

Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020
Alemania



1. Introducción

Este capítulo recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en Alemania. La información recogida se basa en las siguientes 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 alemán, el panorama normativo es en este ámbito complejo y fragmentado: por una parte, debe tenerse en cuenta el Código o Libro XI de la Seguridad Social, que regula a nivel federal todo lo que tiene que ver con el acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia y con la calidad de la atención en los centros residenciales. A la normativa federal de la Seguridad Social –común a todo el territorio alemán– se suma la normativa propia de cada Estado, que regula los requisitos estructurales, físicos, funcionales y de personal de los centros residenciales. A todo ello se suman finalmente los llamados *acuerdos de transparencia*, mediante los cuales los Seguros de Dependencia y los centros proveedores de los servicios residenciales pactan los criterios de calidad que se tendrán en cuenta a la hora de realizar la evaluación de los centros. Estos acuerdos tienen en cierto modo un valor regulador, en la medida en que determinan las condiciones en las que debe ser prestado el servicio.
- **Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes.** El proceso de evaluación de la calidad que se sigue en los centros residenciales alemanes –que se describe ampliamente en este informe– da lugar a la publicación de informes oficiales muy exhaustivos, en los que cada año se presentan los principales resultados de las evaluaciones realizadas. Si bien se trata de informes muy detallados, su utilidad se reduce en ocasiones –desde el punto de vista del análisis de la situación en las residencias– debido a que no siempre se diferencian adecuadamente los centros residenciales de otros dispositivos no domiciliarios, como los centros de día y de noche, las plazas de respiro, etc. También el Instituto alemán de estadística ofrece datos de interés en relación al alcance de la atención residencial y el conjunto del sistema alemán de atención a la dependencia.
- **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 Alemania muy determinada por dos tipos de herramientas: las ya señaladas directrices de calidad y los acuerdos de transparencia en los que se basan las evaluaciones obligatorias de los centros, por una parte, y, por otra, los estándares de expertos/as de la *Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*, que buscan estandarizar los procedimientos de atención, especialmente en lo que se refiere a los cuidados sanitarios que se ofrecen a los residentes.

También se ha recurrido para la elaboración de este apartado a algunos artículos académicos que abordan aspectos específicos del modelo de atención residencial en Alemania 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.

En la medida de lo posible, se ha recurrido a la información publicada en inglés o en castellano. En algunos casos, se ha recurrido también sin embargo a la información publicada en alemán. La traducción de esos textos (por ejemplo en el caso de los indicadores o las preguntas de las encuestas realizadas en los centros residenciales) no siempre es literal y se ha intentado recoger, más que la literalidad de los textos, su significado en la terminología que habitualmente se utiliza en castellano en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios.

A partir de la información recogida de estas fuentes, el apartado se estructura en torno a los siguientes apartados:

- Descripción general del modelo de atención residencial a personas mayores en Alemania
- 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 Alemania.

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 Alemania

2.1. Elementos básicos del sistema y valores inspiradores del modelo

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

- **Modelo de aseguramiento.** En la lógica del conjunto del modelo de protección social alemán, la atención a la dependencia se articula en Alemania mediante un sistema de aseguramiento social. El seguro de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes de trabajo, y está funcionalmente adscrito a los seguros de enfermedad (*Krankenkassen*). Además de un sistema de financiación específico –articulado en torno a una cotización de las empresas y los trabajadores que asciende actualmente al 2,55% del salario–, este modelo implica el protagonismo de las cajas o entidades gestoras del seguro de dependencia (*Pflegekassen*) en la gestión del sistema. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados. Como se explica más adelante, la cobertura de estos seguros es universal y alcanza a toda la población alemana.
- **Autorregulación.** La segunda característica importante del modelo alemán se relaciona con el concepto de autorregulación. El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados, y la normativa básica de ámbito federal sólo establece las bases generales del contenido de los servicios y prestaciones. Partiendo de la base del derecho a la libre elección del usuario, las federaciones de seguros de dependencia regionales negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman los convenios o cuerdos que detallan las condiciones de prestación del servicio y los elementos relacionados con la calidad de la atención, así como el funcionamiento del sistema de evaluación establecido. El sistema de atención a la dependencia está en ese sentido regulado en Alemania mediante el poder compartido de la administración central, la regional y los agentes sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios.
- **Competencia entre proveedores.** La tercera característica básica del modelo alemán de atención a la dependencia se relaciona con el papel que se asigna al funcionamiento del mercado y

a la competencia entre los diversos operadores, desde una lógica mercantil en la que se considera que el consumidor –suficientemente informado– elige el proveedor de servicios que presta un servicio de mejor calidad y/o a mejor precio. Esta lógica tiene como consecuencia la importancia que se da a la publicación de los resultados de las evaluaciones que se realizan de forma periódica en todos los centros residenciales, así como en las empresas proveedoras de servicios a domicilio.

- **Autonomía regional y diversidad territorial.** Como se señala en el apartado dedicado a la distribución competencial, la regulación del modelo residencial gira en Alemania en torno a dos polos: la atención prestada es regulada en el marco del Seguro de Dependencia, de forma común para el conjunto del país y mediante la concertación entre las entidades aseguradoras y las empresas proveedoras. La regulación de los requisitos funcionales, materiales y personales de los centros, así como la planificación de la oferta de plazas, corresponde por el contrario a los Estados, que han establecido regulaciones muy diferentes en relación a esas cuestiones. Todo ello tiene como consecuencia la existencia de diferencias territoriales muy marcadas en cuanto a la cobertura de los servicios, las regulaciones aplicadas o los costes asumidos por cada agente.
- **Prioridad a la atención en el domicilio.** Aunque existen en el marco del seguro de dependencia diversas prestaciones y servicios (asesoramiento, ayudas técnicas, subvenciones para la adaptación de la vivienda, servicios de respiro, etc.), la distinción clave es la existente entre atención domiciliaria y la atención residencial, teniendo en cuenta que el seguro de dependencia debe apoyar con sus prestaciones preferentemente la atención domiciliaria y que las prestaciones de atención residencial a tiempo parcial y de atención de corta duración tienen prioridad sobre las prestaciones de atención residencial a tiempo completo, al objeto de priorizar la permanencia en el domicilio frente a la atención institucional.
- **Prestaciones económicas.** Como en la mayor parte de los países analizados, la administración pública no presta o gestiona directamente los servicios de atención a la dependencia, aunque puede ser titular de servicios de atención directa, sino que se limita a regularlos e inspeccionarlos, así como a cofinanciarlos mediante las prestaciones económicas contempladas en el Seguro de Dependencia. La administración no se responsabiliza por tanto de la provisión del servicio, y su función se centra en la cofinanciación del mismo y las labores de regulación, inspección y evaluación.

Si bien el seguro de dependencia contempla hasta quince prestaciones diferentes, las prestaciones fundamentales están orientadas a cofinanciar el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio y a los de atención residencial, mediante prestaciones económicas determinadas por el nivel de dependencia (como se señala más adelante, desde 2017 se distinguen cinco niveles o grados de dependencia). Como también se señala más adelante, en el caso de la prestación para el acceso a los centros residenciales, la cuantía recibida financia los servicios de cuidado y atención personal, mientras que los servicios de alojamiento y manutención son directamente abonados por la persona usuaria. Salvo en el caso de la prestación por cuidados no profesionales, la prestación se abona directamente al proveedor del servicio

Como se observa en la tabla siguiente, la prestación para el acceso al servicio de atención residencial oscila entre los 770 euros mensuales en el grado II de dependencia y los 2.005 euros en el grado V.

Tabla 1. Cuantías mensuales en euros de las principales prestaciones del Seguro de Dependencia alemán en 2020

Prestación	Grados				
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales (<i>pflegeld</i>)		316	545	728	901
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (<i>pflegesachleistung</i>)		689	1.298	1.612	1.995
Servicio de día o de noche	125	689	1.298	1.612	1.995
Servicio de atención residencial	125	770	1.262	1.775	2.005

Fuente: MISSOC

2.2. Tipología general de centros y alcance de la atención

a) Tipología general de centros: residencias, vivienda de grupo y viviendas asistidas

Como ya se ha señalado, el sistema alemán contempla tres grandes grupos de servicios: los que se prestan en el domicilio, los semiresidenciales (centro de día, de noche, de respiro, etc.) y los residenciales propiamente dichos (*Pflegeheim*). La preferencia respecto a la atención en el domicilio hace que la combinación de diversas prestaciones a domicilio sea relativamente sencilla (combinación de apoyos familiares y profesionales, acceso a servicios de atención diurna y nocturna, servicios de respiro, acceso a ayudas técnicas, etc.). Esa misma lógica ha llevado a impulsar el desarrollo de diferentes formas de vivienda alternativa, que entran en la categoría de viviendas comunitarias o apartamentos tutelados y que por lo general se basan en fórmulas a medio camino entre la atención residencial y la domiciliaria.

En ese sentido, durante los últimos años han experimentado un gran desarrollo en Alemania las llamadas viviendas compartidas, asistidas o de grupo, que se pueden englobar de forma conjunta en el modelo de viviendas asistidas o *assisted* (Montero, 2018). Con diferentes denominaciones (*wohngruppen*, *pflegewohngruppen*, *betreutes whonungen* o *wohngemeinschaften*), se trata en todos los casos de viviendas ordinarias en edificios convencionales o construidos *ex-profeso*, con un número reducido de habitaciones individuales y servicios compartidos. Junto a su menor tamaño, es importante destacar que desde el punto de vista de los cuidados y la regulación relativa al Seguro de Dependencia, estas viviendas no están sujetas a la normativa residencial sino la normativa relativa a los servicios de atención domiciliaria, lo que permite una mayor flexibilidad en su diseño y gestión. Además, estas viviendas están sujetas –en lo que se refiere a los aspectos estructurales– a la normativa de cada Estado, así como a la normativa federal que regula estas viviendas desde el punto de vista de los derechos de las personas consumidoras.

Dentro de estas alternativas, pueden diferenciarse al menos dos grandes categorías¹ (Montero, 2018).

- Las viviendas compartidas o de grupo para personas mayores (*wohngruppen*, *pflegewohngruppen*) están muy orientadas al empoderamiento y la autodeterminación de las personas usuarias. El principio básico que rigen los pisos compartidos es el de la vida independiente, la descentralización y la normalización de la vida cotidiana, lo que rompe con la lógica de los centros residenciales convencionales, en los que prima la eficacia y el modelo institucional en la atención. El modelo ideal de piso compartido es aquel que logra integrar y recurrir a los recursos de cercanía, es decir, coordinar los diferentes servicios formales e informales del entorno.

Desde el punto de vista organizativo, como se explica más adelante, se diferencian las viviendas creadas por iniciativa propia de las impulsadas por empresas proveedoras de servicios. De acuerdo a Montero, la diferenciación es importante, ya que los proveedores privados “han des-

¹ Junto a ellas, también habría hacer referencia a los modelos de *co-housing*, que no entran sin embargo en el ámbito temático de este capítulo.

cubierto los pisos compartidos como un segmento del mercado con un enorme potencial y, como señalan ONG del sector de la demencia, priorizan aspectos mercantiles sobre la autodefinición de las personas que conviven en estos pisos”.

- Las viviendas asistidas para mayores (*betreutes whonungen*) comparten la mayor parte de las características de las viviendas de grupo, aunque resulta difícil identificar tipos de viviendas asistidas, ya que no existe una definición unificada y consensuada y el proceso de creación no ha sido controlado o dirigido. En todo caso, como en el caso de las viviendas de grupo, la diferencia principal estriba en la separación entre los servicios de alojamiento y la prestación de cuidados, que se engloban básicamente en el ámbito de la atención domiciliaria a las personas con dependencia. Como explica Montero, “a diferencia de los pisos compartidos, suele ser el proveedor del que parte la iniciativa y que actúa además como proveedor de los servicios, todo ello basado en un contrato entre la persona mayor y el proveedor y financiado al menos parcialmente a través del seguro de cuidados de larga duración”.

En la medida que la normativa que regula estos centros es más laxa y dispersa que la relativa a los centros residenciales convencionales, y debido a que no existe una definición e incluso terminología común, las cifras sobre el número de centros y plazas que responden a estas características son meramente orientativas. En cualquier caso, el principal portal informativo sobre el mercado residencial alemán (pflagemarkt.com) señala que existen en torno a 7.000 viviendas de este tipo, con un total de 300.000 plazas y un tamaño medio de 48 plazas. De acuerdo a la información ofrecida por ese portal, la cobertura de estos centros varía entre 1,0 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años en Sarre y 3,6 en Mecklemburgo-Pomerania Occidental. La cobertura media en el conjunto del país es de 2,3 plazas por cada 100 mayores de 65 años.

Este tipo de alternativas están experimentando –desde hace décadas, pero particularmente en los últimos años debido al crecimiento de la población mayor– un crecimiento muy superior al del resto de las fórmulas de alojamiento para mayores, en parte debido a los estrictos requisitos que se establecen para las residencias convencionales (por ejemplo, como se señala más adelante, en lo que se refiere al porcentaje de habitaciones individuales). En ese sentido, un [análisis](#) de los nuevos centros asistenciales construidos entre noviembre de 2017 y marzo de 2019 (en torno a 600 nuevas estructuras) indica que el 37% eran viviendas comunitarias o de grupo, el 23% centros de día, el 21% centros residenciales convencionales y el 15% centros residenciales con viviendas comunitarias o de grupo.

Las principales características de estos servicios son las siguientes ([Doetter y Sschmid, 2018](#)):

- Como se ha señalado, a efectos de la normativa del Seguro de Dependencia, los cuidados prestados en estos centros se entienden como servicios de atención domiciliaria, y se aplican por tanto los criterios y estándares de calidad correspondientes a esos servicios. En lo que se refiere a las características arquitectónicas y estructurales, número mínimo y máximo de plazas, etc., la situación varía en función de los Estados, aunque en general se aplican requisitos más laxos que en el caso de las residencias convencionales (especialmente en el caso de las viviendas que se organizan de forma más autónoma, frente a las que se organizan en torno a una empresa proveedora de los servicios de cuidado). Esta mayor laxitud permite una mayor flexibilidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- En lo que se refiere a la gestión de estas viviendas, pueden diferenciarse dos modelos: en el primero, las personas usuarias se organizan de forma autónoma, acceden por su cuenta a la vivienda y contratan los servicios necesarios a proveedores externos; en el segundo, una misma entidad es la proveedora tanto de los servicios de vivienda como de los servicios de cuidado, que en cualquier caso son financiados por las personas usuarias mediante la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (*pfllegesachleistung*). Los diferentes Estados han desarrollado políticas divergentes para fomentar o, por el contrario, limitar la extensión de cada una de estas modalidades. En el caso de Berlín, por ejemplo, donde se concentra la mayor parte de estas viviendas, se ha fomentado el desarrollo de fórmulas autó-

nomas –mediante el recurso a prestaciones económicas en el ámbito de la vivienda, entre otros– y se ha desincentivado la extensión de fórmulas basadas en proveedores organizados.

- Las diversas administraciones han fomentado el recurso a este tipo de viviendas. Por ejemplo, la reforma de la normativa del seguro de dependencia introducida en 2017 estableció una prestación adicional de 214 euros mensuales destinada a financiar la existencia en cada una de estas viviendas de personal que, más allá de la atención personal cubierta por la *pfllegesachleistung*, realiza labores generales de organización, gestión, animación, etc. Además, existe un mecanismo que permite el uso combinado de las prestaciones de todas las personas que residen en la vivienda para el pago de los servicios asistenciales, de forma que se optimice la contratación y el pago de los servicios externos de cuidados, así como ayudas específicamente dirigidas a la creación y adaptación de estos centros. Por último, las personas que acceden a estas viviendas pueden acceder a prestaciones y ayudas tanto para la adquisición de ayudas técnicas y la adaptación de las viviendas (hasta 16.000 euros), como para la financiación de la adquisición de las mismas.
- En general, el diseño de las viviendas y del programa de atención está orientado a la participación de las familias y a la utilización de los recursos comunitarios, así como a la participación de las personas usuarias en actividades significativas, preferentemente en el entorno comunitario.
- La variedad de fórmulas organizativas para el desarrollo de estas viviendas es grande: además de su carácter más o menos autónomo, pueden estar o no vinculadas a centros residenciales convencionales, a centros de día, etc. Los requisitos que establecen los diferentes estados en cuanto a disponibilidad de personal, requisitos funcionales, materiales y arquitectónicos son también, como se ha dicho, muy diferentes en función de la normativa aplicada en cada Estado.
- Las evaluaciones realizadas sobre las posibilidades de desarrollo de este tipo de fórmulas residenciales y su adecuación a diferentes perfiles ponen de manifiesto que representan una fórmula más flexible y eficiente que las residencias convencionales, si bien –dada la variedad de regulaciones estatales aplicables–, la posibilidad de acceder a ellas de las personas con menores recursos económicos no está siempre garantizada.
- En ese sentido, la reciente revisión realizada por Montero (2018) pone de manifiesto, en relación a las viviendas de grupo, que “la base científica es demasiado exigua para certificar a los pisos compartidos un impacto positivo en el estado de salud de las personas. Los resultados de los pocos estudios desarrollados desvelan que en el momento del ingreso en el piso compartido presentan un nivel de necesidad de cuidados inferior a las personas que entran a una residencia, una incidencia menor de síntomas neuropsiquiátricos (depresión y agresión) y una mejor calidad de vida. Al parecer no existen diferencias con las personas que se encuentran en un centro en cuanto a la progresión de la demencia y del empeoramiento de la condición física y síquica o en lo referente al apoyo por familiares”. No se puede decir por otra parte que existan resultados concluyentes en relación al impacto de estos centros, si bien algunos estudios indican resultados positivos en términos de calidad de vida en relación a las residencias convencionales.

b) Cobertura y alcance de la atención residencial

A la hora de recoger los datos relativos a la atención residencial, es importante tener en cuenta que no todas las fuentes recogen los datos de la misma forma. Más concretamente, tanto las fuentes estadísticas como los informes oficiales difieren a la hora de agrupar los diferentes centros –en ocasiones, los centros de día y de noche, o las plazas de respiro, se suman a las plazas residenciales convencionales– y

a la hora de diferenciar a las personas en función de su edad, sumando a los datos referentes a las personas mayores los correspondientes a personas adultas con discapacidad o enfermedad mental. Hay que recordar por otra parte que, al menos en su mayor parte, las viviendas comunitarias o de grupo a las que se acaba de hacer referencia no están incluidas en los datos globales sobre atención residencial.

En todo caso, los datos básicos en relación a la población valorada en el marco del seguro de dependencia indican que casi una cuarta parte de los 3,4 millones de personas en situación de dependencia –algo más de 818.000 personas– optan por acceder a un centro residencial. Casi la mitad de esas personas tienen un nivel de dependencia importante (grados 4 y 5, en una escala que, como se explica más adelante, tiene cinco grados).

Tabla 2. Distribución de las personas valoradas en el sistema de seguro de dependencia alemán por grado de dependencia y recurso correspondiente (2017)

	Número	% de mujeres	Grado de dependencia (%)					% del total
			1	2	3	4	5	
Total	3.414.378	62,9	1,4	46,0	30	16,1	6,6	100
Personas con necesidad de apoyo domiciliarios	2.594.862	60,5	1,4	53,7	29,5	11,9	3,5	76,0
Atendidas por cuidadores familiares	1.764.904	57,7	-	56,4	29,5	11,3	2,8	51,7
Atendidas por cuidadores profesionales	829.958	66,5	4,5	47,7	29,5	13,2	5	24,3
Personas con necesidad de servicios residenciales	818.289	70,4	0,9	21,4	31,7	29,6	16,3	24,0
Personas con necesidad de apoyo residencial parcial	1.227	75,5	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04

Elaboración propia a partir de DESTATIS.

De acuerdo a los datos recogidos en la tabla siguiente, el número de centros que ofrecen servicios de atención residencial es de 13.633, si bien algunos de ellos ofrecen únicamente servicios de día, noche y/o respiro. El número total de plazas era en 2017 de 952.367, de las cuales 876.867 corresponden a plazas en centros de atención residencial permanente. Ese número de plazas equivale al 5,2% de la población mayor de 65 años.

Tabla 3. Principales datos sobre los centros residenciales para personas mayores en Alemania (2017)

	Nº de centros	Nº de plazas	Cobertura*
Total de centros		952.367	5,7
Plazas para atención residencial permanente		876.867	5,2
Plazas de respiro	13.633	8.621	0,05
Plazas de atención diurna		66.484	0,4
Plazas de atención nocturna		395	0,002

*Cobertura en relación a la población mayor de 65 años. Elaboración propia a partir de DESTATIS

La tabla siguiente recoge el número de centros y de plazas, y la cobertura en relación a las personas mayores de 65 años, que se registra en cada Estado federado, con datos correspondientes a 2016. De acuerdo a los datos de la tabla, la cobertura más elevada se da en los Estados de Baja Sajonia y Shleswig-Holstein (6,2% plazas por cada 100 personas mayores de 65 años), y la más baja en el Estado de Bradenburgo (4,3%).

Tabla 4. Centros, plazas y cobertura residencia en Alemania por estados (2016)

	Nº de centros	Nº de plazas	Cobertura*
Baden-Wurtemberg	1.500	105.000	4,9
Baviera	1.550	130.000	5,1
Berlín	300	35.000	5,2
Brandeburgo	350	25.000	4,3
Bremen	100	7.000	4,9
Hamburgo	150	20.000	6,0
Hesse	800	60.000	4,8
Mecklemburgo-Pomerania Occidental	250	20.000	5,4
Baja Sajonia	1.450	105.000	6,2
Renania del Norte-Westfalia	2.150	180.000	4,9
Renania-Palatinado	450	40.000	4,7
Sarre	150	12.000	5,3
Sajonia	650	50.000	4,9
Sajonia-Anhalt	450	30.000	5,3
Shleswig-Holstein	600	40.000	6,2
Turingia	350	25.000	4,8
Total	11.250	884.000	5,1

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes Market Report 2016/17](#). *Cobertura en relación a la población mayor de 65 años.

En todo caso, para entender mejor las dimensiones del mercado residencial para personas mayores en Alemania, la tabla siguiente recoge la cobertura sumada de las residencias convencionales y las viviendas comunitarias o de grupo, que no están incluidas en las estadísticas sobre plazas residenciales, para cada uno de los Estados federados. Aunque se han utilizado fuentes diferentes, y la definición de los centros considerados no es siempre homogénea, la tabla permite calibrar las dimensiones reales del modelo de atención residencial a personas mayores en Alemania.

Tabla 5. Cobertura de residencias convencionales y viviendas de grupo en Alemania por Estados (2016)

	Residencias (<i>pflegeheime</i>)	Viviendas de grupo (<i>betreutes whonen</i>)	Total
Baden-Wurtemberg	4,9	1,8	6,7
Baviera	5,1	1,2	6,3
Berlín	5,2	2,3	7,5
Brandeburgo	4,3	2,0	6,3
Bremen	4,9	2,7	7,6
Hamburgo	6,0	3,8	9,8
Hesse	4,8	1,2	6
Mecklemburgo-Pomerania Occidental	5,4	3,6	9
Baja Sajonia	6,2	1,8	8
Renania del Norte-Westfalia	4,9	1,5	6,4
Renania-Palatinado	4,7	1,2	5,9
Sarre	5,3	1,0	6,3
Sajonia	4,9	1,9	6,8
Sajonia-Anhalt	5,3	1,8	7,1
Shleswig-Holstein	6,2	2,8	9
Turingia	4,8	1,3	6,1
Total	5,1	2,3	7,4

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes Market Report 2016/17](#) y *Cobertura en relación a la población mayor de 65 años.

Es importante señalar también que el mercado de la atención residencial para personas mayores está en Alemania –al menos hasta la crisis del COVID19– en plena transformación. Además de la irrupción de un número importante operadores privados y del proceso de concentración de la propiedad de los

centros es un grupo más reducido de empresas (ver siguiente punto), la situación se caracteriza por un número muy importante de cierres de residencias, que en cualquier caso se compensa por la apertura de un número también importante de nuevos centros y plazas. Los nuevos centros y plazas que se abren, sin embargo, están fundamentalmente orientados al mercado de la vivienda asistida y de la atención diurna. Un [análisis](#) realizado por el portal Pflagemarkt en relación a esta cuestión señala que durante 2019 se cerraron más de 100 residencias y se abrieron casi cincuenta, con una pérdida neta de 4.000 plazas en los centros residenciales convencionales, en parte compensados por la apertura de otro tipo de plazas en viviendas y apartamentos comunitarios.

2.3. Estructura competencial y de titularidad

a) Estructura competencial

A la hora de analizar la estructura competencial del modelo de atención residencial para las personas mayores en Alemania, es necesario tener en cuenta en primer lugar la separación entre la regulación de la calidad de la atención –que corresponden básicamente a los Seguros de Dependencia² y el organismo que las agrupa a nivel federal– y la regulación de los requisitos funcionales, materiales y de personal de estos centros, que corresponden fundamentalmente a los Estados federados. Mientras que las cuestiones que son objeto de la regulación de los seguros son homogéneas en todo el país, la regulación del personal y de las estructuras residenciales es diferente en cada Estado federado.

Se trata por tanto de un sistema dual, en el que se aplican dos normativas básicas diferentes –la relativa al seguro de dependencia y la relativa a la regulación de los centros residenciales– y en el que las funciones de inspección y gestión de la calidad se encomiendan a dos tipos de organismos diferentes: por una parte, las agencias regionales o municipales encargadas de la inspección y el control de los centros residenciales –*Heimaufsicht*–, y por otra los respectivos servicios médicos de los seguros de enfermedad –*Medizinischen Dienst der Krankenversicherung* o MDK– responsables de la realización de las inspecciones de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el marco del seguro de dependencia.

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

Artículo	Disposiciones
Administración federal	<ul style="list-style-type: none"> La administración federal establece en la normativa federal el marco general que regula los elementos básicos del sistema en cuanto a la financiación del sistema o las principales prestaciones, pero carece de capacidad para la introducción de medidas más específicas, que dependen de los acuerdos establecidos entre los demás agentes.
Administración estatal (lands)	<ul style="list-style-type: none"> La administración estatal o regional es responsable de garantizar la existencia de una red suficiente de centros y servicios y de financiar los costes de inversión, así como de garantizar la adecuación de las instalaciones a las ordenanzas establecidas, en coordinación por lo general con la administración municipal. Para ello, cada Estado o <i>Bundesland</i> es responsable de promulgar la normativa que regula los requisitos funcionales, personales y operativos de los diversos tipos de centros residenciales.
Seguros de dependencia (Pflegekassen)	<ul style="list-style-type: none"> Se trata de corporaciones de derecho público dotadas de capacidad jurídica y responsables de asegurar la atención a la dependencia de sus asegurados. Vinculadas en todos los casos a un seguro de salud, están asociadas a nivel de cada Estado federado, aunque se encuentran jerárquicamente sometidas a las directrices de la Asociación Central de la Federación de Cajas de Dependencia (<i>Spitzenverband Bund der Pflegekassen</i>), cuya misión es garantizar una aplicación jurídica unitaria del Libro XI del Código de

² Como se ha indicado previamente, el Seguro de Dependencia forma parte del sistema alemán de la Seguridad Social y se considera el quinto pilar de ese sistema, junto a los seguros de desempleo, accidentes, jubilación y enfermedad. Su pertenencia al ámbito de la Seguridad Social implica, como también se ha señalado, la gestión del mismo por parte de las cajas o seguros de dependencia, responsables de la valoración del grado de necesidad de las personas demandantes y de la contratación de los servicios a las empresas proveedoras, que pueden ser entidades sin fin de lucro o empresas de carácter mercantil. También juegan un papel relevante, como veremos más adelante, la administración federal y las administraciones locales y regionales.

Artículo	Disposiciones
	Seguridad Social en toda Alemania. La asociación central está tutelada, a su vez, por el Ministerio Federal de Salud.
Servicios médico de los seguros de enfermedad (<i>Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operados de forma conjunta por los Seguros de Salud y de Dependencia a nivel estatal, los servicios o consejos médicos (MDK) de los seguros son responsable de la valoración y determinación del grado de necesidad de las personas beneficiarias del seguro, así como de la contratación de los servicios a los proveedores privados, lo que implica la definición del contenido de los servicios mediante acuerdos con los operadores privados. Estos acuerdos tienen carácter regulador y constituyen la base normativa que, en otros sistemas, establece directamente la administración. ▪ Además de establecer los acuerdos reguladores del contenido de los servicios, los MDK son los responsables de la realización de las inspecciones y de la evaluación del rendimiento de los diversos operadores, mediante visitas de inspección que han de realizarse al menos una vez al año y que se basan en los requerimientos acordados entre los operadores y las cajas gestoras del seguro de dependencia. ▪ Otra de las funciones de los MDK se refiere al asesoramiento a los proveedores de servicios al objeto de prevenir carencias en la prestación de los mismos.
Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (<i>Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que los MDK cumplen un papel eminentemente operativo a nivel regional, el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (<i>Medizinischer Dienst der Spitzenverband o MDS</i>) asume un papel más estratégico, a nivel federal, como la formulación de los principios generales y el desarrollo de los conceptos básicos, así como la elección de los métodos de evaluación. ▪ En ese marco, desde la reforma legal realizada en 2008, la MDS es responsable de la elaboración de los criterios que regulan la inspección preceptiva de la calidad de los servicios de atención domiciliar y residencial prestados por los proveedores privados. ▪ También tiene la responsabilidad de colaborar con el resto de los agentes en la definición e implementación de los estándares expertos. ▪ Además de la realización de las inspecciones, el MDS es responsables de la elaboración y publicación de los preceptivos informes sobre los resultados de las inspecciones realizadas.
Inspección de centros residenciales (<i>Heimaufsicht</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De ámbito regional o municipal, estas agencias se encargan de inspeccionar el cumplimiento de la normativa estatal relativa a los centros residenciales, en coordinación con los servicios médicos de los seguros de enfermedad.
Órgano arbitral (<i>Schiedsstelle</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con la Sección 76 del Código de Seguridad Social XI, hay una junta de arbitraje en cada estado federal que debe estar formada por representantes de los seguros de dependencia y de las entidades proveedoras, así como otros representantes de carácter neutral o imparcial, para resolver posibles desacuerdos entre los agentes y/o establecer los criterios de calidad de la atención en caso de que los agentes no lleguen a acuerdos. Contra la decisión de este órgano arbitral, cabe el recurso a los tribunales de la Seguridad Social. ▪ Además, el artículo 113 del Código de Seguridad Social XI establece la existencia de un organismo federal de coordinación y arbitraje en materia de calidad de la atención (<i>Schiedsstelle Qualitätssicherung</i>), con participación de representantes de los seguros de dependencia, las empresas prestadoras de servicios y encargada del desarrollo y gestión de las herramientas para la gestión de la calidad.

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

b) Estructura relativa a los proveedores de servicios

Como ocurre en el resto de los países de Europa, la titularidad y gestión de los servicios residenciales puede corresponder tanto a entidades públicas como a entidades privadas con y sin fin de lucro. En todo caso, Alemania se caracteriza por un porcentaje muy reducido de centros gestionados por entidades públicas (sólo gestionan el 6,1% de las plazas) y un papel destacado de las entidades sin fin de lucro, que gestionan el 54% de todas las plazas residenciales.

Tabla 6. Centros y plazas residenciales en Alemania por titularidad

	Total	Entidades privadas	Entidades sin fin de lucro	Entidades públicas
Centros residenciales para personas mayores (abs.)	13.633	5.818	7.195	620
Centros residenciales para personas mayores (%)	100	42,7	52,8	4,5
Plazas de atención residencial permanente (abs.)	876.867	344.194	479.176	53.497
Plazas de atención residencial permanente (%)	100	39,3	54,6	6,1

Elaboración propia a partir de DESTATIS.

Es de destacar, como acaba de decirse, el papel de las grandes entidades sin fin de lucro, que concentran una parte muy importante de la oferta total de plazas. En ese sentido, mientras las cuatro principa-

les empresas privadas apenas concentran el 10% de todas las plazas, la red de entidades sociales protestantes (Diakonie) concentra el 17% de las plazas y Caritas el 8,9%. Otra entidad sin fin de lucro – Arbeiterwohlfahrt (AWO)– gestiona un 8,2% más de plazas ([Care Homes in Germany, 2018](#)).

En lo que se refiere a las viviendas asistidas o de grupo, los datos de Pflegemarkt señalan que el 64% de las casi 7.000 viviendas son gestionadas por entidades sin fin de lucro. La principal gestora es el Grupo Augustinum, con más de 7.000 plazas.

2.4. Marco normativo

El marco normativo en el que se apoya la atención residencial a personas mayores en Alemania es denso y complejo, y hay que diferenciar al menos tres tipos de leyes:

- por una parte, la normativa del Seguro de Dependencia, recogida en el Libro XI del Código de la Seguridad Social y centrado tanto en el acceso a los servicios de atención a la dependencia como en la calidad de la atención. En este caso, se trata de normativa de ámbito federal, que se aplica de la misma forma en todos los Estados y que ha ido siendo modificada a lo largo de los años mediante una serie de leyes llamadas de refuerzo del sistema de atención a la dependencia.
- por otra parte, la normativa que en cada estado regula los requisitos materiales y funcionales de las residencias y viviendas asistidas. Si bien, hasta 2006, esta normativa era de ámbito federal, a partir de esa fecha, en el marco del proceso de descentralización política del país, las competencias reguladoras de los centros residenciales han pasado a los Estados federados, lo que ha generado una notable fragmentación de los requisitos aplicados en cada Estado alemán.
- Finalmente, debe hacerse referencia a determinadas normas de alcance más sectorial, que afectan en cualquier caso a la organización y gestión de los centros residenciales.

Se explican a continuación las características básicas de cada una de estas normas.

a) Libro XI del Código de la Seguridad Social (SGB XI) relativo al Seguro Social de Dependencia y leyes de desarrollo de los cuidados (*Pflegestärkungsgesetze I, II y III*)

La norma básica para la regulación del seguro de dependencia en Alemania es el Libro XI del Código de la Seguridad Social, aprobado en 2004 pero modificado en numerosas ocasiones desde entonces. En ese contexto, resultan particularmente importantes las conocidas como leyes de refuerzo del seguro de dependencia, introducidas entre 2008 y 2015.

La primera de estas leyes (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz* o Ley de desarrollo de los cuidados), aprobada en 2008, introduce en el Libro XI del Código de la Seguridad Social el marco de gestión de la calidad que se describe en este informe. Posteriormente, entre 2014 y 2015 se aprobaron tres leyes adicionales de refuerzo del seguro de dependencia (conocidas como *Pflegestärkungsgesetze I, II y III*) que modifican los grados y niveles de necesidad de las personas demandantes de servicios, incrementan la cuantía de las prestaciones y establecen algunos cambios en las dotaciones de personal de los centros.

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

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

Tabla 7. Principales disposiciones del Libro XI del Código de la Seguridad Social en relación a la calidad de la atención en el marco del seguro de dependencia alemán

Artículo	Disposiciones
Artículo 71 Cualificación profesional	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 71 define los servicios profesionales de atención a domicilio y los centros residenciales, y sobre todo la cualificación del personal directivo en la atención a las personas dependientes, así como el período transitorio y las circunstancias en las que se podrá ejercer la actividad sin disponer de la titulación requerida, en consonancia con el resto de la normativa que regula la cualificación del personal de los centros asistenciales.
Artículo 72 Acreditación	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 72 contiene la normativa sobre la concertación a nivel individual entre el seguro de dependencia y el centro residencial, imprescindible para que las empresas puedan atender a beneficiarios de las prestaciones del seguro. Entre los requisitos que se plantean para esta concertación, se incluyen los relativos a la aplicación de sistemas de calidad regulados en el artículo 113 y los de personal regulados en el artículo 71.
Artículo 75 Acuerdos marco	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 75 regula los acuerdos marco, las recomendaciones y los acuerdos acerca de la atención a las personas dependientes a nivel regional y nacional y define a nivel regional las partes de los conciertos y las materias reguladas por los conciertos, que determinarán la dotación de personal, los medios técnicos y materiales, así como el libre acceso de las inspecciones. Este artículo contiene además la obligatoriedad de elaborar un sistema de cálculo de personal que en el sector residencial determine por lo menos la ratio personal/personas dependientes y especifique el porcentaje del personal especializado en la atención a personas dependientes, atención social y médica. Los seguros de dependencia, los proveedores y los municipios podrán presentar recomendaciones sobre estos conciertos y acordarán normas comunes para el proceso de documentación de la atención a la dependencia.
Artículo 112 Responsabilidad en relación a la calidad	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 112 regula la responsabilidad de los centros y de sus titulares para garantizar la calidad de la atención a la dependencia implementando un sistema obligatorio de gestión de calidad que garantice la aplicación de los estándares definidos en el art. 113 y colaborar en las medidas de control de la calidad (art. 114). La gestión de la calidad de los centros residenciales no sólo debe abarcar la atención a los dependientes sino también la atención médica y social, el alojamiento, la manutención y otras prestaciones adicionales. El servicio médico de los seguros de enfermedad debe asesorar a los centros en todos los asuntos relacionados con la gestión de la calidad.
Artículo 113 Estándares expertos, gestión de la calidad y acreditación del personal	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 113 regula el contenido de los estándares expertos de calidad y el desarrollo de un marco específico para la gestión de la calidad en los centros residenciales. Además, establece el desarrollo, antes de 2020, de un sistema para la determinación de los niveles mínimos de personal, tanto desde el punto de vista de la cualificación como las dotaciones mínimas necesarias. Este artículo también regula las funciones y composición del órgano de arbitraje que a nivel federal tiene como función canalizar la colaboración entre los diferentes agentes que intervienen en el sistema.
Artículo 114 Controles de calidad	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 114 detalla el procedimiento para la realización de las inspecciones o controles de calidad, diferenciando los controles iniciales –equiparables a la autorización inicial– de las inspecciones anuales ordinarias, así como las extraordinarias derivadas de las quejas de las personas usuarias o sus familiares. El artículo también regula la coexistencia de las inspecciones realizadas en el marco de esta norma con las derivadas del sistema regional de inspección de centros residenciales Se establece un procedimiento diferente para las inspección iniciales o previas a la apertura de los centros, que equivale a la autorización de apertura del servicio.
Artículo 115 Publicación de resultados y sanciones	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 115 regula el uso, la difusión y la transparencia de los resultados de las inspecciones, y determina la obligatoriedad de publicar los resultados en un formato accesible en Internet, garantizar su publicación en otro soporte y su difusión de forma gratuita. Los resultados se expondrán en los propios centros. Este artículo también regula los mecanismos de sanción en caso de que un centro no cumpla con los criterios de calidad. Las sanciones van desde una reducción de las asignaciones hasta la rescisión del concierto. En la atención domiciliaria los servicios médicos podrán ordenar la suspensión de la atención por parte de un servicio profesional, asignando al afectado otra empresa que garantice la atención.
Artículo 117 Deber de colaboración	<ul style="list-style-type: none"> El artículo 117 regula la colaboración de los dos organismos encargados de la inspección (servicios médicos de los seguros de dependencia y organismos de inspección de los gobiernos regionales), sobre todo el intercambio de información, la coordinación y el acuerdo con respecto a las medidas específicas para casos concretos.

Fuente: Elaboración propia.

b) Ley Federal de residencias (*heimgesetz*) y las leyes regionales para la regulación del funcionamiento de los centros residenciales

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

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

A partir de 2008, sin embargo, las competencias respecto a la regulación de las residencias fue transferida a las administraciones regionales (*Bundesländer*), responsables a partir de ese momento de la regulación de las características funcionales y materiales de los centros residenciales. Las normativas regionales aprobadas desde entonces han modificado significativamente las disposiciones contenidas en la norma federal, introduciendo estándares y ratios más exigentes, en un contexto caracterizado por la diversidad entre las diversas regiones. Desde la introducción de esta mayor autonomía regional, los diferentes *Bundesländer* o estados federados regulan los requisitos básicos que han de cumplir los centros residenciales mediante diversos tipos de normas:

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

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

Desde ese punto de vista, el marco regulatorio alemán se caracteriza por la fragmentación, en la medida en que las diferentes leyes estatales regulan diferentes elementos y lo hacen, además, en diferente sentido (ver al respecto en el punto 3.3. las disposiciones relativas al porcentaje de habitaciones individuales que deben respetarse en los centros residenciales. A título de ejemplo, el cuadro siguiente recoge qué Estados legislan sobre diferentes aspectos estructurales

Tabla 8. Disposiciones contenidas en las leyes estatales de residencias (2016)

	Número máximo de plazas	Proporción mínima de habitaciones individuales	Tamaño mínimo de las habitaciones	Tamaño mínimo de las zonas comunes	Tamaño máximo de las zonas residenciales	Disponibilidad de aseo adaptado	Estándares mínimos para los baños individuales
Baden-Wurtemberg	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí	-
Baviera	-	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Berlín	-	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí
Brandeburgo	-	-	Sí	-	-	Sí	Sí
Bremen	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Hamburgo	-	Sí	Sí	Sí	-	Sí	-
Hesse	-	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí
Mecklemburgo-Pomerania Occ.	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Baja Sajonia	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Renania del Norte-Westfalia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Renania-Palatinado	-	-	Sí	Sí	-	Sí	Sí
Sarre	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Sajonia	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Sajonia-Anhalt	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
Shleswig-Holstein	-	Sí	Sí	-	-	Sí	Sí
Turingia	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes Market Report 2016/17](#)

c) Ley de Contratos de Vivienda y Cuidados (*Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz WVBVG*)

Esta Ley federal, promulgada en 2009, regula los aspectos relativos a la contratación de los servicios relacionados con las viviendas asistidas o de grupo, con la intención de reforzar la protección de las personas consumidoras que acceden a esas viviendas. Desde ese punto de vista, la norma se centra básicamente en las relaciones contractuales entre los proveedores de los servicios y los usuarios de las viviendas (duración de los contratos, razones para la extinción de los mismos, disposiciones relativas al incremento en las necesidades de apoyo, etc.).

d) Ley sobre requisitos de personal de los centros residenciales (*Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung - HeimPersV)*)

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

e) Ley de profesiones de enfermería (*Pflegeberufegesetz, PflBG*)

En julio de 2017, el Gobierno federal introdujo una nueva normativa en relación a la cualificación del personal de enfermería, que incluye la especialización de enfermería geriátrica, y que entrará en vigor el 1 de enero de 2020. En virtud de esta ley, todas las personas que comiencen a formarse como profesionales de enfermería después de esta fecha se someterán a dos años de capacitación general de enfermería. En el tercer año de capacitación, los aprendices continuarán la capacitación general para convertirse en enfermeras generales o se especializarán en enfermeras geriátricas o pediátricas. En el marco

del nuevo programa de capacitación en enfermería, la parte teórica de la capacitación continuará en la escuela de enfermería, mientras que la parte práctica continuará en el lugar de trabajo (formación dual). Esta nueva formación profesional abre además el acceso a la formación universitaria en enfermería.

2.5. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

a) Fórmulas de acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia

El acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia alemán se realiza mediante un baremo de valoración que, desde 2017, establece cinco niveles de necesidad diferentes.

Inicialmente, se diferenciaban únicamente tres grados de dependencia, que se definían de la siguiente forma:

- Las personas en el nivel de atención I requieren asistencia para las actividades básicas (higiene personal, alimentación y movilidad) al menos una vez al día y varias veces a la semana para la limpieza.
- Las personas en el nivel de atención II requieren asistencia para actividades básicas al menos tres veces al día y varias veces a la semana para la limpieza.
- Las personas en el nivel de atención III requieren asistencia diaria y las 24 horas para actividades básicas y varias veces a la semana para la limpieza.

La cantidad de tiempo que un /a cuidador/a no profesional pasa en promedio por día cuidando a la persona dependiente debe ser:

- Al menos 90 minutos, más de 45 minutos de los cuales son para las actividades básicas de la vida diaria, en el nivel de atención I.
- Al menos tres horas, de las cuales al menos dos son para las actividades básicas de la vida diaria, en el nivel de atención II.
- Al menos cinco horas, de las cuales al menos cuatro son para las actividades básicas de la vida diaria, en el nivel de atención III.

A partir de 2017, con las leyes de refuerzo de los cuidados previamente señalada, se ha establecido un sistema de cinco niveles a partir de la consideración de seis áreas funcionales que se ponderan de forma diferente:

- Movilidad (10%)
- Habilidades cognitivas y comunicativas (mayor valor de los módulos 2 y 3, en total 15%)
- Comportamiento y problemas psiquiátricos (mayor valor de los módulos 2 y 3, en total 15%)
- Autocuidado (40%)
- Manejo de la enfermedad y de los tratamientos (20%)
- Organización de la vida cotidiana y contactos sociales (15%)

Para cada uno de los criterios mencionados, se establece una escala que va del 0 (la persona puede realizar actividad sin una persona que lo ayude o con el uso de ayudas técnicas) al 3 (la persona no puede realizar la actividad, ni siquiera de forma parcial). Una vez valorados todos los ámbitos y aplicadas las ponderaciones correspondientes, se obtiene una puntuación global que se corresponde con uno de los cinco niveles establecidos.

- Grado I (12,5 a 26 puntos). Deficiencias menores de autonomía o de habilidades.
- Grado II (de 27 a 47,4 puntos). Impedimentos considerables de autonomía o de habilidades,
- Grado III (de 47,5 a 69 puntos). Graves deficiencias de autonomía o de habilidades.
- Grado IV (de 70 a 89 puntos). Impedimentos severos de autonomía o de habilidades,
- Grado V (de 90 a 100 puntos). Impedimentos muy severos de autonomía o de habilidades.

b) Perfil de las personas usuarias

En lo que se refiere al perfil de las personas usuarias de los centros residenciales, la tabla siguiente recoge en primer lugar, por tramos de edad, el porcentaje de personas beneficiarias del Seguro de Dependencia que acceden a un centro residencial.

Se observa claramente que en el caso de las mujeres el porcentaje crece a medida que crece la edad – del 18,5% al 42,8%–, mientras que en el caso de los hombres también se observa un cierto crecimiento, aunque menor, y los porcentajes oscilan entre el 21,8% y el 30,5%. En lo que se refiere a la distribución de los usuarios por tramos de edad, el peso de las mujeres crece a medida que crece la edad, pasando del 45,2% en el tramo más joven hasta el 86,1% en el de más edad.

Tabla 9. Personas usuarias de los centros residenciales por sexo y edad (2017)

	% de beneficiarios del Seguro de Dependencia que accede a centros residenciales		Distribución por sexo y tramos de edad de las personas usuarias de centros residenciales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Más de 90	30,5	42,8	13,9	86,1
85-89	24,1	31,6	21	79,0
80-84	21,8	26,0	27,9	72,1
75-79	22,2	22,9	37	63,0
70-74	23,2	20,4	45,8	54,2
65-69	24,7	18,5	54,8	45,2

Fuente: Elaboración propia a partir de [Plfgereport 2018](#).

Desde el punto de vista de los niveles de dependencia, se observa que el acceso a las residencias crece a medida que crece el nivel de dependencia: si entre las personas con grado II sólo el 10,4% acceden a un centro residencial, en el caso de las personas con grado V el porcentaje sube hasta el 54,6%. Sin embargo, dado el diferente tamaño de cada grupo, el mayor peso entre las personas residentes corresponde a los niveles 3 y 4, que representan, sumados, el 62,3% de todas las personas usuarias de los centros residenciales.

Tabla 10. Distribución de las personas usuarias del seguro de dependencia por recurso y nivel de dependencia y distribución de las personas usuarias de los centros residenciales por nivel de dependencia (2017)

	Prestación económica (%)	Combinación de prestación y servicios (%)	Residencia (%)	% distribución residencias
Nivel 2	68,1	21,3	10,4	19,2
Nivel 3	52,1	22,7	25,3	31,2
Nivel 4	36,3	19,4	44,2	31,1
Nivel 5	54,6	17,3	54,6	18,1

Fuente: Elaboración propia a partir de [Pifgereport 2018](#).

2.6. Costes y sistemas de financiación

Se calcula que el coste público total del Seguro de Dependencia alemán asciende a los 38.000 millones de euros, de los cuales 13.000 se destinan a los centros residenciales.

Como se ha señalado previamente, la financiación del coste que supone el acceso a un centro residencial para personas mayores en Alemania se realiza mediante dos vías: por una parte, las cajas del Seguro de Dependencia abona a los centros residenciales una prestación económica, común para todo el país, que varía en función del grado de dependencia. Como se ha señalado en la tabla 1, la prestación oscila entre 770 y 2.005 euros. La cantidad restante, hasta llegar a cubrir la totalidad del coste del servicio, es abonada por la persona usuaria, que puede acceder en caso de carecer de recursos propios suficientes a prestaciones de garantía de ingresos y/o de vivienda para abonar las cuantías correspondientes al alojamiento y la manutención.

Como se observa en la Tabla 11, los costes mensuales medios por plaza oscilan entre los 1.952 euros de las plazas para personas de nivel I en centros privados –que registran en general costes inferiores a la media– y los 3.609 euros de las personas de nivel V en los centros gestionados por entidades sin fin de lucro.

Tabla 11. Costes por plaza por grado de dependencia y tipo de entidad prestadora del servicio (2015)

	Conjunto	Sin fin de lucro	Público	Privado
Grado I	2.081	2.131	2.189	1.952
Grado II	2.361	2.468	2.499	2.191
Grado III	2.812	2.927	2.952	2.639
Grado IV	3.280	3.398	3.432	3.104
Grado V	3.490	3.609	3.634	3.313

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes in Germany, 2018](#).

Es importante señalar por otra parte que, si bien la prestación económica que abonan los Seguros de Dependencia es común para todo el país, la tarifa que efectivamente aplica cada centro residencial se fija libremente por cada residencia, dentro de los márgenes que se establecen en cada Estado a partir de la negociación entre los seguros y las asociaciones de proveedores.

La tabla siguiente recoge, para cada una de las redes, la estructura de costes por plaza: aunque existen algunas diferencias en función de la titularidad, en torno al 22% del coste corresponde a los servicios hoteleros, el 14% a los costes de inversión y el 64% a los cuidados sociosanitarios directamente cubiertos por el seguro de dependencia.

Tabla 12. Costes por plaza por tipo de coste y tipo de entidad prestadora del servicio (2015)

	Conjunto	Sin fin de lucro	Público	Privado
Coste total (euros / mes)*	3.071	3.162	3.163	2.887
Alojamiento y restauración (%)	21,8	23,1	22,1	21,1
Inversión (%)	13,9	11,9	10,6	16,1
Cuidados (%)	64,3	65,1	67,3	62,8

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes in Germany, 2018](#). *Media de los diferentes niveles

El copago que abonan los residentes es el resultado de restar a las tarifas establecidas para cada nivel de dependencia la prestación económica correspondiente. La tabla anexa recoge, para el año 2017 y diferenciando en función de la titularidad de los centros residenciales, el copago que asumen por término medio, por cada nivel de dependencia y red de atención, las personas usuarias. Descontada de los costes totales la prestación económica (indicada en la tabla I), el copago medio mensual al que han de hacer frente las personas usuarias de los centros residenciales ronda en todos los casos los 1.500 euros³, salvo en el caso del nivel I que, al recibir una prestación económica muy reducida, alcanza un copago cercano a los 2.000 euros. Esta homogeneidad de los niveles de copago en términos absolutos no se produce en términos relativos (es decir, en relación al coste real de la plaza), ya que el porcentaje del coste real que pagan las personas usuarias oscila entre el 42,6% de las personas de grado V, el 67% de las personas de grado II y el 94% de las personas de grado I.

Tabla 13. Costes asistenciales, costes de alojamiento y restauración, prestaciones económicas y niveles de copago por grado de dependencia y tipo de entidad prestadora del servicio (2017)

	Conjunto	Sin fin de lucro	Público	Privado
Copago Grado I	1.956	2.006	2.064	1.827
Copago Grado II	1.591	1.698	1.729	1.421
Copago Grado III	1.550	1.665	1.690	1.377
Copago Grado IV	1.505	1.623	1.657	1.329
Copago Grado V	1.485	1.604	1.629	1.308
% copago respecto al total de coste Grado I	94,0	94,1	94,3	93,6
% copago respecto al total de coste Grado II	67,4	68,8	69,2	64,9
% copago respecto al total de coste Grado III	55,1	56,9	57,2	52,2
% copago respecto al total de coste Grado IV	45,9	47,8	48,3	42,8
% copago respecto al total de coste Grado V	42,6	44,4	44,8	39,5

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes in Germany, 2018](#).

2.7. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

Como se ha señalado en los apartados anteriores, las herramientas para la determinación del modelo de atención residencial se dividen en dos grandes grupos:

³ Hay que recordar que se trata de costes medios y que pueden variar en función del centro y sus prestaciones. También es importante señalar que el sistema está diseñado para que el copago no se incremente cuando las personas pasan de un nivel de dependencia a otro.

- de un lado, la normativa estatal (y, en algún caso, federal) regula las características físicas, funcionales, materiales y arquitectónicas de los centros, así como algunas cuestiones relacionadas con el personal.
- de otro lado, la normativa y los pactos realizados en el marco del Seguro de Dependencia determinan la calidad de la atención, fundamentalmente a través de los procedimientos de evaluación e inspección establecidos en el marco del Seguro de Dependencia a través de los Consejos Médicos del Seguro de Enfermedad y los estándares semi-oficiales de calidad dictados por los expertos.

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

Cabe señalar además que el sistema de autorización para la prestación de servicios y de acreditación por parte de los Seguros de Dependencia a los proveedores para la prestación de servicios es relativamente laxo y sencillo, debido a la orientación del sistema a la promoción de la competencia entre operadores privados y la capacidad de elección de las personas usuarias. Ello supone que las barreras de entrada al sector de los cuidados –tanto domiciliarios como residenciales– son muy reducidas, y que el control de la calidad se realiza fundamentalmente a posteriori.

Las características básicas de estas herramientas son las siguientes:

- a) Los criterios de calidad para la evaluación de la atención en los centros residenciales

Como se ha señalado previamente, el marco general de regulación y evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la dependencia –tanto en los servicios residenciales, como en los de atención diurna y atención domiciliaria– está muy orientado a la posterior publicación de los resultados de las inspecciones o evaluaciones realizadas, tanto de forma agregada (mediante informes generales), como de forma individual, con la publicación de los resultados de las inspecciones correspondientes a cada centro o servicio.

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

- Elaboradas por el MSD y la Asociación Federal de Seguros de Salud, las directrices de calidad desarrollan el marco establecido en el artículo 114 del Libro XI de la Seguridad Social que, como antes se ha señalado, detalla el procedimiento para la realización de las inspecciones. Las directrices hacen referencia a tres tipos de servicios o prestaciones –los servicios de atención a domicilio, los centros de atención diurna y los [centros residenciales](#)– e incluyen, además de un preámbulo en el que se explican los elementos básicos de las inspecciones, tres tipos de contenidos:

- El contenido de la inspección que ha de realizarse para verificar la calidad del servicio, que sirve como base vinculante para el desarrollo de las mismas.
 - Las instrucciones que se han de tener en cuenta por parte de los inspectores para la realización de la evaluación.
 - La estructura y el contenido del informe de publicación de los resultados de las inspecciones.
- La propia publicación que recoge las directrices de calidad incluye además los acuerdos de transparencia (*pflege-transparenzvereinbarung*), que en cualquier caso se publican también de forma autónoma por el MSD desde su introducción en 2009. Los acuerdos de transparencia se publican también de forma separada para los servicios de atención domiciliaria y [atención residencial](#), y desarrollan los artículos 114 y 115 del Libro XI del Código de la Seguridad Social, especialmente en lo que se refiere a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones.

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

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

El procedimiento de inspección se traduce en una puntuación específica para cada área y criterio o indicador –que, como se explica en detalle más adelante, se publica de forma individualizada– y en un informe de resultados interno –no publicable– en el que se recogen una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección. En lo fundamental, los dos documentos señalados recogen los criterios que se van a utilizar para la realización de las evaluaciones, y que constituyen la base del informe de evaluación individual publicado en internet, así como la forma de cálculo de cada criterio y las normas básicas que rigen la publicación de los informes. Así, la evaluación que se realiza en los centros residenciales (*stationären Pflegeeinrichtung*) se basa en un total de 77 criterios, divididos en cinco apartados⁴:

- Enfermería y asistencia médica (32 criterios).
- Tratamiento de los residentes con demencia (9 criterios)
- Cuidado y vida cotidiana (9 criterios).
- Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene (9 criterios)

⁴ Es importante tener en cuenta que este sistema fue ampliamente modificado a finales del año 2019, si bien las reformas no ha sido aún desplegadas en su totalidad. El nuevo sistema establece cerca de 80 criterios y una puntuación de 0 a 10 para cada uno de ellos, lo que debería permitir discriminar mejor la calidad de cada centro.

- Encuesta de residentes (18 criterios)

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

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

Las personas interesadas en la elección de un centro –además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.– pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro, mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales, que ofrecen además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.⁵.

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

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

⁵ Puede consultarse, por ejemplo, www.pflegenoten.de; www.bkk-pflegefindex.de; o www.aok-pflegeheimnavigator.de

Tabla 14. Puntuaciones medias, por ámbitos, de los centros residenciales en Alemania (2019)

Ámbito	Puntuación
Enfermería y asistencia médica	1,5
Tratamiento de los residentes con demencia	1,1
Cuidado y vida cotidiana	1,1
Alojamiento, alimentación, limpieza e higiene	1,0
Resultado global	1,2
Encuesta de residentes	1,1

Fuente: AOK, 2019.

b) Los procesos de evaluación estatal

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

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

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

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

c) Los estándares de expertos

Junto a los criterios dictados para la realización de las inspecciones, tienen también particular importancia los estándares de expertos/as de la *Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*, cuyo cumplimiento forma parte del propio sistema de evaluación. Estos estándares señalados hacen referencia a la atención hospitalaria y los cuidados de larga duración y se elaboran en estrecha colaboración con el Consejo Nacional de Cuidados (*Deutschen Pflegerat*) y con apoyo económico del Ministerio

de Sanidad. Desde el año 1999 se han elaborado –y en algunos casos actualizado– una decena de documentos de estándares relacionados con otros tantos aspectos de la atención:

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

3. Descripción de las características físicas de los centros

3.1. Aspectos relativos a la ubicación y el tamaño de los centros

Ni las normativas de carácter estatal ni los criterios de calidad establecidos en el marco del Seguro de Dependencia hacen referencia a la ubicación física de los centros residenciales. En cuanto al tamaño de los centros, sólo dos Estados (Baden-Wurtemberg y Renania del Norte-Westfalia) establecen tamaños máximos para sus residencias.

Desde un punto de vista descriptivo, el tamaño medio del conjunto de las residencias es de 68 plazas, si bien en el cómputo se tienen en cuenta también algunos centros que ofrecen servicios de día, plazas de respiro y otros servicios semi-residenciales. El tamaño medio es menor en los centros privados que en los públicos y en los centros gestionados por entidades sin fin de lucro.

Tabla 15. Tamaño medio de los centros residenciales para personas mayores en Alemania por titularidad (2015)

	Tamaño medio
Total	68
Privados	62
Públicos	80
Sin fin de lucro	72

Elaboración propia a partir de DESTATIS

Si se tienen en cuenta únicamente los centros que ofrecen exclusivamente atención residencial, se observa que los centros pequeños (con menos de 20 plazas) apenas suponen el 5,8% de la oferta y que los centros de más de 100 plazas suponen cerca del 25% de toda la oferta, al igual que los centros de entre 21 y 50 plazas. El 45% de los centros tienen entre 51 y 100 plazas. Es importante señalar, en todo

caso, que no se tienen en cuenta en estas estadísticas los apartamentos tutelados a los que se ha hecho referencia previamente, que representan en torno al 25% de la oferta total de plazas de alojamiento para personas mayores.

Tabla 16. Distribución de los centros residenciales para personas mayores en Alemania por tamaño (2017)*

	Total	Menos de 20	Entre 21 y 50	Entre 51 y 100	Entre 100 y 200	Más de 200
Nº de centros	9.111	532	2.306	4.131	2.017	125
Distribución (%)	100	5,8	25,3	45,3	22,1	1,4

Elaboración propia a partir de DESTATIS . * Solo se tienen en cuenta los centros que ofrecen servicios residenciales permanentes.

3.2. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

Como ya se ha señalado, cada uno de los Estados establece requisitos diferentes en lo que se refiere al diseño y la estructura ambiental, y no existe un marco homogéneo válido para todo el país. En el caso del Estado de Baviera, por ejemplo, en 2008 se aprobó la Ley de regulación de la atención, el apoyo y la calidad de vida en la vejez y la discapacidad (*PflegeWoqG*) y en 2011 la ordenanza sobre la implementación de la Ley de calidad de vida y enfermería (*AVPflegeWoqG*), que recoge tanto aspectos relativos a los requisitos mínimos estructurales como los requisitos relativos a la dotación de personal, las cuestiones relativas a la participación de las personas usuarias en la gestión del centro o la cualificación de los/as profesionales.

Entre los aspectos básicos que regula esta norma cabe destacar, desde el punto de vista del diseño y la estructura arquitectónica de los centros, las siguientes disposiciones:

- Tamaño mínimo de las habitaciones individuales de 14 metros cuadrados, además de baño adaptado y antesala;
- El tamaño de las áreas comunes debe ser de al menos 1,5 m² por residente, con un mínimo de 20 m².

En todo caso, la cuestión que ha generado más polémica –en la medida en que determina la estructura de los centros, los costes de inversión y las posibilidades organizativas y de gestión⁶– tiene que ver con la obligación de mantener unos porcentajes mínimos de habitaciones individuales en cada centro. En ese sentido, los Estados han ido estableciendo en sus respectivas normativas requisitos cada vez más exigentes en ese sentido. La tabla siguiente resume el porcentaje de habitaciones individuales que se registra en la actualidad en cada Estado, las que deben respetar los centros de nueva construcción y las disposiciones transitorias aplicadas en el momento de aprobación de cada norma estatal (salvo aplicación de exenciones y moratorias extraordinarias, lo que ha resultado común en diversos Estados).

⁶ Las entidades empresariales señalan que la normativa que obliga a disponer de un 100% de habitaciones individuales ha provocado la desaparición de varios miles de plazas.

Tabla 17. Disposiciones contenidas en las leyes estatales de residencias en relación al % de habitaciones individuales (2018)

	Nueva construcción	Fase transitoria	% de habitaciones individuales (2018)
Baden-Wurtemberg	100 %	100% desde 2019	81
Baviera	75 % por norma general	75% a partir de 2018	70
Berlín	60%	No se aplican mínimos a residencias ya existentes	77
Brandeburgo	Se recomiendan habitaciones individuales pero no se establece un mínimo	Fase transitoria hasta 2020	80
Bremen	Sin normativa al respecto	Sin normativa al respecto	84
Hamburgo	100%	No se aplican mínimos a residencias ya existentes	77
Hesse	100%	No se aplican mínimos a residencias ya existentes	80
Mecklemburgo-Pomerania Occ.	Se recomiendan habitaciones individuales pero no se establece un mínimo	No se aplican mínimos a residencias ya existentes	68
Baja Sajonia	Sin normativa al respecto	Sin normativa al respecto	77
Renania del Norte-Westfalia	100%	80% a partir de 2018	83
Renania-Palatinado	Sin normativa al respecto	Máximo dos residentes por habitación si se respeta capacidad mínima por residente	72
Sarre	Sin normativa al respecto	Sin normativa al respecto	63
Sajonia	Acorde a las necesidades de las personas usuarias	Periodo de transición hasta 2044	74
Sajonia-Anhalt	Sin normativa al respecto	Sin normativa al respecto	71
Shleswig-Holstein	75%	No se aplican mínimos a residencias ya existentes	73
Turingia	Sin normativa al respecto	Sin normativa al respecto	81

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes in Germany, 2018](#).

También en el caso de las viviendas de grupo puede hablarse de una amplia variedad de situaciones en lo que se refiere a los requisitos físicos y materiales exigidos por la normativa estatal. Algunos Estados han establecido un número máximo de usuarios –15 plazas por ejemplo en Mecklemburgo Pomerania– o en lo que se refiere a la capacidad mínima de las habitaciones –12 m² en Hamburgo o 14 en Mecklemburgo Pomerania–.

4. Dotaciones y perfiles profesionales

4.1. Requisitos normativos en materia de personal

La dotación profesional de los centros residenciales se regula en Alemania tanto mediante tres leyes de ámbito federal como mediante las respectivas normativas estatales, que regulan como se ha dicho el número y el perfil del personal que debe trabajar en los centros residenciales para personas mayores. La dotación de los centros también se determina mediante los acuerdos que se establecen a nivel de cada Estado entre las asociaciones de proveedores de servicios residenciales y los Seguros de Dependencia.

Como se ha señalado previamente, la primera de las leyes federales señaladas es muy sucinta –consta únicamente de 13 artículos– y regula muy genéricamente elementos tales como la cualificación del personal directivo, de acuerdo a lo ya establecido en el Libro XI del Código de la Seguridad Social y los

casos de incapacitación para el desempeño de tales puestos, el número de personal especializado en relación al número de residentes o las fórmulas existentes para la formación continua y profesional.

- En lo que se refiere a los requisitos para las personas que cumplen las funciones directivas, la ley señala que deben contar con formación especializada y oficialmente reconocida en salud, trabajo social o administración pública y deben tener una experiencia mínima de al menos dos años a tiempo completo en un centro residencial.
- En lo que se refiere a las ratios de personal, la Ley sobre requisitos de personal de los centros residenciales establece una ratio de un/a auxiliar por cada cuatro residentes en situación de dependencia, si bien esta disposición puede ser modificada o matizada por las diferentes normativas estatales, como se explica más adelante.

La segunda de las Leyes, que entró en vigor a principios de 2020, establecía una especialidad de enfermería geriátrica en el ámbito de la formación profesional (tres años de formación) que abre además el acceso a la formación a la formación universitaria en enfermería.

La tercera de las leyes –*pflegepersonal-stärkungsgesetz* o Ley de Refuerzo del Personal de Cuidados– fue aprobada en 2018 y pretende dar una respuesta a las carencias existentes para el reclutamiento y la retención del personal en los servicios sociosanitarios. Esta ley ha abierto la puerta a la contratación de cerca de 13.000 profesionales en los centros residenciales financiados por parte del sistema de salud y no, como hubiera sido esperable, por el propio seguro de dependencia. Esta norma establece además ratios específicas de atención en el ámbito hospitalario, aunque no en el ámbito de la atención residencial.

Finalmente, cabe hacer referencia a las reformas introducidas en 2017 para la dotación extraordinaria de personal adicional para la realización de tareas y actividades de apoyo socioeducativo y psicosocial (*Zusätzliche Betreuungskraft*), tal y como se explica en el apartado 7.

En todo caso, las ratios se regulan –de forma muy diversa– a nivel de cada Estado, estableciéndose no sólo ratios diferentes, sino también exigencias diferentes en relación al personal de atención indirecta. La tabla anexa recoge un resumen de la normativa que se aplica en cada Estado, con las ratios de atención directa exigidas para los residentes de cada nivel de dependencia.

Tabla 18. Ratios de atención por nivel de dependencia en cada estado federado (2018)*

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Baden-Wurtemberg	0,16	0,21	0,31	0,39	0,43
Baviera	0,15	0,27	0,38	0,51	0,56
Berlín	0,14	0,26	0,36	0,45	0,56
Brandeburgo	0,24	0,30	0,35	0,44	0,57
Bremen	0,16	0,20	0,33	0,47	0,53
Hamburgo	0,07	0,22	0,36	0,50	–
Hesse	–	–	–	–	–
Mecklemburgo-Pomerania Occ.	0,12	0,22	0,29	0,37	0,40
Baja Sajonia	0,18	0,25	0,36	0,48	0,53
Renania del Norte-Westfalia	0,13	0,21	0,33	0,45	0,50
Renania-Palatinado	0,14	0,25	0,31	0,39	0,56
Sarre	--	–	–	–	–
Sajonia	0,13	0,23	0,31	0,40	0,45
Sajonia-Anhalt	0,22	0,22	0,30	0,38	0,48
Schleswig-Holstein	0,14	0,19	0,26	0,32	0,45
Turingia	–	–	–	–	–

Fuente: Elaboración propia a partir de michaelwipp.de. *Se recoge el número de trabajadores por residente para cada nivel de dependencia a DPE. En algunos casos, se establece una franja en lugar de un número exacto; en tales casos se ha recogido la franja mínima.

Es importante señalar en cualquier caso que se trata de un resumen, ya que la diversidad de exigencias y regulaciones en cada Estado impiden que puedan ser resumidas en una sola tabla. En algunos casos, por ejemplo, se regula la ratio de personal directivo, administrativo y de gestión, trabajo social, limpieza y cocina, etc. En algunos casos, como en Berlín, se establecen además ratios específicos para los residentes con demencia.

4.2. Dotación y ratios del personal

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 Alemania asciende a 1,23 millones de personas, lo que supone 13 trabajadores/as por cada 100 personas mayores de 75 años. Se trata de una tasa superior a la media de la UE, aunque está por debajo de la correspondiente a los países nórdicos, Bélgica, Reino Unido o Irlanda. 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 19. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

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

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

Centrándonos en el ámbito específico de la atención residencial a las personas mayores, los datos disponibles cifran en unas 750.000 personas la dotación de personal de los centros residenciales en Alemania. De todas ellas, sin embargo, únicamente el 28,9% trabaja a jornada completa, y sólo el 69% lo hace durante un porcentaje de la jornada superior al 50%.

Tabla 20. Número de personas empleadas en los centros residenciales para personas mayores por tipo de jornada

	Número	%
Total de contratos	764.648	100,0
A tiempo completo	220.958	28,9
A tiempo parcial	485.083	63,4
Más del 50%	313.444	41,0
Menos del 50% pero no insignificante	109.120	14,3
Empleo insignificante	62.519	8,2
Otros	58.607	7,7

Elaboración propia a partir DESTATIS

El sistema de cualificaciones profesionales para el acceso a los puestos de trabajo de enfermería y auxiliar de enfermería o gerocultor/a se ha modificado en Alemania a partir de la aplicación de la *Pflegepersonal-stärkungsgesetz* o Ley de Refuerzo del Personal de Cuidados de 2017. Tras su aprobación, el acceso a la profesión de enfermería consta de una formación de dos años, a la que se añade un tercer año de especialización en enfermería geriátrica, pediátrica o general, que incluye formación profesional dual en régimen de alternancia. Esta formación da acceso, en caso de querer seguir el proceso de formación, al grado universitario en enfermería, por lo que cabe pensar que el nivel de cualificación de las enfermeras geriátricas en Alemania es algo inferior al de las enfermeras con titulación universitaria en España.

Al margen de tales cambios, la tabla siguiente recoge la distribución del personal de los centros residenciales. De acuerdo a los datos de la tabla, el 49% de todo el personal corresponde a enfermeras geriátricas o auxiliares de geriatría y el 25% del personal corresponde a los servicios de mantenimiento y limpieza.

Tabla 21. Número y distribución de las personas empleadas en los centros residenciales de Alemania por ocupación principal

	Total	%	% a jornada completa
Total	764.648	100	28,9
Enfermera geriátrica / auxiliar de geriatría	374.055	49,0	35,6
Otros profesionales sanitarios	56.135	7,3	42,4
Trabajadores sociales	57.069	7,5	12,7
Mantenimiento y limpieza	192.260	25,1	2,9
Otra	140.995	18,4	11,4
Sin formación específica	7.599	1,0	35,1

Elaboración propia a partir DESTATIS

En todo caso, esas categorías no se corresponden exactamente con las categorías del mismo nombre existentes en España. Si el personal que trabaja en las residencias se clasifica en función de su formación, se observa que el 18% está en formación o carece de formación específica, el 33% tiene formación de enfermería de tres años de duración, el 6,4% tiene formación de auxiliar de enfermería de un año de duración y el 41% corresponde a otras formaciones.

La tabla siguiente recoge, para cada Estado, las ratios de atención realmente existentes en 2018. Las ratios se derivan tanto de la normativa aplicada en cada Estado, y que se han descrito previamente, como del *case mix* o combinación de usuarios de cada centro. Como se observa en la tabla, la ratio oscila entre 35 trabajadores/as de atención directa por 100 residentes en Sarre y 42,6 en Sajonia.

Tabla 22. Ratios de atención por en cada estado federado (2018)

	Ratio (por cada 100 usuarios)
Baden-Wurtemberg	41,5
Baviera	41,7
Berlín	40,8
Brandeburgo	40,8
Bremen	37,4
Hamburgo	40,7
Hesse	40,8
Mecklemburgo-Pomerania Occ.	36,2
Baja Sajonia	37,4
Renania del Norte-Westfalia	38,7
Renania-Palatinado	38,2
Sarre	35,8
Sajonia	42,6
Sajonia-Anhalt	37,47
Shleswig-Holstein	40,8
Turingia	38,4

Fuente: Elaboración propia a partir de [Rothgang y Wagner, 2019](#).

Debe señalarse en cualquier caso, en lo que se refiere a la dotación de personal en los centros residenciales, que la escasez de profesionales constituye uno de los principales problemas del sector, debido tanto a los relativamente bajos salarios como a las condiciones de trabajo (tanto en la atención residencial como domiciliaria). Se calcula que serían necesario emplear a entre 150.000 y 190.000 personas más para dar respuesta a las necesidades de las entidades que trabajan en el ámbito de la dependencia.

Una de las medidas adoptadas en ese sentido ha sido el impulso a la remuneración de los/as profesionales de atención directa mediante la creación de un salario mínimo específico, que asciende a 11,05 euros por hora en los estados del Oeste y a 10,55 en los del Este del país, siempre que los convenios colectivos de cada empresa, red de entidades o Estados no contemple una remuneración superior.

5. Descripción de los principales elementos organizativos

5.1. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Como se ha señalado previamente, las principales metodologías para la atención personalizada se concretan en las directrices establecidas para la evaluación de los centros –tanto a nivel estatal como a nivel de las Cajas de Dependencia– y en las directrices de los expertos utilizadas para la estandarización de la atención. Los criterios de evaluación que se aplican en las visitas de inspección –acordados regularmente entre las entidades proveedoras de los servicios y los seguros de dependencia– tienen un valor reseñable desde el punto de vista de la orientación de la calidad de la atención residencial, ya que se tienen en cuenta en el informe de evaluación individual de los centros (que, como se ha señalado, es de acceso público) y a la hora de asignar la nota de calificación que estos reciben. Los informes de evaluación de cada uno de los centros recogen el conjunto de las preguntas o criterios planteados y la respuesta que los evaluadores han dado a cada uno de ellos.

En los apartados siguientes se detallan los criterios utilizados en cada ámbito de interés y el porcentaje de centros residenciales evaluados que cumplen tales criterios⁷. Más allá de los porcentajes de centros

⁷ La descripción se centra en los indicadores aplicados en la evaluación realizada en el marco del Seguro de Dependencia. No se hace referencia a los procesos de inspección desarrollados a nivel de cada Estado, dada la variedad de normativas aplicadas.

que cumplen los criterios –en general, muy elevado– el interés de las tablas radica fundamentalmente en la selección de los indicadores que se tienen en cuenta para la evaluación.

5.2. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

La batería de indicadores de calidad que se tienen en cuenta para evaluar la calidad de la atención contemplan una amplia gama de indicadores o preguntas relacionados con los cuidados personales y el apoyo en la vida cotidiana. Las dos tablas siguientes recogen los criterios o indicadores que se relacionan tanto con los cuidados personales como con la personalización de la atención⁸.

Tabla 23. Indicadores de calidad relacionados con los cuidados personales y el apoyo en la vida cotidiana (2016)

	Valoración
Se prestan los cuidados personales adecuados de acuerdo a las posibilidades del centro	94,8
Se registra el riesgo de caídas de cada persona residente	93,2
Se aplican medidas de prevención para evitar caídas entre los residentes con un mayor riesgo de caídas	92,1
Se registra de forma sistemática el riesgo individual de úlceras por presión	94,5
Se realiza de forma adecuada la profilaxis necesaria de las úlceras por presión	80,7
Se registran los riesgos y recursos individuales de las personas con incontinencia urinaria o catéter vesical	94,5
Se llevan a cabo las medidas necesarias en residentes con incontinencia o catéter vesical	93,9
Se prestan cuidados adecuados para la salud dental u odontológica dentro de las posibilidades de intervención del centro	98,7
Se revisa regularmente la necesidad de aplicar medidas de contención a las personas usuarias	88,3
Existen procedimientos escritos para pautar las medidas de contención que se aplican a las personas usuarias	92,5
Los trabajadores/as del centro son educados y amables*	93,4
Los trabajadores/as del centro dedican suficiente tiempo para estar con los residentes*	88,2
Se acuerdan con las personas residentes el tipo de cuidados y el momento en el que se prestan*	95,8
El centro cuenta con una declaración o guía de actuación sobre cuidados paliativos y atención a pacientes en fase terminal	99,8
Todos los residentes cuentan con armarios o cajones que pueden cerrarse con llave	98,8

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationären pflege*, 2017.

En relación a la personalización y la autonomía de la atención, los indicadores hacen referencia a cuestiones tales como la consideración de la biografía de las personas residentes a la hora de planificar los apoyos, su autodeterminación y capacidad de elección, la posibilidad de participar en actividades significativas, la posibilidad de recibir visitas, etc., con una especial atención en relación a la situación de las personas con demencia.

⁸ La tabla recoge dos tipos de indicadores. La mayor parte de ellos son indicadores cuyo cumplimiento es comprobado por los evaluadores/as tras el análisis de la situación de una muestra de usuarios de cada centro residencial. En la tabla se indica el porcentaje de centros que cumplen satisfactoriamente esos criterios a juicio de los evaluadores/as. Los indicadores marcados con un asterisco se derivan por el contrario de una encuesta a una muestra de usuarios de cada residencia. En la tabla se recoge el porcentaje de residentes que responden que ese criterio se cumple siempre.

Tabla 24. Indicadores de calidad relacionados con la personalización y la autonomía (2016)

	Valoración
Se observa y se tiene en cuenta la biografía del residente a la hora de prestar apoyos a los residentes con demencia	97,1
Se tiene en cuenta el concepto de autodeterminación en el cuidado en los residentes con demencia	99,1
Se proporciona a los residentes con demencia oportunidades adecuadas de ocio y tiempo libre	95,9
Se monitoriza y documenta el bienestar de los residentes con demencia en los procesos habituales de cuidados y se derivan de ello medidas para mejorar tales cuidados	95,2
Como norma general, los cuidados suelen ser prestados por los mismos trabajadores	98,9
Los residentes pueden usar libremente sus habitaciones de acuerdo a sus preferencias, necesidades y estilo de vida	99,8
Las personas usuarias pueden decidir si la puerta de su habitación se mantiene abierta o cerrada*	99,4
El personal de cuidados pregunta habitualmente a las personas residentes qué ropa quieren ponerse*	97,8
Las personas residentes pueden elegir entre diferentes platos a la hora del almuerzo*	94,2
Las oferta de actividades sociales y culturales coinciden con los intereses de las personas usuarias*	90,0
Las personas residentes tienen posibilidad de participar en actividades sociales y de tiempo libre que sean de su interés	98,0
Las personas residentes tienen la posibilidad de estar al aire libre*	94,4
Las personas residentes pueden recibir visitas del exterior siempre que lo deseen*	99,9
Se permite que los residentes tengan en su habitación sus propios muebles, objetos personales y objetos de recuerdo, y que decidan sobre su colocación	99,9
Las personas residentes contribuyen al diseño y la decoración de las áreas comunes	99,1
Existen mecanismos para que las personas que ingresan en un centro se familiaricen con las instalaciones	97,1
Se evalúa el proceso de adaptación de cada persona a la vida en el centro y se adoptan las medidas necesarias	94,9

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationären pflege*, 2017.

5.3. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

La cuestión de la higiene, la limpieza y la alimentación tiene un peso muy importante en el marco establecido para revisar la calidad de la atención. La tabla siguiente recoge los criterios e indicadores que se tienen en cuenta en ese ámbito, así como el porcentaje de centros que cumplen satisfactoriamente esos criterios.

Tabla 25. Indicadores de calidad relacionados con la higiene, la limpieza y la alimentación (2016)

	Valoración
Se registran los riesgos nutricionales individuales	95,3
Se registran los riesgos individuales asociados a la hidratación y la ingesta de líquidos	97,2
Se aplican las medidas necesarias en cuanto para evitar los riesgos nutricionales cuando se restringe la autosuficiencia en la ingesta de alimentos	91,1
Se toman las medidas necesarias cuando se reduce la ingesta de líquidos	93,2
El estado nutricional de los residentes es el apropiado dentro de las posibilidades de intervención del centro	98,1
La ingesta de líquidos de las personas residentes es la apropiado dentro de las posibilidades de intervención del centro	99,5
Se estimula el sentido del gusto de los residentes que utilizan sondas de alimentación	83,5
Los residentes consideran que la comida es de buena calidad*	83,5
Los residentes están satisfechos con los horarios de las comidas*	98,1
El centro ofrece suficiente bebida sin tener que pagarla adicionalmente*	99,7
Se estimula a las personas residente para que se aseen parcial o completamente*	99,1
El menú se anuncia con antelación	98,8

Tabla 25. Indicadores de calidad relacionados con la higiene, la limpieza y la alimentación (2016)

	Valoración
Se ofrecen dietas personalizadas	98,8
Se ofrecen alimentos adecuados a las necesidades de los residentes con demencia	99,4
La presentación de alimentos y bebidas se adecúa a las capacidades de los residentes	99,7
Los tamaños de las raciones se adecúan a los deseos de las personas residentes	99,7
Se puede elegir libremente el horario de las comidas dentro de ciertos márgenes	97,4
Las comidas se ofrecen en un ambiente agradable y cómodo para los residentes	99,4
El personal se asegura de que nadie pueda ver a las personas residentes a la hora de lavarse	99,4
La limpieza del centro cumple con las expectativas de las personas usuarias*	97,3
La ropa lavada se recibe rápidamente, íntegramente y en perfecto estado	90,3
La impresión general del centro en cuanto a limpieza, orden y olor es buena	98,2
Se aplican los procedimientos adecuados para la esterilización y desinfección de los materiales sanitarios	98,2
Se aplican los procedimientos adecuados para la manipulación de materiales infectados	99,2
La aplicación de los procedimientos de higiene y limpieza se aplica de forma regular	92,4
El personal conoce adecuadamente los procedimientos de higiene y limpieza	98,8
Hay disponibilidad suficiente de productos desinfectantes	98,8
Se aplican los protocolos necesarios para la prevención de las infecciones por SARM	94,0

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationaren pflege*, 2017.

5.4. Elementos relevantes para la vida significativa

Los indicadores y criterios de calidad hacen también referencia a lo que se puede entender como elementos relevantes para la vida significativa (bienestar psicológico, mecanismos de participación y de presentación de quejas, relación y cercanía con la comunidad, presencia y papel de las familias o presencial del voluntariado en las actividades del centro).

La tabla siguiente agrupa los criterios de calidad que se relacionan con estas cuestiones:

Tabla 26. Indicadores de calidad relacionados con los elementos relevantes para la vida significativa (2016)

	Valoración
Los familiares y cuidadores participan en la planificación de la atención de los residentes con demencia	98,8
Hay lugares seguros para permanecer al aire libre	99,2
Se anima a los residentes a participar en actividades de ocio	98,7
Los programas de ocio se organizan teniendo en cuenta las necesidades y capacidades de las personas residentes	99,4
Se ofrecen actividades de ocio como parte del cuidado	99,6
Se organizan actividades para establecer contactos con la comunidad local	99,4
Se aplican medidas para promover el contacto con familiares	99,7
Existe un procedimiento para la presentación de quejas	98,6
Las quejas de los residentes tienen consecuencias	66,8

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationaren pflege*, 2017.

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

La organización de los centros y la gestión del personal también se tiene en cuenta en el marco de indicadores establecido, con preguntas relativas a la cualificación y las funciones del personal (tanto directivo como de atención directa).

Tabla 27. Indicadores de calidad relacionados con la organización y gestión de los centros (2016)

	Valoración
El personal realiza sus funciones de acuerdo a su cualificación	97,9
El personal de enfermería realiza tareas de planificación, supervisión y ejecución de los cuidados	99,0
Se garantiza la continuidad de los cuidados	98,7
El persona de cuidados con poca cualificación es adecuadamente supervisado por personal de mayor cualificación	89,2
La planificación de las tareas y turnos de los profesionales se realiza teniendo en cuenta las necesidades de las personas residentes	94,2
El personal de dirección asume las tareas de gestión de la calidad	98,3
El personal cuenta con formación en primeros auxilios	74,0
La dotación de supervisores y mandos intermedios es la adecuada	87,4
Los supervisores y mandos intermedios tiene la formación adecuada para el desempeño de sus puestos	95,7
El personal destinado a las actividades socioeducativas ha realizado la formación necesaria	89,1
El personal destinado a las actividades socioeducativas no realiza actividades de cuidados personales	93,7

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationaren pflege*, 2017.

Es importante también señalar, en lo que se refiere a la gestión de los centros, el papel que juegan los sistemas de acreditación de la calidad. En ese sentido, al margen de las evaluaciones realizadas en el marco del sistema obligatorio de gestión de la calidad ya descrito, es habitual que los centros residenciales, así como servicios de atención a domicilio, dispongan de certificados de gestión de la calidad, concedidos por entidades certificadoras que aplican diversos modelos de calidad. Aunque en ocasiones se considera que la aplicación de estos sistemas implica una carga adicional a la que representan las evaluaciones oficiales, los gestores de los servicios consideran también en ocasiones que estas certificaciones contribuyen a posicionar a sus centros en el mercado y que constituyen una buena herramienta de *marketing*. También valoran positivamente la labor de asesoramiento y formación que las entidades certificadoras realizan, ausente en general de los procesos de evaluación oficiales (Garms Homolova y Busse, 2014).

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

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

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

6. La atención sanitaria en los centros residenciales

6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

La atención sanitaria en las residencias para personas mayores está regulada en Alemania tanto por el Seguro de Dependencia como por el Seguro de Salud, dándose la circunstancia de que las cajas o seguros de dependencia dependen de los seguros de salud. Los principales elementos del sistema son los siguientes:

- La atención sanitaria ordinaria de las personas residentes corresponde a los médicos de cabecera o de familia (*hausarzt*), que en principio son ajenos al centro residencial. Como ocurre en Francia o en el Reino Unido, la atención primaria de salud se presta en Alemania mediante profesionales médicos autónomos. Las personas usuarias eligen el médico de familia por el que quieren ser tratados y pagan una cantidad determinada para acceder a las consultas, que después es reembolsada por el Seguro de Salud.
- La elección personal de un médico de familia autónomo se extiende también a las personas usuarias de las residencias, si bien en muchos casos es la propia residencia la que establece un contrato general con un médico o un gabinete de médicos de atención primaria para atender las necesidades sanitarias de las personas residentes. Estos contratos forman parte del modelo de atención sociosanitaria alemán y se utilizan para articular el trabajo conjunto que realizan las diferentes redes o agentes que intervienen en el ámbito de la salud (hospitales, residencias de personas mayores, farmacias, médicos de atención primaria, médicos especialistas, etc.).
- El proceso de evaluación de la calidad de la atención que se realiza en los centros residenciales se centra también en los aspectos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la normativa del seguro de enfermedad.
- Los centros no cuentan por otra parte con otros profesionales médicos propios, más allá de las enfermeras. Si las personas residentes precisan utilizar otros servicios médicos especializados, deben acceder a los servicios de atención especializada o a servicios privados, en función de la cobertura del servicio de salud.
- La financiación de los gastos de atención sanitaria corresponde al seguro de salud, en todo lo que se refiere a los gastos cubiertos por el seguro, o a las personas usuarias, en todo lo que se refiere al uso de servicios o profesionales que no están incluidos en la cobertura del seguro.

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

Los procedimientos de evaluación que se realizan en el marco del sistema de calidad permiten, además de evaluar los procedimientos de atención, conocer algunos datos sobre el estado de salud de las personas residentes, así como el nivel de utilización de determinados recursos sanitarios externos. En lo que se refiere a la primera de las cuestiones, la tabla siguiente recoge el porcentaje de residentes que presentan diferentes enfermedades o tratamientos, a partir de la información recogida en las visitas de inspección.

Tabla 28. Características de las personas residentes desde el punto de vista de la salud (2016)

	Valoración
Residentes con escaras	3,9
Residentes con úlceras vasculares	0,9
Residentes con síndrome del pie diabético	0,2
Residentes con otras heridas crónicas	1,6
Residentes con otras heridas no crónicas	2,3
Residentes con pérdida relevante de peso en el último mes	8,7
Residentes con gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)	1,8
Residentes con catéter suprapúbico	4,1
Residentes con catéter transuretral	6,5
Residentes con tratamiento para la incontinencia	77,5

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationären pflege*, 2017.

El sistema de seguimiento de los residentes también permite conocer la proporción de residentes que acceden a los diversos servicios sanitarios especializados. De acuerdo a los datos de la tabla, el 39% ha accedido al menos una vez a una consulta, el 21% ha sido hospitalizado en el último año, el 68% consume más de cinco medicamentos, el 56% consume regularmente medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, o sedantes, el 22,9% ha accedido a servicios de fisioterapia y el 5,9% ha servicios de ergoterapia.

Tabla 29. Número y distribución de las personas empleadas en los centros residenciales de Alemania por ocupación principal

	Psiquiatría / neurología	Hospitalización	Polimedicación (más de 5 medicamentos)	Ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, sedantes	Fisioterapia	Ergoterapia
Nivel 2	26,1	22,2	74,0		22,9	3,2
Nivel 3	36,5	21,6	70,6		22,8	5,3
Nivel 4	44,0	22,2	69,3		23,0	6,6
Nivel 5	48,0	18,6	58,5		23,3	8,3
Total	39,0	21,3	68,6	56,2	22,9	5,9

Elaboración propia a partir *Pflegereport*, 2019.

En lo que se refiere a la evaluación de los procesos de atención relacionados con la salud, los indicadores que se tienen en cuenta registran un nivel de cumplimiento elevado, que sólo se sitúa por debajo del 80% en lo que se refiere al tratamiento de las escaras siguiendo la evidencia médica más reciente y la correcta documentación de las escaras.

Tabla 30. Indicadores de calidad relacionados con la salud de los residentes (2016)

	Valoración
Se posibilita una comunicación activa con el médico cuando es necesario	92,8
La implementación de las medidas de tratamiento/cuidado se realizan bajo supervisión médica	83,6
El suministro de medicamentos se realiza de acuerdo a las instrucciones médicas	90,8
Los medicamentos cumplen con las indicaciones médicas	94,4
El manejo de la medicación es adecuado	88,7
Se realiza una evaluación sistemática del dolor de todos los residentes	82,1
El servicio de enfermería coopera estrechamente con el departamento médico a la hora de tratar pacientes con dolor	95,3
Los residentes con dolor crónico reciben tratamiento prescrito por un médico	96,0
Se colocan adecuadamente los apósitos de compresión	94,1
Existe documentación específica sobre escaras o úlceras por presión	9,24
Los tratamiento para heridas crónicas o úlceras por presión se basan en la evidencia disponible	75,6
Se documenta la información necesaria sobre las úlceras por presión	78,8
El tratamiento de heridas crónicas o úlceras se modifica de acuerdo a la indicaciones médicas	87,0
Las cánulas de traqueotomía se manejan de forma adecuada	81,3

Elaboración propia a partir *Qualitat in der ambulanten und stationären pflege*, 2017.

Es importante señalar en cualquier caso que, además de los criterios de calidad establecidos para la evaluación de los centros, los centros residenciales tienen la obligación de seguir las directrices o buenas prácticas establecidas por los expertos de la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados (*Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*). Esta red ha publicado hasta la fecha recomendaciones de buena práctica que hacen referencia a las siguientes cuestiones, relacionadas fundamentalmente con la atención sanitaria:

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

Durante el proceso de evaluación, se evalúa si los centros cumplen con tales recomendaciones. De acuerdo a los datos recogidos en las evaluaciones, entre el 85% y el 90% de los centros las siguen. El mayor grado de cumplimiento (90,3%) corresponde a la guía relativa a la prevención de escaras y el menor a los cuidados de las personas con heridas crónicas (84,6%).

7. Innovaciones y ejemplos de buena práctica

7.1. El proyecto Triple Win para la captación de profesionales del cuidado en el extranjero

Como se ha señalado previamente, una de las principales deficiencias del modelo de atención residencial en Alemania radica en la escasez de personal, debido fundamentalmente a las malas condiciones laborales en el sector. Para paliar esa escasez de personal, el Ministerio de Trabajo de puso en marcha en colaboración con la sociedad alemana de cooperación internacional un proyecto denominado [Triple Win](#), con el que se pretende facilitar la contratación en origen de personal de atención directa para las residencias y los hospitales alemanes.

En el marco de ese programa se han establecido acuerdos con diversos países, y se ofrece a las personas participantes en el programa formación especializada y apoyo durante el proceso de adaptación al puesto de trabajo, facilidades para la regularización de su situación administrativa y para la homologación de su formación en origen, mediación con las empresas, etc. El programa se compromete a no reclutar profesionales en aquellos países en los que también existe escasez de este tipo de perfiles

7.2. Medidas para la dotación extraordinaria de personal para actividades socioeducativas (*Zusätzliche Betreuungskraft*)

Como antes se ha señalado, la normativa de refuerzo del sistema de atención a la dependencia introducida en 2014 estableció una financiación adicional para la contratación en las residencias de personal adicional para la realización de tareas y actividades de apoyo socioeducativo y psicosocial (*Zusätzliche Betreuungskraft*). Además de en las residencias, estos profesionales intervienen también en los centros de día y de noche, centros de respiro y demás estructuras semiresidenciales cubiertas por el seguro de dependencia.

Este personal es financiado directamente por las cajas del seguro de dependencia, y su coste no se tiene en cuenta a la hora de calcular la tarifa que deben pagar las personas usuarias de los centros residenciales. La ratio correspondiente a este tipo de profesionales, que no pueden realizar funciones de asistencia personal, asciende a un/a por cada 20 personas residentes.

7.3. Los estándares de expertos/as

Como ya se ha indicado previamente, al proceso de evaluación de la calidad que se desarrolla a partir de los indicadores de calidad de los Seguros de Dependencia y de las inspecciones realizadas por las administraciones estatales han de sumarse los criterios y recomendaciones que se establecen para orientar la práctica profesional –especialmente en lo que se refiere a los cuidados de salud– en los centros residenciales.

El Libro XI del Código de la Seguridad Social, en su artículo 113, establece la necesidad de desarrollar y aplicar estándares de expertos para la gestión de la calidad en la atención a las personas con dependencia. Esta labor está actualmente encomendada a la Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados (*Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*), una asociación nacional de profesionales cuyo objetivo es mejorar la atención hospitalaria y residencial que se presta a las personas mayores con dependencia. Creada en 1992 por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Osnabrück, la red está compuesta por personas expertas (investigadores, personal docente y profesionales de centros residenciales y hospitalarios) en cuidados en el ámbito sociosanitario.

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

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

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

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

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

- Selección de la temática. Las propuestas pueden venir de las asociaciones de profesionales o de las entidades del ámbito sanitario y social. Se hace una revisión de la literatura para ver qué relevancia tiene la elaboración de unos estándares sobre este determinado tema. Posteriormente se realiza una valoración de la literatura científica para ver si existe suficiente información para elaborar unos estándares.
- Creación de grupo de expertos. Se crea un grupo de trabajo con ocho a doce miembros. En el grupo de trabajo hay profesionales (preferiblemente con experiencia de implementación de estándares) y personas que representan los intereses de los usuarios. El grupo de trabajo del proyecto es coordinado por un equipo científico (cuyos miembros son nombrados por el Comi-

té Directivo de la red de forma oficial y reclutados a través de Internet y los medios de comunicación especializados).

- Elaboración de un borrador de estándares. El equipo científico es responsable de la selección de la metodología y de la revisión de la literatura existente en la materia que sirve para encontrar evidencia empírica. No obstante, en el proceso de elaboración de los estándares participan el equipo científico, el grupo de trabajo y el comité directivo de la red. El grupo de trabajo es el principal responsable del contenido del borrador pero en ocasiones se pide el asesoramiento de profesionales externos. Una persona del comité directivo de la red o del equipo científico suele hacer de moderadora durante las discusiones en el grupo de trabajo. Después de tener claro qué incluir en el borrador el equipo científico se encarga de su redacción. El borrador que se elabora contiene estándares sobre la calidad de estructura, el proceso y los resultados de los cuidados, según el modelo de Donabedian. En términos generales, las decisiones sobre el contenido del borrador han de tomarse de manera consensuada pero en algunos casos las decisiones se toman por mayoría. Los estándares deben reunir una serie de características, a saber: reflejar el estado actual de conocimiento en la materia; ser claros y medibles; establecer medidas de acción, ámbito de actuación y entidades responsables; mostrar posibilidades de colaboración con otros actores y entidades; diferenciar entre la calidad de estructura, proceso y resultados; estar orientadas a las necesidades de los usuarios objetivos y, por último, ser viables en la práctica.
- Conferencia de consenso. La versión provisional de los estándares es llevada a una conferencia de consenso durante la que se debate el contenido recogido. Tras la conferencia, en la que participan expertos (científicos y profesionales activos) en cuidados, personas expertas en el ámbito de los estándares de calidad (no necesariamente del ámbito sociosanitario), representantes de organizaciones que defienden los intereses de los usuarios y representantes institucionales y entidades de referencia en el ámbito de los cuidados sociosanitarios, el grupo de expertos y el equipo científico valoran la discusión llevada a cabo e incorporan eventuales modificaciones en el borrador.
- Aplicación experimental. Cuatro semanas después de la celebración de la conferencia, el equipo científico selecciona 25 unidades de cuidados (establecimientos hospitalarios o de cuidados de larga duración) en las que se implementará la nueva versión de los estándares de forma experimental. El objetivo de la implementación es valorar la funcionalidad práctica de los estándares y estimar qué posibilidades hay que las unidades de cuidado cumplan con futuros estándares. Para poder implementar los estándares provisionales se crean grupos de proyecto locales en los que toman parte miembros del equipo científico y representantes de las entidades participantes. El proceso de implementación se inicia con un periodo de formación de cuatro semanas de duración. Las ocho semanas seguidas son dedicadas a adaptar los estándares al contexto concreto en el que se implantarán (teniendo en cuenta características especiales de los usuarios o condiciones particulares de la unidad de cuidados). A esta fase preparatoria siguen ocho semanas durante las que se llevan a cabo la implementación, presentando el instrumento a la mayor parte del personal. Durante las cuatro últimas semanas del proceso se implanta el instrumento de auditoría. Al final del proceso se organiza un taller durante el que se hacen públicos los resultados de la implementación. Después de incorporar eventuales modificaciones, fruto de esta reunión final, se publica la versión definitiva del documento. Se difunden los estándares a través de la página web de la red, mediante la implantación de cursos de información y durante seminarios.
- Actualización de los estándares. Los estándares son actualizados al menos una vez cada cinco años.

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

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

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

8.1. Contagios y fallecimientos

Con 107 muertes por cada millón de habitantes, Alemania es uno de los países de Europa con una menor tasa de mortalidad por COVID19. Registra también una de las menores tasas de mortalidad en las residencias, al menos si se analiza desde el punto de vista del porcentaje de personas fallecidas por COVID19 en relación al número de personas residentes: las cerca de 3.500 personas fallecidas en los centros residenciales para personas mayores en Alemania representan el 0,4% de las personas residentes, frente al 2,4% en Francia, el 3,1% en Suecia, el 5,3% en el Reino Unido o el 6,1% en España. Con todo, las personas residentes fallecidas por COVID19 suponen el 39% de todas las personas fallecidas en Alemania, por lo que puede decirse que también en ese país, aunque la epidemia haya tenido un impacto menor, una buena parte de todos los fallecimientos corresponde a personas con dependencia residentes en centros residenciales para personas mayores.

El número de personas contagiadas es los centros asciende a 17.604, que representan el 2,2% de todas las personas residentes, con una tasa de letalidad de casi el 20% (es decir, fallecieron dos de cada cinco personas contagiadas en residencias), frente a una tasa de letalidad del 4% para la población general. También fueron contagiadas casi diez mil personas trabajadoras, que representan el 1,3% de todas las personas contratadas en el sector. La letalidad entre los trabajadores es del 0,5%.

Tabla 31. Indicadores relativos al covid en los centros residenciales de Alemania (a 26 de junio)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	222.000	2.674 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	8.895	107,2 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	4,0%		
Personas contagiadas en residencias*	17.604	2,2% de las personas residentes	7,9% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	3.491	0,43% de las personas residentes	39,2% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias	19,8%		

Fuente: Elaboración propia a partir de [Comas et al., 2020](#). *Casos positivos.

8.2. Prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección

Como se ha explicado en los apartados precedentes, las políticas relacionadas con los servicios de atención residencial se regulan y gestionan en Alemania tanto a nivel federal –fundamentalmente mediante las decisiones de la asociación de seguros de dependencia– como a nivel estatal, dadas las competencias que en esta materia tienen los Estados federados. Debido a ese reparto competencial, las medidas adoptadas en Alemania en relación a la prevención y el abordaje del coronavirus son muy diversas y dependen de las decisiones técnicas y políticas adoptadas en cada Estado.

Por otra parte, es de destacar que tanto en lo que se refiere al conjunto de la población como en lo que se refiere a la población en residencias, la gestión del COVID19 en Alemania parece haber sido eficaz, como ponen de manifiesto los datos señalados anteriormente.

Las iniciativas que pueden considerarse exitosas (o innovadoras) para el abordaje de la pandemia en el sector de los cuidados de larga duración y, más concretamente, en los centros residenciales son las siguientes ([Lorenz-Dant, 2020](#)):

- Puesta en marcha de dotaciones económicas extraordinarias. A finales de marzo el Ministerio de Salud anunció la creación de un fondo económico especial destinado a compensar a los centros residenciales por las pérdidas económicas originadas por los desembolsos extraordinarios que debieron realizarse en el ámbito residencial para adaptarse a la nueva situación (se calcula que el coste de las medidas de contención y protección en las residencias han ascendido a diez euros por residente al mes.
- Tanto la administración federal como los Estados federados han desarrollado numerosas iniciativas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores/as del sector de la dependencia, especialmente en lo que se refiere a los salarios:
 - o A finales de abril se aprobó un plan para el incremento progresivo del salario mínimo en el sector, hasta alcanzar los 13 euros en 2022 /hora para el personal con un año de experiencia y los 15,40 para el personal con más de tres años de experiencia. También se estableció un periodo adicional de vacaciones pagadas.
 - o En mayo se aprobó el pago de una paga extraordinaria de hasta 1.000 euros para el personal de atención directa de los servicios de atención a la dependencia. Además, algunos estados han introducido pagas extraordinarias adicionales para el personal de las residencias, así como otras ayudas (bonos de alimentación,
- Junto a las medidas para mejorar las condiciones laborales del sector, se han puesto en marcha diversas iniciativas para mejorar la capacidad de captación y cualificación de personal nuevo, al objeto de reforzar la capacidad de atención de los centros residenciales. A nivel federal se estableció una plataforma web *–pflegereserve–* en la que las personas disponibles y cualificadas para trabajar en el sector podían inscribirse. Los Estados también adoptaron medidas de este tipo, como la concesión de permisos de trabajo especiales a trabajadores/as extranjeros/as con cualificación y experiencia en el sector,
- Durante la pandemia se suspendieron las evaluaciones de los centros que se han descrito en los epígrafes anteriores. También se establecieron diversas exenciones o moratorias en el cumplimiento de ciertas normas, al objeto de facilitar la gestión de los centros.
- Los Estados alemanes introdujeron medidas de muy diverso tipo –en algunos casos contradictorias entre sí– en lo que se refiere a la derivación desde y a los centros residenciales: cuarentena en aislamiento de las personas derivadas a una residencia desde un hospital y de los nuevos ingresos en residencias,
- La prohibición de las visitas en los centros se estableció, en la mayor parte de los Estados, a principios de abril. La identificación de los contactos de las personas residentes contagiadas fue una de las prioridades de los equipos de salud pública desde el principio de la epidemia. También se establecieron medidas en los centros residenciales para identificar de forma precoz a los posibles casos de infección, y en algunos Estados se establecieron equipos móviles de asistencia sanitaria para reforzar la capacidad de los centros residenciales.

8.3. Lecciones aprendidas

Las lecciones que cabe extraer del caso alemán son las siguientes:

- El caso alemán parece poner de manifiesto en qué medida la extensión general del COVID19 en un país determinado se relaciona con su extensión en el medio residencial, de tal forma que si las tasas de infección son bajas en el conjunto del país, también lo son en el medio residencial: en Alemania, tanto las tasas de mortalidad como las de personas contagiadas son relativamente bajas en la población general y en la población residencial. El éxito de Alemania –al menos en la primera fase del COVID19– a la hora de contener la infección se relaciona con el la existencia con anterioridad a la epidemia de un plan contra las pandemias bien diseñado, el buen funcionamiento de los servicios de salud pública en el país, la capacidad para trazar los contactos de las personas infectadas, la recomendación precoz de utilizar mascarillas, la disponibilidad de sistemas tests PCR desde el principio de la epidemia y la elevada dotación de camas de cuidados intensivos en los hospitales ([Wieler et al., 2020](#)).
- Ello no impide que, como en la mayor parte de los países analizados, una parte sustancial (en este caso el 40% de las personas fallecidas) sean personas usuarias de residencias.
- En lo que se refiere a las medidas adoptadas en el medio residencial para hacer frente al COVID19, es de destacar fundamentalmente la importancia que se ha dado a la captación y cualificación del personal, así como a la mejora de sus condiciones laborales, mediante el incremento del salario mínimo del personal y la introducción de pagas extraordinarias.