sociales, ▪ ninguna habitación debe ser ocupada por más de dos personas y la proporción de habitaciones dobles no debe sobrepasar el 10% de la capacidad del centro. ▪ en el caso de construcciones nuevas –o sometidas a reforma completa– las habitaciones deben contar siempre con un baño (ducha lavabo y aseo) y opcionalmente con una pequeña cocina. En cuanto a la superficie, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> – 18 a 22 metros cuadrados en el caso de habitaciones individuales – 30 a 35 metros cuadrados, en viviendas para dos personas ▪ las recomendaciones para otro tipo de centros establecen que el espacio privado debe contar siempre con un baño incorporado y deben tender a una superficie mínima de: <ul style="list-style-type: none"> – 16 a 20 metros cuadrados, en habitaciones de 1 cama. – 22 a 25 metros cuadrados, en habitaciones de 2 camas. – 20 a 22 metros en habitaciones que cuenten con una pequeña cocina.
Espacios colectivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ los espacios colectivos –áreas de restauración, de descanso, de actividades y de encuentro– deben ser variados para poder responder a la diversidad de proyectos de vida de las personas residentes, ▪ los espacios de circulación (pasillos, ascensores, hall...) deben garantizar un buen acceso al conjunto de espacios, tanto interiores como exteriores. Se debe fomentar el uso de la iluminación natural. Los espacios deben posibilitar el uso de la silla de ruedas, así como de los carritos asociados a las tareas de limpieza y restauración, ▪ deben respetar la normativa en términos de accesibilidad y respecto de los derechos de las personas con discapacidad, ▪ deben favorecer el mantenimiento de las relaciones sociales y permitir a las personas no residentes un fácil acceso al mismo, favoreciendo la convivencia y evitando el aislamiento.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a raíz de la ola de calor de 2003, el Código (D312-160 y 161) prevé la instalación de al menos una estancia refrigerada en todos los centros para personas mayores; con el fin de evitar shocks térmicos, se recomienda una brecha máxima de 8 grados entre la temperatura exterior y la interior.

En el caso de los Polos de Actividades y Cuidados Adaptados (PASAS) se establece además que su diseño arquitectónico debe contribuir a generar un ambiente confortable, seguro y estimulante, debe tener una comunicación accesible con el resto del centro residencial y debe tener acceso a un jardín, terraza o zona exterior delimitada. Más concretamente, el *Cahier de Charges* de la Dirección General de la Acción Social que establece las características generales de estos centros indica que los centros han de contar con:

- una entrada adaptada;

- una sala de estar destinada al descanso y a actividades colectivas;
- un comedor con office;
- al menos dos espacios adaptados para la realización de actividades;
- dos baños, uno de ellos con ducha;
- locales de servicio necesarios para la organización del centro;
- un jardín o terraza.

En el caso de las Unidades de Alojamiento Reforzado (UHR) se establece también que debe contar con acceso a una zona verde, terraza o jardín exterior adecuadamente delimitado para garantizar la seguridad de las personas usuarias, y que la concepción arquitectónica del centro debe:

- favorecer un ambiente de convivencia y no institucional al objeto de proteger el bienestar emocional y reducir la agitación y agresividad de las personas residentes;
- favorecer la orientación y la deambulación en un marco seguro;
- responder a las necesidades de autonomía e intimidad de las personas usuarias;
- tener en cuenta la necesidad de crear un entorno que no produzca una sobre-estimulación sensorial que genere problemas psicológicos o de comportamiento.

Desde un punto de vista más descriptivo, la tabla siguiente recoge el porcentaje de habitaciones con una, dos o más plazas que existe en cada tipo de centro. De acuerdo a los datos de la encuesta, para el conjunto de los centros, el 91% de las habitaciones son individuales, el 8,8% tienen dos plazas y el 0,1% tres o más.

Tabla 15. Distribución de las habitaciones por número de plazas y tipo de centro (%)

	1 plaza	2 plazas	3 o más plazas
Total	91,1	8,8	0,1
EHPAD público	95,9	4,1	0,0
EHPAD privado no lucrativo	93,0	7,0	0,0
EHPAD privado lucrativo	93,3	6,6	0,0
EHPA	73,0	26,4	0,7
Residencia autonomía	91,1	8,8	0,1
Unidad de cuidados de larga duración	89,2	10,7	0,1

Fuente: DREES, 2015

En lo que se refiere al resto de los equipamientos de las habitaciones, el 85% de los centros cuentan con sistemas para la modulación individual de la calefacción, el 98% con cortinas o sistemas para velas las ventanas, el 98% con conexión de teléfono, el 99% con conexión de televisión, el 36% con acceso a internet, el 19% con equipamiento de cocina y el 17% con frigorífico.

4. Dotaciones y perfiles profesionales

4.1. Requisitos normativos en materia de personal

Al margen de la dotación del médico coordinador, cuyo papel se analiza más adelante, la normativa francesa no establece en su normativa requisitos mínimos en relación a la dotación de personal, aunque sí se establecen las figuras profesionales que deben formar parte de la dotación de personal del centro.

En el caso de los EHPAD, el Código de Acción Social y Familias⁹ establece las siguientes especificaciones en términos de personal:

- Para llevar a cabo su misión, además del director y del personal administrativo, el centro residencial asistido debe contar con un equipo multidisciplinar que cuenta al menos con un médico coordinador, un profesional de enfermería, auxiliares sanitarios, profesional de psicología, acompañantes educativos y personal psicoeducativo.
- En el caso de las unidades reforzadas –destinadas a personas que sufren problemas de comportamiento severos derivados de enfermedades neurodegenerativas asociadas a demencia–, deben contar, además con un fisioterapeuta, un auxiliar especializado en geriatría y personal sanitario de noche. Se exigen además que todo el personal de la unidad cuente con formación sobre enfermedades neurodegenerativas, en general, y especialmente en el tratamiento de problemas de comportamiento.
- Del director depende la organización y mantenimiento general del centro. En cuanto a la formación, en el caso de las residencias asistidas públicas, debe poseer formación específica de la *École des hautes études en Santé publique* (EHESP). Existe igualmente un certificado de aptitud para las funciones de director de Centro o servicio de intervención social (CAFDES), que es la única titulación estatal del sector, pero cuya obtención no es obligatoria para ejercer funciones de director en una residencia del sector asociativo o mercantil.
- Como se explica en el apartado relativo a la atención sanitaria, cada centro residencial para personas mayores con dependencia debe contar con la figura del médico coordinador. Este profesional debe tener una titulación especializada en geriatría o gerontología y/ o en gestión de residencias para personas dependientes.

En el caso de los PASA (Polos de Actividad y de Cuidados Adaptados para personas con trastornos psicogeriátricos) se establece la siguiente dotación de personal:

- Un especialista en psicomotricidad o ergoterapia;
- Un asistente de cuidados geriátricos;
- Un psicólogo/a.

En el caso de las Unidades de Alojamiento Reforzado, se establece la necesidad de contar con el siguiente personal, con formación específica en el ámbito de la psicogeriatría:

- Un médico/a, que puede ser el médico coordinador del centro;
- Un/a enfermero/a;

⁹ D312-10 y L 313-12.

- Un especialista en psicomotricidad o ergoterapia;
- Un cuidador/a (*aide soignant*), un ayudante médico-psicológico o un acompañante educativo y social¹⁰;
- Un gerocultor/a (*aide soignant* especializado en geriatría);
- Un cuidador/a nocturno/a;
- Un psicólogo/a

Es importante señalar que, a diferencia de lo que ocurre en el caso del médico coordinador, en estos casos no se establecen dotaciones o ratios mínimas, y la normativa se limita a enumerar los perfiles profesionales con los que el centro debe contar.

En el caso de los EHPA y de las residencias de autonomía, no se incluye una dotación obligatoria de personal médico y se prevé la posibilidad de que determinados servicios profesionales pueden ser prestados por entidades externas especializadas (agencias de servicios de asistencia a domicilio, etc.

4.2. Dotación y ratios del personal

Más allá de lo establecido en la normativa, la encuesta realizada en los centros residenciales franceses cifra en medio millón de personas el número de trabajadores/as de los EHPAD en 2015, lo que se traduce en 429.765 puestos de trabajo a dedicación plena equivalente.

Teniendo en cuenta el número de plazas, la ratio de personal a dedicación plena equivalente alcanza en el conjunto de los centros residenciales el 0,57, es decir 57,2 profesionales a dedicación plena equivalente por cada 100 plazas instaladas, incluyendo tanto el personal de atención directa como el que realiza actividades administrativas o de gestión. Como se observa en la tabla siguiente, las ratios de atención varían enormemente en función del tipo de centro y, en menor medida, de su titularidad:

Tabla 16. Ratios de atención en los centros residenciales por tipo de centro y titularidad

	Privado lucrativo	Privado no lucrativo	Público	Total
EHPAD	55,6	59,3	68,1	62,8
EHPA	35,0	38,2	41,4	38,3
Logement foyer / residence autonomie	12,5	12,3	13,6	13,2
Total	-	-	-	57,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

En cuanto a la distribución por tipo de personal, en el caso de los EHPAD el 44,9% del personal los constituyen el personal paramédico o de cuidados, mientras que el 25,1% corresponden a los denominados

¹⁰ La figura del *aide soignant* es equiparable a la del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, auxiliar de clínica, gerocultor o cuidador en el entorno español, si bien en Francia se considera que sus funciones corresponden al ámbito sanitario. Se exige para el puesto una formación oficial de diez meses de duración, a la que se añaden 140 horas de formación específica en geriatría. Puede accederse a esta formación tras el bachillerato o tras tres años de ejercicio profesional. En lo que se refiere al *accompagnant éducatif et social*, antes conocido como del *aide médico-psychologique* o auxiliar de vida social, su trabajo está orientado al acompañamiento y la intervención social. La titulación puede obtenerse mediante un bachillerato profesional (bac-pro) de un año de duración, con 140 horas adicionales de especialización en geriatría.

“agentes de servicio”, que asumen principalmente funciones de limpieza, mantenimiento y otras equiparables a la figura del celador/a en nuestro entorno.

Tabla 17. Distribución del personal en función de sus principales tareas por tipo de centro (%)

	Dirección, gestión y administración	Servicios generales	Actividades socioeducativas	Personal médico	Psicólogos, paramédico y cuidadores	Personal de limpieza y mantenimiento
EHPAD	6,0	13,4	9,8	0,8	44,9	25,1
EHPA	10,6	22,5	20,1	0,1	15,9	30,7
Logement foyer / residence autonomie	18,4	47,7	12,5	0,1	7,2	14,1
USLD	2,7	7,0	2,5	1,3	69,6	16,9
Total	6,1	13,7	9,6	0,8	45,1	24,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

En términos de ratios de atención, el personal paramédico y de cuidados supone un total de 25,8 puestos por cada 100 plazas y el personal de limpieza y mantenimiento es de 13,7. Dentro del personal paramédico y de cuidados, la ratio de personal de enfermería es de 5,5 y la de gerocultores/as o auxiliares de clínica asciende a casi 19 puestos de trabajo por cada 100 plazas. Las ratios del personal de atención directa (excluyendo personal de dirección, mandos intermedios, servicios y limpieza) ronda los 30 puestos de trabajo a dedicación plena equivalente por cada 100 plazas.

Tabla 18. Ratios de atención correspondientes a las principales áreas o figuras profesionales en los EHPAD

	Puestos de trabajo a DPE por 100 plazas
Dirección	3,52
Servicios generales	7,11
Mandos intermedios	0,91
Personal educativo, pedagógico, social y de animación	5,36
Personal médico	0,49
Personal paramédico y de cuidados	25,8
Personal de limpieza y mantenimiento	13,7
TOTAL	57,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Les Dossiers de la DREES, nº 20. 2017

Por otra parte, la encuesta sobre centros residenciales pone de manifiesto que sólo el 13% de los centros disponen de personal de enfermería durante las 24 horas. El 92% cuentan con personal presente en el centro durante las 24 horas, si bien se trata en general de personal auxiliar.

Desde el punto de vista comparativo, las ratios de atención en los centros residenciales franceses no pueden considerarse elevadas. De acuerdo a los datos de la Encuesta de Fuerza de Trabajo (*European Labour Survey*) de Eurostat, el número de personas que trabajan en el ámbito de la atención residencial en Francia asciende a 728.000, lo que supone 11 trabajadores/as por cada 100 personas mayores de 75 años. Se trata de una tasa similar a la media de la UE¹¹.

¹¹ Esta estadística tiene en cuenta el conjunto del personal en los centros residenciales de servicios sociales, e incluye también por tanto las residencias para personas con discapacidad, con enfermedades mentales etc. En la medida que, en todos los países, la

Tabla 19. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

	Personal en residencias	Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años
Netherlands	425.800	30,3
Denmark	128.600	26,4
Sweden	214.000	23,2
Malta	7.500	21,2
Finland	99.400	19,4
United Kingdom	980.100	17,5
Belgium	174.700	17,2
Luxembourg	6.300	15,5
Ireland	41.200	14,2
Germany	1.287.800	13,6
Portugal	128.500	11,8
France	728.600	11,6
Slovakia	38.700	11,6
UE27	4.384.100	10,1
Austria	77.800	9,3
Czechia	72.900	8,9
Slovenia	15.500	8,1
Hungary	61.800	7,7
Spain	322.800	7,2
Lithuania	15.700	5,7
Estonia	7.000	5,5
Poland	126.300	4,7
Croatia	17.400	4,5
Italy	312.000	4,4
Latvia	7.100	3,7
Cyprus	1.600	2,7
Romania	41.600	2,7
Bulgaria	15.000	2,4
Greece	8.600	0,7

Fuente: *Elaboración propia a partir de ELFS de EUROSTAT.*

5. Descripción de los principales elementos organizativos

5.1. El catálogo mínimo de prestaciones

Además de establecerse mediante los mecanismos de financiación y tarificación ya señalados, el catálogo mínimo de prestaciones que deben prestar las residencias asistidas (EHPAD) viene determinado en el Código de la Acción Social y de la Familia ([Anexo 2-3-1](#)). El catálogo incluye las siguientes prestaciones en el ámbito específico del alojamiento:

- Prestaciones de administración general: gestión relativa a la estancia, elaboración y seguimiento del contrato de estancia (*contrat de séjour*)...
- Prestaciones de servicios hoteleros: habitación (individual o doble), acceso a un baño (con al menos un lavabo, una ducha y aseo), suministro de energía (electricidad, agua, gas, calefacción...) en la habitación y resto de estancias, limpieza de las habitaciones, equipamiento necesariamente vinculado al edificio, mantenimiento del edificio, las instalaciones técnicas y los espacios verdes, toma de instalación para TV y teléfono en la habitación, acceso a internet en el centro, sistema de aire acondicionado el determinadas piezas...

mayor parte de los servicios residenciales se dirigen a personas mayores, la tabla permite una comparación de las dimensiones de los servicios sociales residenciales, desde el punto de vista del personal, en cada país de la UE.

- Prestaciones de restauración: acceso a un servicio de restauración con tres comidas principales, merienda y posibilidad de un aperitivo nocturno.
- Prestaciones de lavandería: ropa de cama y toallas y mantenimiento de las mismas.
- Prestación de animación de la vida social: acceso a animaciones colectivas y a las actividades organizadas en el establecimiento, y organización de actividades exteriores.

Además de las prestaciones de alojamiento, los EHPAD:

- Prestan cuidados médicos y paramédicos adaptados, acciones de prevención y educación para la salud, y acompañamiento y apoyo en las actividades de la vida cotidiana;
- Desarrollan junto a la persona atendida o sus personas de confianza un proyecto de acompañamiento personalizado adaptado a sus necesidades, que se basa en un proyecto de cuidados y un proyecto de vida orientado al ejercicio de sus derechos.

En la práctica, el catálogo de servicios se configura de la siguiente forma:

- Alojamiento en habitación individual o doble;
- Servicio de restauración adaptado a las necesidades individuales de cada persona;
- Atención personalizada por un equipo de personal especializado;
- Supervisión médica permanente y apoyo en las actividades de la vida diaria;
- En caso de necesidad, cuidados de enfermería e intervención médico-psicológica;
- Actividades socioeducativas y de animación;
- Servicios optativos (peluquería, podología...)
- Servicios de limpieza.

En el caso de los EHPA y de las residencias de autonomía, el catálogo de prestaciones es más restringido y se centra en los servicios de alojamiento y manutención, limpieza, cuidados básicos, prestaciones paramédicas mediante profesionales autónomos y actividades sociales. Algunas de esas prestaciones se ofrecen mediante acuerdos con servicios de asistencia domiciliaria y otras plataformas de atención en la comunidad, y están explícitamente orientadas a la prevención de la dependencia:

- Mantenimiento de las facultades físicas, cognitivas, sensoriales, motrices y psíquicas;
- Intervenciones relacionadas con la nutrición, la dietética, la memoria, el sueño, las actividades físicas y deportivas, el equilibrio y la prevención de las caídas;
- La prevención y el abordaje de las dificultades sociales y del aislamiento social, el desarrollo del vínculo social y de ciudadanía;
- El asesoramiento en materia de prevención de la salud y la higiene;
- La sensibilización sobre la seguridad en las condiciones de vida y el abordaje de la fragilidad.

5.2. Elementos clave para la personalización de la atención¹²

Al objeto de la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, la orden de 1999 a la que antes se ha hecho referencia¹³, establece que con el fin de garantizar un buen estado de salud y fomentar la autonomía social, los centros deben:

- Mantener los lazos sociales y afectivos de la persona mayor con su entorno.
- Preservar un espacio privado, considerado como una transposición al centro del domicilio de la persona residente. Debe, por tanto, ser personalizable permitiendo la incorporación de mobiliario, fotos, objetos personales, etc. y deben permitir, asimismo, que las personas usuarias puedan recibir visitas.
- Garantizar un sentimiento de seguridad, incluyendo la seguridad frente a las posibles agresiones de otros residentes.
- Conciliar la sensación de seguridad con la de libertad.
- Mantener los signos en los que se cimienta la identidad del residente (nombre, presencia de la historia individual, mobiliario personalizado, asistencia al culto, etc.).
- Poner a disposición, en la medida de lo posible, los elementos técnicos de comunicación (teléfono, televisión)- en la propia habitación, sin que estén sujetos a un determinado horario colectivo.
- Fomentar relaciones sociales en el centro (participación en actividades, rol social, apertura a la vida local.
- Facilitar las ayudas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Permitir y favorecer el acceso a determinadas prestaciones externas: peluquería, estética, etc.

Los contratos o convenios plurianuales detallan, además, los mecanismos de seguimiento de cumplimiento de sus objetivos. En concreto, la [orden de 1999](#), sobre especificaciones exigidas para la autorización de los EHPAD, establece una serie de indicadores que pretenden servir de referencia para el establecimiento de una batería de indicadores en términos tanto de actividad como de la calidad de la atención.

En el cuadro siguiente se detallan el catálogo de indicadores recomendados, en el marco de la cita orden, con relación a la calidad de vida y el estado de salud de las personas mayores en el entorno residencial.

¹² Algunos elementos importantes de cara a la personalización de la atención se abordan también en el punto 7 de este apartado.

¹³ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'art. 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Modifié par arrêté 2004-08-13 art.1 JORF le 22 septembre 2004.

Tabla 20. Indicadores específicos sobre la vida en residencias

Ámbito	Requisitos
Ritmo de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regularidad en la atención de una vestimenta cuidada /higiene y cambios entre noche y día) ▪ Las actividades, ¿se proponen con a la carta, modulables o impuestas? ▪ El programa de la jornada debe permitir tiempos de descanso. ▪ Las comidas, al margen de la calidad nutritiva, deben tener en cuenta: asegurar un tiempo suficiente para las comidas, favoreciendo la autonomía; entre la cena y el desayuno, el tiempo debe ser inferior a 12 horas; y debe existir posibilidad de comer con la familia, en un lugar que permita intimidad ▪ Los horarios de comidas deben respetar, en la medida de lo posible, los hábitos anteriores de los residentes, sobre todo en el caso de la cena y el desayuno.
Actividades Interior del centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben respetar los deseos de la persona. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rememorar la vida cotidiana anterior: participación en la elaboración de la comida, por ejemplo. ▪ Participación con personas de otras edades, ▪ Talleres de creatividad: pintura, escultura... ▪ Otros talleres diversos: periódico de la residencia, lecturas programadas, juegos... ▪ Actividades físicas,
Actividades Exterior del centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organización de actividades externas: salidas al mercado, al cine, a lugares de culto, actividades con la familia, voluntarios o personal, paseos, etc. ▪ Posibilidad de salidas con la familia para más de un día
Actividades terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulación cognitiva, especialmente para residentes con deterioro cognitivo ; ▪ Personal destinado a actividades: cualificación, tiempo dedicado, etc.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de personal cualificado, ▪ Porcentaje de personal para el que el puesto corresponde a la cualificación, ▪ Porcentaje de personal que se ha beneficiado de formación continua el año anterior, sobre qué temas y duración media por persona, ▪ Estabilidad y antigüedad del personal, ▪ Tasa de absentismo ▪ Intervención de personal autónomo (frecuencia y condiciones) ▪ Recurso a subcontratas: qué servicios, evaluación o no del servicio, ▪ Porcentaje de persona que tiene contrato precario, según funciones.
Relaciones con el entorno y vida social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades en el exterior, citadas ya previamente, junto con las relativas a personal autónomo implicado.
Otros indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los olores constituyen un indicador de la calidad de la atención: agradables como los de la comida, desagradables y a evitar como los relativos a una mala gestión de la incontinencia en determinados residentes ▪ Otros indicadores de interés: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de días de hospitalización, número de residentes hospitalizados y causas ▪ Duración media de la estancia de los residentes en el centro ▪ Número de muertes, dentro y fuera de la institución.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21. Indicadores específicos sobre la salud de los residentes

Ámbito	Requisitos
Deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el proyecto personalizado se deben detallar las actividades destinadas al mantenimiento de la autonomía y la estimulación cognitiva: talleres pedagógicos (cocina, lectura, juegos...) y actividades específicas (arteterapia, musicoterapia...). Se trata de no convertir la animación en un imperativo artificial. Para muchos de ellos, el tiempo de aseo y vestido ya constituye un tiempo esencial de estimulación. Conviene desarrollar todas las posibilidades de comunicación no verbal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia o no de una atención específica (talleres, terapia...), ▪ Medios específicos destinados o no, ▪ Atención en unidades específicas o no, ▪ ¿Existen espacios adaptados a la problemática deambulatoria? ¿Concilian la seguridad y la libertad de las personas usuarias?
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número localización y señalización de los baños con relación a las habitaciones y espacios, ▪ Número de personas que cuenta con una atención adaptada: acompañamiento al baño, rehabilitación... ▪ Número de personas beneficiarias de un sistema de absorción especial
Prevención y tratamiento del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿De qué modo se trata el dolor? ¿Todos los residentes que lo sufren reciben atención? ▪ Una vez que se prescribe un tratamiento para el dolor, ¿se supervisa su eficacia? ▪ El personal cuenta con formación específica al respecto
Escaras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de residentes con escaras

Tabla 21. Indicadores específicos sobre la salud de los residentes

Ámbito	Requisitos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de residentes con escaras y causa de las mismas ▪ Tratamiento de las mismas dentro o fuera del centro, ▪ Naturaleza de los tratamientos puestos

Fuente: Elaboración propia

5.3. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

Como se ha señalado previamente, la cuestión de los cuidados personales y el apoyo a la vida cotidiana no se aborda preferentemente en la normativa sino, sobre todo, a partir de la combinación de elementos a los que se ha hecho referencia previamente: las recomendaciones de la *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ANESM, las evaluaciones internas y externas, y, secundariamente, el marco normativo establecido.

La herramienta fundamental para establecer la atención personal a las personas residentes es, en cualquier caso, el amplio compendio de recomendaciones de buena práctica que, con carácter oficial, emitió inicialmente la Agencia Nacional de la Evaluación y a Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Sociosanitarios (ANESM) y, actualmente, la Alta Autoridad de Salud (HAS). En ese sentido, la ANESM y la HAS vienen realizando un ingente trabajo de establecimiento de recomendaciones de buena práctica especialmente orientados a garantizar la calidad y la personalización de la atención, tanto en lo que se refiere a los cuidados personales como en el apoyo a la vida cotidiana. Se recogen a continuación de forma muy resumida los contenidos de algunas de estos manuales:

- Recomendaciones para conciliar la vida en colectividad y la personalización en la acogida y el acompañamiento. Aunque no esté exclusivamente orientado a los centros para personas mayores, el [manual](#) de recomendaciones para conciliar la vida en colectividad y la personalización en la acogida y el acompañamiento publicado por la ANESM en 2009, recoge una amplia batería de recomendaciones sobre la personalización de la atención en los diversos recursos de atención sociosanitaria. El manual pretende hacer compatibles la vida comunitaria y la personalización de la atención desde una triple perspectiva:
 - limitar los obstáculos y límites a la personalización inherentes a la vida en comunidad;
 - determinar formas de atención que favorezcan una calidad de vida colectiva;
 - desarrollar los elementos estructurantes de la vida comunitaria para contribuir a la construcción y el bienestar de todos.

Los métodos de implementación que recomienda se basan en diferentes principios rectores:

- el equilibrio entre protección y autonomía;
- la importancia de los vínculos sociales y la vida en común;
- la dignidad de todos, basada en particular en el respeto a la intimidad y la privacidad.

Las recomendaciones se articulan en función de los siguientes ámbitos u objetivos:

- La personalización del proceso de ingreso;
- El diseño del plan individualizado de atención en relación a la vida en la colectividad
- El diseño y adaptación de los espacios personales
- La personalización de las actividades cotidianas
- La dimensión colectiva de las actividades cotidianas
- La realización de actividades colectivas
- La mediación de los profesionales en la vida colectiva

- La organización global y el trabajo de equipo
 - La elaboración y la transmisión de las normas que regulan la vida colectiva
- Recomendaciones sobre la acogida de la persona residente y sobre la elaboración y aplicación del proyecto personalizado o plan de intervención individual. Elaborado en 2010, el [manual](#) plantea recomendaciones específicas en relación a:
- Informar a la ciudadanía sobre los objetivos y actividades de los EHPAD
 - Mejorar la percepción social sobre estos centros
 - Participar en la vida comunitaria
 - Incluir los centros residenciales en la vida asociativa y comunitaria de cada zona
 - Informar adecuadamente a las personas que valorar su ingreso en un centro residencial
 - Establecer relaciones personales con las personas potencialmente usuarias de los servicios, y con sus allegados, antes de que hayan realizado la demanda de ingreso
 - Simplificar el proceso de demanda de plaza y de acceso al centro residencial
 - Aprovechar adecuadamente el periodo entre la atribución de la plaza y el acceso efectivo al centro
 - Informar adecuadamente, en el momento de la admisión, respecto a los derechos de las personas usuarias
 - Preparar de forma adecuada el ingreso en el centro y garantizar una adaptación a la vida en el centro
 - Vincular y apoyar a las personas allegadas
 - Recoger adecuadamente toda la información necesaria para la elaboración del proyecto individualizado o plan de atención
 - Organizar la intervención de los profesionales en relación al proyecto individualizado de atención
 - Co-construir y co-evaluar el proyecto de atención individualizada.
- Recomendaciones sobre la organización de la vida cotidiana. Elaborado en 2011, el [manual](#) plantea recomendaciones específicas en relación a la privacidad e intimidad de las personas residentes, su participación en la vida colectiva del centro y sus relaciones con los profesionales en lo que se refiere a la organización de la vida cotidiana. Las recomendaciones se plantean a partir de la necesidad de que las personas se sientan en la residencia “como en casa” (*chez elles*) y plantean, entre otras, recomendaciones concretas para hacer realidad los siguientes objetivos:
- Favorecer la apropiación de su nuevo lugar de residencia por parte de la persona residente.
 - Respetar los hábitos de vida de las personas residentes;
 - Respetar la intimidad.
 - Reconocer la vida afectiva e íntima de las personas residentes.
 - Facilitar las condiciones para la práctica de sus creencias religiosas o espirituales.
 - Tener en cuenta el equilibrio necesario entre las obligaciones de seguridad y el respeto a la libertad de las personas residentes.
 - Organizar de forma personalizada el momento de levantarse de la cama, asearse y desayunar, así como de acostarse.
 - Facilitar la transición entre los espacios privados y los espacios colectivos.
 - Organizar los espacios dedicados a la alimentación de forma que favorezcan la convivencia y hacer de las comidas momentos de placer y convivencia.
 - Multiplicar y diversificar los espacios para el encuentro personal, fomentando por ejemplo la modularidad de los espacios.
 - Incitar a las personas a aprovechar los espacios exteriores.

- Facilitar la identificación de los profesionales por parte de las personas usuarias y sus allegados.
 - Incentivar las demandas de los residentes hacia los profesionales.
 - Reforzar las competencias relacionales de todos los profesionales.
 - Formalizar las cuestiones relacionadas con la calidad de vida en el proyecto organizativo del centro.
- Recomendaciones sobre la vida social de las personas residentes. Elaborado en 2011, el [manual](#) plantea recomendaciones específicas en relación a las relaciones personales y la vida social de las personas residentes. El manual se organiza en relación a las siguientes recomendaciones:
- Facilitar las relaciones entre los residentes en el contexto de la vida diaria.
 - Optimizar las relaciones personales en el contexto de actividades colectivas de animación social.
 - Involucrar a todos los profesionales en la vida social de los residentes.
 - Facilitar el mantenimiento de las relaciones entre los residentes y sus seres queridos.
 - Reconocer el papel de los familiares y allegados en el acompañamiento de las personas residentes.
 - Involucrar a otros actores de la vida social del centro.
 - Fortalecer el funcionamiento del Consejo de Vida Social.
 - Desarrollar otras formas de participación colectiva formal.
 - Tener en cuenta los deseos y necesidades expresadas fuera de los marcos de participación formalizados.
 - Fomentar la participación de familiares y sus asociaciones.
 - Hacer posibles reuniones con otros agentes de la comunidad.
 - Promover el ejercicio de los derechos civiles de las personas residentes.
 - Reconocer el papel de agente económico de las personas residentes.
- Recomendaciones relativas al abordaje del sufrimiento psíquico de la persona mayor. Elaborado en 2014, este [manual](#) plantea recomendaciones específicas para el abordaje de los trastornos psicogerítricos tanto en los servicios domiciliarios como en los servicios residenciales. El objetivo de estas recomendaciones es facilitar la reflexión y mejorar las prácticas profesionales en relación a la prevención de los riesgos de sufrimiento psíquico, el conocimiento de los factores de riesgo y las situaciones que pueden generar sufrimiento psíquico; la detección temprana de signos de angustia mental, la transmisión de la información relacionada con el sufrimiento mental identificado, manteniendo el respeto por la dignidad de la persona y las reglas del secreto profesional y / o médico; facilitar la aplicación de medidas integrales adaptadas a las necesidades de las personas que experimentan estas situaciones y mejorar la identificación y el manejo de situaciones de crisis, y más particularmente de posibles situaciones de riesgo de suicidio.

Las recomendaciones del manual se articulan en torno a los siguientes ejes:

- La prevención del sufrimiento psíquico.
- La detección precoz de los signos de sufrimiento psíquico.
- El abordaje integral de las situaciones de sufrimiento psíquico.
- La gestión de las crisis en conductas suicidas.

5.4. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

La normativa consultada no establece requisitos específicos en relación a los servicios generales, más allá de los que puedan establecerse en los respectivos *cahiers de charge* y del cumplimiento de la normativa en vigor en materia de accesibilidad, prevención de incendios, etc.

Cabe citar sin embargo en relación a este tipo de servicios el [manual](#) de la ANESM en relación a la seguridad alimentaria en el marco de los EHPAD, de acuerdo al enfoque HACCP³⁴. El manual plantea, entre otros elementos, recomendaciones para:

- implicar a los residentes en la preparación de las comidas, en el marco de espacios confortables que promuevan la convivencia.
- desarrollar programas de actividades en torno a la adquisición y preparación de los alimentos.
- fomentar la participación de las familias en los centros residenciales en torno a actividades relacionadas con la alimentación.

También cabe hacer referencia al [manual](#) de la ANESM sobre normas de seguridad e incendios que deben adoptarse en los centros residenciales y sobre la combinación de estas normas con la personalización de los espacios residenciales, en función del tipo de estatus de los centros en relación a la normativa sobre seguridad. Elaborado en 2018, el manual establece recomendaciones en relación a diversos aspectos (mobiliario, instalaciones eléctricas, cocinas de las personas residentes, pasillos y comedores, decoración, plantas, habitaciones, espacios colectivos...) enfatizando tres ideas: los centros deben personalizar al máximo sus espacios, los residentes deben poder decorar sus espacios privados, el entorno residencial debe ser percibido como confortable, seguro y estimulante.

6. La atención sanitaria en los centros residenciales

6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

Como se ha señalado previamente, una parte importante de la financiación de los centros residenciales para personas mayores dependientes (EHPAD) proviene del sistema de salud, en el marco de unos centros considerados como medicalizados. Esa medicalización se traduce, fundamentalmente, en la figura del médico coordinador, la única figura profesional para la que se establecen unas ratios de atención mínima. La atención sanitaria que se presta en los centros residenciales –y, particularmente, en los EHPAD, considerados como centros medicalizados– se enmarca en un sistema determinado por dos elementos básicos:

- por una parte, la triple tarificación a la que antes se ha hecho referencia y, en términos más generales, la participación de la administración sanitaria, mediante la Agencia Regional de Salud, tanto en la financiación de los centros como en el establecimiento de los acuerdos de contratación (Convención Plurianual de Objetivos y Medios). La cuestión de la financiación es importante, puesto que, en general, los profesionales financiados por cada una de estas tarifas inter-

³⁴ El Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC o HACCP, por sus siglas en inglés) es un proceso sistemático preventivo para garantizar la inocuidad alimentaria de forma lógica y objetiva. Es de aplicación en industria alimentaria aunque también se aplica en la industria farmacéutica, cosmética y también en todo tipo de industrias que fabriquen materiales en contacto con los alimentos. En él se identifican, evalúan y previenen todos los riesgos de contaminación de los productos a nivel físico, químico y biológico a lo largo de todos los procesos de la cadena de producción, estableciendo medidas preventivas y correctivas para su control tendientes a asegurar la inocuidad.

vienen únicamente en las tareas y actividades que hacen referencia a esa tarifa, lo que genera una cierta inflexibilidad en la distribución de los recursos de personal¹⁵.

- Por otra parte, el modelo francés para la provisión de los servicios sanitarios y, especialmente, para la provisión de los servicios sanitarios de atención primaria. En ese sentido, es importante recordar que Francia carece de un sistema similar a la atención primaria de salud de carácter público, como en España, y que tampoco existe la figura de los centros de salud primaria. Por el contrario, la atención primaria de salud está encomendada a médicos de familia que ejercen de forma autónoma como profesionales liberales y se instalan (en ocasiones en solitario, en ocasiones formando gabinetes) por todo el territorio. Estos médicos –conocidos como *medecin traitant*– equivalen al médico de cabecera o de familia español, independientemente de que ejerzan como autónomos; tienen un listado de clientes que se establece a partir del principio de libre elección (tanto para la persona usuaria como para los profesionales); tienen la capacidad de derivar a sus pacientes a los servicios de medicina especializada y de prescribir tratamientos o medicamentos; y cobran una tarifa por cada acto médico a las personas usuarias, que posteriormente reciben un reembolso parcial por parte del Seguro de Enfermedad y/o de su mutua.

Al *medecin traitant* se suman otros servicios médicos de proximidad (dentistas, oftalmólogo, podólogo, fisioterapeuta...) que en Francia entran en la categoría de *medecin de ville*, y que básicamente se caracterizan por ejercer fuera de los centros hospitalarios.

A diferencia de la atención primaria, e independientemente de la existencia de una oferta de centros privados, los servicios especializados y la asistencia hospitalaria están garantizados mediante una oferta suficiente de servicios públicos en todo el territorio.

En el caso de las residencias para personas mayores, la asistencia médica ordinaria se deriva de la existencia de dos figuras diferentes:

- Por una parte, los residentes están atendidos por un *medecin traitant*, al igual que el resto de la población. Se trata de un médico de cabecera de libre elección, al que la persona residente acude y/o que acude a la residencia, en las mismas condiciones que para el conjunto de la población. Es habitual, sin embargo, que el centro residencial contrate en bloque los servicios de uno o varios médicos generalistas para que actúen como médicos de cabecera de las personas usuarias de la residencia. En todo caso, diversos informes ponen de manifiesto los problemas que las personas residentes en los centros residenciales tienen para acceder a estos profesionales (Iborra, 2018).
- Por otra parte, como se ha señalado previamente, cada residencia ha de contar con la figura del “médico coordinador” adscrito al centro y al que se aplican, como se señala posteriormente, una ratio mínima determinada. El médico coordinador no tiene capacidad de intervención ni de prescripción de medicamentos, y sus funciones se centran, como se explica en los siguientes epígrafes, en la coordinación y la planificación de los servicios médicos que se prestan en el centro¹⁶.

La coordinación de estos profesionales está teóricamente garantizada mediante la [Comisión](#) de Coordinación Geriátrica de cada centro. Esta Comisión debe reunirse al menos dos veces al año y participan en ella tanto los profesionales sanitarios contratados directamente por el centro (médico coordinador, personal de enfermería, etc.) como los médicos/as de familia que atienden a los residentes.

¹⁵ En ese sentido, algunas voces han planteado que la actual estructura de tarificación genera una excesiva medicalización de estos centros y genera un alto grado de inflexibilidad en la gestión del personal (Bonne, 2018).

¹⁶ Pese a la obligatoriedad de esta figura, algunos informes señalan que hasta el 30% de los centros carecen en la práctica de un médico coordinador debido a las dificultades de reclutamiento que existen y que se relacionan en parte con las escasas posibilidades de intervención de esta figura, cuyas tareas son básicamente administrativas y de coordinación (Bonne, 2018).

6.2. Dotación del personal médico y asignación de funciones

Como se ha señalado previamente, cada centro residencial para personas mayores con dependencia debe contar con un profesional médico coordinador, cuya financiación recae en la Agencia Regional de Salud. Este profesional debe tener una titulación especializada en geriatría o gerontología y/ o en gestión de residencias para personas dependientes, y puede ser tanto un profesional autónomo que presta sus servicios a jornada parcial en uno o varios centros residenciales como un empleado propio adscrito al centro. Puede también ser el médico de cabecera de algunos residentes, si ejerce como profesional autónomo.

La normativa ([Art. L 313-12](#) del Código de la Acción Social y las Familias) establece que la presencia de este personal médico coordinador, en sus funciones de coordinación del centro, no puede ser inferior a las siguientes dotaciones en los centros con una tasa de dependencia agregada superior a 800 puntos en la escala AGIR:

- Un equivalente a tiempo completo (TC) de 0,25 para centros con una capacidad autorizada inferior a 44 plazas.
- Equivalente a TC de 0,40 en centros con una capacidad entre 45 y 59 plazas.
- Equivalente a TC de 0,50 en centros con una capacidad entre 45 y 99 plazas.
- Equivalente a TC de 0,60 en centros con una capacidad entre 100 y 199 plazas.
- Equivalente a TC de 0,80 en centros con una capacidad igual o superior a 200 plazas.

El Código de la Acción Social y de las Familias ([artículo D312-158](#)) detalla también las funciones de coordinación del médico coordinador, que en ningún caso puede ser además director del centro residencial:

- Elaboración, evaluación y seguimiento del proyecto de cuidados de salud del centro (*projet de soins*), que determina el tipo de atención médica que presta el centro y, entre otros aspectos, las patologías sobre las que no puede intervenir.
- control de la adecuación de las nuevas admisiones a la capacidad del centro, en función de las problemáticas que la persona presenta y las capacidades de intervención del centro, si bien la decisión sobre la admisión compete al director del centro.
- evaluación de la situación individual de los residentes, tanto en el momento del ingreso como de forma periódica
- coordinación de los profesionales de atención sanitaria del centro, ya sea internos (enfermería, personal paramédico, gerocultores, etc.) como externos (médicos de familia, médicos especialistas...), si bien no tiene sobre estos últimos autoridad funcional. Su función consiste en todo caso en orientar a estos médicos sobre pautas de prescripción de medicamentos,
- elaboración de protocolos, coordinación con los centros hospitalarios, etc.
- supervisión de la aplicación de las buenas prácticas geriátricas;
- prescripción de medicamento en caso de urgencias.

6.3. Atención médica y de enfermería: el acompañamiento personalizado a las necesidades de salud de las personas residentes

Más allá de las especificaciones que se establece en la normativa sobre los servicios básicos de salud que se deben prestar en las residencias y sobre la dotación del personal médico, la práctica cotidiana se articula básicamente, como antes se ha señalado, en función de las recomendaciones de buenas prácticas profesionales elaboradas por la ASNEM.

Uno de esos [manuales](#), elaborado en 2012, se centra de forma específica en el acompañamiento personalizado a las necesidades de salud de las personas residentes y establece un amplio catálogo de recomendaciones en relación a los siguientes objetivos:

- Formar a los profesionales en relación a los derechos de los residentes en el ámbito de la salud.
- Informar al residente y a sus familiares sobre la organización creada para facilitar el ejercicio de sus derechos.
- Acordar y detallar con la persona residente los procedimientos para compartir información sobre su estado de salud.
- Determinar con los médicos de cabecera correspondientes el acceso a la información sobre el estado de salud de cada residente.
- Evaluar la situación de salud de cada residente en el marco de una evaluación multidimensional.
- Involucrar al residente en la evaluación de su salud durante su estancia.
- Reconocer el lugar de los familiares y allegados en relación al estado de salud de las personas residentes.
- Involucrar al residente y sus familiares en los cuidados de salud que se ofrecen desde el centro residencial.
- Tener en cuenta la variabilidad del estado de salud de la persona según las fluctuaciones y la evolución de su estado de salud.
- Establecer claramente las responsabilidades en relación a los riesgos que el residente quiere asumir.
- Gestionar de forma adecuada las negativas de las personas residentes a recibir determinados tratamientos.
- Prevenir y gestionar los riesgos relacionados con la polipatología de los residentes.
- Prevenir el empeoramiento de las consecuencias de las enfermedades en las actividades cotidianas.
- Anticiparse a las decisiones médicas relacionadas con la hospitalización y la limitación o interrupción del tratamiento ante situaciones médicas complejas.
- Asegurar con el residente la continuidad de la atención médica entre el hogar y la residencia.

- Establecer una coordinación adecuada entre el médico de cabecera (externo) y el personal del centro residencial, así como con otros dispositivos, como el equipo móvil geriátrico (EMG) y/o los servicios de hospitalización a domicilio.
- Compatibilizar los cuidados sanitarios con el resto de los componentes del plan de atención, incluso durante situaciones médicas agudas.
- Anticipar la gestión de emergencias médicas.
- Organizar la coordinación con el hospital en caso de hospitalización del residente.

6.4. Farmacia

Como se ha señalado previamente, la tarifa que los centros reciben depende de si cuentan o no con un servicio propio de farmacia, o si establecen un acuerdo con una farmacia o proveedor farmacéutico externo. En cualquier caso, la prescripción de los medicamentos que requieren las personas usuarias se realiza por parte del *medecin traitant*, a partir de un listado de medicamentos previamente establecido por parte del *medecin coordonnateur*. Los residentes también pueden, si lo desean, comprar sus medicamentos en la farmacia de su elección.

6.5. Cuidados paliativos y atención al final de la vida

En lo que se refiere a los cuidados paliativos y la atención que se presta a las personas residentes, los centros residenciales pueden recurrir tanto a los [equipos móviles de cuidados paliativos](#) existentes como a los servicios de [hospitalización a domicilio](#) que pueden articularse en el propio centro. En los casos más complejos, las personas residentes son derivadas a las [unidades de cuidados paliativos](#) (USP) o las [plazas especializadas de cuidados paliativos](#) (LISP).

En 2015, la dotación de los centros residenciales en relación a esta cuestión era la siguiente:

- El 6,6% de los centros dispone de habitaciones específicamente dedicadas a los cuidados paliativos;
- El 27,8% ha establecido un acuerdo de colaboración con un equipo o red externa de cuidados paliativos
- El 51% de los centros cuenta con un acuerdo con un equipo móvil de cuidados paliativos;
- El 32% ha establecido algún tipo de acuerdo con entidades de voluntariado que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos;
- El 21% de los centros dispone de al menos un trabajador/a con formación específica en cuidados paliativos;
- El 74% cuenta con protocolos, procedimientos o referentes específicamente centrados en los cuidados paliativos
- El 61% ha incluido especificaciones relativa a los cuidados paliativos en su proyecto de centro

En el marco de las recomendaciones de buena práctica a las que se ha hecho anteriormente referencia, la cuestión de los cuidados paliativos y el acompañamiento durante el final de la vida se plantean desde el reconocimiento del derecho de las personas usuarias a morir con dignidad, en las condiciones libre-

mente elegidas por la persona usuaria y dentro de los límites reconocidos por la normativa vigente (artículo 8 de la [Carta Europea de Derechos y Responsabilidades de las personas Mayores con Necesidades Asistencia y Cuidados de Larga Duración](#)).

En ese marco, las recomendaciones que se plantean en el [manual](#) que aborda de forma específica esta cuestión son los siguientes:

- Formalizar la estrategia de apoyo al final de la vida en el proyecto de establecimiento.
- Apoyar a los profesionales
- Organizar y movilizar los recursos internos y externos necesarios en torno del final de la vida del residente.
- Informar a todos los residentes y sus familiares sobre sus derechos y sobre el marco de intervención del centro en relación a esta cuestión.
- Conocer y registrar la voluntad de las personas residentes con respecto a las condiciones de su fin de vida.
- Identificar las necesidades de los residentes y evaluar periódicamente las situaciones de fin de vida.
- Garantizar la comodidad y el bienestar del residente al final de la vida
- Apoyar a los seres queridos tras el fallecimiento
- Cuidar el cuerpo del difunto con respeto
- Acompañar a familiares del difunto Informar y apoyar a otros residentes

6.6. Otras especialidades

Más allá de las figuras y dotaciones señaladas previamente, los centros residenciales pueden disponer de otros profesionales sanitarios, si bien no existe obligación legal para ello y las dotaciones son, en general, muy reducidas. Entre las figuras más habituales cabe destacar las siguientes:

- Dietista
- Especialista en psicomotricidad
- Fisioterapeuta
- Geriatra
- Médico/a de familia
- Médico/a especialistas en reducción y adaptación funcional
- Ortofonista
- Podólogo/a

- Psicólogo/a
- Psiquiatra
- Terapeuta ocupacional, ergoterapeuta.

7. Elementos relevantes para la vida significativa

7.1. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Los principales mecanismos que se establecen en la normativa para la personalización de la atención son los siguientes:

- **Reglamento de funcionamiento.** Todos los centros han de contar con un reglamento de funcionamiento que recoja los derechos y obligaciones de las personas usuarias, así como un proyecto de centro que recoja sus objetivos, formas de organización y funcionamiento, etc.
- **Contrato de estancia (*Contrat de séjour*):** las residencias deben firmar un contrato de estancia con cada persona residente. Este contrato tiene por objetivo garantizar los derechos de las personas residentes, mediante su reflejo escrito en el mismo. También debe plasmar la naturaleza de las prestaciones ofrecidas así como su precio. El contrato debe detallar, al menos:
 - definición de los objetivos de la atención y prestaciones a recibir;
 - duración del alojamiento (en principio indeterminado, salvo que la persona desee una estancia temporal inferior a seis meses);
 - descripción de las condiciones de estancia y acogida;
 - condiciones y modalidades de revisión del contrato;
 - lista de prestaciones ofertadas y su precio (alojamiento, restauración, lavandería, atención médica, animaciones...)

El contrato puede incluir un anexo en el que se detallan las medidas específicas que pueden adoptarse para garantizar la integridad física y la seguridad de las personas residentes. Estas medidas deben ser proporcionales a los riesgos que se pretenden evitar y deben adoptarse teniendo en cuenta el interés y la seguridad de las personas residentes. Estas medidas son definidas de forma colegiada, bajo la dirección del médico coordinador, y pueden ser revisadas en cualquier momento a iniciativa del equipo técnico del centro, de la persona cualificada de referencia y/o de la persona residente o sus allegados (Código de la Acción Social y de la Familia Art. 311-4-1).

- **Plan individualizado de atención:** tras el ingreso (en principio, antes de que se cumplan los tres primeros meses de estancia), los centros residenciales deben establecer un proyecto de acompañamiento personalizado o plan individualizado de atención, adaptado a las necesidades de la persona usuaria, que incluye un proyecto de cuidados y un proyecto de vida que fomente el ejercicio de los derechos de la persona usuaria. Este documento individual de atención, elaborado junto con la persona usuaria o su representante, establece los objetivos y la naturaleza del conjunto de cuidados, respetando los principios éticos, las recomendaciones profesionales, y las finalidades y objetivos de la organización. Establece también la lista y naturaleza de los servicios ofertados, así

como la estimación de su coste. El plan incluye la designación de una persona referente (distinta de la persona cualificada o de confianza a las que se hace referencia más adelante), que se define como el interlocutor privilegiado pero no único de la persona atendida y de sus familiares. Esta función puede ser cumplida por cualquier profesional del centro

Al objeto de extender y mejorar la utilización de esta herramienta, la ANESM elaboró dos manuales específicos (el primero para su aplicación en [EHPAD](#) y el segundo para su aplicación en [residencias de autonomía](#)).

De acuerdo a la Encuesta sobre buen trato de las personas acogidas en establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes, el 64% de los residentes cuenta –en el momento de realizarse la encuesta, con un plan individualizado de atención en vigor.

- **Persona cualificada** (*Personne qualifiée*): la ley 2002-2 prevé una figura de “persona cualificada o mediadora” en residencias, cuya función es asegurar que las personas residentes puedan hacer valer sus derechos gratuitamente. La persona residente o su representante legal deben elegir a la persona cualificada de entre los nombres de una lista establecida conjuntamente por el prefecto –administración central– y el presidente del *Conséil General* –administración regional–, que se adjunta al folleto de acogida o se halla disponible en el centro. Esta persona cualificada no tiene relación alguna con la denominada persona de confianza, que es la persona cercana que designa el usuario (pareja, familiar, médico de confianza, etc.).
- **Persona de confianza.** Además de esta persona cualificada, los usuarios/as de las residencias pueden nombrar a una *persona de confianza* (que puede ser tanto un allegado como el médico de cabecera) que actúa, en caso de ser necesario, como representante y/o acompañante de la persona usuaria, especialmente en el caso de que esta tenga dificultades para comprender y ejercer sus derechos.

7.2. Otros mecanismos de participación

Junto a esos elementos, se prevé la existencia de otras figuras organizativas que permiten una mayor participación de las personas usuarias y de sus familiares en la vida del centro:

- **Reglamento interno de funcionamiento** (*Règlement de fonctionnement*): todo centro o servicio social o sociosanitario debe contar con un reglamento interno en el que se hagan constar los derechos y obligaciones de las personas usuarias. El reglamento interno de funcionamiento del centro lo redacta el órgano gestor, tras consulta con los representantes de los trabajadores y del Consejo de la vida social (Código, art. L.311). Cada residente recibe una copia del reglamento interno de funcionamiento del centro en el momento de la firma del Contrato de Estancia. El Reglamento interno, que se revisa al menos cada cinco años, detalla al menos:
 - reglas básicas que regulan la vida colectiva (reglas de comportamiento, respeto a las normas de convivencia, requisitos de acceso a los servicios, normas de higiene, relación con el personal);
 - mecanismos previstos para el ejercicio de derechos, especialmente la participación de la persona usuaria en el funcionamiento del servicio, los grupos de expresión, la participación familiar, etc.;
 - organización y uso de los locales y espacios;

- disposiciones relativas a desplazamientos, organización de transportes y acceso a prestaciones ofertadas fuera del centro;
 - mecanismos relativos a la seguridad de las personas y bienes;
 - medidas a adoptar en caso de emergencia o situaciones excepcionales;
 - disposiciones relativas al ejercicio de la libertad de movimiento de los residentes.
- **Consejo de la vida social (*Conseil de la vie sociale*):** la creación de un Consejo de la vida social es obligatoria en las residencias asistidas para personas mayores con dependencia (EHPAD). Este Consejo debe participar en la elaboración o modificación del Reglamento interno de funcionamiento y del proyecto de centro (*projet d'établissement*). El Consejo ofrece sus propuestas sobre todas las cuestiones relativas al funcionamiento, principalmente:
- organización interna y vida cotidiana;
 - actividades, animaciones socioculturales y servicios terapéuticos;
 - equipamiento;
 - naturaleza y precios de los servicios ofrecidos;
 - realojamiento en caso de reforma o cierre, etc.;

El Consejo se compone de, al menos, dos representantes de las personas residentes; un representante de las familias o representantes legales; un representante del personal; y un representante del consejo de administración del centro. El mandato es de al menos un año y máximo tres, renovables. El Consejo se reúne un mínimo de tres veces al año.

De acuerdo a la Encuesta sobre buen trato de las personas acogidas en establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes, el 74% de los centros disponen de un Consejo de Vida Social que se reúne al menos tres veces al año.

7.3. Relación y cercanía con la comunidad

El modelo de centros residenciales para personas mayores que se propugna desde la ASNEM apuesta con claridad por la vinculación entre el centro y el entorno comunitario. Las pautas para desarrollar esa vinculación se recogen en un [manual](#) de la ANESM elaborado en 2008 que se centra en la apertura del centro residencial a y sobre su entorno. La apertura se entiende, en esta recomendación, como un doble movimiento, hacia y sobre el entorno, de tal forma que el centro, simultáneamente, se apoya en el entorno comunitario y constituye un recurso para ese entorno comunitario. El entorno, además, se articula en dos niveles: el territorio, por una parte, pero también el entorno familiar y relacional de las personas acogidas. La apertura al entorno se entiende así como una dinámica que involucra a los profesionales del centro, a las personas residentes, a sus familiares y a los agentes comunitarios presentes en el territorio.

Desde esa óptica, el objetivo de la estrategia de apertura comunitaria es el de desarrollar o mantener el vínculo social de las personas residentes al tiempo que les garantiza un marco de tranquilidad y seguridad. Las recomendaciones del manual se articulan en función de los siguientes ámbitos:

- Posicionar el centro en el territorio, realizando un diagnóstico de la comunidad y de los recursos del centro y elaborando una estrategia de apertura a la comunidad

- Desarrollar los ejes del proyecto comunitario (construir el anclaje territorial del centro, estudiar la oportunidad de abrirse a otros públicos...)
- Desarrollar los vínculos sociales y de ciudadanía de las personas residentes, facilitando el contacto con sus familiares y allegados, abriendo el centro al entorno de las personas residentes e impulsando la participación cívica y social de las personas residentes;
- Interactuar con el territorio, participando en actividades colectivas, posicionándose como un recurso para el territorio, acercando el centro al mundo formativo y de la empresa, así como a las entidades e iniciativas culturales, facilitando el acceso a las nuevas tecnologías de la información y fomentando la participación del voluntariado.
- Desarrollar las capacidades de acogida del centro
- Apoyar a los profesionales en las tareas de apertura a la comunidad, diversificando y reforzando sus competencias.

7.4. Presencia y papel de las familias

Como se ha señalado previamente, buena parte de las recomendaciones de buena práctica y, en menor medida, de los contenidos de las evaluaciones internas y externas que se realizan están orientadas a reforzar la presencia y el papel de las familias en la vida cotidiana del centro.

El [manual](#) de la ASNEM en relación al acompañamiento individualizado de las personas con Alzheimer u otras demencias plantea una serie de recomendaciones específicas en relación a los familiares de las personas, entre las que destacan las relacionadas con ofrecer a estas personas un apoyo de suficiente calidad e intensidad, así como las relacionadas con el fomento de la participación de los familiares en la vida cotidiana del centro y en los órganos de decisión del mismo, como el Consejo de Centro.

Cabe recordar, por otra parte, la existencia de la figura de la *persona de confianza*, que actúa, en caso de ser necesario, como representante y/o acompañante de la persona usuaria, especialmente en el caso de que esta tenga dificultades para comprender y ejercer sus derechos.

7.5. Presencia y papel del voluntariado

Si bien la normativa aplicable a los centros residenciales no establece un tratamiento específico del voluntariado en los centros residenciales, algunos de los manuales de buena práctica a los que se ha hecho referencia plantean recomendaciones específicas en relación a esta cuestión. Por ejemplo, como acaba de señalarse, manual relativo a la apertura del centro residencial a y sobre su entorno dedica un apartado específico a este tema.

De acuerdo al manual, la intervención del voluntariado, aunque no ha de tener por objeto paliar la eventual escasez de profesionales, complementa la labor de estos últimos, facilitando el vínculo social de los residentes y el ejercicio de la solidaridad hacia ellos.

Desde un punto de vista más descriptivo, de acuerdo a la Encuesta sobre buen trato de las personas acogidas en establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes, el 91% de los centros cuentan con personal voluntario para el desarrollo de diversas actividades.

8. Ejemplos de buena práctica

8.1. Las residencias autonomía y el resto de los modelos de vivienda alternativa

a) Las residencias – autonomía

Aunque su peso relativo es pequeño¹⁷, y en la práctica se diferencian poco de los EHPA, las “residencias autonomía” juegan un papel significativo en el mapa de centros residenciales. Son además, por decirlo de alguna forma, el “buque insignia” de una amplia gama de viviendas y equipamientos alternativos que se vienen impulsando desde las administraciones al objeto de diversificar la oferta de servicios residenciales con equipamientos de menor tamaño, menor grado de medicalización y mayor orientación hacia la prevención de la dependencia y la integración en la comunidad. A diferencia de las denominadas residencias – servicio (como las previamente citadas MAPAS o MARPAS), las residencias – autonomía están enmarcadas dentro del Código de la Acción Social y de la Familia, y están sujetas por tanto a la regulación sociosanitaria. Son además gestionadas por entidades públicas (normalmente de ámbito municipal) o entidades privadas sin fin de lucro.

Las residencias autonomía están diseñadas para alojar en viviendas a personas mayores autónomas o con niveles moderados de dependencia que ya no pueden o no quieren vivir en su domicilio. Sus principales características en relación a los EHPAD son:

- Menor tamaño
- Carácter no medicalizado
- Orientación hacia la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia
- Estructuración entorno a viviendas individuales con servicios comunes
- Posibilidad de que determinados servicios sean prestados por personal externo al propio centro (servicios de asistencia domiciliaria, servicios externos de enfermería, etc.)

Estos centros acogen a personas mayores de 60 años con grado 5 o 6 de dependencia (GIR 5 o 6), así como a personas con GIR 4, si bien para ello la residencia ha de establecer un convenio de colaboración con un EHPAD y con un servicio de cuidados sociosanitarios a domicilio, ya sea un SSIAD (*Service de Soins Infirmiers à Domicile*) o un SPASAD (*Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile*), ya sea un gabinete médico o un profesional autónomo. En caso de que las personas usuarias evolucionen hacia situaciones de dependencia de mayor severidad, deben ser derivadas a un EHPAD.

El tamaño medio de estos centros ronda las 25 plazas, y se articulan en torno a estudios de una o dos habitaciones, con espacios comunes y servicios compartidos (comedor, cocina, lavandería, sala de actividades, etc.). En algunos casos se ofrece servicio de desayuno, comida y cena, mientras que en otros se ofrece únicamente la comida, quedando el desayuno y la cena a expensas de las personas usuarias. De acuerdo al decreto¹⁸ que regula estos centros, las prestaciones mínimas que deben ofrecer estos centros son

- Gestión administrativa de toda la estancia
- Servicio de alojamiento privado con la posibilidad de instalar el teléfono y recibir televisión.

¹⁷ Como se ha señalado previamente, apenas representan una cobertura del 0,1% de la población mayor de 65 años y el 1,1% de todas las plazas residenciales.

¹⁸ Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

- Provisión y mantenimiento de espacios colectivos.
- Acceso a una variedad de actividades colectivas o individuales para evitar la pérdida de autonomía dentro o fuera de la residencia de autonomía.
- Acceso a un servicio de catering.
- Acceso al servicio de lavandería.
- Acceso a Internet al menos en parte de la residencia
- Acceso a un dispositivo de seguridad que brinda asistencia e información al residente las 24 horas del día
- Acceso a actividades de formación y rehabilitación organizadas dentro del establecimiento y organización de actividades al aire libre.
- Manutención, en su caso.

Estos centros cuentan con una financiación especial aportada por la administración regional, denominada *forfait autonomie*, para la prestación de diversas actividades relacionadas con la promoción de la autonomía personal:

- mantenimiento de las facultades físicas, cognitivas, sensoriales, motoras y psíquicas
- nutrición, dietética, memoria, sueño, actividades físicas y deportivas, equilibrio y prevención de caídas.
- identificación y prevención de dificultades sociales y aislamiento social, y fomento de los vínculos sociales y de ciudadanía
- información y asesoramiento sobre prevención e higiene de la salud
- sensibilización sobre la seguridad del entorno de vida y prevención de riesgos.

Para ello, el [manual](#) de ANESM sobre calidad de vida en residencias de autonomía, elaborado en 2018, está orientado a transitar hacia un nuevo modelo de carácter más preventivo que buscar favorecer la integración de las personas residentes en la vida comunitaria, promover la vida colectiva, prevenir los riesgos de pérdida de autonomía, acompañar las transiciones hacia situaciones de mayor dependencia, y favorecer los vínculos sociales tanto en el interior como en el exterior de la residencia.

El coste de estos centros incluye el alquiler de la vivienda, estudio o habitación, el abono de los servicios complementarios y, en su caso, la manutención. En lo que se refiere a la financiación de estos centros, las personas usuarias pueden beneficiarse de la prestación de dependencia (en su modalidad para la cobertura de los servicios de atención a domicilio), así como, en caso de carecer de recursos, de las prestaciones económicas que existen en el ámbito de la vivienda o la garantía de ingresos.

b) Experiencias de alojamiento alternativo

Junto a las residencias de autonomía, que, como se ha dicho, se mantienen en el marco de la regulación sociosanitaria, se han intentado impulsar en Francia otras fórmulas de alojamiento alternativo para personas mayores que responden a muy diferentes denominaciones (hábitat reagrupado, hábitat alternativo, hábitat intermedio, etc.), y que se ubican a medio camino entre el domicilio y el establecimiento

medicalizado. Si bien los principales exponentes de este enfoque serían las residencias de autonomía y los EHPA, existen muchas otras modalidades, también impulsadas por la Ley de Adaptación al Envejecimiento de 2015, si bien su desarrollo se deriva de iniciativas muy variopintas desarrolladas por múltiples actores. Se trata a menudo de iniciativas experimentales o frágiles, y carecen de un reconocimiento jurídico e incluso estadístico específico.

De acuerdo a un reciente [estudio](#) elaborado por el Colectivo Vivir de Otra Forma, la vivienda alternativa, ciudadana, de apoyo y con apoyo ofrece una respuesta al desafío social de envejecimiento de la población en un contexto económicamente limitado, superando la dicotomía entre atención residencial y atención a domicilio. Este tipo de alojamientos pretenden complementar la oferta residencial y responden a la evolución en las expectativas de las personas usuarias en cuanto a desinstitucionalización y autodeterminación. Estos centros responden también a la necesidad de fomentar los servicios y equipamientos de carácter preventivo, reconciliando autonomía, seguridad y vínculo social, al objeto de evitar la entrada en la institución de personas poco dependientes que no tienen los recursos para organizar de forma autónoma los apoyos que les permiten seguir viviendo en su hogar.

El informe señala también que estos centros se desarrollan en reacción a la medicalización de los centros residenciales, en los que los cuidados sanitarios se antepone a las necesidades de la vida cotidiana y en los que el marco sociosanitario es poco propicio a la innovación. La libertad de salir de los estándares, advierte en cualquier caso el informe, puede tener un impacto positivo en la calidad de vida y en los costes del servicio, pero genera cierta inseguridad jurídica.

Se señalan a continuación algunas experiencias específicas desarrolladas en el marco de este tipo de equipamientos:

- [La maison du Thil](#). Se trata de una vivienda de alquiler compartida, en una vivienda independiente situada en el campo, en el que conviven siete personas de 52 a 91 años con Alzheimer y otros trastornos cognitivos, con niveles moderados de dependencia (GIR 3 y 4). El objetivo del proyecto es el de ofrecer a estas personas una vivienda ordinaria, favoreciendo el equilibrio entre protección, garantía de cuidados y respeto a las libertades individuales. La vivienda cuenta con supervisión profesional durante las 24 horas. Se trata de una vivienda de 250 metros cuadrados, con cinco habitaciones. El equipo profesional está compuesto por dos personas auxiliares durante el día y uno/a durante la noche, que cuentan con la colaboración de personas voluntarias y de las propias familias de las personas atendidas.
- *Co-logis des âînes*. Situada en Lyon, se trata de una vivienda para 5 o 6 personas mayores, que se plantea como una alternativa de carácter familiar a los EHPAD tradicionales para personas que no quieren vivir solas. La vivienda está dirigida a personas mayores que no pueden residir de forma autónoma en su domicilio, pero para las cuales la alternativa residencial no resulta adecuada. Se trata de un apartamento tutelado con cinco habitaciones y espacios comunes (sala de estar, cocina, comedor...), con presencia profesional durante cinco horas al día, a lo largo de toda la semana. El coste del servicio asciende a 1.700 euros, que pueden en parte ser financiados mediante las prestaciones económicas por dependencia (APA) y de ayuda a la vivienda.
- *Vivre aux vignes*. Planteada también como una alternativa a los EHPAD tradicionales, se trata de una vivienda agrupada, con 12 apartamentos de hasta dos habitaciones que acogen a 18 personas, de entre 62 y 96 años. La vivienda se caracteriza por estar orientada a personas con necesidades relativamente intensas de cuidados y pretende combinar la autonomía de un alojamiento individual con la seguridad de un acompañamiento sociosanitario de calidad. La vivienda ofrece supervisión profesional durante las 24 horas del día.

8.2. Lo centros tractoros en materia de calidad de la atención

La calidad de la atención en el conjunto de los servicios sociales y sociosanitarios –y, muy específicamente, en el ámbito de la atención residencial– ha sido en Francia encomendada a una serie de entidades públicas especializadas que han jugado un papel tractor en el desarrollo del sector. En ese sentido, cabe hacer referencia a dos organismos diferentes:

- Como se ha señalado previamente, la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Médico Sociales (ANESM), en funcionamiento desde 2007 hasta abril de 2018, tenía como objetivo acompañar a los centros en sus tareas de evaluación (habilitando a las entidades evaluadoras, entre otras funciones) y generar las recomendaciones de buenas prácticas que guían la intervención en los centros residenciales.
- A partir de 2018, la ANESM desaparece y sus funciones son asumidas por la Alta Autoridad de Salud ([AHS](#)), dependiente del Ministerio de Sanidad. Aunque su ámbito de actuación es más amplio (pues cubre el conjunto de los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios), las funciones de la AHS son similares a las de la ANESM: evaluar los productos sanitarios, medir y mejorar la calidad de la atención, y recomendar buenas prácticas.

8.3. Sistemas de gestión de la información

Cabe considerar como un ejemplo de buena práctica el dispositivo que existe en Francia para en relación a la gestión de la información sobre los centros, los usuarios y los servicios residenciales. Si bien se trata de un modelo basado en encuestas periódicas que no ofrece información relativa a cada centro y/o centrada en indicadores de calidad de vida –como sí ocurre en el caso de Alemania o Estados Unidos–, Francia dispone de diversas encuestas que permiten conocer con suficiente profundidad la oferta residencial para personas mayores.

En ese marco, las dos principales operaciones estadísticas son las siguientes:

- La Encuesta de Establecimientos de Alojamiento para Personas Mayores (EHPA) se realiza desde 1985 cada cinco años y ofrece información muy detallada sobre el funcionamiento del conjunto de los centros residenciales en Francia. Realizada por el departamento del Ministerio de Salud responsable de la elaboración de estudios y estadísticas, la encuesta ofrece información muy detallada sobre el número de plazas, las características de las personas usuarias (sexo, edad, grado de dependencia, patologías...), la dotación del personal y sus características, los servicios que se prestan y las características de los equipamientos, lo que permite un conocimiento muy detallado de la oferta residencial y de las características de las personas usuarias.
- Desarrollada por la ANESM, la [Encuesta](#) sobre el Buen Trato a las Personas Acogidas en Establecimientos de Alojamiento a Personas Mayores Dependientes se basa en un cuestionario de autoevaluación de los centros en torno a la cuestión del buen trato a las personas usuarias y, de forma más genérica, a la calidad de la atención. Hasta el momento se han realizado tres ediciones de esta encuesta (2009, 2010 y 2015), a la que responden por una parte los directores de los centros que conforman la muestra (4.200 centros) y, por otra, los presidentes de los Consejos de Vida de esas mismas residencias. Algunos de los aspectos respecto a los que la encuesta ofrece información son los siguientes:

Tabla 22. Temáticas contempladas en la Encuesta sobre buen trato de las personas acogidas en establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes (resumen)

Ámbito	Temáticas contempladas	Algunos datos (2015)
Itinerario personal y personalización del acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acogida y evaluación inicial ▪ Evaluación inicial de las necesidades individuales ▪ El proyecto individualizado o plan personal de atención ▪ Actividades y ejercicio de los derechos cívicos y religiosos ▪ Cuidados paliativos y acompañamiento al final de la vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 61% de los residentes ha realizado una visita previa al ingreso en el centro ▪ El 10% de los centros no evalúan nunca los riesgos psicológicos o comportamentales de los nuevos residentes ▪ El 64% de los residentes cuentan, en el momento de la encuesta, con un plan de atención individual ▪ El 64% de los centros designan de forma sistemática a una persona como referente para el acompañamiento y el seguimiento de los planes individuales ▪ El 37% de los residentes participan al menos una vez a la semana en una actividad individual y el 66% en una actividad colectiva. ▪ El 65% de los centros ofrecen a los familiares la posibilidad de acompañar a las personas residentes las 24 horas del día cuando se considera que el fallecimiento es próximo e inevitable.
Relaciones sociales y expresión colectiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las relaciones sociales y familiares ▪ El Consejo de Vida Social y otras formas de participación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 91% de los centros cuentan con personal voluntario para el desarrollo de diversas actividades ▪ El 74% de los centros disponen de un Consejo de Vida Social que se reúne al menos tres veces al año
Prevención y gestión de riesgos desde el respeto a los derechos de las personas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Libertad de movimientos ▪ Principales ejes de trabajo en relación a la prevención ▪ Procedimientos y protocolos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 73% de los residentes ha sido objeto de una evaluación en lo que se refiere a su libertad de movimientos, dentro y fuera del centro. Esa libertad ha sido restringida en el 12% y el 39% de los casos, respectivamente. ▪ El 49% de los centros utiliza una escala específica para detectar el riesgo de malnutrición y el 39% realiza un seguimiento de los residentes por parte de un especialista en nutrición. ▪ El 2,4% de los residentes ha desarrollado escaras tras su ingreso en el centro. ▪ El 97% de los centros realizan actividades específicas para la prevención de las caídas ▪ El 97% de los centros desarrollan actividades para la prevención de infecciones, especialmente centradas en el seguimiento de la vacunación de los residentes. ▪ El 92% de los centros utiliza una escala para la detección del dolor ▪ El 81% de los centros cuenta con protocolos para determinar en qué casos y condiciones se aplican sujeciones y otras formas de contención. ▪ En el 92% de los casos las sujeciones y contenciones que se realizan han sido prescritas por un profesional médico
Adaptación del centro a las necesidades de las personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización del trabajo y las redes de colaboración ▪ Las condiciones laborales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 80% de los profesionales ha realizado un periodo de adaptación y formación al inicio de su contratación ▪ El 12% de los centros cuentan con presencia permanente de un/a enfermero/a en periodo nocturno ▪ El 57% de los profesionales han recibido formación específica en relación al buen trato de las personas residentes

Fuente: Elaboración propia

- Junto a estas dos herramientas, cabe hacer referencia al denominado Cuadro Mando de Rendimiento de los establecimientos residenciales. 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](#). Se ha realizado un profundo trabajo de armonización con el fin de que los indicadores recopilados sean compatibles con los diferentes sistemas de información y evitar de este modo las duplicidades en el trabajo de recogida de datos.

9. Incidencia de la Covid-19 en los centros residenciales para personas mayores en Francia

9.1. Contagios y fallecimientos

Algo más de catorce mil personas han fallecido en los centros residenciales para personas mayores en Francia a consecuencia del COVID19 desde el inicio de la pandemia, lo que supone el 1,8% de las personas residentes en estos centros y el 47% de todas las personas fallecidas en Francia a consecuencia del coronavirus¹⁹.

El número de personas contagiadas en los centros residenciales asciende a casi 40.000, con lo que la tasa de letalidad en los centros residenciales sería del 35%. Las personas contagiadas en las residencias representan el 5,2% de todos los residentes y el 18,8% de las personas contagiadas. Se han contagiado además 16.712 profesionales de los centros residenciales, lo que supone 3,2 contagios por cada 100 profesionales.

Tabla 23. Indicadores relativos al COVID19 en Francia (a 16 de agosto de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	211.211	3.157 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	29.597	442 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	14,1%		
Personas contagiadas en residencias	39.744	5,2% de las personas residentes	18,8% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	14.123	1,8% de las personas residentes	47% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	35%		
Personal contagiado en residencias	16.712		

Fuente: [Santé Publique France](#)

¹⁹ El Gobierno de Francia cifra el número de personas fallecidas en los centros residenciales en 10.420, si bien a ese número han de añadirse otras 3.703 personas residentes fallecidas en centros hospitalarios.

9.2. Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente

El porcentaje de personas residentes fallecidas en los centros residenciales franceses en relación a la población residente –2,4%, como se acaba de decir– puede considerarse intermedio en el contexto europeo, inferior al de los países con tasas más elevadas (como Reino Unido o España), pero superior a otros países como Alemania o Dinamarca, y en la línea de Suecia.

Entre las principales dificultades que los centros residenciales franceses han debido superar en relación a la epidemia se ha citado, por una parte, los problemas de coordinación con el sistema de salud, debido a la saturación del sistema hospitalario y de atención hospitalaria. En ese sentido, el modelo de atención medicalizada de los EHPAD no ha podido dar una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias de los centros residenciales ([Vienne-Noyes et al., 2020](#)).

9.3. Prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección

Entre las medidas o prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección aplicadas de forma específica en Francia, cabe destacar las siguientes:

- Francia se ha caracterizado por un cierre temprano de los centros residenciales a las visitas, que fueron prohibidas en todo el país el 11 de marzo.
- También se establecieron de forma precoz y estricta medidas de aislamiento y protección de las personas usuarias, que se extendieron también al personal (obligación de llevar máscara fuera de la residencia, etc.).
- Durante la pandemia se ha reforzado el papel de los médicos coordinadores, entre otras razones debido a la dificultad de los médicos de familia de atención primaria para seguir prestando atención médica a las personas residentes. En algunas regiones se han establecido fondos especiales para financiar el incremento de las jornadas de trabajo de los médicos coordinadores que trabajaban a tiempo parcial, así como reforzar el personal paramédico y de enfermería de los centros. Se han establecido también plataformas web para facilitar la colaboración voluntaria de médicos y enfermeras en los centros residenciales
- Se establecieron además en Francia plataformas o equipos móviles de urgencia en cada región de salud (*Plataforme Covid EHPAD*), gestionadas desde los hospitales, con el objetivo de asesorar a los centros residenciales y de colaborar con ellos en la identificación de los casos, la reorganización de las rutinas organizativas y el tratamiento de los residentes contagiados que presentaban cuadros más severos.
- Eliminación temporal del copago para las personas que acceden a un centro residencial tras un ingreso hospitalario
- Impulso de la prestación de servicios de consulta médica a distancia
- Medidas para facilitar el traslado de los profesionales desde sus lugares de trabajo a su domicilio, así como para facilitarles alojamiento fuera de sus domicilios en caso de resultar necesario, durante la fase de confinamiento.
- Algunos centros han optado, de forma voluntaria, por confinar a los profesionales junto a los residentes. Un estudio de evaluación de los centros que han adoptado esta práctica ([Belmin et al., 2020](#)) pone de manifiesto tasas de infección mucho más bajas (0,4% de los residentes, frente al 4,4% en el resto de los centros que participaron en el estudio). También la mortalidad

y los contagios entre los profesionales resultaron en estos centros inferiores al resto de los centros.

- Creación de líneas de apoyo y acompañamiento psicológico a los profesionales de los centros de salud y de servicios sociales, mediante una aplicación móvil y el recurso a los servicios de urgencias sociales regionales o departamentales.