

Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020
Reino Unido



1. Introducción

Este apartado recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en el Reino Unido y, más concretamente, en Inglaterra. 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 inglés, juega un papel esencial el marco de regulación, registro e inspección establecido por la *Care Quality Commission* (CQC), mediante el cual se establece tanto la autorización para la prestación de servicios residenciales como la inspección y evaluación de los servicios. Es importante señalar que, además de los servicios sanitarios, esta Comisión regula el conjunto de la atención social a personas adultas –es decir, los servicios residenciales, domiciliarios y comunitarios dirigidos a personas mayores dependientes y a personas adultas con discapacidad y enfermedad mental–, de forma que tanto los datos como la mayor parte de las regulaciones se refieren de forma indistinta a todos los servicios o colectivos que atiende.
- Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes. Cabe señalar a ese respecto que la información disponible al respecto en Inglaterra es parcial e incompleta, y que resulta difícil obtener datos específicamente centrados en la atención residencial, puesto que en la mayor parte de los casos la información se refiere al conjunto de los servicios sociales para personas adultas.
- Planes, guías y manuales de buena práctica. Como se explica más adelante, la regulación del funcionamiento de los centros residenciales –y del conjunto de la atención sociosanitaria– está en Inglaterra básicamente determinada por los estándares fundamentales de atención que emite la *Care Quality Commission* (CQC) para el registro y la inspección de los centros residenciales. Estas regulaciones u ordenanzas, pese a su escasa concreción, juegan un papel esencial a la hora de regular el modelo de atención y de evaluación e inspección de los centros. A estas directrices fundamentales cabe añadir los estándares que publican entidades como el *National Institute for Care and Health Excellence* (NICE), que se han tenido en cuenta a la hora de describir el modelo inglés de atención residencial a las personas mayores.

También se ha recurrido para la elaboración de este apartado a algunos artículos académicos que abordan aspectos específicos del modelo de atención residencial en Inglaterra 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 (particularmente la ya señalada *Care Quality Commission*).

A partir de la información recogida de esas fuentes, el capítulo se estructura en torno a siete grandes apartados:

- Descripción general del modelo de atención residencial a personas mayores en Inglaterra
- 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
- Ejemplos de buena práctica

- Incidencia de la Covid-19 en los centros residenciales para personas mayores en el Reino Unido.

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 residencial a personas mayores en Inglaterra

2.1. Valores inspiradores del modelo

Los valores inspiradores del modelo de atención residencial –y, en general, a las personas adultas y mayores con dependencia, discapacidad o enfermedades mentales– se resumen en los estándares fundamentales que establece la *Care Quality Commission* (CQC), el organismo autónomo responsable de la regulación, el registro y la inspección de los centros residenciales, así como de las labores de evaluación y aseguramiento de la calidad. Los estándares son los siguientes:

- Los cuidados y tratamientos deben ser apropiados y deben reflejar las necesidades y preferencias de los usuarios.
- Los usuarios deben ser tratados con dignidad y respeto.
- Los cuidados y tratamientos solo deben proporcionarse con consentimiento.
- Los cuidados y tratamientos deben proporcionarse de manera segura.
- Los usuarios deben estar protegidos frente al abuso y maltrato.
- Es necesario satisfacer las necesidades nutricionales y de hidratación de los usuarios.
- Las instalaciones y el material deben ser seguros, adecuados, limpios y deben usarse correctamente.
- La quejas deben ser investigadas correctamente y las consecuencias de las mismas deben ser apropiadas.
- Es necesario establecer sistemas y procesos que cumplan con los estándares fundamentales de calidad [dictados por la Care Quality Commission].
- Es necesario tener un número suficiente de personal cualificado, capacitado y con experiencia.
- Los trabajadores deben ser de buen carácter, y deben tener las cualificaciones, capacidades y experiencia necesarias,
- Las personas habilitadas para la prestación del servicio deben informar a los usuarios de sus cuidados y tratamientos de manera abierta, honesta, sincera y transparente.

La tabla siguiente recoge los elementos que definen la calidad de la atención, desde la perspectiva del modelo inglés, agrupados en función de las áreas o ámbitos que se tienen en cuenta a la hora de la realización de las inspecciones de los centros residenciales. Los elementos que se señalan reflejan los principios fundamentales del modelo, en la medida en que son la base del modelo de regulación e inspección de los centros residenciales:

Tabla 1. Definición de los elementos que se tienen en cuenta para determinar la calidad de la atención en el modelo de residencias en Inglaterra

Ámbito	Elementos a considerar
En una buena residencia, puede esperar estar seguro cuando...	La residencia y todo el material están bien mantenidos y los encargados buscan maneras de mejorar la seguridad. Debería sentir que sus pertenencias están seguras.
	Siempre hay trabajadores suficientes y disponen de las habilidades necesarias para hacerle sentirse seguro.
	Está protegido frente al <i>bullying</i> , acoso o abuso. El abuso incluye la negligencia y el abuso financiero.
	El personal resuelve los incidentes y accidentes rápidamente y abiertamente. Son investigados si es necesario y aprenden de sus errores.
	Aún sintiéndose seguro y protegido por el personal, se siente libre de hacer las cosas que quiere hacer, independientemente de su discapacidad u otras necesidades.
Puede esperar que una buena residencia sea efectiva cuando...	El personal le da su medicación de forma segura y se guarda de forma correcta. Dentro de lo posible, está involucrado en la toma de decisiones sobre su medicación y recibe apoyo para ser lo más independiente posible.
	La residencia se mantiene limpia e higiénica para prevenir cualquier riesgo de infección.
	Puede dar su opinión sobre la calidad del servicio, tiene posibilidades de elección en relación varios aspectos de la residencia de forma regular.
	El personal se asegura de que reciba comida y bebida adecuada y suficiente.
	El personal tiene los conocimientos, capacidades y cualificaciones adecuadas para asegurar que tiene una buena calidad de vida.
Puede esperar buenos cuidados en una buena residencia cuando...	Antes de cualquier cuidado o tratamiento se le pide consentimiento de manera comprensible y fácil de entender. Su familia y amigos también están involucrados en las decisiones sobre su cuidado, en la medida de lo posible.
	El personal conoce sus necesidades sanitarias y preferencias personales, y le dan todo el control y libertad de elección posible.
	El personal está en contacto con profesionales sociosanitarios, por ejemplo su médico de cabecera, y toman decisiones para mantenerle en buen estado de salud.
	Le preguntan sobre sus gustos y necesidades cuando la residencia es adaptada o decorada. Los cambios en la residencia se hacen con intención de ayudarle a ser lo más independiente posible.
	El personal está informado sobre su origen, gustos y necesidades. Esto incluye las necesidades que pueda tener debido a su edad, discapacidad, sexo, género, raza, religión o creencias, o sexualidad (lesbiana, gay, bisexual o heterosexual).
Puede esperar que una buena residencia responda bien a sus necesidades cuando...	Le animan a expresar su punto de vista, sin importar la complejidad de sus necesidades.
	Tiene acceso a representantes (gente que pueda hablar por usted).
	El personal conoce su voluntad para los cuidados al final de su vida, si esto es necesario.
	El personal le trata con dignidad y respeto. Le dedican tiempo, tienen una relación de confianza con usted y les importa su bienestar.
	Tiene suficiente privacidad.
Puede esperar que una buena residencia responda bien a sus necesidades cuando...	Su familia y amigos pueden visitarle.
	Existe un plan escrito que detalla sus cuidados, tratamiento y apoyo, así como lo que debe hacer el personal para asegurarse de que reciba una atención personalizada.
	Usted, y su familia y amigos dentro de lo posible, están activamente involucrados en el desarrollo de este plan. Por ejemplo, usted debería poder decidir quién le proporciona cuidados personales, como ayuda para limpiarse o vestirse
	Su plan cambia en medida que cambian sus necesidades, y el personal se mantiene al día de estos cambios.
	Este plan incluye información sobre todos los aspectos de su vida, incluyendo sus objetivos,

Tabla 1. Definición de los elementos que se tienen en cuenta para determinar la calidad de la atención en el modelo de residencias en Inglaterra

Ámbito	Elementos a considerar
Puede esperar que una buena residencia esté bien gestionada cuando...	habilidades y la manera en la que quiere gestionar su salud. También puede que tenga un plan de acción sanitaria.
	El personal se esfuerza en evitar que se sienta solo. Le ayudan a mantenerse en contacto con su familia y amigos.
	El personal también le ayuda a mantener sus aficiones y a involucrarse en la comunidad, si así lo desea.
	Si necesita ir al hospital, el personal planea la visita para asegurarse de que todo vaya bien.
	El personal se toma sus quejas en serio, las investigan y responden rápidamente.
	Conoce al director y a los demás encargados.
	Los encargados conocen cuales son sus responsabilidades y son honestos incluso cuando las cosas no van bien.
	Al personal le gusta su trabajo y conoce sus responsabilidades.

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

2.2. Tipología general de centros y alcance

Los dos tipos principales de centros residenciales (*care homes*) para personas mayores en el Reino Unido son los llamados *nursing homes* y los *residential care homes*. Junto a ellos, cabe destacar los modelos de *extra care housing* y *sheltered housing*, equiparables a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados en España. Se detallan a continuación las principales características de cada uno de los modelos:

- Los *residential care homes* (o *care homes*, en general) son centros residenciales orientados a personas mayores en situación de dependencia y/o que precisan de apoyo para las actividades de la vida diaria, pero que no presentan necesidades sustanciales en materia de salud. Su funcionamiento está regulado por la *Care Quality Commission*, por lo que entran dentro del marco normativo sociosanitario, y se diferencian de las llamadas *nursing homes* en el hecho de que no cuentan con presencia permanente de personal de enfermería. Como se observa en la Tabla 1, se trata del principal tipo de centro existente en el modelo residencial británico, al menos desde el punto de vista del número de centros, aunque no desde el punto de vista de las plazas.
- Los *nursing homes* acogen a personas mayores dependientes con necesidades sanitarias más intensas y se caracterizan por la obligación de disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día. Para diferenciarlos de los anteriores, en este informe se denominará centros residenciales con enfermería a este tipo de centros, y centros residenciales a los *care homes*. Como se señala en el la Tabla 1, aunque el número de centros es menor, el número de plazas en las residencias con enfermería representa casi el 50% de las plazas disponibles.
- Junto a estos dos centros, que constituyen el grueso de la oferta residencial, cabe también hacer referencia a las denominadas *retirement housing*, entre las que destaca fundamentalmente el modelo de *extra care housing*, similar en cierto modo a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados españoles (ver punto 7.1). Se trata de viviendas independientes –que pueden ser alquiladas o adquiridas en propiedad–, con equipamientos comunes, ubicadas generalmente en complejos o núcleos específicos, y en las que se ofrecen servicios de apoyo, tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana. Aunque carecen de personal con presencia permanente en el centro, se garantiza un sistema de vigilancia durante las 24 horas del día. Estos centros están también sometidos a la regulación, la acreditación y la inspección por parte de la *Care Quality Commission*, si bien la regulación se refiere únicamente al servicio que se presta en tales centros, pero no a las condiciones del centro o del alojamiento.

De acuerdo a los datos recogidos en la Tabla 1, el número total de plazas en los centros señalados supera las 419.000, repartiéndose las plazas a partes iguales entre los centros residenciales y los centros residenciales con enfermería. La cobertura total equivale al 4,1% de la población mayor de 65 años.

Tabla 2. Principales datos sobre los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra

	Nº de centros	Nº de plazas	% de plazas	Cobertura*
Centros residenciales	11.333	237.182	51,3	2,3
Centros residenciales con enfermería	4.413	224.853	48,7	2,2
Total	15.746	462.035	100	4,5

Elaboración propia a partir de CQC, 2017. *En relación a la población de 65 y más años

2.3. Estructura competencial y de titularidad

En lo que se refiere a la estructura competencial inglesa en el ámbito de la atención residencial, hay que hacer referencia a –al menos– cuatro organismos o niveles administrativos:

- En primer lugar, el conjunto del sistema de protección social y sanitario británico depende del Departamento de Salud y Servicios Sociales ([Department of Health and Social Care](#)), desde el que se gestionan el conjunto de las políticas de salud y de atención a la dependencia en el país. Es importante señalar en ese sentido que, frente al esquema imperante en España, las cuestiones relacionadas con la pobreza o la exclusión se abordan básicamente desde el ámbito del empleo y la garantía de ingresos, mientras que las cuestiones relacionadas con la discapacidad, la enfermedad mental y la discapacidad –lo que los británicos denominan *adult social care*– se aborda desde la administración sociosanitaria. Por otra parte, en la medida en que Inglaterra carece de una administración regional o autonómica propia, a diferencia de lo que ocurre en Escocia, Gales o Irlanda del Norte, el Ministerio es el responsable directo de la regulación del sistema en Inglaterra.
- Dentro de ese Departamento, el Sistema Nacional de Salud ([NHS](#)) juega también un papel esencial, especialmente en lo que se refiere a la financiación de los servicios residenciales (ver punto 2.6).
- Los ayuntamientos o *local authorities* (que tienen un tamaño medio muy superior a los ayuntamientos españoles) juegan también un papel esencial en este ámbito, ya que son los responsables de la provisión y la co-financiación de estos servicios para determinados tipos de usuarios (ver punto 2.5).
- Finalmente, es necesario hacer referencia a la [Care Quality Commission](#) (CQC), que es como ya se ha dicho el organismo autónomo responsable de la regulación, el registro y la inspección de los centros residenciales, así como de las labores de evaluación y aseguramiento de la calidad. Entre las funciones de este organismo, que se define como regulador independiente de la atención sanitaria y social, cabe destacar las siguientes:
 - o Registro de todas las entidades prestadoras de servicios y comprobación del cumplimiento de los estándares básicos en materia de calidad de la atención (ver punto 2.7).
 - o Inspección y evaluación de los centros, lo que incluye el desarrollo de un sistema de acceso público de valoración de la calidad de la atención prestada en cada centro.

- Protección de los derechos de las personas usuarias de los centros de salud y de servicios sociales

En lo que se refiere a la provisión de los servicios de atención residencial, los centros residenciales pueden estar gestionados tanto por entidades públicas como por entidades privadas, con y sin fin de lucro, si bien la provisión privada de los servicios resulta muy mayoritaria. De acuerdo a los datos disponibles para 2019 ([Future Care Capital, 2019](#)), el 78% de las plazas residenciales para personas mayores son gestionadas por entidades privadas con fin de lucro, el 12,3% por entidades privadas sin fin de lucro y el 9% por otros proveedores, fundamentalmente entidades públicas. Cabe señalar además que se ha producido en los últimos años, como en otros países, un proceso relativamente intenso de concentración empresarial en lo que se refiere a la estructura de propiedad de los centros residenciales. De acuerdo a este mismo informe, las cinco principales empresas privadas presentes en el sector gestionan un total de 879 centros y cerca de 53.000 plazas, lo que representa en torno al 15% del total de las plazas disponibles.

2.4. Marco normativo

La normativa básica que regula la prestación de los servicios de atención residencial para personas mayores es la siguiente:

- **Ley de Atención Nacional de Salud y Comunitaria 1990** ([National Health Service and Community Care Act 1990](#)) que cubre, entre otros aspectos, las provisiones sobre las responsabilidades de los y las cuidadores/as formales e informales.
- **Ley de Estándares en la Atención 2000** ([Care Standards Act 2000](#)) que define los servicios sociales –entre ellos, las residencias para personas mayores–, así como el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales.
- **Ley de Atención Sanitaria y Social 2008** ([Health and Social Care Act 2008](#)). A grandes rasgos, esta Ley establece el marco para regular la calidad y la seguridad en la atención social y sanitaria, crea la Care Quality Commission y establece los reglamentos que regulan las obligaciones de los diversos proveedores de servicios. Entre ellas, cabe destacar los siguientes reglamentos, a los que se hará referencia en los siguientes apartados:
 - ✓ [Reglamento 2009 de la Comisión de Calidad de la Atención \(Registro\)](#) –*Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009*– de aplicación a todas las actividades reguladas y en la que se establecen los requisitos para el registro de operadores sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios de atención y cuidado.
 - ✓ [Reglamento 2010 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 \(Actividades Reguladas\)](#) –*Health And Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010*– en el que se establecen los requisitos *relacionados* con las personas que gestionan una actividad regulada y para la calidad y seguridad en el servicio ofrecido por una actividad regulada.
 - ✓ [Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 \(Actividades Reguladas\)](#) –*Health And Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014*–. Este reglamento contiene definiciones de los servicios y actividades para los que se requiere estar registrado. Incluye también los estándares que los operadores encargados de la gestión y la provisión de servicios deberán seguir.

- La **Ley de Atención Sanitaria y Social 2012** ([Health and Social Care Act 2012](#)) introduce cambios considerables con respecto a la ley 2008, siendo el más destacado el establecimiento de comités locales conjuntos de las autoridades locales y los [Clinical Commissioning Groups](#) del NHS, los servicios sociales y los servicios para niños. Estos comités son los responsables de valorar las necesidades de su población, y asegurar la colaboración de servicios y la provisión de los mismos de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria.
- La **Ley de Cuidados 2014** ([Care Act 2014](#)) amplía la cobertura de las necesidades del cuidado, e introduce el “principio de bienestar” para sustentar el sistema de atención y apoyo. Esta ley establece que las autoridades locales quedan obligadas a proporcionar y organizar servicios que favorezcan y ayuden a que las personas continúen viviendo en su entorno, desarrollando los servicios de atención y apoyo necesarios, con el objetivo de cubrir sus necesidades. Las autoridades locales deben asegurarse de que las personas puedan obtener la información y el asesoramiento que necesitan para, de esta manera, tomar las mejores decisiones.

2.5. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

a) Modos de acceso a los centros residenciales

El acceso a los centros residenciales para personas mayores viene determinado, fundamentalmente, por las normas establecidas para la financiación de los servicios, que dependen a su vez de la valoración de las necesidades de atención social y sanitaria. En ese sentido, existen dos vías u opciones para acceder a la co-financiación pública de los servicios residenciales, en función de que predomine o no un problema de salud:

- En el caso de que se determine una situación de dependencia sin problemas de salud severos, se accede a un centro residencial convencional (*residential care home*). El acceso a los servicios residenciales –o, como se ha dicho, la cofinanciación pública de los mismos– tiene carácter selectivo y se realiza en función de los niveles de renta de la persona usuaria. No existe además un sistema único de valoración de los niveles de dependencia y cada municipio tiene su sistema propio para la valoración de las necesidades y la elaboración del plan individual de atención. Esa evaluación incluye el análisis de los niveles de renta y patrimonio de la persona solicitante, estableciéndose un umbral máximo –en el caso de Inglaterra asciende a 23.250 libras– para poder acceder a la co-financiación del servicio por parte de la administración local.

En caso de tener un nivel de renta superior, la persona usuaria abona el 100% del precio del servicio. En caso de que los niveles de renta y patrimonio sean inferiores a 14.250 libras, la persona no ha de hacer uso de su patrimonio para el pago del servicio, aunque no está completamente exenta del copago, mientras que en los casos en los que los recursos económicos se sitúan entre ambas cantidades se abona una parte del coste. En todo caso, existe una cantidad de libre disposición, de unas 25 libras semanales, que las personas usuarias deben poder mantener para hacer frente a sus gastos personales. Existe también un sistema de reconocimiento de deuda mediante el cual las personas atendidas que carecen de recursos suficientes para el pago de la tarifa se comprometen a saldar la deuda generada, tras su fallecimiento, mediante la liquidación de sus propiedades inmobiliarias.

- Por el contrario, cuando se determina que –además de las necesidades vinculadas a la dependencia– existen problemas de salud severos se accede a los centros residenciales con enfermería (*nursing homes*). Como se explica más adelante, en tales casos el NHS puede financiar únicamente los cuidados de enfermería mediante el llamado *Nursing Funded Care* o la totalidad del servicio residencial a través del programa [NHS Continuing Healthcare](#). En este caso, si la persona está en una residencia el programa cubre todos los costes de la atención, incluidos los de alojamiento y manutención.

A diferencia de lo que ocurre en el caso de la valoración de las necesidades sociales, la evaluación de las necesidades de dependencia con problemas de salud severos se realiza de la misma forma en todo el país a través de un sistema de evaluación nacional ([National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care](#)) que desarrollan los equipos de valoración (*Clinical Commissioning Group*).

b) Características de las personas usuarias

La información sobre las características de las personas usuarias de los centros residenciales es escasa, especialmente en lo que se refiere a la información que se deriva de los registros administrativos (perfil y características de las personas usuarias, características individuales de los centros residenciales, etc.). Sin embargo, los municipios ingleses con responsabilidades en materia de servicios sociales están obligados a realizar, con periodicidad anual, una encuesta postal a las personas usuarias de los servicios de atención social –la llamada *Adult Social Care User Survey* (ASCS)– que se centra en la calidad de vida de las personas usuarias, el impacto de los servicios en su calidad de vida, y en su estado de salud y bienestar general.

La tabla siguiente recoge un resumen de los resultados de esta encuesta, diferenciando los resultados para las personas mayores de 65 años que viven en residencias, las que viven en el entorno comunitario y el conjunto de las personas residentes en centros residenciales y centros residenciales con enfermería. Los datos de la tabla ponen de manifiesto, al menos, tres datos de interés: por una parte, la satisfacción con los servicios recibidos y con la calidad de vida es por lo general mayor en los centros residenciales que en los centros residenciales con enfermería e incluso entre las personas que residen en su propio domicilio; la situación en cuanto a estado de salud y limitaciones para las actividades de la vida diaria es mucho mayor en los centros residenciales con enfermería y, en general, los principales problemas o limitaciones de la atención recibida se centran en los aspectos relacionales.

Tabla 3. Características básicas de las personas usuarias de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra de acuerdo a los datos del ASCS (18/19)

	Mayores de 65 en residencias	Mayores de 65 en domicilio	Residencial Care	Nursing Care
Muy o bastante satisfecho con la atención recibida	92,9	87,3	93,6	90,7
Satisfacción alta o muy alta con la calidad de vida	69,1	51,3	72,9	61,6
Tengo mucho o bastante control sobre mi vida	77,2	70,9	83,6	68,6
Estoy muy o bastante satisfecho con la alimentación que recibo	94,8	93,3	96	92,7
Me siento suficientemente seguro	85,0	61,6	86,5	82,3
Tengo todo el contacto que necesito con las personas que quiero	55,7	35,3	58,5	48,9
Puedo dedicar mi tiempo a hacer las cosas que me gustan y que valoro	42,1	22,4	50,9	35,1
Actualmente no me duele nada	39,6	20,0	47,7	37,1
Actualmente no me siento deprimido o ansioso	56,1	45,4	59,9	53,6
No puedo levantarme de la cama o de una silla sin ayuda	43,7	24,8	27,9	70,1
No puedo lavarme o asearme de forma autónoma	61,7	56,4	45,9	76,6
El lugar en el que vivo cubre todas mis necesidades	93,3	82,7	94,0	91,0
Puedo acceder a todas las zonas de mi entorno que quiero	20,9	15,8	34,5	17,2

Elaboración propia a partir de ASCS, 18/19.

2.6. Costes y sistemas de financiación

El conjunto del Reino Unido destina cada año casi cinco mil millones de euros a la atención residencial a las personas mayores, de acuerdo a los datos de la cuenta de la Protección Social (SEEPROS) de EUROSTAT. Como se observa en el tabla anexa, Reino Unido destina a los servicios residenciales 883 euros al año por cada habitante mayor de 75 años, muy por debajo de países como Suecia, Holanda, Finlandia, Bélgica o Austria.

Tabla 4. 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
Portugal	283	308
Hungary	275	219
Latvia	228	44
Slovenia	173	33
Italy	141	996
Croatia	111	43
Estonia	109	14
Lithuania	85	24
Romania	64	100
Bulgaria	31	19

Fuente: Elaboración propia a partir de SEPROOS de EUROSTAT. * Los datos de Francia que se han utilizado para la elaboración de esta tabla no son los que ofrece EUROSTAT, sino los datos que recoge en sus estadísticas el Ministerio francés de Salud

Como se ha señalado, independientemente de cuál sea el tipo de proveedor del servicio, las principales vías de financiación de la atención residencial para personas mayores en Inglaterra son cuatro:

- Las personas usuarias financian el coste del servicio, bien en su totalidad (en los casos en los que no se determinan necesidades específicas de salud y la persona usuaria supera los umbrales de renta y patrimonio establecidos para beneficiarse de la co-financiación municipal), o bien de forma parcial (en los casos en los que no se determinan necesidades específicas de salud y la persona usuaria no supera los umbrales de renta y patrimonio establecidos para beneficiarse de la co-financiación municipal).
- Los ayuntamientos financian una parte de los costes correspondientes a las personas valoradas como dependientes que no presentan problemas específicos de salud y que se encuentran por debajo de los umbrales de renta y patrimonio establecido.
- El NHS financia mediante dos vías los cuidados sanitarios que se prestan en los centros sanitarios con enfermería (*nursing homes*):
 - ✓ Por una parte, como antes se ha dicho, financia una tarifa denominada [Nursing Funded Care](#) para proporcionar a las personas residentes en estos centros cuidados de en-

fermería. Esta financiación se concede a tanto alzado y asciende en 2019 a 165 libras semanales (unos 700 euros mensuales). El acceso a esta prestación –que se abona directamente a los centros residenciales– se determina mediante una valoración realizada por las *Clinical Comissioning Group*. En 2019, el número de personas beneficiarias de esta prestación era de 78.548, lo que supone en torno a un tercio de todas las personas usuarias de los centros residenciales con enfermería.

- ✓ Por otra parte, el NHS financia la totalidad de los costes de la atención residencial de las personas con problemas de salud severos, mediante el ya citado [NHS Continuing Healthcare](#). En 2019, el número de personas beneficiarias de este sistema ascendía a 54.240.

De acuerdo a los datos del último informe sobre los servicios de atención social a las personas adultas (CQC, 2019), en torno al 25% de las plazas están exclusivamente financiadas por las personas usuarias y en torno al 8% están exclusivamente financiadas por el NHS. Cerca de la mitad están íntegramente financiadas por las administraciones locales, mientras que en el resto de las plazas la persona usuaria co-financia una parte del servicio y los ayuntamientos y/o el NHS otra.

En lo que se refiere a los costes de la atención residencial, se calcula que el coste por día de los centros residenciales asciende a 106 libras en el caso de los centros residenciales privados y a 184 en el caso de los públicos. En el caso de las residencias privadas con enfermería –que son, como se ha señalado, la inmensa mayoría de estos centros– el coste día asciende a 126 libras (*Unit Costs of Health & Social Care*, 2019).

2.7. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

Como en las demás regiones del Reino Unido, la normativa inglesa no establece ratios de personal ni requisitos funcionales específicos en lo que se refiere a la gestión y la provisión de los servicios de atención residencial. Las ordenanzas son muy genéricas y en todo momento se refieren a que los servicios y centros tienen que ofrecer una atención adecuada dependiendo de las características del centro (número de personas usuarias atendidas, dimensión del establecimiento, etc.). El hecho de que las regulaciones aplicadas *ex ante* no sean estrictas o detalladas no implica sin embargo que los centros no deben respetar y aplicar una serie de requisitos básicos en lo que se refiere a la organización del servicio.

En ese marco, las principales funciones para la determinación del modelo de atención corresponden a la [Care Quality Commission](#) (CQC). La CQC es un organismo público ejecutivo no departamental, independiente, encargado de regular los servicios de salud y sociales de Inglaterra, así como de autorizar la prestación de un servicio por parte de un proveedor mediante su registro, para lo cual deben respetarse una serie de estándares de calidad. Su función es la de registrar la provisión de atención social y sanitaria, y, atendiendo a la Ley, su principal función es “proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud.” Asimismo, la ley establece que la CQC debe desempeñar sus funciones con el propósito general de fomentar:

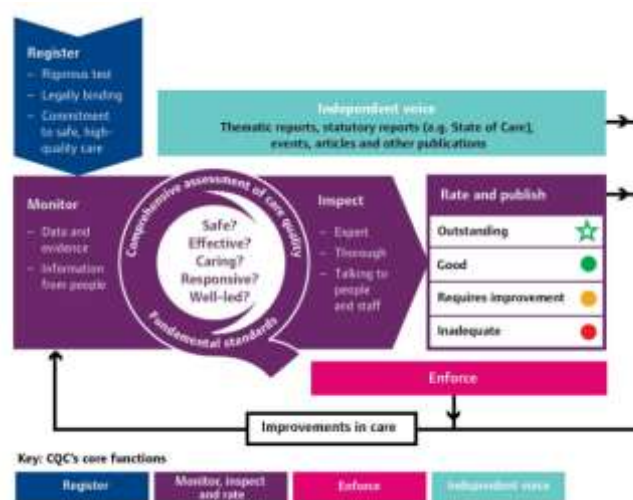
- La mejora de la atención y servicios sociosanitarios.
- La provisión de atención y servicios sociosanitarios centrados en las necesidades y experiencias de las personas usuarias.
- El uso eficiente y efectivo de los recursos en la prestación de servicios sociosanitarios.

Las actividades del CQC consisten en:

- Registrar a los agentes proveedores de servicios.

- Monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios.
- Proteger a las personas usuarias de los servicios, mediante las medidas necesarias en cada caso.
- Publicar guías y estándares para la correcta interpretación y aplicación de la normativa vigente.
- Contribuir al debate y a la reflexión, desde una posición independiente, sobre las principales cuestiones relativas a la calidad en la atención social y sanitaria mediante publicaciones.

El siguiente esquema resume el modelo operativo de CQC



Fuente: Página web del CQC

2.7.1. Registro de los centros prestadores de servicios en la Care Quality Comisión

Una de las funciones principales de la CQC es la relacionada con el registro de los centros prestadores de servicios, lo que incluye el cumplimiento de los estándares básicos y fundamentales para la garantizar la calidad de la atención. En ese marco, todos los centros residenciales que operan en el ámbito de la atención a las personas mayores (así como otros servicios: médicos generalistas, dentistas, hospitales, servicios de atención domiciliaria, etc.) han de estar registrados en la CQC y cumplir los requisitos que dan acceso al registro.

En el proceso de registro, la CQC comprueba que el centro o servicio cumplen con los requisitos establecidos por la normativa. El proceso de registro se desarrolla en tres etapas:

- Solicitud escrita.
- Valoración.
- Dictamen, donde a los agentes proveedores se les notifica la decisión y se les otorga el certificado. En el caso de que la solicitud no se haya resuelto con una decisión favorable, la persona solicitante puede presentar un escrito ante el CQC o puede apelar ante un tribunal independiente.

Los agentes que solicitan la certificación tienen que declarar que cumplen con los reglamentos establecidos en la normativa como elemento fundamental en el proceso de registro. Se considera delito hacer una declaración falsa o engañosa de manera deliberada. El/la solicitante de certificación tiene que aportar pruebas del cumplimiento de la reglamentación o de cómo se aplicarán los estándares una vez que el servicio esté operativo. A pesar de que la evaluación para el registro se suele llevar a cabo a nivel de despacho (*desk-based assessment*), en la gran mayoría de las solicitudes la CQC realiza una visita al servicio.

En el momento en el que las circunstancias o características de un servicio se vean modificadas –por ejemplo, el número de personas que puede alojar una residencia–, la persona responsable del mismo tiene la obligación de notificarlo a la CQC.

Los operadores de servicios certificados como proveedores regulados pueden usar (de manera opcional, no obligatoria) el logo de la CQC que acredita que se trata de servicios regulados –como banner en su página web, en los correos electrónicos de la entidad, en los documentos en papel–:



2.7.2. Estándares de calidad dictados por la Care Quality Commission

El registro en la CQC se basa en el cumplimiento de una serie de reglamentos, regulaciones u ordenanzas, algunos de los cuales tiene categoría de estándar fundamental. Los estándares fundamentales constituyen los principios básicos de calidad y seguridad que tienen que seguir todos los centros o servicios sociosanitarios y operan, en ese sentido, como la normativa básica en el ámbito sociosanitario. Los trece estándares fundamentales establecidos por la CQC son:

- Atención centrada en la persona: la persona usuaria tiene que recibir la atención o tratamiento adecuado a sus preferencias y necesidades.
- Dignidad y respeto: la persona usuaria debe ser tratada con dignidad y respeto en todo momento.
- Consentimiento: la persona usuaria –u otra persona que actúe legalmente en su nombre– tiene que dar su consentimiento antes de recibir cualquier atención o tratamiento.
- Seguridad: la persona usuaria no debe recibir atención o tratamiento no seguros, ni correr el riesgo de sufrir daños que podrían evitarse. Las entidades proveedoras de la atención o tratamiento deben evaluar los riesgos para la salud y seguridad de la persona usuaria en todo momento, y asegurarse de que el personal del centro o servicio tiene la cualificación, competencias, habilidades y experiencia necesarias para garantizar la seguridad de la persona usuaria.
- Protección frente a los malos tratos: la persona usuaria no debe sufrir ninguna forma de abuso o tratamiento inadecuado mientras recibe la atención. Incluye: abandono, tratamiento humillante, sujeciones innecesarias o desproporcionadas, límites inadecuados en la libertad de la persona usuaria.
- Alimentación e hidratación: la persona usuaria debe recibir la comida y bebida necesaria para mantenerse en buen estado de salud.

- Instalaciones y equipamiento: los espacios en los que se recibe la atención o tratamiento, así como el equipo utilizado, deben estar limpios, ser los adecuados y recibir el mantenimiento adecuado.
- Quejas: la persona usuaria tiene que tener la posibilidad de quejarse de la atención o tratamiento recibido. El agente proveedor del servicio tiene que facilitar un sistema para recibir y contestar las quejas de las personas usuarias. Todas las quejas tienen que ser investigadas por las personas responsables del centro o servicio y tomar las acciones necesarias ante los problemas identificados.
- Buena gestión: el agente proveedor del servicio tiene que contar con una planificación que garantice que puede cumplir con los estándares. Tiene que contar con un sistema eficaz para comprobar la calidad y seguridad del servicio.
- Plantilla: el centro o servicio sociosanitario debe contar con el suficiente personal cualificado, competente y experimentado para garantizar la aplicación de los estándares de calidad y seguridad. La plantilla tiene que recibir el apoyo, formación y supervisión necesarios para el correcto desempeño de su actividad.
- Personal adecuado: el centro o servicio tiene que disponer de personal capacitado, acorde con las actividades que va a desempeñar en la provisión de atención o tratamiento. Para ello, el centro o servicio tiene que disponer de procesos de contratación sólidos que permitan comprobar, por ejemplo, el historial laboral del/la profesional.
- Deber de franqueza: durante la atención o tratamiento, se debe mantener una actitud abierta y transparente con la persona usuaria. Si algo sale mal, es necesario explicar a la persona usuaria lo ocurrido, dar apoyo y disculparse.
- Publicación de las evaluaciones: el agente proveedor del cuidado debe mostrar la valoración realizada por la CQC. Tanto la puntuación recibida como el informe de evaluación tienen que estar disponibles para las personas usuarias.

Cada uno de esos estándares se basa en un reglamento con orientaciones y pautas para la correcta aplicación del estándar en cuestión. Los distintos estándares se irán analizando en este informe en el apartado correspondiente a cada una de las cuestiones que regulan (requisitos de personal, personalización de la atención, etc.).

2.7.3. Evaluación e inspección de la calidad de los servicios realizada por la Care Quality Commission

La tercera de las herramientas básicas para la determinación del modelo de atención es la relacionada con la evaluación del servicio, que también corresponde a la CQC. Cada dos años aproximadamente, los servicios objeto de registro en la CQC son objeto de una evaluación, cuya finalidad es determinar la calidad de los servicios de acuerdo con cinco parámetros: seguridad, efectividad, atención, flexibilidad y gestión. Para ello, la CQC lleva a cabo inspecciones *in situ*, recaba datos administrativos y recoge las opiniones de las personas usuarias y sus familias.

Se resume en primer lugar el sistema de evaluación establecido y, posteriormente, sus principales resultados.

a) Funcionamiento del sistema de evaluación e inspección

En base a los cinco parámetros que determinan la calidad y seguridad de los servicios, la CQC ha elaborado un conjunto de preguntas denominado la "[línea de investigación clave](#)" (*key lines of enquiry*), que sirve de protocolo estandarizado a la hora de realizar las inspecciones, y que abordan el conjunto de los aspectos relativos a la organización, gestión y provisión del servicio.

Tabla 5. Ámbitos de evaluación por ejes o preguntas clave

Ámbito	Definición	Elementos a considerar
Seguridad	Las personas están protegidas frente a abusos y daños evitables	Prevención y protección de los malos tratos
		Gestión de riesgos
		Personal adecuado y cobertura de personal
		Distribución de fármacos
		Control de infecciones
Efectividad	El cuidado, tratamiento y apoyo obtiene buenos resultados, promueve una buena calidad de vida y está basada en la mejor evidencia disponible	Aprender de lo que no funciona
		Evaluación de necesidades y tratamientos basados en la evidencia
		Habilidades y conocimiento del personal
		Alimentación e hidratación
		Cómo el personal, los equipos y los servicios trabajan juntos
		Apoyar a las personas para que vivan vidas más sanas
Atención	El servicio trata a las personas atendidas con compasión, cortesía, dignidad y respeto	Locales accesibles
		Consentimiento para el cuidado y el tratamiento
		Amabilidad, cuidados y compasión
Flexibilidad	El servicio da respuesta a las necesidades de las personas	Implicando a las personas en la toma de decisiones sobre sus cuidados
		Privacidad y dignidad
		Atención centrada en la persona
Gestión	El liderazgo, gestión y gobernanza de la organización asegura la provisión de un servicio de alta calidad y centrado en la persona, promueve el aprendizaje y la innovación, y fomenta una cultura justa y abierta	Sugerencias y quejas
		Cuidados al final de la vida
		Visión y estrategia
		Gobernanza y gestión
		Compromiso y participación
		Aprendizaje, mejora e innovación
		Trabajo en colaboración

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

Para la realización de las evaluaciones, la CQC ha desarrollado un sistema que permite recopilar *online* la información proporcionada por los proveedores de servicios y centros, el denominado *Provider Information Collection* (PIC, en adelante). Este sistema permite a las entidades prestadoras de servicios sociales y sanitarios proporcionar, de manera telemática, información actualizada sobre la calidad del servicio que ofrecen. En concreto, la información que se les solicita es la relativa a las cinco preguntas clave sobre seguridad y calidad en la atención. Es obligatorio que los proveedores actualicen la información como mínimo una vez al año (de lo contrario, serán penalizados en la puntuación que se les otorgue en la inspección), si bien la CQC recomienda que la actualización se realice con una periodicidad de tres meses. Los/as inspectores/as revisan la información recopilada en la PIC y planifican las inspecciones que, por lo general, suelen realizarse sin previo aviso al centro o servicio, en función de la calificación obtenida en la anterior inspección:

- Los centros que en la última evaluación han sido calificados como buenos o excelentes se inspeccionan al cabo de los 30 meses a partir de la anterior inspección.
- Los centros o servicios considerados que precisan mejorar se inspecciona a los 12 meses del último informe de evaluación publicado.

- Los servicios calificados como inadecuados se inspeccionan, normalmente, en los seis meses posteriores a la última inspección.
- Centros y servicios de reciente creación: la inspección se lleva a cabo entre los 6 y 12 meses a partir de la fecha de registro.

Los equipos que llevan a cabo las inspecciones de los servicios de atención sociosanitaria están dirigidos por un/a inspector/a de la CQC e incorporan a personas expertas con experiencia ([Experts by Experience](#)). Se trata de personas que tienen experiencia personal con los servicios, bien por tratarse de usuarias de los mismos o bien por cuidar de una persona usuaria. Durante las inspecciones, la persona experta con experiencia habla con las personas usuarias de los servicios sociales y sanitarios, así como con sus familiares. Sus conclusiones se utilizan para respaldar las opiniones de los inspectores sobre los servicios y pueden incluirse en los informes de inspección.

Las inspecciones pueden ser generales –centradas en el conjunto de las áreas de evaluación– o focalizadas. Estas últimas hacen referencia a una cuestión específica y en general se derivan de alguna información adicional recibida o de la necesidad de profundizar en aspectos concretos detectados en evaluaciones anteriores.

Después de cada inspección, la CQC publica el informe de inspección en su sitio web, con la siguiente información para cada centro inspeccionado:

- Información de contexto sobre el servicio y la inspección.
- Descripción de las principales conclusiones del equipo de inspección.
- La valoración, calificación, para cada pregunta clave (*key lines of enquiry*), así como la calificación general otorgada.
- Indicios sobre cualquier incumplimiento de la reglamentación, así como las acciones señaladas al agente proveedor para solucionar esta situación irregular.
- Recomendaciones realizadas por el equipo de inspección para mejorar el servicio.
- Un resumen de la inspección llevada a cabo para que el agente proveedor del servicio comparta con las personas usuarias, familiares y cuidadores, así como con el resto de personal del servicio.

El proceso de evaluación culmina con la asignación de una nota o calificación a cada centro, articulada en cinco niveles o categorías:

- Sobresaliente. El servicio funciona de manera excelente.
- Bueno. El servicio funciona bien y cumple las expectativas.
- Necesita mejorar. El servicio no funciona tan bien como debería y la CQC le ha indicado cómo tomar medidas.
- Inadecuado. El servicio funciona mal y la CQC ha tomado medidas contra la persona u organización proveedora del servicio.

Cada una de las dimensiones de la atención previamente señaladas dispone de una definición en relación a las situaciones que permiten ubicar a cada centro en uno de los cinco niveles o calificaciones señalados.

Tabla 6. Ámbitos de evaluación por ejes o preguntas clave

Ámbito	Valoración	Definición
Seguridad	Sobresaliente	Las personas están protegidas por una visión fuerte, distintiva y empoderadora hacia la seguridad, enfocada en la transparencia y el aprendizaje cuando las cosas no van bien.
	Bueno	Las personas están protegidas ante daños y abusos evitables. Se cumplen los requerimientos legales. El servicio se asegura de proteger a las personas y sus posesiones.
	Necesita mejorar	El servicio enfoca la seguridad de manera inconsistente, de modo que ocasionalmente pone la seguridad, salud o bienestar de la gente en riesgo. Hay mayor riesgo de dañar a alguien o garantías de seguridad limitadas. Es posible que no se cumplan las regulaciones.
	Inadecuado	Puede que el servicio tenga algunas áreas con prácticas seguras, pero en general, los usuarios no están seguros. Normalmente, no se cumplen ciertas regulaciones.
Efectividad	Sobresaliente	Los resultados de los usuarios de este servicio son consistentemente mejores que los de servicios similares. El <i>feedback</i> sobre la efectividad del servicio lo describe como excepcional y distintivo.
	Bueno	Los comentarios de los usuarios sobre la efectividad del servicio lo describen como bueno de manera consistente.
	Necesita mejorar	La efectividad de los cuidados y apoyo no es consistente. Es posible que no se cumplan las regulaciones.
	Inadecuado	Hay carencias extensas y considerables en el cuidado y apoyo que reciben los usuarios. Normalmente, no se cumplen ciertas regulaciones.
Atención	Sobresaliente	Los usuarios son verdaderamente respetados y valorados como individuos y se consideran colaboradores activos en su cuidado. El servicio es excepcional y distintivo.
	Bueno	Los usuarios son respetados y tratados con dignidad y respeto, y se consideran colaboradores activos en su cuidado.
	Necesita mejorar	Hay momentos en los que los usuarios no se sienten apoyados o cuidados, o sienten que no se mantiene su dignidad. El servicio no es siempre atento. Es posible que no se cumplan ciertas regulaciones.
	Inadecuado	Los usuarios no son tratados con compasión. Hay violaciones a la dignidad y carencias considerables en cuanto a la actitud del personal. Normalmente, no se cumplen ciertas regulaciones.
Flexibilidad	Sobresaliente	Los servicios se adaptan a cada individuo y se proporcionan de manera que garantice la flexibilidad, la variedad de opciones y la continuidad de los cuidados.
	Bueno	Las necesidades de las personas se satisfacen por la manera en la que los servicios están organizados.
	Necesita mejorar	Los servicios no siempre satisfacen las necesidades de los usuarios. Es posible que no se cumplan ciertas regulaciones.
	Inadecuado	Los servicios no están planificados ni se proporcionan de una manera que satisfaga las necesidades de los usuarios.
Gestión	Sobresaliente	Hay características clave que hacen que la gestión sea excepcional y distintiva. La gestión, administración y cultura se utilizan para impulsar y mejorar un cuidado de calidad que centra a las personas.
	Bueno	El servicio se gestiona y dirige bien consistentemente. La gestión, administración y cultura promueven un cuidado de calidad que centra a las personas.
	Necesita mejorar	El servicio se maneja y dirige de forma inconsistente. LA gestión, administración y cultura promueven un cuidado de calidad que centra a las personas. Es posible que no se cumplan ciertas regulaciones.
	Inadecuado	Hay carencias extensas y considerables en la gestión del servicio. Normalmente, no se cumplen ciertas regulaciones. La gestión, administración y cultura del centro no garantizan una atención de calidad.

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

Los centros y servicios de atención social están obligados a mostrar en un lugar visible para todas las personas –su página web, folleto informativo, etc. – la clasificación otorgada por la CQC como resultado de la evaluación. Además, la CQC ofrece en su web un directorio de servicios y centros sociales en el que se recoge tanto la nota general como el resultado completo de la evaluación en cada uno de los ámbitos analizados. La publicación de estos informes de evaluación pretende mejorar la información que las personas usuarias tienen a la hora de elegir un centro residencial, así como impulsar la compe-

tencia entre proveedores privados primando a aquellos que demuestran prestar un servicio de mayor calidad.

Por otro lado, además de las inspecciones y evaluaciones, la CQC hace el seguimiento del cumplimiento de los estándares de calidad mediante la monitorización permanente de los servicios y centros sociales. Para ello, la CQC ha desarrollado la herramienta [CQC Insight](#) que analiza información procedente de diversas fuentes –notificaciones administrativas, personal de los centros, personas usuarias, etc. – y, en base a unos indicadores, permite a la CQC detectar posibles desviaciones en el correcto funcionamiento de un servicio. Esta herramienta funciona como un sistema de alerta que, si bien no se utiliza para tomar decisiones, tiene un papel crucial en la detección de posible riesgo en la atención, y en la planificación de inspecciones con el objeto de evaluar la situación *in situ*.

Además de esta inspección o evaluación externa que realiza la CQC, el [Reglamento 2014 de la Ley de Atención Sanitaria y Social 2008 \(Actividades Reguladas\)](#) establece que las entidades prestadoras de servicios tienen que tener implantados sistemas o procesos de auditoría que evalúen y monitoricen la calidad y la seguridad de los servicios que prestan, además de la calidad de la experiencia de la persona usuaria del servicio. Esta evaluación interna tiene que detectar y evaluar cualquier riesgo relacionado con la salud, seguridad y bienestar de las personas usuarias del servicio. Las entidades proveedoras de servicios están obligadas a evaluar de forma permanente la actividad que desarrollan.

La CQC tiene la competencia para imponer diferentes tipos de sanciones, dependiendo de si el no cumplimiento de la reglamentación es juzgado como una falta menor, media o grave. Las sanciones pueden tratarse de acciones de mejora, de avisos de alerta, o, en caso extremo, del cierre del servicio y el inicio de las acciones judiciales correspondientes, que son además publicadas de forma individual en la web del CQC.

b) Principales resultados

De acuerdo a los datos más recientes de la CQC, el 82% de los centros residenciales y el 72% de los centros residenciales con enfermería tienen una calificación de “bueno”, mientras que la suma de “inadecuado” y “requiere mejoras” suma, respectivamente, el 15% y el 24% de los centros.

Tabla 7. Distribución de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra por tipo de centro y calificación (%)

	Inadecuado	Requiere mejoras	Bueno	Sobresaliente
Centros residenciales	1	14	82	3
Centros residenciales con enfermería	2	22	72	4

Elaboración propia a partir de CQC, 2018/19.

Si se analiza la cuestión desde el punto de vista de las dimensiones que se tienen en cuenta en la evaluación, se observa que las principales carencias se detectan en el ámbito de la gestión y de la seguridad.

Tabla 8. Distribución de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra por tipo de centro, ámbito de evaluación y calificación

		Seguridad	Efectividad	Atención	Responsabilidad	Gestión
Centros residenciales	Inadecuado	2	1	0,5	0,5	2
	Requiere mejoras	22	17	4	12	20
	Bueno	77	82	93	85	76
	Sobresaliente	0,5	1	3	2	2
Centros residenciales con enfermería	Inadecuado	4	1	1	1	4
	Requiere mejoras	33	27	11	24	29
	Bueno	63	71	86	73	65
	Sobresaliente	0,5	1	3	2	2

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

2.7.4. Otros centros y estructuras orientadas a la mejora del modelo de atención

Además del papel crucial, como se ha visto, de la Care Quality Commission, cabe hacer también referencia a otros dos centros estrechamente relacionados con el modelo de atención residencial en Inglaterra:

a) Social Care Institute for Excellence (SCIE)

El Instituto para la Excelencia en la atención social ([SCIE](#)) es una entidad sin ánimo de lucro independiente que trabaja para la mejora de la atención asistencial en Inglaterra. Su objetivo es la mejora del diseño de políticas y de la práctica profesional mediante la investigación, la difusión del conocimiento, la formación especializada y el fomento del debate.

b) National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

El Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado ([NICE](#)) tiene por objeto guiar y asesorar, a nivel nacional, para la mejora de la atención social y sanitaria. Para ello, el NICE desarrolla las siguientes actividades:

- Produce guías basadas en la evidencia y recomendaciones para los y las profesionales del ámbito de la salud, la salud pública y la atención social.
- Proporciona una serie de servicios de información para profesionales y responsables del ámbito de la atención social y sanitaria.
- Desarrolla estándares de calidad e indicadores de desarrollo para los agentes proveedores de servicios y las entidades responsables de proporcionar servicios sociales, de salud y de salud pública.

En lo que se refiere a la última de las funciones señaladas, el NICE proporciona información detallada sobre una selección de estándares de calidad e indicadores que establecen los requisitos mínimos de la atención y servicios sociales y de salud. Estos estándares no son de aplicación obligatoria, pero desde NICE recomiendan su uso, ya que comparten la visión de la política social y sanitaria del gobierno británico. Para cada uno de los estándares, se ofrecen indicadores de medición así como herramientas de apoyo.

c) Skills for Care

[Skills for Care](#) es un organismo autónomo específicamente orientado a mejorar el reclutamiento, la formación y la retención de los/as profesionales que intervienen en la prestación de los cuidados a per-

sonas con necesidades sociales. Además de actividades específicamente centradas en el ámbito de la formación, este organismo colabora con las entidades prestadoras de servicios al objeto de desarrollar estrategias que permitan mejorar su política de personal y las condiciones laborales de los trabajadores/as.

3. Descripción de las características físicas de los centros

3.1. Aspectos relativos a la ubicación

Las cuestiones relativas a las características físicas de los centros se establecen en la [regulación nº 15](#), que se centra en los aspectos relativos a las instalaciones y el equipamiento. En relación a la cuestión de la ubicación de los centros, la regulación señala que los centros deben estar apropiadamente ubicados en función del propósito para el que son utilizados. En relación a esa cuestión, la regulación hace referencia a los siguientes criterios:

- Al planear la ubicación de la residencia, los proveedores deben considerar las necesidades de los usuarios, y es necesario asegurar el acceso a otras instalaciones relevantes de la comunidad local.
- Las instalaciones deben ubicarse en un lugar adecuado para el tipo de alojamiento que se ofrece. Esto incluye estar a poca distancia de instalaciones relevantes o significativas, tener suficiente espacio de aparcamiento en las inmediaciones, y tener buen acceso al transporte público.
- Es necesario que el material sea siempre accesible para poder satisfacer las necesidades de los usuarios. Esto significa que debe estar disponible cuando sea necesario, o que pueda ser obtenido con una rapidez razonable a fin de no poner el riesgo a la persona usuaria. El material incluye sillas, camas, material clínico y equipos para la movilidad.

3.2. Aspectos relativos al tamaño de los centros

Las regulaciones establecidas mediante los estándares fundamentales para el registro y la inspección de los centros no hacen referencia al tamaño máximo o mínimo de los centros. El tamaño medio de los centros tiende sin embargo a ser relativamente pequeño, con 20 plazas por término medio en el caso de los centros residenciales y 51 plazas en el caso de los centros residenciales con enfermería.

Tabla 9. Tamaño medio de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra

	Nº de centros	Nº de plazas	Tamaño medio
Centros residenciales	11.333	237.182	20,9
Centros residenciales con enfermería	4.413	224.853	51,0
Total	15.746	462.035	29,3

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

Si los centros residenciales para personas mayores se distribuyen, en función de su tamaño, en tres grandes grupos, se observa que el 30,6% se puede considerar pequeño (menos de diez plazas); el 52% es de tamaño mediano (entre 11 y 49 plazas) y el 16,5% sería grande, con más de 50 plazas. En todo

caso, aunque en los dos tipos de centros analizados los centros medianos representan algo más de la mitad del total, en el caso de las residencias con enfermería los grandes representan casi el 44%, y los pequeños apenas el 4%, mientras que en el caso de las residencias los pequeños son más del 40% y los grandes representan el 6%.

Tabla 10. Distribución de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra por tamaño y tipo de centro

	Pequeño	Mediano	Grande
Centros residenciales	40,6	53,1	6,3
Centros residenciales con enfermería	3,9	52,4	43,7
Total	30,6	52,9	16,5

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

Diversos estudios han analizado, para el caso de Inglaterra, la relación entre el tamaño del centro y otras variables como la calidad de la atención. Por una parte, algunos de ellos ([Grant Thorton, 2018](#)) ponen de manifiesto que la mayor rentabilidad se produce en los centros de entre 80 y 99 plazas, con indicadores de rentabilidad superiores tanto a los centros de menor tamaño como a los de más de cien plazas. Por otra parte, los datos de la Care Quality Commission también ponen de manifiesto que la calidad de la atención –medida en función de los resultados de las evaluaciones– se relacionan directamente con el tamaño de los centros, siendo los que tienen menos de diez plazas los que reciben una calificación más positiva. En ese sentido, como se observa en la tabla siguiente, tanto en el caso de los centros residenciales como en el caso de los centros con enfermería el porcentaje de centros con resultados negativos es mayor entre los centros de mayor tamaño que en el resto.

Tabla 11. Distribución de los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra por tipo de centro, tamaño y calificación

		Inadecuado	Requiere mejoras	Bueno	Sobresaliente
Centros residenciales	Pequeños	1	10	88	1
	Medianos	2	22	74	1
	Grandes	2	27	69	2
Centros residenciales con enfermería	Pequeños	1	11	88	1
	Medianos	3	28	68	1
	Grandes	4	31	63	2

Fuente: Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

La obtención de resultados negativos se relaciona también con la titularidad de los centros, de acuerdo a los análisis realizados (Future Care Capital, 2019). Aunque el porcentaje de camas en centros con calificación de “inadecuado” o “necesita mejorar” se ha ido reduciendo en todos los tipos de centros, en cualquiera de los años analizados el porcentaje es sustancialmente más alto en los centros gestionados por empresas privadas que en los centros gestionados por entidades sin fin de lucro.

Tabla 12. Evolución del porcentaje de camas en centros con calificación de “inadecuado” o “necesita mejorar” por titularidad (%)

	2016	2017	2018	2019
Empresas privadas	42,6	31,0	29,6	25,8
Entidades sin fin de lucro	29,0	21,5	20,5	16,4
Otros	39,7	28,7	24,1	20,1

Fuente: Future Care Capital, 2019.

3.3. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

Tampoco son muchas las alusiones que los estándares fundamentales y las herramientas de evaluación hacen en relación al diseño y la estructura ambiental de los centros, más allá de la cuestión de la seguridad, que constituye uno de los ámbitos básicos de los procesos de registro y evaluación. En ese sentido, los estándares señalan que los centros residenciales deben ser:

- seguros.
- limpios
- adecuados al uso al que son destinados
- adecuadamente utilizados y mantenidos, lo que incluye, además del cumplimiento de la normativa sectorial sobre higiene y seguridad, el cumplimiento de los [estándares](#) específicos establecidos en materia de prevención y control de las infecciones para los centros sociosanitarios.

Las ordenanzas señaladas son en cualquier caso de carácter muy genérico, y no establece especificaciones concretas sobre, por ejemplo, el tamaño de las habitaciones, la estructura de los edificios, o la capacidad de las habitaciones, más allá de la normativa genérica aplicable en la normativa básica sobre construcción de edificios de uso público.

Como ocurre en el resto de los ámbitos contemplados en la regulación de los centros, el proceso de evaluación que realiza la CQC incluye algunas preguntas específicamente centradas las instalaciones y equipamientos que se tienen posteriormente en cuenta a la hora de establecer la calificación que se otorga a los diferentes centros. Pese a su escasa concreción, las preguntas de evaluación tienen un valor importante ya que los procedimientos de evaluación detallan para cada una de ellas en qué casos o situaciones las respuestas llevan a una valoración sobresaliente, buena, regular o mala, lo que se refleja finalmente en la calificación general del centro.

Tabla 13. Preguntas de evaluación relacionadas con el diseño físico y el mantenimiento de las instalaciones

Eje	Ámbito	Preguntas
Efectividad	Locales accesibles	¿Cómo se involucra a las personas usuarias en las decisiones relativas al entorno físico?
		¿Cómo satisfacen las instalaciones las diversas necesidades de atención, culturales y de apoyo de las personas?
		¿Qué procedimientos existen para asegurar que las personas tengan acceso a un espacio adecuado?: - en jardines y otros espacios exteriores, - para estar con sus visitantes, - para actividades significativas, - para pasar tiempo juntos con las demás personas usuarias, o - para estar solas.
		¿De qué manera la señalización, la decoración y otras adaptaciones de las instalaciones ayudan a satisfacer las necesidades de las personas y promover su independencia? ¿Cómo se gestionan los cambios en el entorno para evitar causar desorientación a las personas que viven allí?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

4. Dotaciones y perfiles profesionales

4.1. Requisitos normativos en materia de personal

La regulación de los requisitos de personal se establece fundamentalmente en el [reglamento nº 8](#) de la CQC, específicamente centrado en esta cuestión. Como ocurre en el caso de los requisitos físicos y arquitectónicos, la regulación es de carácter genérico y no se establecen ratios mínimas de personal ni dotaciones obligatorias de figuras profesionales concretas, más allá de la existencia de un servicio permanente de enfermería en los centros residenciales con enfermería¹.

La regulación relativa al personal establece, concretamente, lo siguiente:

- Se debe desplegar un número suficiente de personas adecuadamente calificadas, competentes, capacitadas y con experiencia para cumplir con los requisitos. La guía para la aplicación del reglamento no establece unas ratios mínimas y se limita a señalar que al determinar la dotación de personal y sus perfiles profesionales se deben tener en cuenta los diferentes niveles de habilidades y competencias requeridas para satisfacer esas necesidades, el número de profesionales necesarios, las necesidades de supervisión y los requisitos de liderazgo, así como que las dotaciones y perfiles profesionales deben revisarse continuamente y adaptarse para responder a las necesidades y circunstancias cambiantes de las personas que utilizan el servicio.
- Las personas empleadas deben:
 - ✓ recibir el apoyo, la capacitación, el desarrollo profesional, la supervisión y la evaluación adecuados para que puedan llevar a cabo las tareas para las que están empleados,
 - ✓ tener la posibilidad de acceder a la formación adicional que precisen para el trabajo que realizan, y
 - ✓ cuando tales personas sean profesionales de la salud, trabajadores sociales u otros profesionales registrados, deberán poder presentar evidencia de que mantienen los requisitos que les habilitan para el cumplimiento de sus funciones.

También se relaciona con el personal de los centros el [reglamento nº 19](#), que tiene por objeto garantizar la contratación del personal conveniente y adecuado. Esta regulación se centra los requisitos formativos que deben cumplir los profesionales de los centros, las adaptaciones que deben realizarse para facilitar el desempeño profesional de las personas con necesidades especiales y las medidas que han de adoptarse para evitar la contratación de personas con antecedentes penales y para comprobar la trayectoria personal y profesional de las personas empleadas. También corresponde al ámbito de la regulación del personal el [reglamento nº 5](#), centrado en los requisitos y características de las personas que cumplen funciones directivas.

Junto a los estándares señalados, los profesionales de atención directa que prestan sus servicios en los centros residenciales y no forman parte de las profesiones reguladas (enfermería, medicina, trabajo social...) deben además obtener el llamado [Care Certificate](#), un título que acredita la formación y la experiencia necesarias para el desempeño de las actividades de atención directa. Si bien está específicamente orientado al personal que inicia su carrera en el sector, también se plantea como una herramienta de reciclaje y formación permanente. Para obtener el certificado, se deben demostrar conocimientos y experiencia suficiente en quince estándares básicos, relacionados, entre otros elementos, con la equidad y la diversidad, la atención centrada en la persona, la privacidad y la dignidad, nutrición, salud y seguridad, prevención de infecciones, etc.

¹ En ausencia de exigencias específicas en relación a las ratios de atención, el organismo responsable de la captación y la cualificación del personal en el ámbito de los Servicios Sociales (*Skills for Care*) elaboró en 2018 una [guía](#) en la que se establecen recomendaciones relativas a la gestión del personal en estos centros.

Como ocurre en el resto de los ámbitos contemplados en la regulación de los centros, el proceso de evaluación que realiza la CQC incluye algunas preguntas específicamente centradas en la gestión del personal que se tienen posteriormente en cuenta a la hora de establecer la calificación que se otorga a los diferentes centros. Como se ha explicado previamente, pese a su escasa concreción, las preguntas de evaluación tienen un valor importante ya que los procedimientos de evaluación detallan para cada una de ellas en qué casos o situaciones las respuestas llevan a una valoración sobresaliente, buena, regular o mala, lo que se refleja finalmente en la calificación general del centro

Tabla 14. Preguntas de evaluación relacionadas con el personal

Eje	Ámbito	Preguntas
Efectividad	Habilidades y conocimientos del personal	¿Dispone el personal de la cualificación, habilidades, conocimientos y experiencia adecuados para cumplir con las necesidades, preferencias y elecciones de las personas usuarias?
		¿Se brinda apoyo al personal para mantener sus conocimientos actualizados de acuerdo con las mejores prácticas?
		¿El personal tiene tutoría, apoyo, inducción, supervisión, evaluación y formación eficaz y de manera regular?
Seguridad	Personal adecuado y cobertura del personal	¿Qué arreglos existen para garantizar que el personal tenga la combinación correcta de habilidades, competencias, calificaciones, experiencia y conocimiento para satisfacer las necesidades individuales de las personas?
		¿Cómo se promueve la seguridad en las prácticas de contratación, en los planes de apoyo y formación al personal, en los procedimientos disciplinarios y en los controles en curso?
		¿Recibe el personal la formación necesaria en sistemas, procesos y prácticas de seguridad?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

4.2. Dotación y ratios del personal

Más allá de lo establecido en la normativa, los datos disponibles en relación al personal que presta sus servicios en el ámbito residencial indican que el número total de personas ocupadas en el sector asciende a cerca de 600.000, que se reparten casi a partes iguales entre los centros residenciales y los centros residenciales con enfermería. Si se observan los datos de la tabla se observa que la principal diferencia entre ambos tipos de centros se refiere al número de profesionales registrados², muy reducido en el caso de los centros residenciales y mucho más elevado en el caso de los centros residenciales con enfermería. Debe tenerse en cuenta, en cualquier caso, que cerca del 40% de estos profesionales trabaja a jornada parcial, con lo que el número real de profesionales de atención directa a dedicación plena equivalente (DPE) rondaría los 300.000 puestos de trabajo.

Tabla 15. Datos relativos al personal de los centros residenciales en Inglaterra, por tipo de centro

	Care homes	Nursing homes
Número de profesionales	305.000	295.000
Número de profesionales de atención directa	224.000	177.000
Número de profesionales de dirección y gestión	28.000	13.000
Número de profesionales registrados (medicina, enfermería, trabajo social y otras especialidades)	550	38.000
Servicios auxiliares, mantenimiento y limpieza	53.000	68.000

² En el Reino Unido, los profesionales registrados son aquellos que necesitan inscribirse en un registro oficial para el desarrollo de su actividad profesional. En el caso de los centros residenciales, se trata básicamente de personal médico, de enfermería y de trabajo social.

Tabla 15. Datos relativos al personal de los centros residenciales en Inglaterra, por tipo de centro

	Care homes	Nursing homes
Profesionales de atención directa a DPE (estimación)	154.378	147.813
Tasa de rotación	29,6	31,5
Salario medio personal auxiliar a DPE (salario hora centros privados en libras)	8,2	8,1
% de mujeres	84	84
% de trabajadores/as de nacionalidad británica	85	74
% a jornada parcial	41	37

Fuente: Elaboración propia a partir Skills for Care, 2019.

Los datos de la tabla anterior también indican que la tasa de rotación en estos centros es muy elevada (en torno al 30% de la plantilla abandona o cambia de puesto a lo largo del año) y que el salario medio por hora de los/as profesionales de atención directa es de 8,1 libras.

Aunque apenas existen datos sobre las ratios reales de atención directa, un estudio comparativo de 2012 señala que cada auxiliar atiende de media cuatro residentes en los turnos de día y de tarde y a seis en los de noche, con lo que la ratio total de atención sería de 0,9 profesionales a DPE por usuario/a (Harrington et al., 2012), estimando una jornada anual de 1.600 horas.

Desde el punto de vista comparativo, la dotación de personal en los centros residenciales británicos (teniendo en cuenta tanto a Inglaterra, como a Escocia, Gales e Irlanda del Norte) son relativamente 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 el Reino Unido asciende a casi un millón de personas, lo que supone 17 trabajadores/as por cada 100 personas mayores de 75 años. Se trata de una tasa superior a la media de la UE³.

Tabla 16. 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

³ 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 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.

Tabla 16. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

	Personal en residencias	Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años
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

No existe, como tal, un catálogo mínimo de prestaciones en el modelo residencial inglés, más allá de la obligación de prestar servicios de alojamiento, manutención y cuidados en los centros residenciales, así como de enfermería en los centros residenciales con enfermería. Las prestaciones concretas que se articulan en el centro dependen de la política específica de cada centro o empresas, siempre que se cumplan obviamente los requisitos establecidos por la *Care Quality Commission*.

5.2. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Como se ha señalado al inicio del capítulo, la personalización de la atención constituye al menos en la teoría una de los principios básicos de la atención residencial en Inglaterra. De hecho, el primero de los estándares fundamentales que se tienen en cuenta para el registro, la inspección y la evaluación de los centros hace referencia a la necesidad de que el apoyo y los cuidados presados “sean apropiados y reflejen las necesidades y las preferencias de las personas usuarias”. En ese sentido, la [personalización de la atención social y sanitaria](#) constituye uno de los ejes de trabajo básicos del Sistema Nacional de Salud (NHS)

Como en el resto de los elementos que definen el modelo de atención residencial, las herramientas para la personalización de la atención se articulan mediante los reglamentos que definen los estándares fundamentales y, específicamente, mediante los reglamento nº 9 –[atención centrada en la persona](#)– y nº 10 –[dignidad y respeto](#)–.

La primera de esas ordenanzas establece que los servicios prestados deben ser apropiados, adecuados a las necesidades de la persona y acordes a sus preferencias, lo cual implica que los proveedores del servicio “deben hacer todo lo razonablemente posible para asegurarse de que las personas que utilizan el servicio reciban una atención y unos cuidados apropiados y centrados en la persona que satisfagan sus necesidades y reflejen sus preferencias personales, sean cuales sean”. Para ello, el centro debe:

- Realizar, en colaboración con las personas relevantes⁴, una valoración de las necesidades y preferencias de la persona
- Diseñar los procesos de atención de forma que las necesidades y preferencias de la persona sean tenidas en cuenta
- Capacitar y apoyar a las personas relevantes para entender las opciones existentes y discutir, con el profesional adecuado, el balance entre riesgos y beneficios que se deriva de esas opciones.
- Capacitar y apoyar a las personas relevantes para participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones
- Ofrecer oportunidades a la persona relevante para gestionar el servicio que recibe la persona atendida
- Implicar a la persona relevante en las decisiones relativas a la atención de las personas residentes.
- Ofrecer a las personas relevantes la información que razonablemente pueden necesitar para tomar las decisiones que les corresponden
- Realizar los ajustes razonables⁵ necesarios para garantizar que la persona usuaria recibe los servicios que precisa y desea

Por su parte, la [ordenanza nº 10](#) establece las disposiciones necesarias para mantener la intimidad y la privacidad de las personas usuarias. Las obligaciones específicas que se imponen en este ámbito a los proveedores del servicio son las siguientes:

- A la hora de recibir cuidados y tratamiento, el personal debe tratar a los usuarios con dignidad y respeto. Esto incluye tratarlos con compasión y cariño.
- La comunicación con los usuarios debe ser respetuosa. Esto incluye usar los medios de comunicación más adecuados y respetar el derecho de la persona a comunicarse o no comunicarse.
- El personal debe respetar las preferencias personales en cuanto a estilo de vida y cuidados.
- Al proporcionar cuidados íntimos o personales, el personal debe esforzarse para asegurar que se respetan las preferencias del usuario en cuanto a quién le proporciona los cuidados y tratamiento (como por ejemplo solicitar un trabajador de un género específico).
- Es necesario dirigirse a los usuarios de la manera en la que prefieran.
- Los usuarios nunca deben estar en situaciones de negligencia o indignas
- Es necesario mantener la privacidad de cada persona incluso cuando este dormida, inconsciente o incapacitada.

⁴ La persona relevante es la persona afectada, y/o cualquier otra persona que deba ser consultada a la hora de planificar la atención. En el caso de las personas incapacitadas, se aplica la figura del representante de la persona relevante, para la toma de decisiones en nombre de la persona incapacitadas.

⁵ El deber de hacer ajustes razonables se establece en la Ley de Igualdad de 2010, en virtud de la cual las empresas y los centros sociosanitarios deben adoptar medidas para eliminar las barreras que limitan el ejercicio de los derechos por parte de las personas con limitaciones derivadas de una deficiencia.

- Es necesario hacer todo lo posible para poder tener las conversaciones sobre cuidados, tratamientos y apoyos en lugares privados.
- El personal debe asegurarse de que los usuarios tengan privacidad a la hora de recibir tratamiento y de que reciban apoyo para bañarse, limpiarse, utilizar el baño y tener conversaciones privadas.
- Las necesidades y expectativas de privacidad de cada persona deben ser identificadas, apuntadas y satisfechas dentro de lo posible.
- Es necesarios respetar las relaciones de las personas con sus visitantes, cuidadores, amigos, familia y demás allegados, y la privacidad debe mantenerse durante estos encuentros .
- Los usuarios no deberían estar obligados a compartir dormitorios con personas del sexo opuesto, y deberían tener acceso a baños diferenciados por sexos, a los que se pueda acceder sin cruzar el área del sexo opuesto. Dónde proceda, como por ejemplo en unidades de salud mental, debería haber espacios exclusivos para mujeres.
- Si se utiliza algún tipo de vigilancia, los centros deben asegurarse de que es necesario para el bienestar de las personas, teniendo también en cuenta la seguridad del personal.

La última de las ordenanzas que hacen referencia a la personalización de la atención es la [ordenanza nº 11](#), que regula la necesidad de consentimiento, por parte de la persona residente o de sus representantes, a la hora de prestar los cuidados y apoyos necesarios. La ordenanza establece las siguientes obligaciones al respecto:

- Al pedir consentimiento a una persona, es necesario proporcionarle información que pueda entender sobre el cuidado o tratamiento que se le ofrece. Esto debería incluir información sobre los riesgos, complicaciones y alternativas. Esta información debería ser proporcionada por alguien con conocimiento del tratamiento o cuidado para así poder responder a cualquier pregunta que pueda ayudar a que la persona de su consentimiento.
- Las conversaciones sobre el consentimiento deben mantenerse de forma que satisfaga las necesidades de comunicación del usuario. Esto puede incluir el uso de diferentes formatos o idiomas, y también puede incluir a terceros como por ejemplo un logopeda o un asesor independiente. El consentimiento puede ser implícito e incluir comunicación no verbal.
- El consentimiento debe tratarse como un proceso que continúa durante todo el proceso de cuidados o tratamiento, reconociendo que puede negarse o retirarse en cualquier momento.
- Los centros deben respetar la posibilidad de no dar o retirar el consentimiento respecto a una acción determinada..
-
- Cuando una persona no tiene la capacidad mental para tomar decisiones informadas o consentir, el personal debe actuar de acuerdo con los requisitos del Mental Capacity Act 2005 y el código de prácticas asociado.
- Los procedimientos de consentimiento deben asegurarse de que no se presione a los usuarios para consentir. Dentro de lo posible, deberían haber procedimientos organizados por adelantado para que haya tiempo para responder preguntas y proporcionar información adecuada.
- Las políticas y procedimientos de consentimiento deben reflejar la legislación vigente, y el personal debe seguirlos siempre.

Estas regulaciones, caracterizadas por su escaso nivel de concreción, se trasladan al marco de evaluación e inspección, mediante una serie de preguntas de evaluación que han de ser respondidas durante el proceso y que determinan la calificación que obtiene cada centro. Las más directamente relacionadas con la personalización de la atención son las siguientes:

Tabla 17. Preguntas de evaluación relacionadas con la personalización de la atención

Eje	Ámbito	Preguntas
Cuidados	Implicando a las personas en la toma de decisiones sobre sus cuidados	¿Reconoce el personal cuándo las personas usuarias necesitan y quieren el apoyo de sus cuidadores/as o representantes para ayudarles a comprender y participar en su cuidado, tratamiento y apoyo? ¿Cómo ayuda el personal a las personas usuarias a obtener este apoyo?
		¿El personal se asegura de informar a las personas, sus familiares y otras personas del entorno sobre organismos externos, organizaciones comunitarias y servicios que puedan proporcionarle apoyo y asesoramiento independientes, responder preguntas sobre su cuidado, tratamiento y apoyo y, cuando sea necesario, defenderlos?
		¿Cómo ayuda el servicio a las personas a contactar y usar estos servicios?
		¿El servicio le brinda al personal el tiempo, la formación y el apoyo que necesitan para brindar atención y apoyo personalizado y empático? ¿Están organizadas los turnos y los horarios para que el personal tenga tiempo suficiente para escuchar a las personas usuarias, responder a sus preguntas, brindar información e involucrar a las personas en las decisiones?
		¿Cómo garantiza el servicio y el personal que las necesidades de privacidad y dignidad de las personas se entiendan y respeten siempre, incluso durante el cuidado físico o íntimo?
	Privacidad y dignidad	¿El personal responde de manera compasiva, oportuna y apropiada cuando las personas experimentan dolor físico, malestar, estrés o angustia?
		¿Cómo se asegura a las personas usuarias que la información sobre ellas se trata de manera confidencial, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos, y que el personal respeta su privacidad?
		¿Cómo tiene en cuenta el servicio las preferencias, necesidades y características de las personas usuarias, respetando la Ley de Igualdad?
		¿Pueden ser las personas usuarias tan autónomas e independiente como quieren?
		¿Se fomenta que los/as familiares y amistades de las personas usuarias se sientan bienvenidas y puedan realizar visitas sin restricciones?
Responsabilidad	Atención centrada en la persona	¿Cómo participan las personas usuarias, o quienes tienen autoridad para actuar en su nombre, en la planificación de su atención y apoyo, y cómo se toman en cuenta sus fortalezas, nivel de autonomía y calidad de vida?
		¿Cómo garantiza el servicio que el plan de atención de una persona refleje plenamente sus necesidades físicas, mentales, emocionales y sociales, incluidas las características protegidas en virtud de la Ley de igualdad? El plan de atención individual debe incluir su historia personal, preferencias individuales, intereses y aspiraciones, y todo esto debe ser comprendido por el personal para que las personas usuarias tengan la mayor cantidad de opciones y control posible sobre su plan de atención.
		¿Cómo se apoya a las personas usuarias para que, en función de sus intereses, participen en actividades que sean social y culturalmente apropiadas para ellos?
		¿Cómo se alienta y apoya a las personas usuarias para que desarrollen y mantengan relaciones con las personas de su entorno, tanto dentro del servicio como en la comunidad, para evitar el aislamiento social?
		¿Cómo identifica y satisface el servicio las necesidades de información y comunicación de las personas con discapacidad o pérdida sensorial? ¿Cómo registra, resalta y comparte esta información con otros agentes cuando sea necesario, y obtiene el consentimiento de las personas para hacerlo?
		¿Cómo se utiliza la tecnología para ayudar a las personas usuarias a recibir la atención y el apoyo oportunos? ¿La tecnología (incluidos los sistemas telefónicos y los servicios en línea / digitales) es fácil de usar?
		¿El personal comprende el consentimiento relevante y los requisitos de toma de decisiones?
Efectividad	Consentimiento para el cuidado y el tratamiento	¿Cómo se apoya a las personas usuarias para que tomen sus propias decisiones de acuerdo con la legislación y las recomendaciones?
		¿Cómo se hace el seguimiento y revisa el proceso de búsqueda de consentimiento para garantizar que cumple con los requisitos legales y cumple con las recomendaciones nacionales pertinentes?
		¿Cuándo las personas carecen de la capacidad mental para tomar una decisión,

Tabla 17. Preguntas de evaluación relacionadas con la personalización de la atención

Eje	Ámbito	Preguntas
		¿cómo se asegura el personal que las decisiones de interés superior se tomen de acuerdo con la normativa vigente?
		¿Cómo promueve el servicio evitar la necesidad de sujeciones físicas? En los casos en los que la sujeción física sea necesaria, ¿cómo se garantiza que se use de manera segura, proporcionada y monitorizada como parte de un plan de atención más amplio centrado en la persona?

Elaboración propia a partir de COC, 2017.

5.3. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

La cuestión de los cuidados personales y del apoyo a la vida cotidiana se enfoca en el modelo de atención residencial inglés fundamentalmente desde la óptica de la seguridad. Como se ha dicho antes, la seguridad constituye uno de los ejes fundamentales del marco regulador y evaluador establecido por el NHS y la prevención de los malos tratos. En ese sentido, son dos las ordenanzas o regulaciones que se centran en estas cuestiones: la [Ordenanza nº 12](#) –cuidados seguros– y la [Ordenanza nº 13](#) –Proteger a las personas usuarias de abusos y malos tratos–.

La primera de ellas establece las siguientes obligaciones:

- evaluar los riesgos a la salud y seguridad de los usuarios a la hora de recibir cuidados o tratamiento;
- hacer todo lo razonablemente posible para mitigar estos riesgos;
- asegurarse de que las personas que proporcionan los cuidados y tratamiento a los usuarios tienen las cualificaciones, competencia, habilidades y experiencia suficientes y adecuados para hacerlo de manera segura;
- asegurarse de que el establecimiento es seguro para el uso al que se le destina y que se usa de manera segura;
- asegurarse de que el material es seguro para el uso al que se le destina y que se usa de manera segura;
- si el centro suministra el material y la medicación, asegurarse de que hay cantidades suficientes para garantizar la seguridad de los usuarios y la satisfacer sus necesidades;
- gestionar la medicación de manera segura y adecuada;
- evaluar el riesgo de infecciones y prevenirlas, detectarlas y controlarlas;
- en el caso de que la responsabilidad del cuidado y tratamiento de los usuarios sea compartida con (o transferida a) otros agentes, trabajar en colaboración con tales agentes para planear los cuidados de antemano, asegurando la salud y el bienestar de los usuarios;

Para cumplir la Ordenanza nº 13, centrada en la protección de las personas usuarias frente al abuso o el trato inadecuado, los proveedores de los servicios deben tener un enfoque de tolerancia cero frente a los abusos, la discriminación y las restricciones en los derechos de las personas usuarias. Esto incluye la prevención de las situaciones de negligencia, trato degradante, restricción innecesaria o desproporcionada o privación de libertad. Los proveedores deben articular para ello procedimientos y procesos sólidos dirigidos a evitar que las personas usuarias sean objeto de abuso o maltrato por parte del personal o

de otras personas con las que puedan tener contacto cuando utiliza el servicio, incluidos los visitantes. El maltrato y el tratamiento inadecuado incluyen el trato degradante para las personas y la prestación de cuidador de forma que se ignoren significativamente las necesidades específicas de las personas o que impliquen restricciones inadecuadas. Para estos fines, "restricción" incluye el uso o la amenaza del uso de la fuerza, mediante métodos físicos, químicos o mecánicos.

En ese marco, las obligaciones que deben cumplir los responsables de los servicios en relación a la cuestión de las restricciones son las siguientes:

- El personal debe recibir formación adecuada a su puesto de trabajo para asegurarse de que solo se usen prácticas de control o restrictivas cuando sea absolutamente necesario, de acuerdo con directrices estatales y de buena conducta, o como último recurso. El proveedor del servicio debe asegurarse de que el personal esté adecuadamente formado en la utilización de estos procedimientos.
- Si se utilizan técnicas de restricción física, el proveedor debe asegurarse de que:
 - ✓ Solo se use cuando sea completamente necesario
 - ✓ Sea proporcional en relación al riesgo de daño y la seriedad del daño al usuario u otros.
 - ✓ Tenga en cuenta una valoración de las necesidades de la persona y su capacidad de consentir a este tratamiento.
 - ✓ Cumpla las reglas y legislación vigente.
- Los centros y el personal deberían supervisar y revisar el enfoque y uso de técnicas de restricción de manera regular.
- Cuando una persona no tiene la capacidad mental para tomar decisiones informadas o consentidas, incluyendo a la privación de su libertad, el personal debe actuar de acuerdo con los requisitos del Mental Capacity Act 2005 y el código de prácticas asociado.

Cabe destacar además que, frente a lo que ocurre en la mayor parte de las ordenanzas o regulaciones señaladas, el incumplimiento de estas dos regulaciones puede dar lugar a sanciones administrativas o al inicio de procedimientos penales en caso de que se demuestre que las personas usuarias del servicio han sido expuestas a daños o riesgos significativos.

Como en los demás casos, estas regulaciones tienen un escaso nivel de concreción y se trasladan al marco de evaluación e inspección mediante una serie de preguntas de evaluación que han de ser respondidas durante el proceso y que determinan la calificación que obtiene cada centro. Las más directamente relacionadas con el contenido de los cuidados, la seguridad y la protección frente a los malos tratos son las siguientes:

Tabla 18. Preguntas de evaluación relacionadas con el contenidos de los cuidados, la seguridad y la protección frente a los malos tratos

Eje	Ámbito	Preguntas
Seguridad	Prevención y protección de los malos tratos	¿Cómo se desarrollan, implementan y comunican al personal los sistemas, procesos y prácticas de protección?
		¿De qué manera los sistemas, procesos y prácticas protegen a las personas de los malos tratos, la negligencia, el acoso y la violación de su dignidad y respeto? ¿Cómo se monitorizan y se mejoran?
		¿Cómo se protege a las personas usuarias de la discriminación, el abuso o de lo que podría causarles daño psicológico? ¿Se entiende el acoso y la discriminación tal y como están recogidas en la Ley de Igualdad?
		¿Cómo se apoya a las personas para que entiendan qué significa mantenerse seguro y cómo se las alienta y se les da poder para expresar cualquier inquietud que puedan tener al respecto?

Tabla 18. Preguntas de evaluación relacionadas con el contenidos de los cuidados, la seguridad y la protección frente a los malos tratos

Eje	Ámbito	Preguntas
	Gestión de riesgos	<p>¿Qué disposiciones existen para gestionar los riesgos de manera adecuada y para garantizar que las personas estén involucradas en las decisiones sobre los riesgos que puedan correr?</p> <p>¿De qué manera las políticas y procedimientos de gestión de riesgos minimizan las restricciones en la libertad, la elección y el control de las personas, en particular, en aquellas con limitaciones en su capacidad mental?</p> <p>¿Los registros de las personas son precisos, completos, legibles, actualizados, están almacenados de forma segura y están disponibles para el personal para que puedan ayudar a las personas a mantenerse seguras?</p> <p>¿Se utilizan métodos formales e informales para compartir información con los agentes indicados sobre los riesgos en la atención, el tratamiento y el apoyo de las personas?</p> <p>¿Existen investigaciones exhaustivas y objetivas sobre denuncias, preocupaciones del personal, accidentes o incidentes? ¿Se desarrollan planes de acción y se monitorean para asegurarse de que se cumplan?</p> <p>¿Cómo se gestiona el equipo, que es propiedad o es usado por el proveedor, para ayudar a las personas a mantenerse seguras? ¿Cómo se verifican y se gestionan las instalaciones y la seguridad de los espacios comunes y personales (como las habitaciones), y el entorno de vida para ayudar a las personas a mantenerse seguras?</p> <p>¿Cómo gestiona la entidad proveedora los riesgos cuando proporciona atención en instalaciones de las que no es responsable?</p> <p>¿Cómo busca el personal entender, prevenir y manejar el comportamiento que considera desafiante? ¿Cómo se apoya a las personas cuando su comportamiento representa un desafío? ¿Cómo se alinea esto con las buenas prácticas?</p>
Cuidados	Amabilidad, cuidados y compasión	<p>¿Se trata a las personas con amabilidad y compasión en su cuidado y apoyo diarios?</p> <p>¿Cómo garantiza el servicio que las personas usuarias y las personas de su entorno sientan que son importantes, y que el personal los escuche y les hable de manera adecuada y de una manera que puedan entender?</p> <p>¿El personal busca formas accesibles de comunicarse con las personas usuarias con el objeto de para reducir o eliminar barreras de comunicación?</p> <p>¿El personal conoce y respeta a las personas que están cuidando y apoyando, incluidas sus preferencias, historias personales, antecedentes y potencial?</p> <p>¿Muestra el personal preocupación e interés por el bienestar de las personas de una manera cuidadosa y significativa, y responden a sus necesidades con la suficiente rapidez?</p> <p>¿Entiende y promueve el personal un comportamiento compasivo, respetuoso y empático?</p>

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

5.4. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

La cuestión de la limpieza se aborda de forma específica en la [regulación nº 15](#), que, como antes se ha señalado, se centra en los aspectos relativos a las instalaciones y el equipamiento. En ese contexto, la regulación establece las siguientes indicaciones:

- Las instalaciones y el material deben mantenerse limpios, y la limpieza debe hacerse de manera que cumpla con la legislación vigente.
- Las instalaciones y material deberían estar visiblemente limpias y libres de olores desagradables.
- Los centros deben:
 - ✓ utilizar productos y métodos de limpieza adecuados.

- ✓ operar un horario de limpieza adecuado para el tratamiento que proporcione el establecimiento o material.
 - ✓ supervisar el nivel de limpieza
 - ✓ tomar medidas con rapidez al identificar carencias.
 - ✓ asegurarse de que el personal con responsabilidades de limpieza tenga la formación necesaria
- Los residuos y materiales domésticos, clínicos y peligrosos deben gestionarse acorde a la legislación vigente.

A su vez, la [regulación nº 14](#) establece las obligaciones de las entidades proveedoras de servicios en todo lo que se refiere a la alimentación y la hidratación de las personas usuarias de los servicios. Algunas de las indicaciones que se establecen en relación a esta cuestión son las siguientes⁶:

- Las personas deberían poder tomar decisiones en cuanto a su dieta.
- Es necesario identificar las necesidades culturales y religiosas de las personas en cuanto a su dieta, y estas necesidades deben ser satisfechas. Si hay contraindicaciones clínicas o riesgos creados por estas necesidades, la persona usuaria debería estar informada de estas, para así poder tomar decisiones informadas.
- Si una persona tiene necesidades dietéticas específicas con relación a sus creencias morales o éticas, como por ejemplo el vegetarianismo, estas necesidades deben ser completamente consideradas y satisfechas. Es necesario que se hagan todos los esfuerzos posibles para satisfacer las preferencias de las personas, incluyendo preferencias sobre la hora y el lugar dónde se sirven las comidas y la cantidad de las raciones.
- La comida debe situarse al alcance de las personas, y debe presentarse de manera que resulte fácil de comer.
- La comida debe servirse y mantenerse a la temperatura correcta durante toda la comida.
- Es recomendable animar a las personas a comer y beber de manera independiente. Deberían recibir el apoyo apropiado, lo cual podría incluir tanto aliento como apoyo físico si es necesario.
- Los usuarios deben tener el material y herramientas apropiadas para ayudarles a comer y beber independientemente.
- Las personas que necesiten apoyo deberían tener suficiente tiempo para poder recibir suficiente nutrición e hidratación para tener buena salud.
- Los centros deben asegurarse de que los usuarios reciben su nutrición parenteral y suplementos dietéticos a una hora establecida.
- Los suplementos dietéticos y la nutrición parenteral solo deben ser administrados por personal cualificado, capacitado, competente y con experiencia

Durante el proceso de evaluación e inspección, el cumplimiento de las indicaciones señaladas en lo que se refiere a la higiene y la alimentación se determina a partir de las siguientes preguntas de evaluación:

⁶ Como puede observarse, estas especificaciones no hacen referencia a los lugares en los que se prepara o se consume la comida sino, más bien, a la forma correcta de satisfacer las necesidades nutritivas de las personas residentes.

Tabla 19. Preguntas de evaluación relacionadas con la alimentación y la higiene

Eje	Ámbito	Preguntas
Efectividad	Alimentación e hidratación	¿Cómo participan las personas usuarias en las decisiones sobre lo que comen y beben, y cómo se satisfacen sus preferencias culturales y religiosas?
		¿Cómo se apoya a las personas para que tengan una dieta equilibrada que promueva una alimentación saludable?
		¿Están las comidas adecuadamente espaciadas para satisfacer las necesidades de las personas, y para que las personas usuarias disfruten de las comidas de manera tranquila?
		¿Cómo se identifican y gestionan los riesgos para las personas con necesidades complejas en relación con su alimentación?
Seguridad	Control de infecciones	¿Cuáles son los procedimientos para garantizar que los locales se mantengan limpios e higiénicos para que las personas estén protegidas contra infecciones que podrían afectar tanto al personal como a las personas usuarias?
		¿El personal entiende sus funciones y responsabilidades en relación con el control de infecciones y la limpieza?
		¿Se mantienen y siguen las políticas y los procedimientos en línea con las recomendaciones nacionales vigentes?
		¿Cuándo es parte de la función del servicio responder y ayudar a controlar las infecciones, ¿cómo se asegura el servicio de alertar a las agencias externas correspondientes?
		¿Ha completado todo el personal la formación en higiene de alimentos, y se han implementado los procedimientos correctos en relación a la preparación y almacenaje de los alimentos?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

5.5. Elementos relevantes para la vida significativa

5.5.1. Promoción del bienestar psicológico de las personas usuarias de los centros residenciales

Los estándares fundamentales de la CQC hacen escasas referencias a los elementos que pueden estar relacionados con el bienestar psicológico de los residentes y con los elementos para una vida significativa en el marco de la atención residencial. El NICE sí ha publicado sin embargo unos [estándares de calidad](#) en relación al bienestar psicológico de las personas usuarias de las residencias que se refieren, en líneas generales, a estas cuestiones⁷. Publicada en 2013, esta guía se articula en función de seis grandes principios u objetivos:

- Se ofrece a las personas usuarias oportunidades para participar en actividades significativas⁸ que promuevan su salud y bienestar mental. Es importante que las personas mayores en residencias tengan la oportunidad de participar en actividades, incluyendo actividades del día a día que ayuden a mantener o mejorar su salud y bienestar mental. Deberían ser animados a tener un rol activo a la hora de escoger y definir las actividades en las que quieren participar. Dentro de lo posible, y si la persona así lo desea, su familia, amigos y cuidadores deberían estar involucrados en estas actividades. Esto ayuda a que la actividad tenga importancia y a que se desarrollen y mantengan las relaciones.

⁷ A diferencia de los estándares fundamentales establecidos por el CQC, cuyo incumplimiento puede ser sancionado y/o se tiene en cuenta a la hora de la realización de las evaluaciones, los estándares de calidad del NICE están más orientados a la estandarización de la atención y la promoción de buenas prácticas, y no tienen por tanto carácter regulatorio.

⁸ Esto incluye actividades físicas, sociales y de ocio que correspondan a las necesidades y preferencias de la persona. Esto puede incluir desde actividades del día a día como vestirse, comer y lavarse hasta actividades de ocio como leer, trabajar en el jardín, manualidades, conversación y cantar. Pueden ser estructuradas o espontáneas, para grupos o individuos, y pueden involucrar familiares, amigos o la comunidad. Las actividades pueden proporcionar estimulación emocional, creativa, intelectual y espiritual. Deberían realizarse en lugares que satisfagan las necesidades y preferencias de la persona, lo cual podría incluir utilizar espacios exteriores o adaptar el entorno de la persona.

- Se permite y fomenta que las personas mayores en residencias mantengan y desarrollen su identidad personal⁹. Es importante que el personal que trabaja con personas mayores conozca la biografía de la persona a la que cuidan y que se respeten sus intereses, creencias y la importancia de sus posesiones personales. Las personas mayores deberían estar involucradas en las decisiones y es recomendable apoyarles para que expresen su individualidad y sus deseos. Dentro de lo posible, deberían poder tomar sus propias decisiones. Facilitar que las personas mayores mantengan y desarrollen su identidad durante y después de mudarse a una residencia promueve la dignidad y tiene un impacto positivo en su sentido de identidad y bienestar mental.
- Se reconocen los síntomas y signos de problemas de salud mental de las personas mayores, y se tienen en cuenta en sus planes de cuidado. Los problemas de salud mental son muy prevalentes entre las personas mayores que viven en residencias, pero muchas veces no se reconocen, diagnostican o tratan. Envejecer con buena salud mental puede ayudar a asegurar que la vida de la persona es agradable y gratificante. Reconocer y apuntar los síntomas y signos de problemas de salud mental puede ayudar a que la persona tenga acceso a una evaluación temprana y servicios de salud.
- Se reconocen las necesidades específicas con relación a discapacidades sensoriales que puedan tener las personas mayores en residencias, y se apuntan en su plan de cuidados. Las pérdidas ligeras pero progresivas del oído y la vista son comunes al envejecer y pueden pasar desapercibidas durante un tiempo, pero pueden tener un efecto negativo en la comunicación, confianza e independencia de la persona. Reconocer y apuntar los síntomas y signos de discapacidades sensoriales puede ayudar a que la persona tenga acceso a una evaluación temprana y a los servicios de salud adecuados. Esto es esencial para las personas mayores en residencias ya que mejora su calidad de vida y evita el aislamiento, lo cual puede tener un efecto negativo en la salud mental.
- Se reconocen los síntomas y signos de problemas físicos de las personas mayores, y se tienen en cuenta en sus planes de cuidado. Los problemas físicos pueden causar molestias y afectar las actividades del día a día, la participación en las actividades sociales y la independencia de la persona, afectando por lo tanto su bienestar mental. Reconocer y apuntar los síntomas y signos de problemas físicos puede ayudar a que la persona tenga acceso a una evaluación temprana y servicios de salud. Esto es esencial para mejorar la calidad de vida y el bienestar mental de las personas mayores en residencias.
- Las personas mayores en residencias tienen acceso a todo el abanico de servicios de salud cuando los necesitan. Las personas mayores que viven en residencias suelen tener necesidades sanitarias mayores y más complejas que las personas que viven en la comunidad, y no satisfacer estas necesidades puede afectar a su bienestar. Muchas residencias tienen problemas a la hora de acceder a los servicios primarios y secundarios de salud de la NHS, incluyendo médicos de cabecera. Es importante que las residencias tengan buenos enlaces con los médicos de cabecera para que los usuarios puedan acceder a sus servicios fácilmente y sin retrasos cuando sean necesarios. Esto es esencial para evitar que las necesidades sanitarias no satisfechas tengan un impacto negativo en el bienestar mental.

⁹La sensación de tener un propósito en la vida es central a la identidad personal, así como sentirse valorado, tener un sentido de pertenencia y tener autoestima. Las relaciones, incluyendo las familiares, con amigos y cuidadores, son un aspecto importante de la identidad de una persona, y puede tener un impacto considerable en el bienestar mental. La identidad personal de una persona puede cambiar al cambiar sus circunstancias.

5.5.2. Mecanismos de participación y presentación de quejas

El marco regulador establecido por la CQC presta gran atención a la cuestión de la participación y, fundamentalmente, a la presentación de quejas por parte de las personas usuarias y sus representantes. La [regulación nº 16](#) aborda esta cuestión de forma expresa. La regulación establece que cualquier queja recibida debe ser investigada y que se deben tomar las medidas necesarias y proporcionadas en respuesta a cualquier deficiencia puesta de manifiesto mediante tal queja. Los centros residenciales deben además establecer un sistema que permita identificar, recibir, registrar, manejar y responder a las quejas de los usuarios del servicio. Los centros están además obligados a responder en el plazo máximo de 28 días a toda petición de información de los organismos reguladores en relación a las quejas recibidas.

Las cuestiones que en relación a la presentación de quejas y a la participación de las personas usuarias se tienen en cuenta en el proceso de evaluación son las siguientes:

Tabla 20. Preguntas de evaluación relacionadas con la participación y la presentación de quejas

Eje	Ámbito	Preguntas
Responsabilidad	Sugerencias y quejas	¿Cómo pueden las personas usuarias presentar una queja o plantear recomendaciones, de manera cómoda? ¿Cómo se alienta a las personas usuarias a que lo hagan? ¿Se siente con confianza las personas usuarias para hablar de estos temas?
		¿Es fácil y accesible para la persona usuaria utilizar el procedimiento de quejas o plantear una recomendación/inquietud? ¿Hasta qué punto las personas usuarias reciben la ayuda y el apoyo que necesitan para presentar una queja? ¿De qué manera se utilizan las quejas? Lo que incluye garantizar la transparencia, la confidencialidad, las actualizaciones periódicas para la persona que la ha interpuesto, una respuesta oportuna y una explicación del resultado y un registro formal. ¿Cómo se protege a las personas que interponen quejas por motivos de discriminación o acoso? ¿Hasta qué punto se utilizan las quejas como una oportunidad para aprender e impulsar la mejora continua del servicio?
Gestión	Compromiso y participación	¿Cómo participa el personal, de manera activa, en el desarrollo del servicio? ¿Se les alienta a participar en la consideración y propuesta de nuevas formas de trabajo, incluidas las formas de poner en práctica los valores? ¿Hay vínculos fuertes con la comunidad local? ¿Cómo ha fortalecido el servicio las relaciones más allá de las organizaciones clave?
		¿Cómo se apoya al personal para que cuestione la práctica, y cómo se respalda y protege a las personas que plantean sugerencias? ¿Cómo permite y alienta el servicio una comunicación abierta y accesible con todas las personas usuarias, sus familiares, amigos/as y otros/as cuidadores/as? ¿Cómo se recopilan las opiniones y experiencias de las personas usuarias para adaptar y mejorar el servicio?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

5.5.3. Relación y cercanía con la comunidad

La relación entre los centros residenciales y los recursos comunitarios no se tiene particularmente en cuenta en el marco de estándares fundamentales de la Care Quality Commission. En todo caso, algunas de las preguntas de evaluación abordan de forma directa esta cuestión, que no se contemplan sin embargo de forma explícita en los estándares fundamentales:

- ¿Colabora el servicio con otras organizaciones clave, incluidas las autoridades locales, los equipos de protección y los equipos multidisciplinares, para respaldar la provisión de la atención, el desarrollo del servicio y la atención conjunta? ¿Lo hace de forma abierta y transparente?
- ¿El servicio comparte información y evaluaciones apropiadas con otros agentes relevantes para beneficio de las personas usuarias?

5.5.4. Presencia y papel de las familias

El papel de las familias no se tiene en cuenta de forma específica en el marco de estándares fundamentales de la Care Quality Commission.

5.5.5. Presencia y papel del voluntariado

El papel del voluntariado no se tiene especialmente en cuenta en el marco de estándares fundamentales de la Care Quality Commission.

5.6. Aspectos relativos a la organización y la gestión de los centros

El marco regulatorio establecido por el CQC presta una atención destacada a la gestión y la gobernanza de los centros, con indicaciones que tienen por objeto contribuir a que los centros cuenten con una estrategia de desarrollo clara y herramientas de gestión alineadas con el resto de los componentes del marco regulador. En ese sentido, la [regulación nº 17](#) –buena gestión– forma parte también de los estándares fundamentales y se centra en las cuestiones relacionadas con la planificación estratégica de los centros, con el papel de la dirección y con las herramientas para el aprendizaje, la mejora y la innovación.

Tabla 21. Preguntas de evaluación relacionadas con la gestión y la organización de los centros

Eje	Ámbito	Preguntas
Gestión	Gobernanza y gestión	¿Recibe el personal los comentarios de la dirección de manera constructiva y motivadora, de forma que les permita saber qué medidas deben tomar?
		¿Entiende la dirección sus responsabilidades y es capaz de ofrecer lo que de él se requiere?
		¿Se entienden y cumplen todos los requisitos legales pertinentes, incluidos los requisitos de registro de CQC, las obligaciones de seguridad y salud pública, y la presentación de notificaciones y otra información requerida? ¿La dirección comprende las recomendaciones hechas por el CQC, está al tanto de las actualizaciones que se van realizando y las comunica de manera efectiva al personal?
		¿Cómo se asegura el servicio de que la responsabilidad y la rendición de cuentas se entienden entre todo el personal de manera que la gobernanza sea respaldada de la manera adecuada por todo el equipo del servicio? ¿El personal sabe y entiende en todo momento lo que se espera de ellos?
		¿Existen procesos claros y transparentes para que el personal tenga en cuenta sus decisiones, acciones, comportamientos y desempeño?
	Visión y estrategia	¿Cómo garantiza el servicio que su enfoque de la calidad es integral y que todo el personal es consciente de los riesgos potenciales que pueden afectar a la calidad del servicio?
		¿Cómo se asegura el servicio de tener disposiciones sólidas (incluida la evaluación interna y externa) para garantizar la seguridad, la disponibilidad, el intercambio y la integridad de los datos confidenciales y los sistemas de gestión de datos y registros? ¿Se hacen correcciones cuando hay violaciones en la seguridad de los datos?
		¿El equipo directivo es consciente y revisa la cultura cotidiana en el servicio, incluidas las actitudes, valores y comportamiento del personal y si se sienten positivos y orgullosos de trabajar en la organización?
		¿Cómo promueve y apoya el servicio la equidad y una cultura de transparencia con el personal?
		¿Cómo se asegura la dirección de que el personal sea apoyado, respetado y valorado? ¿De que sus derechos y bienestar estén protegidos? ¿Y de que el personal esté motivado, atento y tenga una actitud abierta?
		¿El servicio muestra honestidad y transparencia con todo el personal tras un incidente? ¿Cómo se comparte esto con las personas usuarias y sus familias, y cómo les apoya el servicio?

Tabla 21. Preguntas de evaluación relacionadas con la gestión y la organización de los centros

Eje	Ámbito	Preguntas
		¿Tiene el equipo directivo las habilidades, el conocimiento, la experiencia y la integridad necesaria para dirigir con eficacia?
		¿Tiene el servicio, y revisa de forma periódica, una visión clara y un conjunto de valores basados en una cultura centrada en la persona, participación, compasión, dignidad, autonomía, respeto, igualdad, bienestar y seguridad? ¿Cómo asegura la dirección que estos valores estén efectivamente integrados en la práctica? ¿Todo el personal los entiende y promueve?
		¿Fomenta la dirección entre el personal brindar un servicio de calidad?
		¿Cómo promueve la organización la igualdad y la inclusión dentro de su entorno laboral?
		¿Existen redes de colaboración, apoyo y aprecio entre el personal? ¿El personal y los equipos trabajan en colaboración, comparten la responsabilidad y resuelven los conflictos de manera rápida y constructiva?
	Aprendizaje, mejora e innovación	¿Hay recursos disponibles para la formación y desarrollo del personal y los equipos, y para impulsar su mejora?
		¿Son efectivos los sistemas de control de calidad, de información y de gobernanza para respaldar y evaluar el aprendizaje a partir del desempeño actual? ¿Cómo se utilizan para impulsar la mejora continua y gestionar el rendimiento futuro?
		¿Cómo se reconoce, promueve e implementa el éxito y la innovación?
		¿Cómo se aprende y se usa la información de incidentes para impulsar la calidad?
		¿Cómo mide y revisa el servicio la prestación de la atención, el tratamiento y el apoyo?
		¿Se utilizan los sistemas de tecnología de la información de manera efectiva para monitorizar y mejorar la calidad de la atención?
Seguridad	Aprender de lo que no funciona	¿Comprende el personal sus responsabilidades para registrar incidentes de seguridad, incidencias, e informar sobre ellas interna y externamente, según corresponda?
		¿Cuáles son los procedimientos para revisar e investigar la seguridad, y prevenir incidentes y eventos cuando las cosas van mal? ¿Todo el personal, servicios, organizaciones asociadas y personas usuarias participan en las revisiones e investigaciones?
		¿Cómo se aprenden las lecciones y se toman medidas en relación a los resultados de las revisiones e investigaciones cuando las cosas salen mal?
		¿Cómo se comparte el aprendizaje de las lecciones aprendidas para garantizar que se tomen medidas para mejorar la seguridad en el servicio? ¿El personal aprende de las revisiones e investigaciones de otros servicios y organizaciones?
		¿Son efectivos los procedimientos para responder a las consultas, investigaciones o revisiones de seguridad externas?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

6. La atención sanitaria en los centros residenciales

6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

Como se ha señalado en los apartados anteriores, la atención sanitaria que se presta en los centros residenciales se caracteriza por los siguientes elementos básicos:

- Competencialmente hablando, la atención residencial y el resto de los servicios de atención a las personas con dependencia o discapacidad son responsabilidad del Departamento de Salud y Servicios Sociales
- Los centros residenciales convencionales no están obligados a disponer de profesionales médicos o de enfermería, mientras que los centros residenciales con enfermería (*nursing homes*) se caracterizan por disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día.

- Como ocurre en otros países de Europa, no existe en Inglaterra la figura de los centros de salud públicos de atención primaria. La atención básica de salud es prestada por médicos de familia independientes (*general practitioners*), que cuentan con una cartera de clientes o usuarios que acceden libremente al servicio (como ocurre en nuestro entorno, por ejemplo, en el caso de los dentistas) y que abonan directamente el servicio, que es posteriormente reembolsado por el NHS.

En ese marco general, la atención sanitaria que se presta en los centros residenciales ingleses resulta muy desigual y no existe un marco homogéneo para la prestación de los servicios sanitarios en los centros residenciales de forma homogénea, lo que tiene como resultado la existencia de dificultades de acceso al sistema de salud que no se producen entre la población que reside en su domicilio ([Goodman, C. y otros, 2016](#)).

6.2. Dotación del personal médico y de enfermería y asignación de funciones

Como se ha señalado en el apartado relativo a la dotación de personal, los centros residenciales convencionales no cuentan en principio con personal médico específico. En los centros residenciales con enfermería, por el contrario, la presencia permanente de personal de enfermería es obligatoria durante las 24 horas del día.

De acuerdo a los datos del informe que anualmente realiza Skills for Care sobre el personal del sector de los servicios sociosanitarios, el número de enfermeros/as que prestan sus servicios en los centros residenciales con enfermería ronda los 36.000, lo que equivale a ocho profesionales por centro y una ratio de 0,1 profesionales por persona usuaria¹⁰.

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

La atención médica, farmacéutica y de enfermería no está –como el resto de los elementos básicos que conforman el modelo de atención residencial– contemplado de forma específica en los estándares fundamentales emitidos por la Care Quality Comisión, si bien sí se tiene en cuenta en lo que se refiere en el proceso de evaluación que se realiza.

Las cuestiones concretas que se tienen en cuenta en relación a esta cuestión son las siguientes:

Tabla 22. Preguntas de evaluación relacionadas con la atención sanitaria

Eje	Ámbito	Preguntas
Efectividad	Apoyar a las personas para que vivan vidas más sanas	¿Cómo se satisfacen las necesidades diarias de salud y bienestar de las personas usuarias?
		¿Cómo garantiza el servicio que las personas usuarias puedan comprender la información y las explicaciones sobre sus opciones de atención médica y tratamiento, incluidos los medicamentos y sus posibles efectos?
		¿Cómo participan las personas usuarias en el seguimiento de su salud?
		¿Pueden las personas usuarias acceder a la atención, el apoyo y el tratamiento de manera oportuna? ¿Se contacta con los servicios de salud apropiados cuando las necesidades de las personas usuarias cambian?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

¹⁰ Los datos no se computan a DPE, por lo que la dotación real podría ser menor.

El hecho de que la atención a las necesidades sanitarias no esté contemplada de forma específica en el marco regulador establecido por la CQC no implica que no existan disposiciones o directrices que han de ser tenidas en cuenta en relación a esta cuestión en el medio residencial.

En ese sentido, cabe hacer referencia –aunque sea a título de ejemplo– a la [guía sobre atención a la salud dental en residencias](#) publicada por el NICE, en el que se plantean una serie de recomendaciones específicas para el abordaje de esta cuestión en las residencias. En todo caso, pese a la existencia de estas directrices, un [estudio](#) de la CQC sobre la atención que se da en las residencias a las cuestiones relacionadas con la salud mental ponía de manifiesto que el 52% de los centros carecen de normas o medidas específicas en relación a esta cuestión y que sólo el 30% del personal recibe formación específica sobre esta cuestión. El estudio también señala que sólo dos de cada tres usuarios pueden acceder sin dificultades a servicios de odontología.

Finalmente, otro de los [estándares de calidad](#) del NICE al que cabe hacer referencia se refiere a la derivación entre los centros hospitalarios y los recursos de atención social, ya sean comunitarios o residenciales. En relación a esta cuestión, el NHS mantiene un sistema de registro de lo que se consideran derivaciones tardías o retrasadas (*delayed transfers of care*). De acuerdo a los datos de ese sistema, en torno a cinco mil personas están, cada día del año, esperando una derivación desde un hospital hacia otro tipo de centro, con una espera media de casi un mes. De todas esas derivaciones retrasadas, en torno a una cuarta parte tienen su origen en la ausencia de plazas disponibles en los centros residenciales.

6.4. Farmacia

Lo mismo ocurre en el caso de la atención farmacéutica que, si bien no se aborda de forma específica en las regulaciones fundamentales de la CQC, se tiene en cuenta en el marco establecido para la evaluación.

Tabla 23. Preguntas de evaluación relacionadas con la atención sanitaria

Eje	Ámbito	Preguntas
Seguridad	Distribución de fármacos	¿El rol del servicio en relación con los medicamentos está claramente definido y descrito en las políticas y procedimientos? ¿Se siguen las recomendaciones y guías profesional actuales en relación a la distribución de medicamentos?
		¿Cómo garantiza el servicio que las personas reciban sus medicamentos (tanto los recetados como los no recetados) según lo previsto (incluidos los medicamentos controlados y los medicamentos "según sea necesario") y que esto se registre de manera adecuada?
		¿Cómo se ordenan, transportan, almacenan y desechan los medicamentos de manera segura y de manera que se cumpla con la legislación y recomendaciones vigentes?
		¿Cómo garantiza el servicio que el comportamiento de las personas no esté controlado por el uso excesivo o inadecuado de medicamentos?
		¿Cómo evalúa el personal el nivel de apoyo que necesita una persona para tomar sus medicamentos de manera segura, en particular cuando existen dificultades para comunicarse? ¿Se realizan evaluaciones para valorar la autoadministración?
		¿Cómo se relaciona el servicio con los profesionales de la salud en relación con las revisiones de medicamentos y los intervalos apropiados?
		¿Cómo se asegura el personal que la información precisa y actualizada sobre los medicamentos de las personas esté disponible cuando las personas se mueven entre diferentes dispositivos de atención? ¿Cómo permanecen los medicamentos disponibles para las personas en estos casos?
		¿El rol del servicio en relación con los medicamentos está claramente definido y descrito en las políticas y procedimientos? ¿Se siguen las recomendaciones y guías profesional actuales en relación a la distribución de medicamentos?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

Como ocurría en el caso de los servicios sanitarios, el hecho de que los servicios farmacéuticos no estén contemplados de forma específica en el marco regulador establecido por la CQC no implica que no existan disposiciones o directrices que han de ser tenidas en cuenta en relación a esta cuestión en el medio residencial. En ese sentido, cabe hacer referencia a la [guía sobre gestión de fármacos](#) en centros residenciales publicada en 2014 por el NICE.

6.5. Cuidados paliativos y atención al final de la vida

El caso de los cuidados paliativos y de atención al final de la vida es similar al de la atención sanitaria y farmacéutica, en la medida en que, si bien no se aborda de forma específica en las regulaciones, se tiene en cuenta en el marco establecido para la evaluación, lo que implica, como en el resto de los casos, el desarrollo de una serie de criterios en relación a lo que se considera una atención de calidad en relación a cada una de las preguntas planteadas.

Tabla 24. Preguntas de evaluación relacionadas con los cuidados paliativos

Eje	Ámbito	Preguntas
Responsabilidad	Cuidados al final de la vida	¿Se registran, se comunican, se ponen en práctica y se aplican las preferencias y las elecciones de las personas usuarias en relación a los cuidados al final de la vida y a dónde desean morir, teniendo en cuenta sus necesidades espirituales y culturales?
		¿Cómo se involucra a las personas usuarias, sus familiares, amigos/as y otras personas de su entorno en la planificación, gestión y toma de decisiones sobre la atención al final de la vida?
		¿Cómo se les asegura a las personas que su dolor y otros síntomas se evaluarán y manejarán de manera efectiva a medida que se acerquen al final de su vida, incluido el acceso a la asistencia de profesionales especializados en cuidados paliativos, especialmente si no pueden hablar o comunicarse?
		¿Cómo se asegura el servicio de identificar rápidamente a las personas en los últimos días de vida, cuya condición puede ser impredecible y cambia rápidamente y, cuando sea necesario, de que las personas usuarias tengan acceso rápido a asistencia, equipos y medicamentos?
		¿Cómo apoya el servicio a las familias, a otras personas usuarias del servicio y al personal cuando alguien muere?
		¿Qué procedimientos existen para garantizar que el cuerpo de una persona que ha fallecido se cuide con dignidad y respeto hacia la cultura de la persona fallecida?

Elaboración propia a partir de CQC, 2017.

7. Innovaciones y ejemplos de buena práctica

7.1. Viviendas con apoyo: el modelo de *extra care housing*

Como se ha señalado previamente, junto a los centros residenciales ya descritos –*care homes* y *nursing homes*–, existe otra modalidad de centros que entran dentro de la categoría de vivienda con apoyo o con cuidados (*housing with care*) y que resulta equiparable a los apartamentos tutelados o viviendas comunitarias que existen en nuestro entorno. En ese marco, el modelo más relevante es el denominado [extra care housing](#), si bien también se utilizan otros términos y denominaciones como *assisted living* (vivienda asistida), *very sheltered housing* (vivienda tutelada), *retirement housing* (viviendas de retiro), etc.

Desde el punto de vista normativo, la principal característica de estos centros reside en la separación entre la provisión de la vivienda (cuya regulación no está sometida al ámbito de los servicios sociales) y

la provisión de los servicios de apoyo (*personal care*), que sí se integran normativamente en el ámbito sociosanitario, y son por tanto objeto de la regulación y la inspección de la Care Quality Commission.

De acuerdo a la CQC, los modelos de *extra care housing* se definen precisamente por la separación entre la atención o los cuidados que recibe cada persona y el alojamiento en el que reside, al que por lo general se accede mediante alquiler o compra. En los centros residenciales convencionales, por el contrario, alojamiento y servicios de apoyo se plantean como un paquete conjunto, sometido a una regulación común. En ese marco, los proveedores de los servicios de atención personal y de alojamiento son diferentes (o, si no lo son, se prestan bajos contratos diferentes), pudiendo las personas usuarias elegir el proveedor de cada servicio de forma separada. En ese marco, las características principales de los modelos de *extra care* son las siguientes:

- Las personas viven en un alojamiento propio e independiente y reciben cuidados y apoyos para mantener su autonomía;
- Los cuidados y apoyos pueden ser continuos o periódicos, y están en todo caso adaptados a las necesidades de cada persona al objeto de mantener el mayor grado posible de independencia.
- Hay una separación real entre la provisión de los cuidados que recibe la persona y la provisión del servicio de alojamiento. La provisión de ambos servicios se realiza mediante acuerdos o contratos diferentes.
- El alojamiento puede realizarse en una amplia gama de edificios o instalaciones, y se concreta en un contrato de compra o alquiler.

En general, estas viviendas se ubica en complejos específicamente destinados a este fin y ofrecen niveles variables de apoyo, sistemas de vigilancia y alarma, personal disponible (aunque no necesariamente in situ) durante las 24 horas del día, equipamientos comunes (lavandería, etc.). El alojamiento se realiza en apartamentos o estudios de una o dos habitaciones, que incluyen una sala de estar y una cocina.

7.2. Personalización de la atención: el programa *my home life*

Entre 2009 y 2012 diversas entidades británicas desarrollaron un programa específico –denominado *My Home Life*– orientado a mejorar las estrategias y herramientas utilizadas en los centros residenciales para la personalización de la atención, especialmente en lo que se refiere a las posibilidades de los residentes para opinar, decidir y controlar los servicios que reciben (*voice, choice and control*). El [informe](#) de evaluación de esta iniciativa describe las experiencias específicas desarrolladas en el marco de este programa, que se articula a partir de tres principios básicos: mantener la identidad, compartir la toma de decisiones y crear comunidad.

El programa consistió básicamente en la prestación de servicios de apoyo y asesoramiento a 250 centros residenciales, a través de un programa de formación y supervisión de sus directores, de cara a modificar sus rutinas y culturas organizativas, y reforzar sus capacidades de liderazgo en esta línea. Con el tiempo, la iniciativa se ha convertido en un centro de apoyo para la personalización de la atención y la mejora de la calidad de vida en el ámbito residencial (<https://myhomelife.org.uk/>).



7.3. Enhanced Health in Care Homes

Dadas las dificultades para garantizar una atención sanitaria de calidad en los centros residenciales, el National Health Service (NHS) viene desarrollando desde 2016 un nuevo marco para la integración de los servicios sociales y sanitarios denominado *Enhanced Health in Care Homes* –que se puede traducir como atención sanitaria reforzada en las residencias– mediante la que se pretende mejorar la prestación de servicios médicos y de enfermería en estos centros, reforzando la colaboración entre el sistema de salud y el de servicios sociales. Los objetivos básicos del modelo son los siguientes:

- Ofrecer una atención sanitaria personalizada de alta calidad en los centros residenciales;
- Ofrecer , siempre que sea posible, a las personas que (temporalmente o permanentemente) residen en centros para mayores el acceso a los servicios sanitarios adecuados en el lugar y el momento que elijan

- Promover el uso efectivo de los recursos reduciendo ingresos hospitalarios innecesarios y garantizando al mismo tiempo una atención sanitaria de calidad para las personas residentes.

Para alcanzar estos objetivos, el modelo desarrolla seis elementos clave, que se materializan fundamentalmente en dos elementos:

- Refuerzo de la atención primaria y el apoyo comunitario. Cada centro residencial debe trabajar en colaboración con una red de servicios de atención primaria de salud, responsable de aplicar el modelo de salud reforzada en cada residencia¹¹. Las residencias deben contratar los servicios de un médico de familia perteneciente a esa red y se delega también en ella la realización de una visita rutinaria al menos semanal a cada centro, de cara a mantener un seguimiento cercano del estado de salud de las personas residentes. Es responsabilidad de estos equipos la elaboración de un plan personalizado de atención sanitaria a cada residente y la revisión periódica de la medicación que se administra a cada residente, y la evaluación de sus necesidades en materia de nutrición, hidratación salud dental. Estas redes deben también garantizar el acceso de las personas residentes a la atención sanitaria de urgencia.
- Equipos multidisciplinares de apoyo. El acuerdo o contrato entre cada centro residencia y red primaria de atención debe incluir la existencia de un Equipo Multidisciplinar, responsable de las visitas semanales, del seguimiento de las personas residentes y de la elaboración y revisión de los planes individuales previamente señalados.

Junto a estos dos elementos, el modelo de atención reforzada en residencias incluye otros elementos – que tienen fundamentalmente carácter de recomendación– en lo que se refiere a otros aspectos, como los servicios de rehabilitación, la prevención de caídas, el acceso a servicios comunitarios, el tratamiento de las principales problemáticas de salud que se dan en los centros (escaras, incontinencia, gripe), la provisión de cuidados paliativos, la atención a los residentes con demencia o enfermedad mental, la formación del personal, etc.

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

8.1. Contagios y fallecimientos

El cómputo de personas contagiadas y fallecidas por COVID19 en el Inglaterra, y en el conjunto del Reino Unido, ha sido objeto de polémica debido al retraso en la publicación de los datos y a las metodologías diversas utilizadas para la publicación de la información. En cualquier caso, de acuerdo a los datos de Comas et al., el número de fallecimientos vinculados al COVID19 en Inglaterra y Gales a mediados de junio ascendía a 48.538 personas, sumando tanto personas fallecidas con test PCR positivo como personas fallecidas con síntomas de la enfermedad. Este número de fallecimientos equivale a 822 muertes por millón de habitantes, una de las tasas más elevadas de todo el planeta. En lo que se refiere a los contagios identificados, ascienden a mediados de agosto a cerca de 273.000, lo que supone una tasa de casi cinco mil contagios por cada millón de habitantes.

El número de personas fallecidas en los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra asciende a 19.700, lo que supone el 4,2% de todas las personas residentes y el 40,5% de todas las perso-

¹¹ Estas redes agrupan a los diferentes operadores públicos y privados que intervienen en cada zona en el ámbito de la atención primaria de salud.

nas fallecidas. Se calcula además que entre el 30% y el 55% de los centros, dependiendo de las regiones, han experimentado desde el mes de marzo al menos un brote de covid19 ([ONS, 2020](#)).

Tabla 25. Indicadores relativos al covid en los centros residenciales de Inglaterra (a 12 de junio)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	273.000	4.884 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país*	48.538	822 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general		15,7	
Personas fallecidas en residencias	19.700	4,2% de las personas residentes	40,5% de las personas fallecidas

Fuente: Elaboración propia a partir de [Comas et al., 2020](#). *Casos positivos a 15 de agosto. **Se incluyen datos de fallecimientos con tests positivos y con síntomas de COVID a 12 de junio, en Inglaterra y Gales.

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

Inglaterra se encuentra entre los países de Europa en los que el porcentaje de personas residentes fallecidas por COVID19 ha sido más elevado, si bien la proporción de personas residentes fallecidas en relación a todas las personas fallecidas no es de las más elevadas de Europa. En todo caso, las dificultades a las que se han enfrentado los centros residenciales ingleses para hacer frente a la pandemia han sido muy numerosas. Se resumen a continuación las principales ([Gordon et al., 2020](#); [Devi et al., 2020](#)):

- Escasez de directrices para la organización de la atención en los centros residenciales. Los organismos competentes no establecieron directrices claras sobre las medidas que debían ser adoptadas en los centros residenciales hasta el mes de abril, varias semanas después de detectarse los primeros casos.
- Las pautas para la derivación de casos entre hospitales y centros residenciales se centraron inicialmente en facilitar la derivación desde los hospitales a las residencias, para reducir la saturación de los centros hospitalarios.
- Dificultades para la realización de tests PCR en las residencias debido a la escasez de material de diagnóstico en los momentos iniciales. Además, durante las primeras semanas se priorizó la realización de tests a las personas sintomáticas, pese a la evidencia de que las muchas personas infectadas eran asintomáticas y podían transmitir la enfermedad. No se dispuso de tests suficientes para los residentes sintomáticos hasta mediados de abril y el testeo generalizado de los residentes no se inició hasta el mes de junio.
- Dificultades para acceder al material de protección (EPI), debido entre otras razones a que en un primer momento las residencias no se consideraron un ámbito prioritario, frente a los servicios de salud. De hecho, las residencias estuvieron al margen de las cadenas de suministro de EPIs del NHS y el acceso a los mismos se vio dificultado por el monopolio que en la práctica ejerció el NHS.
- Dificultades prácticas y organizativas para organizar el aislamiento de las personas infectadas en habitaciones o unidades individuales, con las dificultades que ello conlleva para una adecuada supervisión de la seguridad de las personas residentes, y ausencia de directrices claras sobre la forma de organizar la sectorización de los centros.
- Elevadas tasas de absentismo entre los profesionales, que diferentes informes cuantifican entre el 10% y el 15%.

- Dificultades para una prestación adecuada de los servicios médicos habituales en las residencias por parte de los profesionales de atención primaria y para atender las complejas necesidades sanitarias derivadas del COVID por el personal de las residencias, especialmente en los casos en los que carecen de personal de enfermería.
- Los sistemas de información en relación al número de personas contagiadas y fallecidas en los centros no han funcionado adecuadamente, lo que ha dificultado la correcta evaluación y planificación de la situación, y ha provocado además una imagen pública de caos y desorden, que se suma a la negativa imagen de los centros residenciales para personas mayores en el país.

8.3. Prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección

En lo que se refiere a las prácticas exitosas o innovadoras desarrolladas en el Reino Unido para hacer frente a la expansión del COVID-19 en el medio residencial, cabe hacer referencia a las siguientes:

- Adaptación de los criterios y exigencias relacionadas con los estándares de calidad. El *Care Quality Commission* estableció un marco específico de inspección de los centros en los que se tenía en cuenta la situación provocada por el COVID-19 tanto en lo que se refiere al cumplimiento de los criterios de calidad como a las obligaciones de los ayuntamientos en relación a los servicios sociales.
- En lo que se refiere a los sistemas de información, el NHS desarrolló un aplicativo denominado *Capacity Tracker* que permitía identificar a tiempo real la capacidad de las residencias, los niveles de absentismo, las tasas de infección, etc.
- El Gobierno impulsó una campaña para la captación de al menos 20.000 profesionales para trabajar en el ámbito de los servicios sociales, fundamentalmente mediante la reincorporación de personas que previamente habían trabajado en el sector. En el caso de las personas sin experiencia, se establecieron sistemas de formación a distancia y facilidades para acceder a los certificados de profesionalidad.
- Se puso también a disponibilidad del personal de servicios sociales un sistema telemático de apoyo psicológico, inicialmente diseñado para el personal de los servicios de salud y que posteriormente se amplió a los servicios sociales.