

Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020
Estados Unidos



1. Introducción

Este apartado recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en los Estados Unidos. El sistema de atención a la dependencia estadounidense se caracteriza por la intervención –en ocasiones superpuesta– de la administración federal y de la administración estatal. Por ello, en los casos en los que la competencia en relación a la gestión de la calidad en la atención a la dependencia recaiga en el Estado, se hará referencia al Estado concreto de Minnesota, debido a que en el análisis que se lleva a cabo, desde 2011, de los servicios y atención a la dependencia en los 51 Estados que conforman el país, Minnesota ha sido el Estado mejor valorado, ocupando la primera y segunda posición¹.

La información recogida se basa en tres grandes tipos de fuentes:

- La normativa en vigor que regula el modelo de atención. En el caso estadounidense, la regulación más extensa y relevante del sistema la constituye la Ley *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1987, que articula los servicios residenciales a nivel federal. A partir del marco que constituye esta ley, cada estado regula, en mayor o menor medida, la atención residencial.
- Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes.
- Planes, guías y manuales de buena práctica.

En el caso de las dos últimas fuentes, la agencia federal de Servicios *Medicare* y *Medicaid* - CMS desempeña un papel predominante, tal y como se desarrollará más adelante.

El apartado se estructura en torno a ocho grandes apartados:

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

Cada uno de ellos recoge la información sobre diversos aspectos específicos, pero es importante tener en cuenta que toda la información está relacionada y que en ocasiones la información se solapa o se repite, en función de si se está hablando de las herramientas reguladoras, de los contenidos de esas regulaciones, etc. Por último, se incluyen las referencias de la normativa y los recursos en internet de interés para la elaboración del presente capítulo.

¹ [Long-Term Services & Supports State Scorecard](#)

2. Descripción general del modelo de atención residencial a personas mayores en Estados Unidos

2.1. Valores inspiradores del modelo

El sistema de cuidados de larga duración o atención a la dependencia establecido en Estados Unidos ha sido objeto de una extensa regulación. El esfuerzo regulador realizado se debe, al menos en parte, a la participación de la administración pública en la financiación de tales servicios, fundamentalmente mediante dos programas de ámbito nacional –*Medicare* y *Medicaid*– de los que hablaremos más adelante, en el apartado 2.6., dedicado a los costes y sistemas de financiación.

La regulación más extensa y relevante del sistema de atención a la dependencia –tal y como se desarrolla en el apartado de normativa– la constituye la Ley Federal *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1987, conocida como OBRA'87. Esta ley, que recoge las propuestas de la *Federal Nursing Home Reform Act*², establece, en el título 42, los estándares que los centros y servicios tienen que cumplimentar “con el objeto de mantener el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes de acuerdo con un plan de atención individualizado”, a saber:

- Disponer de suficiente personal de atención (sección [§483.30](#))
- Realizar a cada residente una valoración inicial integral de su capacidad funcional (sección [§483.20](#))
- Elaborar un plan de atención integral para cada residente (sección [§483.20](#))
- Prevenir el deterioro en las habilidades de la persona residente para la realización de las tareas de la vida diaria (bañarse, vestirse, moverse, comer, etc.) (sección [§483.25](#))
- Proporcionar, en caso de que la persona residente no puede realizar las actividades de la vida diaria, el apoyo necesario para su realización (sección [§483.25](#))
- Asegurarse de que las personas usuarias reciben el tratamiento adecuado y los productos de apoyo necesarios para una correcta visión y audición (sección [§483.25](#))
- Asegurarse de que las personas usuarias no van a desarrollar úlceras por presión y, en el caso de que las desarrollaran, evitar que se infecten o que les salgan más (sección [§483.25](#))
- Garantizar que las personas usuarias reciben la ayuda y atención necesaria para prevenir caídas (sección [§483.25](#))
- Promover la calidad de vida de las personas usuarias (sección [§483.25](#))
- Garantizar la privacidad de las personas usuarias y su derecho a decidir en relación al alojamiento, el tratamiento médico, la atención, las visitas y la comunicación con los demás (sección [§483.10](#))

De acuerdo con esta ley federal, el modelo de atención residencial a personas mayores estadounidense se articula en torno a cuatro principios:

- los derechos de las personas usuarias (sección [§483.10](#)),

² [The 1987 Nursing Home Reform Act](#)

- la atención centrada en la persona (sección [§483.21](#)),
- la calidad de vida de las personas usuarias (sección [§483.24](#)), y
- la calidad de la atención (sección [§483.25](#)).

Los tres últimos principios se desarrollan en el punto cinco del capítulo, puesto que están relacionados con diferentes elementos organizativos del modelo de atención. En lo que respecta a los derechos de las personas usuarias (sección [§483.10](#)), la ley establece que las residencias deben garantizar el cumplimiento de una serie de derechos de los y las residentes:

Tabla 1. Derechos garantizados de las personas usuarias, en virtud de la ley federal

Derechos	Elementos a considerar
Derecho a una existencia digna	Ser tratado con consideración, respeto y dignidad, y reconociendo la individualidad de cada residente.
	No sufrir abusos, negligencia, explotación ni ser despojado indebidamente de objetos de su propiedad.
	No sufrir restricciones físicas ni químicas.
	Conservar la misma calidad de vida o que esta mejore.
	Ejercer sus derechos sin intromisión, coacción, discriminación ni represalias.
Derecho a la autodeterminación	Disfrutar de un entorno acogedor y usar sus pertenencias cuando sea posible.
	Acceder equitativamente a la atención de calidad.
	Tener garantizada la seguridad de sus posesiones.
	Contar con diversas opciones de actividades, programas, atención de la salud y proveedores, incluido el personal médico.
	Contar con instalaciones según sus necesidades y preferencias.
Derecho a estar bien informados sobre lo siguiente	Participar en el desarrollo y la implementación de un plan de atención centrado en la persona que incorpore preferencias personales y culturales.
	Designar un representante para que haga cumplir sus derechos.
	Organizar y participar en grupos familiares y de residentes.
	Solicitar, rechazar o parar el tratamiento.
	El tipo de atención que se le proporcionará y los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos.
Derecho a presentar quejas	Los cambios en el plan atención o en su estado médico o de salud.
	Las normas y los reglamentos, además de recibir una copia en papel de los derechos de los residentes.
	Información de contacto del Long-term Care Ombudsman Program (Programa del defensor de asuntos de atención a largo plazo) y la agencia estatal de encuestas.
	Informes de encuestas estatales y plan de corrección de la residencia.
	Avisos escritos antes de un cambio de habitación o de compañero de habitación.
Derecho a acceder a lo siguiente	Avisos e información en el idioma o de la manera que el residente entienda (español, Braille, etc.).
	Presentar quejas sin discriminación o represalias, o sin sentir miedo a sufrir una de dichas acciones.
	Incitar a la institución a esforzarse para resolver quejas y brindar una decisión por escrito si se solicita.
	Presentar una queja ante el <i>Long-term Care Ombudsman Program</i> .
	Personas, servicios, miembros de la comunidad y actividades dentro y fuera de la institución.
Derechos relacionados con asuntos financieros	Visitas que el residente elija, en cualquier momento, y derecho a negarse a recibir visitas.
	Registros personales e historias clínicas.
	Sus representantes y su médico personal de la agencia estatal de encuestas y el Long-term Care Ombudsman Program.
	Ayuda si tiene problemas sensoriales.
	Participación en actividades sociales, religiosas y comunitarias
Derecho a la privacidad	Administrar sus asuntos financieros.
	Recibir información sobre los servicios disponibles y los cargos de cada servicio.
	Percibir fondos personales de más de \$100 (\$50 para residentes cuya atención está financiada por Medicaid), que la institución depositará en una cuenta independiente que devenga intereses, y acceder a estados financieros trimestrales o cuando se los solicite.
	No pagar los servicios cubiertos por <i>Medicaid</i> o <i>Medicare</i> .
	En relación con asuntos personales, financieros y médicos.
Derechos durante el alta o el traslado	Comunicaciones privadas e ilimitadas con cualquier persona que elija.
	Durante el tratamiento y la atención de necesidades personales.
	Derecho a apelar el traslado o el alta propuestos, y a no ser dado de alta mientras la apelación esté pendiente.
	Recibir con 30 días de anticipación un aviso escrito de alta o traslado en el que se incluya el motivo, la

Tabla 1. Derechos garantizados de las personas usuarias, en virtud de la ley federal

Derechos	Elementos a considerar
	fecha de entrada en vigencia, la ubicación a la que se lo trasladará, los derechos de apelación y el proceso para presentar una apelación, y el nombre y la información de contacto del defensor de atención a largo plazo.
	Preparación y orientación para garantizar un alta o un traslado seguros y organizados.
	Aviso sobre el derecho a volver a la institución después de la hospitalización o el alta terapéutica.

Fuente: [National Consumer Voice for Quality Long-Term Care](#)

El Gobierno federal establece un marco general de actuación a partir del cual los estados establecen los requisitos obligatorios para los centros y servicios del territorio. La ley federal constituye el marco de referencia sobre el que cada estado tiene que basarse para desarrollar su modelo. Los centros y servicios de atención a la dependencia deben cumplir con la normativa federal. La normativa estatal nunca contradice la federal y, en muchos casos, delimita con mayor precisión los requisitos federales.

En el caso del estado de Minnesota, a los derechos de las personas usuarias garantizados por la ley federal, se le suman los siguientes desarrollados por el estado:

Tabla 2. Derechos garantizados de las personas usuarias, en virtud de la ley estatal de Minnesota

Derechos	Elementos a considerar
Servicio oportuno	Las personas residentes tendrán el derecho de recibir una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes
Continuidad de la atención	Las personas usuarias tendrán el derecho de recibir atención con regularidad razonable y por el mismo personal en la medida en que lo permita la política de la instalación. Las personas residentes competentes tendrán el derecho de rehusar el tratamiento. Los residentes que rechacen el tratamiento, los medicamentos o sus restricciones dietéticas, deben ser informados de los posibles resultados médicos o serios resultados psicológicos del rechazo, y esto se documentará en su expediente médico. En los casos en que el residente es incapaz de comprender las circunstancias, pero no ha sido declarado incompetente, o cuando los requerimientos legales limitan el derecho a rechazar el tratamiento, las condiciones y circunstancias deben ser totalmente documentadas por el médico tratante que figura en el expediente médico del residente
Planificación e implementación del cuidado	Las personas usuarias tendrán el derecho de obtener atención médica y personal adecuada de acuerdo a sus necesidades individuales. Atención médica adecuada se refiere a los cuidados diseñados para que los residentes logren su nivel más alto de funcionamiento físico y mental. Este derecho es limitado si el servicio no es reembolsable a través de recursos públicos o privados Si una persona que ingresa en una residencia está inconsciente o en estado de coma, o es incapaz de comunicarse, la institución hará los esfuerzos razonables para notificar a un miembro de la familia o a una persona designada por escrito por el paciente como la persona con quien deben comunicarse en una emergencia, de que el paciente ha sido admitido en el hogar de ancianos u hogar de vida asistida. La residencia permitirá que el miembro de la familia participe en la planificación del tratamiento, a menos que la institución sepa o tenga motivos para creer que el residente tiene una directiva médica anticipada vigente que indica lo contrario o sepa que el paciente ha especificado por escrito que no desea que se incluya a un miembro de la familia en la planificación del tratamiento.
	Información sobre el tratamiento. Las personas residentes pueden estar acompañadas de un familiar u otro representante elegido, o ambos. Esta información incluirá los resultados médicos o psicológicos probables del tratamiento y sus alternativas. En casos donde no es médicamente aconsejable, según lo documentado por el médico tratante en el expediente médico del residente, la información se entregará al guardián o a la persona designada por el residente como su representante. Las personas tienen el derecho de rechazar esta información.
Relación con otros servicios médicos	Las personas residentes que reciben servicios de un proveedor externo tienen el derecho, si lo solicitan, de ser informados de la identidad del proveedor. Los residentes serán informados, por escrito, de cualquier servicio médico que reciban por parte de personas, corporaciones u organizaciones que no sean de la instalación. La información deberá incluir el nombre del proveedor externo, su dirección y una descripción de los servicios que se puedan prestar. En casos donde no es médicamente aconsejable, según lo documentado por el médico tratante en el expediente de atención médica del residente, la información se entregará al guardián o a la persona designada por el residente como su representante.
Autodeterminación	En el momento de ingresar en una instalación donde la ley federal prohíbe la divulgación no autorizada de información que permite identificar a un residente a las personas que llaman por teléfono o a los visitantes, el residente o el tutor o guardián de la persona residente, tendrá la oportunidad de autorizar

Tabla 2. Derechos garantizados de las personas usuarias, en virtud de la ley estatal de Minnesota

Derechos	Elementos a considerar
	la divulgación de la presencia del residente en la instalación a visitantes que traten de comunicarse con el residente. Este derecho se limita en casos que no sea médicamente recomendable, según lo documente el médico a cargo del caso en el expediente de atención del residente. Este derecho también se limitará mediante un plan de prevención de maltrato, de conformidad con la Ley de protección de personas adultas vulnerables.
Privacidad y confidencialidad	El personal de la instalación respetará la privacidad de la habitación de la persona residente y llamará a la puerta para pedir permiso antes de entrar, excepto en un caso de emergencia o cuando sea claramente desaconsejable. Se debe notificar a los residentes cuando cualquier persona ajena a la instalación solicite sus expedientes personales. Los residentes pueden seleccionar a alguien para que los acompañen si los expedientes o la información son objeto de una entrevista personal.
Restricciones	Las personas residentes, así como sus familiares y responsables sanitarios tienen derecho a solicitar y aceptar el uso de restricción física para tratar los síntomas médicos de la persona residente En el momento de recibir una solicitud de restricción física, la residencia informará a la persona residente, a la familia o al representante legal, sobre las alternativas y los riesgos implícitos en el uso de restricción física. La residencia proveerá restricción física a una persona residente únicamente después de recibir un formulario de consentimiento firmado que autorice el uso de restricción y una orden escrita del médico tratante que contenga las declaraciones y determinaciones relativas a los síntomas médicos, y que especifique las circunstancias bajo las cuales se debe usar restricción física.
Admisión, traslado y alta médica	Las personas residentes no podrán ser trasladadas o dadas de alta de manera arbitraria. Las personas usuarias deben ser notificadas, por escrito, del alta médica o traslado propuesto y su respectiva justificación, en un plazo no mayor a 30 días antes del alta médica de la residencia o centro de vida asistida y siete días antes del traslado a otra habitación en el mismo equipamiento. Esta notificación deberá incluir el derecho de la persona residente a contestar la medida propuesta, con la dirección y el número de teléfono del defensor del pueblo (<i>Ombudsman</i>) de atención médica a largo plazo del área, de conformidad con la Ley de adultos mayores estadounidenses.

Fuente: [Minnesota Department of Health. Patient, Resident and Home Care Bill of Rights](#)

2.2. Tipología general de centros y alcance

Los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores dependientes en Estados Unidos son los denominados *Nursing homes* y los *Assisted Living Facilities*. Ambos están obligados a disponer de una acreditación para ejercer su actividad. Junto a ellos, cabe destacar los modelos de *Retirement Communities* e *Independent Living Facilities*, equiparables a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados en España y que no requieren de una acreditación específica.

Se detallan a continuación las principales características de cada uno de los modelos:

- Las *Nursing homes* ofrecen atención residencial, tanto de corta como de larga estancia en función de si la permanencia es inferior o superior a 100 días. La atención residencial agrupa un conjunto de servicios que incluye alojamiento, comida y presencia de personal de enfermería de forma permanente. Su funcionamiento está regulado por el *Center for Medicare and Medicaid Services* –CMS, en adelante–.

Estos centros brindan atención médica intensa y están orientados a personas mayores que no requieren de hospitalización, pero que cuentan con una serie de necesidades sanitarias: alimentación por sonda, ventiladores, oxígeno, administración de medicamentos intravenosos, o la atención a residentes encamados.

- Los *Assisted Living Facilities* constituyen soluciones residenciales de tipo comunitario que proporcionan atención personalizada, asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria, ayuda con la medicación, servicio de lavandería o realización de las tareas domésticas. El servicio puede ofrecer también atención sociosanitaria, aunque la atención no sea tan inten-

sa como en las residencias. Este tipo de establecimientos permiten a las personas usuarias permanecer relativamente independientes.

Como en el caso de las *Nursing homes*, requieren de una acreditación para ejercer su actividad, regulada por la CMS.

- Junto a estos dos tipos de centros residenciales, cabe también hacer referencia a los *Retirement Communities* e *Independent Living Facilities*. Se trata de viviendas independientes –que pueden ser alquiladas o adquiridas en propiedad–, con equipamientos comunes y en las que se ofrecen servicios de apoyo, tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana. Estos centros no se encuentran sometidos a la regulación, la acreditación y la inspección federal y estatal.

De acuerdo a los datos de la Administración federal³, los datos más recientes señalan que en 2016 el número de centros y de entidades autorizados que operan en el mercado residencial estadounidense asciende a 15.600 en el caso de las residencias (*Nursing homes*), y a 28.900 para la atención en las soluciones residenciales de apoyo y vida asistida de tipo comunitario (*Assisted Living Facilities*). En cuanto al número de camas, éste asciende a 1,7 millones y a 996.100, en las residencias y en las soluciones residenciales de tipo comunitario respectivamente.

Por otro lado, se estima que la cobertura de los centros residenciales, en el conjunto del país, asciende a 3,5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años, y la correspondiente a otros servicios residenciales de carácter comunitario a 2,2, con lo que la cobertura conjunta de atención residencial asciende, en 2016, a 5,7 plazas por cada 100 personas de más de 65 años.

2.3. Estructura competencial y de titularidad

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

En el caso concreto de Minnesota, las competencias relativas a las residencias recaen tanto del Departamento de Servicios Sociales (*Department of Human Services* – [DHS](#)) y del Departamento de Salud (*Department of Health* – [MDH](#)). DHS ofrece la atención residencial a través del programa [Medical Assistance Medicaid](#), y, entre sus responsabilidades están:

- el desarrollo e interpretación de políticas relacionadas con los centros residenciales,
- la calidad de la atención, y
- el establecimiento de las tarifas del servicio.

El Departamento de Salud, a su vez, tiene las siguientes competencias en relación a las residencias:

- otorgar autorizaciones y realizar inspecciones de las residencias,
- investigar las quejas recibidas sobre las residencias, y

³ [Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2015–2016](#) (2019)

- realizar evaluaciones de las personas residentes, en el marco de la medición de la calidad de la atención residencial.

En lo que se refiere a la provisión de los servicios de atención residencial, los centros residenciales pueden estar gestionados tanto por entidades públicas como por entidades privadas, con y sin fin de lucro. De acuerdo a los últimos datos disponibles (*Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2019*), el porcentaje de las entidades mercantiles (con fines de lucro) resulta muy mayoritario. El 69,3% de las residencias para personas mayores son gestionadas por entidades privadas con fin de lucro, y asciende al 81% en el caso de las soluciones residenciales de tipo comunitario asistidas.

Tabla 3. Principales datos sobre la titularidad de los centros de atención residencial

	Entidades privadas con fin de lucro	Entidades privadas sin fin de lucro	Entidades públicas
Residencias	69,3%	23,5%	7,2%
Soluciones residenciales de tipo comunitario	81%	17,7%	1,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de *Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2019*

2.4. Marco normativo

El actual sistema de atención a la dependencia ha tardado más en desarrollarse que otros componentes del sistema sociosanitario norteamericano. A lo largo de la historia, la atención a la dependencia consistía en atención informal que provenía, principalmente, de familiares, amigos/as, organizaciones religiosas y asociaciones comunitarias de beneficencia. Además, los pocos servicios de atención social y/o sanitaria existentes, tales como casas de beneficencia u hospicios, estaban destinados, fundamentalmente, a las personas en situación de vulnerabilidad y sin familia.

En la década de 1930, el número de personas en situación de vulnerabilidad incrementó considerablemente debido a la Gran Depresión, de manera que los/as cuidadores/as informales ya no podían atender la demanda de atención de este segmento de la sociedad que no paraba de crecer. La aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1935 marcó el comienzo de la participación del Gobierno en la atención a las personas en situación de necesidad, aquellas que no tienen ningún otro recurso al que acudir. En este contexto, comienza el desarrollo del mercado de las residencias y de los cuidados de larga duración. A lo largo de las siguientes décadas, el Gobierno se involucró cada vez más en la financiación de la atención a las personas en estado de vulnerabilidad.

Las primeras regulaciones importantes, a nivel nacional, en materia de atención a la dependencia datan de 1950, con las enmiendas a la Ley de Seguridad Social por las que se establece que cualquier centro que atienda a más de cuatro personas afiliadas a la Seguridad Social debe disponer de una licencia otorgada por el Estado en el que lleva a cabo su actividad. Posteriormente, la aprobación en 1965 de los programas federales *Medicare* y *Medicaid* ha conllevado la regulación, por parte del Gobierno federal, del sistema de atención a la dependencia, especialmente en lo referente a calidad, coste y la disponibilidad de los servicios.

La regulación más extensa y relevante del sistema de atención a la dependencia la constituye la Ley Federal [Omnibus Budget Reconciliation Act](#) de 1987, conocida como OBRA'87. Esta ley, que recoge las propuestas de la *Federal Nursing Home Reform Act*⁴, establece, en el título 42, los estándares que los centros y servicios tienen que cumplimentar "con el objeto de mantener el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes de acuerdo con un plan de atención individualizado." Tal y como

⁴ [The 1987 Nursing Home Reform Act](#)

se ha indicado en el punto 2.1. del presente capítulo, estos estándares marcados por la ley federal OBRA'87 son muy extensos y cubren los aspectos relativos a diversas cuestiones tales como los derechos de las personas residentes, la calidad de la atención, la calidad de vida percibida por las personas usuarias o la atención centrada en la persona.

Entre las diferentes disposiciones que establece, el cambio más significativo lo representa el establecimiento de estándares orientado a resultados y centrados en las personas usuarias. La nueva normativa, por primera vez, se centra en la calidad de atención, en los derechos de las personas usuarias y en la satisfacción y calidad de vida percibida por las personas usuarias. OBRA'87 establece también las condiciones para que los centros residenciales se beneficien de los reembolsos de los programas *Medicare* y *Medicaid*.

A día de hoy, esta ley sigue constituyendo el principal marco regulador de los requisitos de los centros de atención a la dependencia, si bien el sector está experimentando cambios significativos, derivados de los cambios en la Administración federal, y que se concretizan en nuevas leyes tales como la [Patient Protection and Affordable Care Act](#) (PPACA, también conocida como ACA) de 2010. Esta ley tiene entre sus objetivos ampliar la atención domiciliaria y la comunitaria, ampliando de este modo la oferta que estaba muy centrada en la atención residencial. Además, pasan a formar parte de la presente ley los siguientes títulos:

- [Nursing Home Transparency and Improvement Act](#).
- [Elder Justice Act](#).
- [Patient Safety and Abuse Prevention Act](#).

2.5. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

a) Modos de acceso a los centros residenciales

El acceso a los centros residenciales para personas mayores en Estados Unidos viene determinado, fundamentalmente, por las normas establecidas para la financiación de los servicios que dependen, a su vez, de la valoración de las necesidades de atención sanitaria.

La cobertura de la atención residencial recae en el programa *Medicaid*. Tanto los servicios prestados, como las condiciones de acceso al programa varían notablemente entre los diferentes estados. En el caso concreto del Estado de Minnesota, las personas en situación de dependencia tienen acceso, de manera gratuita y sin ningún tipo de condicionante, al servicio de Consulta de Cuidados de Larga Duración ([Long-Term Care Consultation](#) - LTCC) en el que se orienta e informa de los servicios y ayudas a la dependencia disponibles, en función de la situación y características de la persona en situación de dependencia. Una vez que la persona con dependencia se decide por un tipo de servicio, tiene que realizar una [solicitud](#) por escrito al Departamento de Servicios Sociales y, tras una valoración de la situación económica, social y sanitaria de la persona solicitante, el Estado determina si cumple los requisitos de acceso.

En el caso de que se determine una situación de dependencia que requiere una atención sanitaria intensa, se accede a una *nursing home*. Por el contrario, cuando se determina que la persona dependiente no requiere de una atención tan intensa como en las residencias, se accede a las *Assisted Living Facilities*, en las que se ofrece apoyo, pero no atención de enfermería ni médica de manera permanente.

Los servicios pueden estar sujetos a copago por parte de la persona usuaria, en función de los ingresos y de las necesidades sociosanitarias de la misma. La cofinanciación pública de los servicios residenciales por parte del programa *Medicaid* tiene carácter selectivo y se realiza en función de los niveles de renta

de la persona usuaria. Cada Estado tiene su sistema propio para la valoración de las necesidades, así como para el análisis de los niveles de renta y patrimonio de la persona solicitante, estableciéndose un umbral máximo –que en el caso de Minnesota asciende a \$12.768 anuales por persona⁵– para poder acceder a la cofinanciación del servicio.

b) Características de las personas usuarias

En lo que se refiere a las personas usuarias, los datos más recientes⁶ señalan que en 2016 las residencias estadounidenses contaron con un total de 1.347.600 personas –553.600 de corta estancia y 794.000 de larga estancia–. En cuanto a las soluciones residenciales de tipo comunitario, para la misma fecha, el número de personas usuarias ascendió a 811.500.

En cuanto a sus características, a continuación, se detallan los aspectos relativos a la edad, sexo, etnia y estado de salud:

Tabla 4. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Edad

	>65	65-74	75-84	<85
Residencias	16,5%	18,2%	26,7%	38,6%
Soluciones residenciales de tipo comunitario	6,6%	11%	30,3%	52,1%

Tabla 5. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Sexo

	Hombre	Mujer
Residencias	35,4%	64,6%
Soluciones residenciales de tipo comunitario	29,4%	70,6%

Tabla 6. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Etnia

	Hispanos	Blancos no hispanos	Afroamericanos	Otros
Residencias	5,4%	75,1%	14,3%	5,1%
Soluciones residenciales de tipo comunitario	3,1%	81,4%	4,1%	11,5%

⁵The Minnesota Department of Human Services, [Income and Asset Guidelines](#)

⁶[Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2015–2016](#) (2019)

Gráfico 1. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Enfermedades

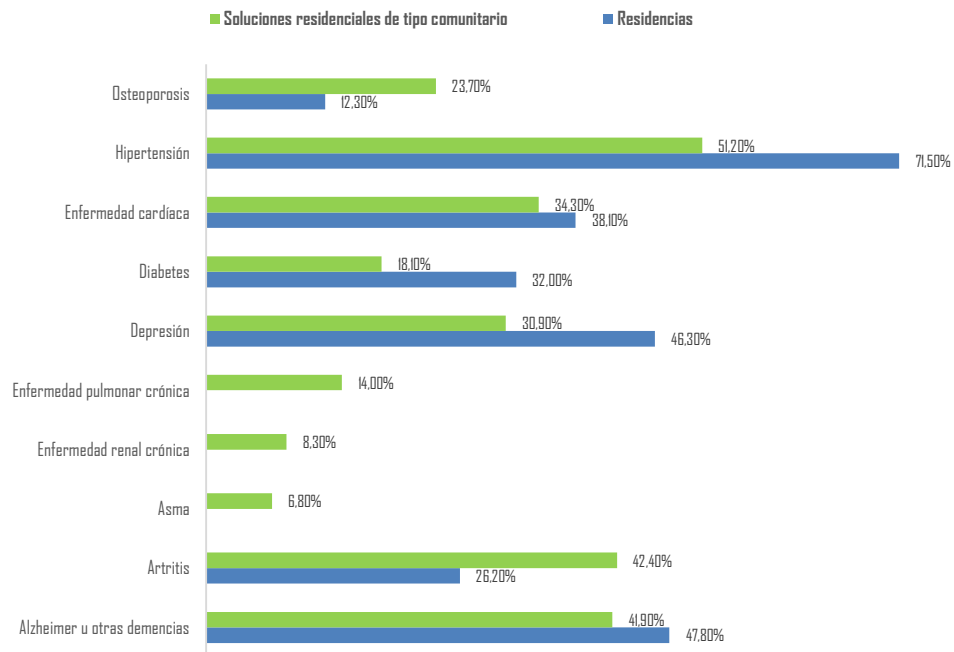


Gráfico 2. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Asistencia en actividades de la vida diaria

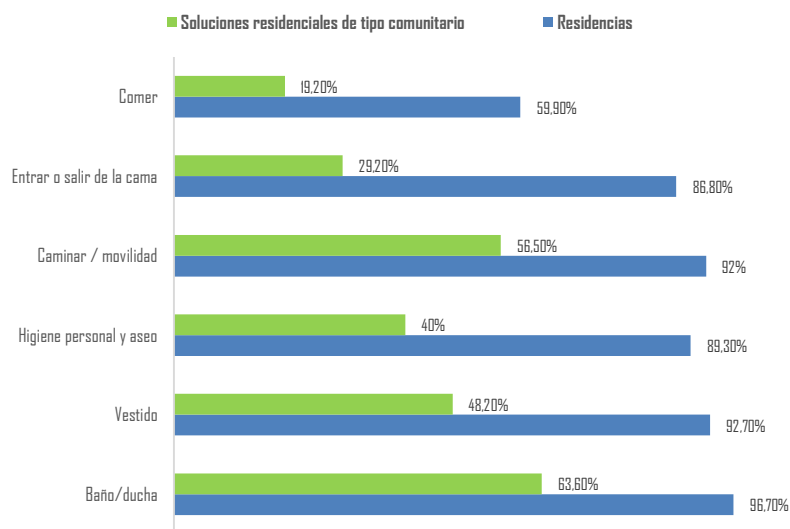
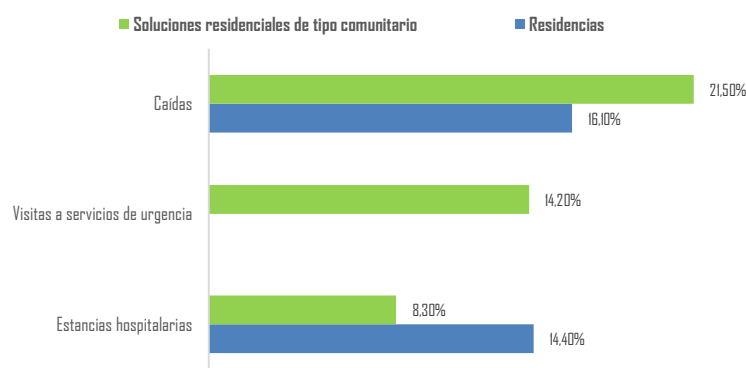


Gráfico 3. Principales características de las personas usuarias de la atención residencial en Estados Unidos: Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y caídas



2.6. Costes y sistemas de financiación

El sistema de atención a la dependencia estadounidense se caracteriza por el protagonismo de dos programas de ámbito nacional –*Medicare* y *Medicaid*–, a través de los cuales se financia aproximadamente el 60% del coste de estos servicios⁷. Los servicios y centros de atención a la dependencia están obligados a disponer de una acreditación para poder tener derecho a reembolso a través de estos programas, de ahí la extensa regulación a la que se ha aludido al comienzo del presente capítulo.

Grosso modo, *Medicare* es un programa de seguro médico federal para personas con discapacidad y/o mayores de 65 años. Tiene carácter universal –es decir, no está condicionado al nivel de renta de las personas usuarias– y brinda cobertura para una amplia gama de servicios médicos. Entre los servicios cubiertos por *Medicare* se incluyen la atención residencial para personas con discapacidad o en situación de dependencia, si bien se establecen diversas limitaciones en el acceso a estos servicios, que normalmente han de complementarse mediante el programa *Medicaid*. En ese sentido, *Medicare* no financia los servicios de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria.

El programa *Medicare* se financia mediante cotizaciones de las personas aseguradas, además de fondos públicos, y prevé el copago de una parte de los servicios por parte de las personas usuarias. Su creación se enmarca en la Ley de Seguridad Social aprobada por el Congreso en 1965 y funciona en los 50 Estados del país. Actualmente brinda cobertura de servicios médicos a 57 millones de personas sin importar su condición de salud, su nivel de ingreso o el área en la que viven dentro de los Estados Unidos.

Por su parte, *Medicaid* constituye un programa selectivo, de carácter asistencial, financiado mediante fondos públicos (federales y estatales), gestionado a nivel estatal y dirigido a personas con ingresos inferiores a un umbral determinado⁸. En principio, *Medicaid* garantiza la atención residencial a las personas que acreditan una situación de dependencia, mientras que los servicios de tipo comunitario (asistencia diurna y domiciliaria) son cubiertos, de forma discrecional, por cada Estado. Tanto los servicios prestados, como las condiciones de acceso al programa, varían de forma significativa en función de cada Estado, por lo que no puede hablarse de un sistema común para todo el territorio norteamericano, sino de tantos sistemas como Estados.

⁷ De acuerdo a los datos del CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*) en 2018 se destinaron en Estados Unidos 166.500 millones de dólares a la financiación de la atención residencial a personas mayores y con discapacidad, de los cuales un 23% fue financiado por *Medicare* y un 30% por *Medicaid* ([CMS, National Health Expenditure Data](#))

⁸ The Minnesota Department of Human Services, [Income and Asset Guidelines](#)

Los datos más recientes señalan que en 2016, en el conjunto del país, el porcentaje de personas usuarias de residencias que financiaron los servicios mediante el programa *Medicaid* ascendió al 61,8%. Entre las personas usuarias de las soluciones residenciales de tipo comunitario, el 16,5% utilizó *Medicaid* como fuente de financiación de la atención.

En lo que se refiere a los costes de la atención residencial, se calcula que el coste mensual de las residencias asciende a \$8,517 en el caso de disponer de habitación individual y a \$7,513 en el caso de las habitaciones dobles. En cuanto a las soluciones residenciales de tipo comunitario, el coste mensual asciende a \$4,051.⁹

2.7. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

2.7.1. *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*

En línea con lo señalado en el punto anterior en relación al papel que desempeñan los programas federales *Medicare* y *Medicaid* en el sistema de atención a la dependencia, los centros residenciales están obligados a respetar y aplicar los requisitos fijados por la ley federal para tener derecho al reembolso de ambos programas. Tal y como se ha señalado, recae en la Administración federal la competencia para establecer los requisitos para la acreditación de los centros que reciben financiación en el marco de los programas *Medicaid* o *Medicare*, así como para velar por su cumplimiento. En concreto, es la agencia federal [Centers for Medicare y Medicaid](#) (CMS, en adelante), dependiente del [Departamento de Salud y Servicios Sociales](#), la encargada de llevar a cabo estas tareas. De manera que, junto con la normativa, el CMS juega un papel crucial en la determinación del modelo de atención.

A continuación, se describen las principales herramientas que determinan el modelo de atención y que derivan de las funciones del CMS.

a) *Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI-MDS)*

El CMS realiza evaluaciones periódicas, con una frecuencia que oscila entre 9 y 15 meses, a los centros residenciales de personas mayores para comprobar que siguen reuniendo los requisitos fijados por la ley federal OBRA'87.

En relación a estas evaluaciones periódicas, una de las aportaciones más importantes de la ley OBRA'87 es la implementación obligatoria del denominado *Minimum Data Set* (MDS) del sistema *Inter-RAI* ([RAI-MDS](#), en adelante), mediante el cual se monitoriza la situación de las personas atendidas y se evalúa el impacto de la atención prestada. De esta forma, el modelo estadounidense de atención a la dependencia constituye un modelo pionero en la adopción de normas y estándares orientados a los resultados de la atención en el estado de salud y la calidad de vida de las personas atendidas.

El *Minimum Data Set* es una base de datos de información recopilada a través del Resident Assessment Instrument (RAI). El RAI-MDS está diseñado para recopilar una información básica, unos datos mínimos, para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas mayores residentes de los servicios de atención a la dependencia. Estos datos extraídos a través de la herramienta RAI-MDS se utilizan como indicadores de calidad de la atención.

El RAI-MDS es, en definitiva, un sistema de herramientas integradas que incorporan elementos básicos para el desarrollo de la gestión clínica, gestión de la calidad y la gestión de los costes. Está fundamentado en el proceso asistencial y ejecutado por los propios profesionales de manera interdisciplinar.

⁹ Genworth 2019 cost of care survey: [Home care providers, adult day health care facilities, assisted living facilities and nursing homes. 2019](#)

Abarca un amplio espectro que va desde la detección de problemas de salud, a la elaboración del plan de cuidados, de un sistema de información básica administrativa y de una serie de indicadores para el desarrollo de programas de calidad. Esta herramienta es de uso obligado por todos los centros de atención socio-sanitaria acreditados.

Esta herramienta está constituida por tres componentes: un conjunto mínimo de datos, una serie de "alarmas" y, por último, unos protocolos de valoración de la persona residente. El primero de los apartados, el conjunto mínimo de datos (MDS), recoge un total de 284 ítems, agrupados en secciones entre variables sociodemográficas y variables asistenciales (características básicas de los patrones de vida del individuo, de las necesidades del individuo, tratamientos...). Las secciones que conforman el MDS son las siguientes:

- A. Administrativa.
- B. Cognitiva.
- C. Comunicación / Audición.
- D. Visión.
- E. Afectividad y conducta.
- F. Bienestar psicosocial.
- G. Problemas físicos funcionales y estructurales.
- H. Continencia.
- I. Diagnósticos enfermedades.
- J. Problemas de salud.
- K. Estado nutricional.
- L. Estado dental.
- M. Condiciones de la piel.
- N. Patrón de actividades.
- O. Medicación.
- P. Tratamientos especiales y procedimientos.
- Q. Alta y estado general.
- R. Información sobre la valoración.
- S. Suplemento de terapias para financiación prospectiva.
- T. Sumario de protocolos de valoración de la persona residente.

Complementa el instrumento una serie de señales de alerta o de alarmas que dirigen hacia 18 protocolos de valoración para poder llevar a cabo evaluaciones más específicas y orientar a las personas res-

ponsables del centro en la confección del plan de atención individualizada. Éstos son los 18 protocolos de valoración:

1. Delirio.
2. Pérdida cognitiva.
3. Función visual.
4. Comunicación.
5. Función AVD/Potencial de rehabilitación.
6. Incontinencia urinaria/Sondaje.
7. Bienestar psicosocial.
8. Estado afectivo.
9. Síntomas conductuales.
10. Actividades.
11. Caídas.
12. Estado nutricional.
13. Sondajes de alimentación.
14. Deshidratación/Mantenimiento de fluidos.
15. Cuidado dental.
16. Úlceras por presión.
17. Uso de psicofármacos.
18. Sujeciones físicas.

El instrumento RAI incorpora una serie de dominios que permiten desarrollar hasta 30 indicadores de calidad:

Tabla 7. Indicadores de calidad instrumento RAI

Dominio	Indicador de calidad
Accidentes	1. Prevalencia de cualquier lesión
	2. Prevalencia de caídas
Conducta y patrón emocional	3. Prevalencia de conducta disruptiva
	4. Prevalencia de depresión
	5. Prevalencia de depresión sin tratamiento
Gestión clínica	6. Uso de nueve o más fármacos
Patrón cognitivo	7. Incidencia de deterioro cognitivo
	8. Prevalencia de incontinencia
Eliminación continencia	9. Prevalencia de incontinencia ocasional sin programa de educación vesical
	10. Prevalencia de sondas urinarias

Tabla 7. Indicadores de calidad instrumento RAI

Dominio	Indicador de calidad
Control infección	11. Prevalencia de impactación fecal
	12. Prevalencia de ITU
	13. Prevalencia de uso de antibióticos
Nutrición alimentación	14. Prevalencia de pérdida de peso
	15. Prevalencia de alimentación por sonda
	16. Prevalencia de deshidratación
Función física	17. Prevalencia de encamamiento.
	18. Incidencia en deterioro de AVD de pérdida tardía.
	19. Incidencia de contracturas.
	20. Ausencia de entrenamiento o practica de rango de movimiento en pacientes con dependencia en movilidad
Uso de psicofármacos	21. Prevalencia uso de antipsicóticos en ausencia de enfermedades psicóticas relacionadas
	22. Prevalencia de dosis de antipsicóticos superior a las establecidas
	23. Prevalencia de uso de sedantes/hipnóticos
	24. Prevalencia de uso de hipnóticos de forma regular o superior a dos ocasiones en la última semana.
	25. Prevalencia de uso de benzodiazepinas de larga duración
Calidad de vida	26. Prevalencia de sujeciones físicas
	27. Prevalencia de poca o nula actividad
Función sensorial / comunicación	28. Ausencia de acciones correctoras para trastornos sensoriales o problemas de comunicación
Cuidados de la piel	29. Prevalencia de úlceras por presión grados 1-4.
	30. Diabetes insulino dependiente sin cuidado de los pies.

El CMS acaba de publicar una [guía](#) de la última versión del RAI-MDS, la 3.0., destinada a ayudar a la persona evaluadora a recopilar, interpretar y organizar de manera sistematizada la información recogida en el MDS.

b) **Publicación de los resultados: *Nursing home compare***

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

A nivel federal, el CMS publica la página web [Nursing home compare](#) con información detallada y actualizada de los centros residenciales que reciben financiación de *Medicare* o *Medicaid*. Esta página se puso en marcha a finales de 2008 y pone a disposición de toda la ciudadanía la información obtenida de las siguientes fuentes:

- La base de datos de las evaluaciones realizadas por el CMS, que incluye:
 - o las características de los centros,
 - o las deficiencias detectadas en las tres últimas evaluaciones,
 - o las quejas de las que ha sido objeto,
 - o sanciones que se le han impuesto.
- Sistema *Payroll-Based Journal* (PBJ): este sistema permite a los centros residenciales proporcionar, de manera electrónica, cada tres meses el número de horas que el personal del centro ha cobrado por las horas de trabajo diarias.

- Base de datos nacional *Minimum Data Set* (MDS): recopila los datos de las evaluaciones realizadas por el centro residencial a las personas residentes, tal y como se ha detallado en el punto 2.7.1.
- Base de datos de solicitudes de *Medicare*: CMS usa las facturas que los centros residenciales y los hospitales envían a *Medicare* para identificar las hospitalizaciones y los ingresos en las residencias.

A través de la página web [Nursing home compare](#) se puede consultar la siguiente información:

Tabla 8. Información que ofrece la página web Nursing Home Compare

Tipo de contenido	Información concreta sobre el centro residencial
Información general sobre el centro residencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre y dirección. ▪ Si participa en <i>Medicare</i> o <i>Medicaid</i>. ▪ Si ésta ubicado en un hospital. ▪ Tipo de gestión: pública o privada. ▪ Si proporciona información a través del sistema <i>Payroll-Based Journal</i>.
Sistema de calificación de estrellas	Sistema de calificación del servicio mediante estrellas, que van de 1 a 5 estrellas.
Inspecciones sanitarias y de seguridad contra incendios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de suficiente plantilla para ofrecer atención adecuada. ▪ Gestión adecuada de la medicación. ▪ Protección de las personas residentes de malos tratos físicos y mentales. ▪ Proporcionar alimentación adecuada. ▪ Atención proporcionada a las personas residentes. ▪ Cómo interactúa el personal con las personas residentes. ▪ Entorno. ▪ Inspección contra incendios. ▪ Inspección de planes de emergencia.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de cuidados titulado. ▪ Personal auxiliar de cuidados. ▪ Personal terapeuta.
Calidad de la atención residencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corta estancia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Porcentaje de residentes rehospitalizados tras su estancia en el centro residencial. ○ Porcentaje de residentes que recibieron una visita ambulatoria de emergencia. ○ Porcentaje de residentes que tomaron medicación psicótica por primera vez. ○ Porcentaje de residentes con úlceras por presión nuevas o que han empeorado. ○ Porcentaje de residentes que informan sufrir dolor moderado a severo. ○ Número de residentes que regresan al domicilio o a la comunidad. ○ Porcentaje de residentes que mejoran la capacidad para moverse por su cuenta. ○ Porcentaje de residentes vacunados en la estación en curso. ○ Porcentaje de residentes vacunados para prevenir la neumonía. ○ Porcentaje de residentes que sufrieron una o más caídas. ▪ Larga estancia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Porcentaje de residentes que toman medicación psicótica. ○ Porcentaje de residentes que sufrieron una o más caídas. ○ Porcentaje de residentes con úlceras por presión. ○ Porcentaje de residentes con infección urinaria. ○ Porcentaje de residentes con catéter en la vejiga. ○ Porcentaje de residentes que empeoran la capacidad para moverse por su cuenta. ○ Porcentaje de residentes cuya necesidad para las actividades de la vida diaria ha incrementado. ○ Porcentaje de residentes con alguna sujeción física. ○ Porcentaje de residentes que informan sufrir dolor moderado a severo. ○ Porcentaje de residentes vacunados en la estación en curso. ○ Porcentaje de residentes vacunados para prevenir la neumonía. ○ Número de hospitalizaciones por 1.000 días de larga estancia.

Tipo de contenido	Información concreta sobre el centro residencial
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Porcentaje de residentes con incontinencia intestinal o urinaria. ○ Porcentaje de residentes con pérdida de peso significativa. ○ Porcentaje de residentes con síntomas de depresión. ○ Porcentaje de residentes que toman ansiolíticos o hipnóticos.
Sanciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multas. ▪ Denegación del pago de <i>Medicare</i> o <i>Medicaid</i>.

Ilustración 1: Información de los centros residenciales proporcionada en *Nursing Home Compare*

The screenshot shows the Medicare.gov Nursing Home Compare interface. At the top, there are navigation tabs: 'Nursing Home Compare Home', 'About Nursing Home Compare', 'About the Data', 'Resources', and 'Help'. Below these, a breadcrumb trail reads 'Home > Nursing Home Results > Nursing Home Profile'. The main heading is 'Nursing home profile' with a 'Print all information' link. A 'Back to Results' button is visible. Below the heading are several tabs: 'General information', 'Health inspections', 'Fire safety inspections', 'Staffing', 'Quality of resident care', and 'Penalties'. The 'Quality of resident care' tab is selected. The profile is for 'HEALTH & REHABILITATION CENTER AT THOMAS CIRCLE'. It shows an 'Overall rating' of 4.5 stars, labeled 'Much Above Average'. The 'Quality of resident care' section also shows a 4.5 star rating, labeled 'Much Above Average'. Text in this section explains that nursing homes report clinical information to CMS and lists two groups of residents: short-stay (100 days or less) and long-stay (over 100 days).

Siguiendo este modelo, algunos estados han desarrollado experiencias similares a la página web *Nursing home compare*. En el caso concreto del Estado de Minnesota, en 2006, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Sociales, en colaboración con la Universidad de Minnesota, pusieron en marcha la página web [Minnesota's Nursing Home Report Card](#) en la que se ofrece la siguiente información relativa a los centros residenciales del Estado:

- Calidad de vida de la persona residentes.
- Satisfacción de la familia.
- Indicadores de calidad médica.
- Resultados de las inspecciones estatales.
- Horas de atención directa.
- Personal de atención directa que permanece en el centro residencial.

- Uso de personal temporal de atención.
- Proporción de camas en habitaciones individuales.

Como en la página estatal *Nursing home compare*, los centros están sometidos a un sistema de calificación basado en estrellas. Ofrece, además, la tarifa/día del servicio, incluido el suplemento por habitación individual.

Ilustración 2: Información de los centros residenciales proporcionada en [Minnesota's Nursing Home Report Card](#)

Aicota Health Care Center
850 2nd Street NW - Acker, MN 56421 | (218)887-2294

Report Card History

Report Card Date	RN CQI-41 Quality Indicators	Resident Quality of Life	Family Satisfaction Survey	State Inspection Results	Hours of Direct Care	Staff Bandwidth	Nurse Staff Agency Use	Proportion of Beds in Single Rooms
(Minnesota Average)	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
10/16/2018	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
04/01/2018	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
12/18/2017	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
08/16/2017	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
11/02/2016	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
05/01/2016	★★★★	★★★★	n/a	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
10/03/2014	★★★★	★★★★	n/a	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
10/16/2013	★★★★	★★★★	n/a	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
04/01/2012	★★★★	★★★★	n/a	★★★★	★★★★	★★★★	★★★★★	★★★★

Facility Daily Rates

Room	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815
800	\$143.07	\$169.75	\$196.76	\$174.48	\$197.87	\$236.96	\$282.09	\$239.43	\$196.59	\$297.36	\$119.29	\$284.00	\$198.99	\$274.69	\$354.89	
801	\$182	\$213	\$244	\$221	\$244	\$283	\$332	\$283	\$244	\$354	\$139	\$325	\$236	\$325	\$426	
802	\$221	\$252	\$283	\$260	\$283	\$332	\$381	\$332	\$293	\$404	\$178	\$364	\$275	\$364	\$465	
803	\$260	\$291	\$322	\$299	\$322	\$371	\$420	\$371	\$332	\$443	\$217	\$399	\$310	\$399	\$500	
804	\$299	\$330	\$361	\$338	\$361	\$410	\$459	\$410	\$371	\$482	\$256	\$438	\$349	\$438	\$539	
805	\$338	\$369	\$400	\$377	\$400	\$449	\$498	\$449	\$410	\$521	\$295	\$477	\$388	\$477	\$578	
806	\$377	\$408	\$439	\$416	\$439	\$488	\$537	\$488	\$449	\$560	\$334	\$516	\$427	\$516	\$617	
807	\$416	\$447	\$478	\$455	\$478	\$527	\$576	\$527	\$488	\$599	\$373	\$555	\$466	\$555	\$656	
808	\$455	\$486	\$517	\$494	\$517	\$566	\$615	\$566	\$527	\$638	\$412	\$594	\$505	\$594	\$695	
809	\$494	\$525	\$556	\$533	\$556	\$605	\$654	\$605	\$566	\$677	\$451	\$633	\$544	\$633	\$734	
810	\$533	\$564	\$595	\$572	\$595	\$644	\$693	\$644	\$605	\$716	\$490	\$672	\$583	\$672	\$773	
811	\$572	\$603	\$634	\$611	\$634	\$683	\$732	\$683	\$644	\$755	\$529	\$711	\$622	\$711	\$812	
812	\$611	\$642	\$673	\$650	\$673	\$722	\$771	\$722	\$683	\$794	\$568	\$750	\$661	\$750	\$851	
813	\$650	\$681	\$712	\$689	\$712	\$761	\$810	\$761	\$722	\$833	\$607	\$789	\$700	\$789	\$890	
814	\$689	\$720	\$751	\$728	\$751	\$800	\$849	\$800	\$761	\$870	\$646	\$828	\$739	\$828	\$929	
815	\$728	\$759	\$790	\$767	\$790	\$839	\$888	\$839	\$800	\$911	\$685	\$867	\$778	\$867	\$968	

Additional charge(s) for private rooms

Room	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815
800	\$143.07	\$169.75	\$196.76	\$174.48	\$197.87	\$236.96	\$282.09	\$239.43	\$196.59	\$297.36	\$119.29	\$284.00	\$198.99	\$274.69	\$354.89	

2.7.2. The Pioneer Network y el Culture Change Movement

Junto al papel crucial desempeñado por el CMS en la gestión de la calidad de la atención y la calidad de vida de las personas atendidas, es destacable la influencia de *The Culture Change Movement*, liderado por *The Pioneer Network* –TPN, en adelante– en el modelo de atención estadounidense, en concreto, en lo relativo a la atención centrada en la persona.

El movimiento de cambio de cultura surge con el objetivo de transformar las residencias de personas mayores de instituciones de atención impersonales a verdaderos hogares centrados en la persona. Junto a la defensa de las personas residentes, el movimiento realiza una labor jurídica, legislativa y normativa destinada a mejorar tanto la calidad de la atención como la calidad de vida en las residencias de personas mayores.

Los orígenes del movimiento se remontan a comienzos de los años 80 del siglo XX, cuando el *National Citizen's Coalition for Nursing Home Reform* –el actual *National Consumer Voice for Quality Long-Term Care*– publicó el *Consumer Statement of Principles for the Nursing Home Regulatory System*, en el que se hacía hincapié en los derechos de las personas residentes, y que fue respaldado por más de 60 organizaciones. Poco después, la coalición publicó *A Consumer Perspective on Quality Care: The Residents' Point of View*, que recogía el trabajo del Comité del Instituto de Medicina sobre la regulación de las residencias. Ambos trabajos propugnan que la calidad de la atención y la calidad de vida son indisocia-

bles, por lo que resulta imperante aplicar políticas que promuevan la calidad de vida de las personas usuarias en las residencias.

En 1987, la *Nursing Home Reform Act* pasa a formar parte de la ley OBRA'87, de manera que se establece por ley, de forma explícita, que las personas usuarias de las residencias deben recibir los servicios adecuados para lograr y mantener su máximo grado de bienestar.

En este contexto, surge en los años 90 del pasado siglo, lo que en la actualidad se conoce como el movimiento de cambio de cultura, formado por profesionales de diferentes áreas (proveedores de servicios, defensores de las personas usuarias, investigadores/as, etc.) y que se agruparon en la [Pioneer Network](#). Los objetivos generales del movimiento son individualizar la atención de los centros residenciales, haciendo que las instalaciones sean más parecidas a hogares y menos "institucionales". Promueve la atención centrada en la persona a través de la reorientación de la cultura de los centros –sus valores, actitudes y normas–. Junto con el principio básico de escuchar a las personas usuarias y respetar sus elecciones personales, la filosofía de la red se basa en los siguientes principios¹⁰:

- Conocer a cada persona usuaria.
- Aceptar que cada interno puede y debe marcar la diferencia.
- Promover las relaciones sociales.
- Prestar atención a las necesidades espirituales, así como al cuerpo y a la mente.
- Animar a la toma de riesgos como parte de la vida.
- Pensar en la persona antes que en la tarea.
- Alentar la autodeterminación.
- Construir comunidad.
- Tratar a los demás como nos gustaría ser tratados.
- Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo personal.
- Usar el máximo potencial del entorno en todos sus aspectos (físico, organizacional, psicológico, social, espiritual).
- Evaluar la práctica para hacerlo mejor.
- Reconocer que el cambio cultural es un trabajo en constante progreso.

De acuerdo a este movimiento, la residencia ideal debería reunir las siguientes características¹¹:

- Orientada a las personas usuarias, de manera que las personas usuarias puedan tomar sus propias decisiones en cuestiones como el cuidado o las actividades del centro.
- Atmósfera más parecida a un hogar que a una institución.
- Relaciones estrechas, tanto entre las diferentes personas del centro como con el exterior.

¹⁰ Pioneer Network, [values and principles](#)

¹¹ Spector WD, Limcangco MR, Mukamel DB (University of California, Irvine). [Identifying culture change nursing homes, final report to the Commonwealth Fund](#). New York (NY): Commonwealth Fund; 2006

- Personal empoderado. Se debe organizar el trabajo para apoyar y capacitar a todo el personal para responder a las necesidades y deseos de las personas residentes.
- Gestión participativa en la que se fomenta la toma de decisiones colaborativa y descentralizada.
- Proceso permanente de mejora de la calidad.

Para facilitar el cambio de cultura, la red pone a disposición de los agentes interesados toda una batería de [recursos](#) que incluye conferencias, webinars, simposios, guías o manuales.

La implementación de los principios que propugna el movimiento de cambio de cultura va incrementando en el conjunto del país¹², sobre todo desde la adopción, por parte del CMS, de alguno de ellos como estándares obligatorios¹³. En cuanto a los resultados, si bien, todavía no son numerosas las evaluaciones de este nuevo enfoque en la atención, las experiencias que se inspiran en estos principios – como el *Green House Project*, que se describe en el punto 7 dedicado a innovaciones y ejemplos de buena práctica– evidencian mejoras en la calidad de la atención y en la calidad de vida de las personas usuarias¹⁴.

3. Descripción de las características físicas de los centros

A nivel federal, la sección [§483.90](#) de la ley OBRA'87 señala que “los centros deben diseñarse, construirse, equiparse y mantenerse para proteger la salud y la seguridad de las personas residentes, el personal y el público.” Estos estándares federales, orientados a la protección y la seguridad, constituyen el conjunto mínimo de requisitos a partir del cual cada estado desarrolla su normativa.

A nivel estatal, los estados tienen el control sobre quién accede y permanece en el mercado de la provisión de servicios residenciales. Los centros residenciales requieren de una autorización de apertura otorgada por los estados que, en el caso del estado de Minnesota, es competencia del Departamento de Salud. En relación a los aspectos físicos de los centros residenciales, la ley estatal distingue entre las instalaciones existentes y las de nueva construcción. Estas últimas, para poder ejercer, están obligadas a seguir los estándares marcados por la ley. En cuanto a los ya existentes, la ley señala que, como mínimo, deben cumplir con los estándares vigentes en el momento de su construcción.

La ley estatal de salud¹⁵ así como la Normativa Administrativa de Minnesota recogen los requisitos que deben reunir los centros residenciales de atención a personas mayores para poder ejercer en el territorio, y que se detallan en los siguientes puntos. Cabe señalar que las cuestiones relativas a los aspectos físicos de las instalaciones son comunes a todos los tipos de centros de atención residencial.

3.1. Aspectos relativos a la ubicación

El capítulo [4660.1200](#) del Departamento de Salud de Minnesota establece los requisitos mínimos en relación a la ubicación de los centros residenciales de nueva construcción. De acuerdo con este capítulo, el centro debe estar ubicado de manera que promueva en todo momento la salud, la comodidad y la

¹² Miller SC, Looze J, Shield R, et al. [Culture change practice in U.S. Nursing homes: prevalence and variation by state medicaid reimbursement policies](#). Gerontologist. 2014;54(3):434-445.

¹³ Shield RR, Looze J, Tyler D, Lepore M, Miller SC. [Why and how do nursing homes implement culture change practices? Insights from qualitative interviews in a mixed methods study](#). J Appl Gerontol. 2014;33(6):737-763.

¹⁴ Koren, M.J., [Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement](#), Health Affairs, 2010

¹⁵ [2018 Minnesota Statutes](#), chapter 144, Department of Health

seguridad de las personas residentes. Además de establecer la obligación de la nueva instalación de disponer de los servicios básicos (electricidad, agua, etc.), conforme a la normativa vigente en materia de seguridad, la ley estatal señala lo siguiente:

- El edificio debe estar alejado de pantanos, de vías de ferrocarril y de zonas industriales, ya que pueden resultar molestos o perjudiciales para la salud. Asimismo, el edificio tampoco debe estar junto a un cementerio o funeraria.
- El edificio debe estar ubicado a menos de 8 km de un municipio.
- El edificio debe estar ubicado en una zona que disponga de servicio de bomberos.
- Los servicios sanitarios deben estar fácilmente disponibles.
- El edificio tiene que estar alejado de zonas de almacenamiento de productos inflamables.
- La topografía debe propiciar el desagüe natural en caso de lluvias y evitar inundaciones.
- El acceso al edificio debe realizarse a través de carreteras y caminos adecuados para todo tipo de clima.
- El centro debe disponer de los espacios adecuados para la realización de actividades al aire libre.

3.2. Aspectos relativos al tamaño de los centros

La normativa estatal vigente para la autorización de los centros residenciales no determina el tamaño máximo o mínimo de las instalaciones. De manera muy genérica, señala lo siguiente (ordenanza [4658.0030 Capacity prescribed](#)):

“Cada licencia debe especificar el número máximo permitido de residentes que pueden ser atendidos de manera permanente. En ningún momento podrá haber más residentes del número máximo especificado para su autorización. El número máximo de camas estará determinado por el espacio disponible en la instalación”.

Los datos para el conjunto del país revelan que el tamaño medio de las residencias es considerablemente mayor (con un promedio de 109 camas) que el de las soluciones residenciales de tipo comunitario, con un promedio de 34,5 camas por centro.

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

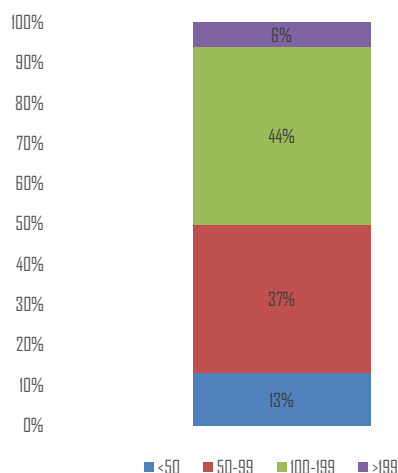
	Nº de centros	Nº de camas	Tamaño medio
Residencias	15.600	1.700.000	109
Soluciones residenciales de tipo comunitario	28.900	996.100	34,5

Elaboración propia a partir del [National Center for Health Statistics](#)

En función de su tamaño, se observa que, para el conjunto del país, las residencias de entre 100 y 199 camas representan casi la mitad –el 44%– de la oferta existente, seguidas de las residencias con una capacidad de entre 50 y 99 camas. Son significativamente inferiores en número las residencias con

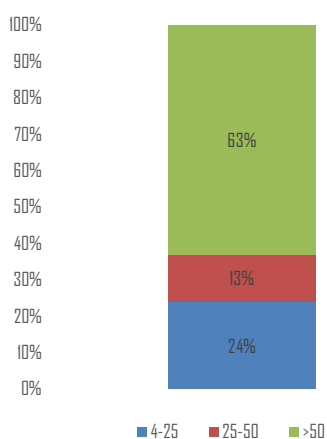
menos de 50 camas –un 13% del total de residencias de Estados Unidos–, así como las de más de 199 camas –un 6% del total de la oferta de residencias–.

Gráfico 4. Distribución de las residencias para personas mayores en Estados Unidos por tamaño (%)



Tal y como se ha visto en la tabla anterior, el tamaño medio de las soluciones residenciales de tipo comunitario es significativamente inferior al de las residencias –34,5 camas, frente a 109–. Más de la mitad de este tipo de centros residenciales disponen de más de 50 camas –63%–, mientras que los centros pequeños (entre 4 y 25 camas) representan el 24% y los de tamaño mediano (entre 25 y 50 camas) apenas el 13%.

Gráfico 5. Distribución de las soluciones residenciales de tipo comunitario para personas mayores en Estados Unidos por tamaño (%)



3.3. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

En relación al diseño y a la estructura ambiental, la normativa estatal regula los estándares mínimos tanto en relación a los espacios privados como a los colectivos. En lo referente a los espacios privados, los centros residenciales de Minnesota tienen que cumplir con los siguientes estándares mínimos:

- Al menos, el cinco por cien de las habitaciones tienen que ser individuales (con una cama), y deben disponer de baño privado. Al menos el 75% de las camas tienen que estar ubicadas en habitaciones individuales o dobles. Ninguna habitación debe tener más de cuatro camas.
- Las habitaciones de las personas usuarias deben estar bien ventiladas, sin humedad y ser luminosas.
- Cada habitación debe tener acceso directo a un pasillo con salida.
- El espacio, por cama, no debe ser inferior a 100 pies cuadrados en el caso de las habitaciones individuales, y de 80 pies cuadrados en las de dos, tres o cuatro camas.
- Ninguna habitación debe tener acceso a una zona común como el comedor o la sala de descanso.
- La puerta al pasillo tiene que ser resistente al fuego.
- Cada residente de la habitación debe disponer de un armario individual.

En cuanto a los espacios colectivos, la normativa estatal vigente señala lo siguiente:

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

Además, la normativa estatal establece que, para su funcionamiento, los centros residenciales deben disponer de un plan de seguridad y desastres, así como de un comité de evaluación de la calidad, compuesto por, al menos, seis personas.

4. Dotaciones y perfiles profesionales

4.1. Requisitos normativos en materia de personal

De acuerdo con la ley federal, un centro residencial debe disponer de suficiente personal de atención. La sección [§483.70](#) de la ley OBRA'87 establece que todo centro residencial debe contar con un/a director/a, con una titulación superior reconocida por el Estado. El centro residencial puede compartir con otro centro los servicios del/la directora/a con titulación superior, siempre que esto no dificulte su presencia en el centro el tiempo suficiente para la correcta gestión del mismo. El/la directora/a debe establecer procesos y delegar en el personal presente durante su ausencia, aunque siempre sea el responsable último de la gestión del centro. En todo momento, debe constar en el centro residencial el nombre del/la director/a y el de la persona responsable durante su ausencia.

Con relación a la atención sanitaria, la ley federal establece que los centros residenciales de atención a la dependencia tienen que disponer de personal de enfermería (diplomado o auxiliar) con una dedica-

ción mínima de dos horas por residente en una jornada de 24 horas o 0,95 horas por día. Asimismo, se establece lo siguiente en relación al personal de atención de enfermería:

- El centro residencial deberá designar un/a enfermero/a diplomado/a como enfermero/a responsable de cada turno. Este/a enfermero/a diplomado/a estará disponible y localizable en todo momento para el resto de personal de atención.
- El centro se tiene que asegurar de que el personal de enfermería (diplomado, auxiliar, cuidador) disponga de las competencias necesarias para cubrir las necesidades de atención de las personas residentes.
- El centro debe contar con un/a enfermero/a diplomado/a, como mínimo, ocho horas al día los siete días de la semana.
- El centro residencial no debe utilizar a ninguna persona de la plantilla del centro como cuidador durante más de meses, a tiempo completo, a menos de que la persona trabajadora demuestre que ha completado un programa de formación estatal, acorde con la ordenanza [§483.151](#).
- El centro tiene que disponer de una plantilla estable de forma permanente.
- Antes de contratar a una persona cuidadora, el centro debe comprobar que está debidamente inscrita en el [registro estatal](#).
- Si la persona cuidadora ha estado más de 24 meses seguidos sin trabajar, deberá completar un programa de evaluación de capacitación y competencias estatal.
- El centro residencial debe evaluar, como mínimo una vez al año, las aptitudes del personal cuidador y proporcionarle la formación necesaria en base a los resultados de la evaluación.

En cuanto al personal de la atención social, tanto la ley federal OBRA'87 ([§483.70](#)), como la estatal ([4658.1005](#)) establecen que una residencia debe disponer de un/a trabajador/a social. Una residencia con más de 120 camas debe contar, como mínimo, con un/a trabajador/a social a jornada completa.

Por otro lado, la ley federal establece que los centros de atención a la dependencia deben desarrollar, implementar y mantener programas de formación para todo el personal del centro ([§483.95 - Training requirements](#)). Especifica también que dichas formaciones tienen que incluir, como mínimo, los siguientes aspectos:

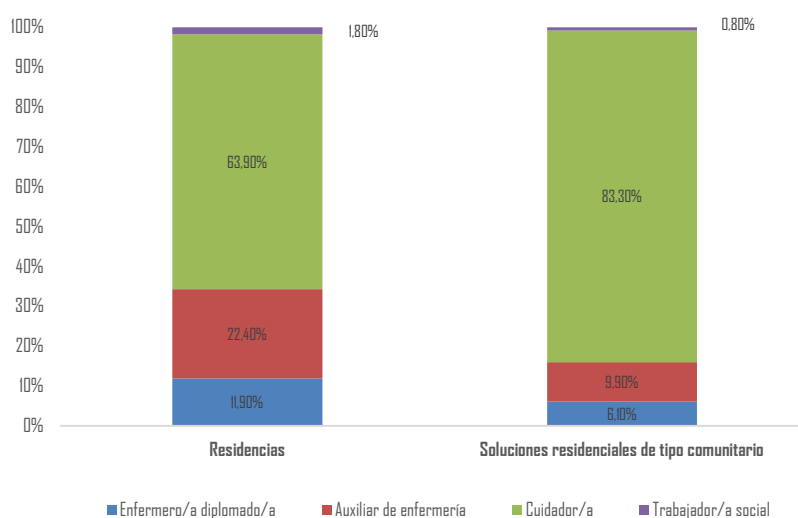
- Comunicación.
- Derechos de las personas usuarias y obligaciones del centro.
- Malos tratos, negligencia y explotación.
- Garantía de calidad y mejora continua del rendimiento.
- Control de infecciones.
- Ética.
- Salud mental y conductual.

4.2. Dotación y ratios del personal

Los datos más recientes¹⁶ señalan que, en 2016, las residencias contaban con un total de 945.700 profesionales, tanto del ámbito de la enfermería como del trabajo social, mientras las soluciones residenciales de tipo comunitario empleaban a un total de 298.800 profesionales del ámbito sociosanitario.

La distribución de personal sanitario y social empleado varía en cada tipo de centro. En ambas tipologías de centros residenciales, el grueso de la plantilla lo conforman los/as gerocultores/as y el personal auxiliar de enfermería. Por el contrario, los/as trabajadores/as sociales representan únicamente el 11,9% y el 6,10% del personal sociosanitario en las residencias y los centros residenciales de tipo comunitario, respectivamente.

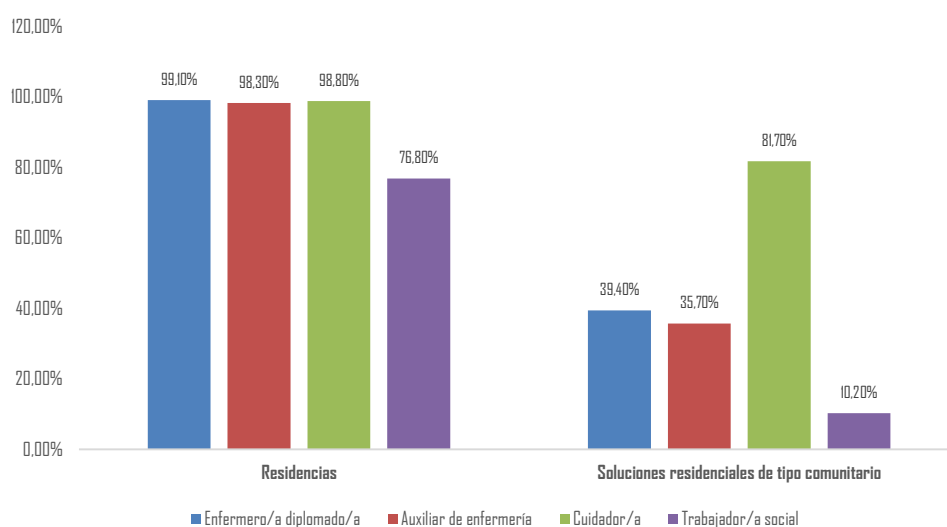
Gráfico 6. Distribución de personal sanitario y social, por tipo de centro residencial (%)



En relación al porcentaje de personal contratado a jornada completa para cada uno de estos cuatro perfiles profesionales del ámbito sociosanitario en los diferentes tipos de centros residenciales, se observa que prácticamente la totalidad de las residencias disponen de personal sanitario a jornada completa, siendo la presencia de estos profesionales inferior en los centros residenciales de tipo comunitario.

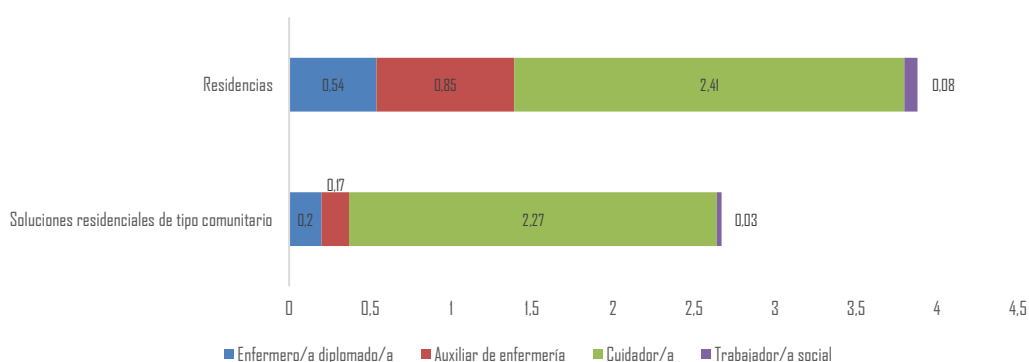
¹⁶ [Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2015–2016](#) (2019)

Gráfico 7. Porcentaje de centros residenciales con personal socio sanitario empleado a jornada completa, por tipo de centro residencial



En cuanto a las ratios de atención, se observa que el promedio de horas del personal socio sanitario por residente es mayor en las residencias que en los centros residenciales de tipo comunitario. El promedio de horas total del personal de atención directa de enfermería por residente es de 3.80 (lo que equivale a 3 horas y 48 minutos) en el caso de las residencias, frente al 2.64 (2 horas y 38 minutos) de las soluciones residenciales de tipo comunitario.

Gráfico 8. Promedio horas del personal socio sanitario por residente, por tipo de centro residencial



5. Descripción de los principales elementos organizativos

5.1. El catálogo mínimo de prestaciones

A nivel federal, la ley OBRA'87 establece los servicios generales que deben prestar los servicios y centros de atención a la dependencia:

- Evaluación de las personas residentes (sección [§483.20](#))
- Plan de atención personalizado e integral (sección [§483.21](#))
- Servicios médicos (sección [§483.30](#))
- Servicios de enfermería (sección [§483.35](#))
- Servicios de salud mental (sección [§483.40](#))
- Servicios de farmacia (sección [§483.45](#))
- Laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (sección [§483.50](#))
- Servicios de odontología (sección [§483.55](#))
- Servicios de alimentación y nutrición (sección [§483.60](#))
- Servicios especializados de rehabilitación (sección [§483.65](#))
- Servicios de administración (sección [§483.70](#))

Más allá de estas prestaciones, la normativa estatal regula las obligaciones de cada tipo de centro residencial. En el caso de las residencias, el capítulo [4658](#) articula las prestaciones de este tipo de centros en relación a los siguientes ámbitos:

- Administración. Garantizar la seguridad de la persona residente y establecer un plan de emergencia.
- Derechos. Garantizar los derechos de las personas residentes: acompañamiento en el proceso de muerte, asignación de habitaciones, administración de medicamentos, etc.
- Gestión de los bienes de las personas residentes. Contabilidad y registro de los fondos personales, depósito de los bienes, devolución de los fondos personales de la persona residente tras su traslado o defunción.
- Valoraciones. Llevar a cabo valoraciones de las personas residentes y establecer un plan de atención individualizado.
- Enfermería. Cuidados de rehabilitación, apoyo en la comida, etc.
- Manutención. Ofrecer a la persona residente una dieta acorde a sus necesidades calóricas y nutritivas, en base a lo determinado en la valoración llevada a cabo por el centro.
- Asistencia médica y odontológica. Reconocimiento médico de las personas residentes, cuidado bucodental diario, asistencia odontológica rutinarios y de emergencia.
- Control de infecciones.
- Ocio. Elaborar programas de actividades y de ocio.
- Necesidades espirituales. Garantizar que las necesidades espirituales y religiosas de las personas residentes están cubiertas.
- Atención sociosanitaria. Proporcionar la debida atención sociosanitaria a cada residente.

- Peluquería y estética. Proporcionar servicios de peluquería y estética a las personas residentes.
- Rehabilitación. Ofrecer servicios especializados de rehabilitación.
- Servicios médicos y de farmacia.
- Servicios de lavandería.

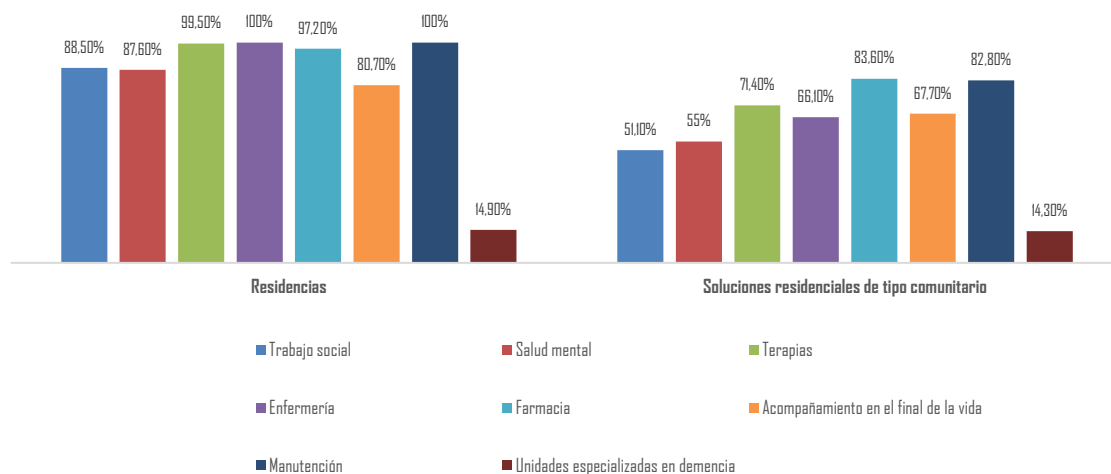
Por otro lado, la normativa estatal establece los siguientes servicios mínimos que deben ofrecer los centros residenciales de apoyo y vida asistida ([144G.03](#)):

- Servicios sanitarios: asistencia en la gestión de los medicamentos, y asistencia en, al menos, tres actividades de la vida cotidiana.
- Servicios de manutención (dos comidas al día).
- Servicio de limpieza semanal.
- Servicio semanal de lavandería.
- Servicio de acompañamiento a citas médicas y/o sociales, bajo petición de la persona usuaria.
- Servicio de acompañamiento a recursos y servicios de la comunidad, bajo petición de la persona usuaria.
- Servicios de socialización y ocio.

El análisis realizado en 2019 para el conjunto del país, proporciona información sobre los servicios ofrecidos por los diferentes tipos de centros residenciales. En concreto, analiza la provisión de los servicios más comunes en los centros certificados de cuidados de larga duración:

- Trabajo social.
- Salud mental.
- Terapias.
- Enfermería.
- Farmacia.
- Acompañamiento en el final de la vida.
- Manutención.
- Unidades especializadas en demencia.

Gráfico 9. Servicios prestados en los centros residenciales en Estados Unidos, por tipo de centro residencial



5.2. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Como se ha señalado al comienzo, la atención centrada en la persona constituye al menos teóricamente uno de los principios básicos de la atención residencial en los Estados Unidos. La sección [§483.10](#) relativa a los derechos de las personas usuarias impone el derecho de autodeterminación de las personas usuarias en todos los aspectos relativos a la atención, de manera que éste constituye uno de los ejes sobre el que pivota la ley OBRA'87.

Además de vertebrar toda la ley, OBRA'87 dedica una sección específica ([§483.21](#)) a la planificación de la atención centrada en la persona. Esta regulación ha sido objeto de diversas adaptaciones y modificaciones a cargo de la agencia federal CMS, siendo la más reciente la de 2016.

Tal y como se define en esta sección de la ley federal, la atención personalizada coloca a la persona usuaria del servicio en el centro de la atención, ayudándole a tomar sus propias decisiones y a mantener el control sobre su vida diaria. Según la CMS, tal y como está definido, este enfoque permite una gran flexibilidad en la planificación de la atención y en los equipamientos de las personas residentes.

Esta sección establece las siguientes obligaciones a los proveedores de servicios para la personalización de la atención:

- Plan básico de atención individualizada (*baseline care plan*). El centro tiene que desarrollar e implementar un plan básico de atención individualizada para cada una de las personas usuarias, que incluya las instrucciones necesarias para la provisión de atención efectiva y centrada en la persona. El plan debe:
 - o Completarse dentro de las primeras 48 horas del ingreso de la persona usuaria.
 - o Incluir la información sanitaria mínima necesaria para ofrecer una atención adecuada de (dieta, medicación, etc.).
- Plan integral de atención individualizada (*comprehensive care plan*). El centro debe elaborar e implementar un plan integral de atención individualizada para cada residente, que incluya ob-

jetivos y plazos medibles para satisfacer las necesidades médicas, de enfermería, mentales y psicosociales de la persona usuaria del centro. El plan debe describir lo siguiente:

- Los servicios que se van a proporcionar para alcanzar y/o mantener el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes.
- Cualquier servicio que debiera darse, pero que, bajo el derecho de la persona usuaria de rechazar un tratamiento, no se esté proporcionando.
- Habiéndolo consultado con el/la residente y la persona de referencia:
 - Los objetivos y resultados deseados de la persona residente.
 - Las preferencias de la persona residente de cara a un posible traslado o derivación (a la comunidad, etc.).
- El plan integral de atención individualizada debe:
 - Elaborarse en los siguientes siete días tras la valoración integral.
 - Elaborarse por un equipo multidisciplinar (personal médico y de enfermería, nutricionistas, la propia persona residente y su persona de referencia, etc.)
- Plan de alta (*discharge planning*). El centro debe elaborar y aplicar un plan de alta que se centre en los objetivos de la persona usuaria. El plan de alta tiene que preparar a la persona residente para que sea parte activa del proceso y tiene que planificar la transición efectiva al destino. El plan de alta debe:
 - Garantizar que las necesidades de alta de la persona usuaria están debidamente identificadas y que están contempladas en el plan individualizado de alta.
 - Incluir nuevas evaluaciones de la persona residente para identificar cambios que requieran modificar el plan de alta. El plan debe estar actualizado de manera que refleje, en todo momento, estos cambios.
 - Implicar al equipo multidisciplinar en el proceso de elaboración del plan de alta.
 - Implicar a la persona usuaria y a su persona de referencia en la elaboración del plan de alta.
 - Contemplar los objetivos y preferencias de la persona usuaria en relación a la atención y el tratamiento.
 - Documentar que a la persona usuaria se le ha ofrecido la posibilidad de ser informada sobre su posible regreso a la comunidad.
 - En caso de que la persona usuaria muestre interés por volver a la comunidad, el centro debe documentar los contactos establecidos con entidades y agentes locales para este propósito.
 - Si se determina que el traslado a la comunidad no es factible, el centro debe documentar quién lo determinó así y por qué.

5.3. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

La cuestión de los cuidados personales se enfoca en el modelo estadounidense desde dos ópticas diferentes: por un lado, desde la seguridad, y por el otro, desde la óptica de la calidad de la atención.

El primero de los enfoques se aborda en la sección [§483.12](#) de la ley federal OBRA'87 dedicada a la prevención del abuso, el abandono y la explotación. En él se determina que la persona residente tiene derecho a no sufrir abusos, negligencia, apropiación indebida de la propiedad de sus pertenencias y explotación. Esto incluye el castigo corporal, el aislamiento involuntario, así como cualquier restricción física o química que no sea necesaria para su tratamiento. En relación a esta cuestión, la sección establece una serie de obligaciones a los centros, así como el diseño de políticas específicas para su prevención.

A su vez, la sección [§483.25](#) de la ley OBRA'87 aborda la cuestión de los cuidados personales desde la óptica de la calidad de la atención. En él se establece que el centro de atención a la dependencia debe garantizar que las personas usuarias reciben el tratamiento y la atención adecuados acorde a los estándares profesionales y a las elecciones de las personas usuarias. En este sentido, la sección establece las siguientes obligaciones en materia de cuidados personales:

Tabla 10. Cuidados personales que deben garantizar los centros residenciales estadounidenses, en base a la ley federal

Ámbito	Obligaciones del centro residencial
Visión y audición	Ayudar a la persona residente a concertar citas.
	Ayudar a la persona residente a organizar el traslado hasta las citas con los profesionales especializados en visión y audición.
Úlceras por presión	Garantizar que las personas residentes reciben la atención adecuada para prevenir las úlceras por presión y evitar que las desarrollen a menos que las condiciones clínicas de la persona residente demuestren que eran inevitables.
	Garantizar que las personas residentes con úlceras por presión reciben el tratamiento y servicios necesarios, conforme a los estándares profesionales, para promover la curación, y prevenir la infección y el desarrollo de nuevas úlceras.
Cuidados del pie	Proporcionar cuidado y tratamiento de los pies, conforme a los estándares profesionales, con el objeto de prevenir complicaciones derivadas de la situación médica de la persona residente.
	Ayudar, si fuera necesario, a la persona residente a organizar una cita con un profesional cualificado, así como el traslado a la consulta.
Movilidad	Asegurar que un/a residente que entra en el centro sin limitaciones de movimiento no experimente una reducción del rango de movimiento que no esté justificada por sus condiciones sanitarias.
	Asegurar que un/a residente con movilidad reducida recibe el tratamiento y los servicios adecuados para incrementar la movilidad y/o prevenir la pérdida de movilidad.
	Asegurar que un residente con movilidad limitada reciba los servicios, equipos y asistencia adecuados para mantener o mejorar la movilidad con la máxima independencia posible, a menos que pueda demostrarse que una reducción de la movilidad es inevitable.
Accidentes	Garantizar un entorno seguro que evite accidentes en las personas residentes. Garantizar que los/as residentes reciben la supervisión y asistencia adecuadas para prevenir accidentes.
Continencia	Garantizar que la persona residente recibe servicios de continencia urinaria e intestinal, y asistencia para mantener la continencia, a no ser que su condición clínica sea tal que la continencia no se pueda mantener.
Incontinencia	Garantizar que un residente que ingresa en el centro sin un catéter permanente no sea cateterizado.
	Garantizar que el residente que ingresa en el centro con un catéter permanente es valorado para la extracción del catéter lo antes posible, a menos que la condición clínica del residente demuestre que es necesario realizar un cateterismo.
	Garantizar que el residente con incontinencia urinaria reciba el tratamiento y los servicios adecuados para prevenir infecciones urinarias y restaurar la continencia en la medida de lo posible. Para un residente con incontinencia intestinal, el centro debe garantizar el tratamiento y los servicios adecuados para poder restablecer la mayor normalidad del funcionamiento del intestino.
Colostomía, ileostomía o urostomía	Garantizar que los residentes que requieren del servicio de colostomía, urostomía o ileostomía, reciban la atención adecuada, en base a los principios de la práctica profesional, al plan de atención integral centrada en la persona, y a los objetivos y preferencias de los residentes.
Hidratación y nutrición	Garantizar que las personas residentes mantienen los parámetros adecuados del estado nutricional, tales como el peso habitual, el rango de peso corporal deseable o el equilibrio electrolítico, a menos que la condición clínica del residente demuestre que no es posible, o bien, que las preferencias del residente

Tabla 10. Cuidados personales que deben garantizar los centros residenciales estadounidenses, en base a la ley federal

Ámbito	Obligaciones del centro residencial
	indiquen lo contrario. Garantizar la ingesta suficiente de líquidos para mantener una hidratación y salud adecuada del residente.
	Garantizar al residente una dieta terapéutica, cuando haya un problema nutricional.
	Garantizar que el residente que haya podido comer solo lo suficiente o con asistencia, no sea alimentado por métodos de nutrición enteral, a menos que la condición clínica del residente demuestre que la nutrición enteral fue clínicamente indicada y autorizada por el propio residente.
	Garantizar que el residente alimentado por el método enteral reciba el tratamiento y los servicios adecuados para restaurar, si es posible, las habilidades de alimentación oral y poder prevenir complicaciones de la nutrición enteral.
Nutrición parenteral	Administrar líquidos parenterales, en base a los principios de la práctica profesional, y de acuerdo con las órdenes del médico, con el plan de atención integral centrada en la persona y con los objetivos y preferencias de la persona residente.
Cuidados respiratorios, incluyendo el cuidado de la traqueotomía y la succión traqueal	Garantizar que el residente que necesite atención respiratoria, incluida el procedimiento de traqueotomía y succión traqueal, reciba dicha atención, de acuerdo con los principios de la práctica profesional, así como con las órdenes del médico, con el plan de atención integral centrada en la persona y con los objetivos y preferencias del residente.
Prótesis	Garantizar que el residente que tiene una prótesis, reciba atención y asistencia, de acuerdo con los principios de la práctica profesional y de acuerdo con las órdenes del médico, con el plan de atención integral centrada en la persona y con los objetivos y preferencias del residente.
Diálisis	Garantizar que los residentes que requieran de una diálisis reciban los servicios, de acuerdo con las órdenes del médico, el plan de atención integral centrada en la persona y los objetivos y preferencias del residente.
Rieles de cama	Utilizar alternativas apropiadas antes de instalar un riel de cama. Si se utiliza un riel lateral, el centro debe garantizar la instalación, el uso y el mantenimiento correcto de los mismos.

Fuente: Elaboración propia a partir de la sección [§483.25](#) la ley OBRA'87.

En relación al apoyo a la vida cotidiana, esta cuestión se enfoca desde la óptica de la calidad de vida de las personas residentes. En concreto, la sección [§483.24](#) de la ley OBRA'87, establece que, en base a la evaluación integral del residente y de acuerdo con las necesidades y elecciones del propio residente, el centro debe ofrecer lo siguiente:

- Atención y servicios necesarios para mantener o mejorar las capacidades del residente en la realización de las actividades de la vida diaria.
- En los casos en los que la persona usuaria no pueda realizar por sí misma las actividades de la vida cotidiana, el centro debe garantizar los servicios necesarios para mantener una buena alimentación, aseo e higiene personal y oral.

5.4. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

La cuestión de la alimentación y la hidratación de las personas residentes se aborda de forma específica en la sección [§483.60](#) de la ley OBRA'87. Esta sección establece que el centro debe proporcionar a las personas residentes una dieta nutritiva, apetitosa y equilibrada que satisfaga sus necesidades nutricionales y dietéticas diarias, teniendo en cuenta las preferencias de cada uno de ellos. Algunas de las obligaciones que se establecen en relación a esta cuestión son las siguientes:

- El centro debe contar con personal suficiente y con las competencias adecuadas para llevar a cabo las tareas del servicio de nutrición y alimentación, teniendo en cuenta las valoraciones de las personas usuarias y los planes de atención individualizados.

- El servicio de alimentación y nutrición debe contar con un dietista o profesional de la nutrición acreditado a jornada completa.
- El centro debe contar con personal de apoyo suficiente para llevar a cabo de forma segura y eficaz las funciones del servicio de alimentación y nutrición.
- Un miembro del servicio de alimentación y nutrición debe formar parte del equipo multidisciplinar encargado de la evaluación y elaboración del plan integral de atención individualizada.
- Los menús deben:
 - o Satisfacer las necesidades nutricionales de los residentes.
 - o Estar preparados con antelación.
 - o Respetar, en la medida de lo posible, la diversidad religiosa, cultural y étnica de la población residente, así como las preferencias de las personas usuarias.
 - o Renovarse de forma periódica.
- Los centros deben proporcionar, como mínimo, tres comidas diarias, en un horario regular y acorde a las necesidades y/o preferencias de la persona usuaria.
- No pueden transcurrir más de 14 horas entre la cena y el desayuno del día siguiente.
- El centro debe proporcionar equipo y utensilios especiales para comer a las personas residentes que los necesiten, así como asistencia adecuada para su uso.

A su vez, la sección [§483.80](#) de la ley federal establece las obligaciones de las entidades proveedoras de servicios en materia de limpieza. En concreto, regula las siguientes cuestiones:

- Establecimiento de un programa de prevención y control de infecciones.
- Selección del personal responsable de la prevención de infecciones.
- Participación del/los responsable/s de la prevención de infecciones en el comité de evaluación y garantía de calidad.
- Coberturas vacunales.
- Gestión de la ropa de cama.
- Revisión y actualización del programa de prevención y control de infecciones.
- Sistema para facilitar los datos del Covid-19.

5.5. Elementos relevantes para la vida significativa

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

La ley federal OBRA'87 aborda los elementos que pueden estar relacionados con el bienestar psicológico de las personas residentes. En concreto, esta cuestión la abordan las siguientes secciones de la ley federal:

- la sección [§483.24](#), dedicada a la calidad de vida de las personas residentes, y

- la sección [§483.40](#) sobre servicios de salud mental.

La primera de las dos secciones señala que todo residente debe recibir y el centro debe proporcionar la necesaria atención y servicios para alcanzar y mantener el estado óptimo de bienestar físico, mental y psicosocial. Para ello, la sección establece a los centros la obligación de proporcionar un programa de apoyo a la realización de actividades, tanto en grupo como individuales, diseñado para satisfacer los intereses de las personas residentes y contribuir a su bienestar físico, mental y psicosocial.

A su vez, la sección [§483.40](#) establece que, de cara a favorecer el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes, es obligatorio que el centro proporcione atención y servicios de salud mental. La salud mental, tal y como señala la sección de la ley federal, abarca todo el bienestar emocional y mental de la persona residente, lo que incluye, entre otras cosas, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y por el consumo de sustancias. En relación a esta cuestión, la ley regula las cuestiones relativas al personal, así como los servicios y atención que debe prestarse, dependiendo del tipo de trastorno en base a diferentes necesidades (trauma, estrés postraumático, etc.).

5.5.2. Mecanismos de participación y presentación de quejas

Tal y como se ha señalado al comienzo del presente capítulo, la ley federal OBRA'87 establece el derecho de las personas residentes a presentar quejas, sin discriminación o represalias, o sin sentir miedo a sufrir una de dichas acciones. Además de en el propio centro, la persona usuaria tiene derecho, tal y como establece la ley, a presentar una queja ante el *Long-term Care Ombudsman Program*.

La ley *Older Americans Act* (OAA) establece que todos los Estados deben disponer de un [Programa de Defensor del Pueblo](#) (*Long-term care Ombudsman Program*) que vele por la mejora de la calidad de la atención a la dependencia, a través de la defensa y el empoderamiento de las personas usuarias de los diferentes servicios. Entre sus responsabilidades se encuentran las siguientes¹⁷:

- Educar a las personas usuarias, a sus familiares y al personal de los servicios en derechos, buenas prácticas en el cuidado, y en los servicios de atención a la dependencia similares existentes, así como en los recursos de apoyo.
- Garantizar que las personas usuarias de los servicios tienen acceso, de forma sencilla e inmediata, a los servicios del Defensor.
- Brindar apoyo técnico para el desarrollo de asociaciones de usuarios/as y familiares.
- Abogar por cambios que mejoren la calidad de vida y la atención a las personas usuarias.
- Informar a la ciudadanía sobre los centros y servicios de atención a la dependencia, los derechos de las personas usuarias, y la legislación y políticas vigentes.
- Representar los intereses de las personas usuarias ante las agencias gubernamentales.
- Buscar recursos legales y administrativos para proteger a las personas usuarias.

5.5.3. Relación y cercanía con la comunidad

La relación entre los centros residenciales y los recursos comunitarios no se tiene en cuenta de forma específica ni en la normativa federal, ni en la estatal.

¹⁷ [State Long-Term Care Ombudsman Programs: Final Rule \(2015\) Overview 45 CFR 1321 and 1327](#)

5.5.4. Presencia y papel de las familias

La ley federal OBRA'87 establece que los miembros de la familia tienen derecho a implicarse en la atención de la persona usuaria, a menos que la persona residente indique que no desea la participación de sus familiares. Esta implicación de la familia se contempla en los procesos de valoración y de elaboración del plan de atención individualizada de la persona residente.

Asimismo, en el capítulo dedicado a los derechos de las personas usuarias, la ley federal regula que las personas usuarias tienen derecho a recibir visitas de sus familiares, para lo que el centro tiene que contar con los espacios necesarios para propiciar estos encuentros.

Por otro lado, la citada ley federal establece la posibilidad de que los familiares de los centros residenciales puedan unirse, conformando los denominados *Family councils*. De este modo, los familiares de las personas usuarias de una residencia pueden tratar, de manera unida, todas las cuestiones relativas al centro con los administradores del mismo.

5.5.5. Presencia y papel del voluntariado

El papel del voluntariado no se tiene especialmente en cuenta de forma específica ni en la normativa federal, ni en la estatal.

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

La ley federal OBRA'87 dedica una sección ([§483.70 - Administration](#)) a la gestión y la gobernanza de los centros, con obligaciones específicas que tienen por objeto contribuir a que los centros sean administrados de manera eficaz y eficiente para conseguir, en todo momento, alcanzar y mantener el bienestar físico, mental y psicosocial de las personas residentes. Entre otras cuestiones, esta sección determina lo siguiente:

- Todos los centros deben contar con una autorización estatal.
- El centro está obligado a cumplir con la normativa federal, estatal y local vigentes, así como con los estándares de práctica profesional.
- Los centros deben contar con un órgano de gobierno que actúe como órgano rector y que sea legalmente responsable del establecimiento y aplicación de las políticas relativas a la gestión y el funcionamiento del centro.
- El centro debe realizar una evaluación, como mínimo anual, de todo el establecimiento para determinar qué recursos son necesarios para atender a sus residentes de manera competente, tanto en las actividades cotidianas como en las de emergencia.
- El centro debe disponer de personal cualificado, acorde a su categoría profesional.
- Si el centro no cuenta con el personal cualificado para la provisión de un servicio, este servicio debe prestarse a través de acuerdos establecidos con recursos externos a la residencia.
- El centro debe disponer de la figura de director médico, responsable de las políticas de atención a las personas residentes y de la coordinación de la atención sanitaria del centro.
- Los centros deben disponer de los historiales médicos de todas las personas residentes.

- Los centros deben contar con acuerdos de traslado a centros médicos de todas las personas residentes.
- El centro debe disponer de una política de cierre del servicio para garantizar que las personas residentes disponen del tiempo necesario para su reubicación. En caso de cierre de las instalaciones, el centro está obligado a notificarlo con 60 días de antelación a las personas residentes y a su entorno.
- La obligación de facilitar al CMS datos sobre el funcionamiento y gestión del centro, en el formato y plazos requeridos.

6. La atención sanitaria en los centros residenciales

6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

Como se ha señalado en los apartados anteriores, la atención sanitaria que se presta en los centros residenciales se caracteriza por lo siguiente:

- Competencialmente hablando, la atención residencial y el resto de los servicios de atención a las personas mayores es responsabilidad tanto del Departamento de Servicios Sociales (*Department of Human Services – DHS*), como del Departamento de Salud (*Department of Health – MDH*).
- Los *Nursing homes* cuentan con personal de enfermería de forma permanente, mientras que los *Assisted Living Facilities* no están obligados a disponer de profesionales médicos o de enfermería durante las 24 horas del día.

Además de la atención médica y de enfermería, la ley federal OBRA'87 establece a los centros la obligación de prestar, como mínimo, los siguientes servicios:

- Servicios de salud mental (sección [§483.40](#)).
- Servicio de farmacia (sección [§483.45](#)).
- Laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (sección [§483.50](#)).
- Servicios de odontología (sección [§483.55](#)).
- Servicios especializados de rehabilitación (sección [§483.65](#)).

6.2. Dotación del personal médico y asignación de funciones

En el caso de las residencias (*Nursing homes*), la ley federal OBRA'87 establece lo siguiente en relación a la atención médica (sección [§483.30](#)):

- La atención médica de cada uno de los residentes debe ser supervisada y seguida por un profesional médico.

- Las personas residentes deben ser vistas por un médico al menos una vez cada 30 días durante los primeros 90 días después del ingreso, y al menos una vez cada 60 días a partir de entonces.
- El centro debe disponer de servicios médicos las 24 horas del día, en caso de emergencia.
- El personal médico puede delegar determinadas tareas en el personal de enfermería cualificado, siempre bajo supervisión.

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

Tal y como se ha señalado a lo largo de los diferentes apartados del presente capítulo, la personalización de la atención vertebró el modelo residencial estadounidense. En este sentido, la ley federal OBRA'87, el marco regulador establecido, determina que la atención médica y de enfermería debe ser la apropiada –en número y competencias– para garantizar el bienestar físico, social y psicosocial de las personas residentes, en base a lo determinado en la valoración y el plan individualizado de atención.

6.4. Farmacia

La atención farmacéutica que se presta en los centros residenciales se contempla, de forma explícita, en los estándares marcados por la ley federal OBRA'87 (sección [§483.45](#)). De este modo, se determina que los centros residenciales deben disponer de un servicio de farmacia, siempre bajo la supervisión de personal de enfermería cualificado.

Algunas de las indicaciones que se establecen en relación a esta cuestión son las siguientes:

- El centro debe emplear y obtener los servicios de un farmacéutico autorizado.
- La prescripción de medicamentos de cada residente debe ser revisada, como mínimo una vez al mes, por el personal farmacéutico autorizado.
- El centro está obligado a no suministrar medicamentos innecesarios a las personas residentes.
- El índice de error en la medicación no puede ser superior al 5%.
- Todos los fármacos deben estar debidamente etiquetados.
- Los fármacos deben estar almacenados bajo llave y a la temperatura adecuada.

6.5. Cuidados paliativos y atención al final de la vida

Los cuidados paliativos y de atención al final de la vida se tienen en cuenta en la ley federal OBRA'87, en la sección dedicada a la gestión y la gobernanza de los centros ([§483.70 - Administration](#)).

En lo referente a esta cuestión, la ley establece que la residencia puede proveer de estos cuidados, o bien, puede pactar con la persona residente el traslado a un centro externo a la residencia para llevar a cabo estos cuidados, bajo un contrato en el que se especifican todas las condiciones del servicio.

La ley incide en que, en todo momento, se ha de respetar la voluntad de la persona residente en todas las decisiones relativas a estos cuidados.

7. Innovaciones y ejemplos de buena práctica

Tal y como se ha señalado en el punto 2.7.2., el movimiento de cambio de cultura en los centros de atención a la dependencia ha influido, de manera significativa, en el modelo de atención. El proceso de cambio de cultura en la atención de las personas mayores implica un cambio en la filosofía y la práctica profesional, orientándola hacia la promoción de la salud y la calidad de vida de las personas residentes. Para poder llevar a cabo este cambio y aplicar los principios del movimiento es fundamental centrarse en la relación entre las personas usuarias y el personal de atención directa¹⁸. El modelo [Green House Project](#) constituye un ejemplo de innovación y de buena práctica inspirado en esta filosofía de cambio de modelo en la atención.

El proyecto *Green House* surge en 2003, en los Estados Unidos, y cuenta en la actualidad con más de 260 casas en funcionamiento en 32 de los 50 estados del país. Una casa *Green House* es una vivienda independiente para 10-12 personas mayores con diferentes niveles de dependencia. Suelen estar construidas con similares características a las de las viviendas del entorno, aunque lógicamente cuenta con la autorización necesaria para su funcionamiento como hogar para personas mayores.

Las características básicas del modelo se concretan en:

- Promueve una relación más estrecha entre cuidadores y residentes (con figuras profesionales como el *shahbaz*¹⁹).
- Vuelco absoluto a la organización institucional tradicional.
- Respeto a las preferencias individuales y flexibilidad en las rutinas de funcionamiento.
- Viviendas de 10-12 personas, con baño privado en cada habitación, integradas en la comunidad.
- Reproduce un entorno hogareño, con cocina y comedor común y fácil acceso al exterior de la vivienda.
- Las visitas y familias son bienvenidas en las viviendas y en las actividades.

El modelo de atención en *Green House* aspira a generar una rutina flexible en la que se respetan las necesidades y las preferencias a nivel individual. Cada persona residente cuenta con una habitación con baño individual, a la que pueden aportar sus propios objetos personales e incluso el mobiliario. Las comidas, que se cocinan en la propia vivienda, se suelen realizarse en el comedor de la vivienda junto con el resto de personas residentes. Las personas mayores pueden participar en las actividades como el cocinar, la limpieza o la lavandería. No existe una rutina preestablecida, procurando mantener los deseos e independencia de las personas residentes en las actividades diarias. Incluso en la atención sanitaria se busca que reproduzca un entorno no institucional, de modo que la medicación, por ejemplo, no se halla "custodiada" en una "sala de enfermería" sino que los fármacos de cada residente se hallan en su propia habitación en un armario seguro.

Las familias, amigos y el propio personal es bienvenido a la hora de compartir tanto las comidas como el resto de actividades de la vivienda.

Uno de los puntos fuertes y característicos de los *Green Houses* es el equipo de profesionales. Este se compone de un grupo de auxiliares de enfermería con formación adicional sobre los principios del modelo *Green House*. Estos profesionales, denominados *Shahbaz*, se definen por su polivalencia: realizan

¹⁸ White-Chu et al., [Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care](#), American Medical Directors Association, 2009

¹⁹ *Shahbaz* significa halcón del rey en persa y simboliza por tanto la figura cercana de apoyo.

diversas actividades de atención directa, pero también gestionan la vivienda –lavandería, cocina, etc.– y, fundamentalmente, son quienes mantienen una relación más estrecha con la persona residente. Estos *Shahbaz* componen equipos de trabajo que aspiran a autogestionarse, fomentando la mayor asunción posible de responsabilidad por parte de los *Shahbaz*, que cuentan con el apoyo y asesoramiento de un *Guide*.

La ratio de los *Shahbaz* (horas de atención directa) es de 0.66 trabajadores por residente (5.3 h/día/residente)²⁰.

La polivalencia de los *Shahbaz* permite dedicar más horas de atención en la vivienda, estableciendo un contacto más estrecho con las personas residentes. Este aspecto se considera fundamental en la mejora de la calidad de vida y de la atención que se produce en las viviendas *Green House*. Los estudios muestran una mayor satisfacción laboral del personal, mayor permanencia en el puesto y 4 veces más tiempo de relación con las personas mayores (entre 23 y 31 minutos al día por residente, con misma ratio).

El resto de personal (enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos, etc.), acude a las viviendas regularmente y siempre que la persona residente lo necesita. El personal de enfermería que atiende a cada vivienda ofrece atención 24 horas al día. Habitualmente, una enfermera se encarga de 2 *Green Houses* durante el día y de 3 en horario nocturno.

En lo que respecta a la arquitectura y diseño de las instalaciones, las viviendas *Green House* siempre están integradas en el vecindario y suele estar construidas con similares características a las de las viviendas ordinarias del entorno. En cuanto a la distribución interior, cada persona residente cuenta con una habitación con baño individual. Todas estas habitaciones se ubican en torno a un gran espacio común central y abierto que cuenta con un salón, cocina y salón de estar común al que dan acceso directo las habitaciones.

En cuanto a la relación con los recursos externos, los *Green Houses* cuenta siempre con apoyo de personal externo. Estos profesionales, que complementan la labor de los *Shahbaz* (enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos, etc.), acuden a las viviendas regularmente y siempre que la persona residente lo necesita, mediante llamada del *Shahbaz*. El personal de enfermería que atiende a cada vivienda ofrece atención 24 horas al día. Habitualmente, una enfermera se encarga de 2 *Green Houses* durante el día y de 3 en horario nocturno.

Las bondades del modelo *Green House* parecen venir refrendadas por varios estudios:

- Mejoras en comparación a residentes en centros tradicionales²¹:
 - Calidad de vida. Las personas residentes en *Green House* presentan mejoras en varios aspectos de la calidad de vida y del bienestar emocional en comparación con las personas residentes en centros residenciales ordinarios.
 - Resultados. Los residentes en *Green House* presentan menos problemas de depresión e inactividad y mantienen durante más tiempo la independencia en las actividades de la vida diaria.
 - Mejora la satisfacción de las familias. La satisfacción de las familias es mayor con relación a aspectos como las actividades, comidas, entorno, privacidad, autonomía, atención doméstica y atención sanitaria
 - Mejora la satisfacción del personal. El personal presenta mayores índices de satisfacción y mayor intención de permanecer en sus puestos.

²⁰ Sharkey S, Hudak S, et al. [Frontline Caregiver Daily Practices: A Comparison Study of Traditional Nursing Homes and The Green House Project Sites](#), Journal of the American Geriatrics Society, 59(1):126-131, January 2011

²¹ Kane R, Cutler L, et al. "Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program," Journal of the American Geriatric Society, 55(6):832-839, June 2007. 2

- Mejora la calidad de la atención²²:
 - o Mayor tiempo de atención directa. El tiempo de atención directa por residente es de 23-31 minutos más al día en *Green Houses*, sin que ello implique mayor ratio de personal.
 - o Mayor implicación con las personas mayores. El tiempo que el personal pasa con las personas mayores se multiplica por cuatro (sin contar las actividades de atención directa).
 - o Menos estrés. El personal de atención directa de las *Green Houses* presenta menores índices de estrés laboral.
 - o Menos úlceras. La presencia de úlceras de presión es menor en las *Green Houses*.
- Reducción de costes²³:
 - o Los costes derivados de *Medicare* y *Medicaid* se reducen entre 1.300 y 2.300 \$ por residente alojado en *Green House* frente a personas mayores alojadas en residencias tradicionales.

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

8.1. Contagios y fallecimientos

Estados Unidos es uno de los países más afectados por la pandemia, con 5,3 millones de personas contagiadas y casi 170.000 personas fallecidas. La tasa de fallecimientos por millón de habitantes es de 510 y la de contagiados supera las 16.000. La tasa de letalidad (el número de personas fallecidas en relación a los casos de contagio es del 3,1%.

En lo que se refiere a los centros residenciales, el Gobierno norteamericano ha creado una página web específica para dar cuenta de la situación del COVID19 en las residencias de personas mayores que, además de ofrecer datos agregados para el conjunto del país, da cuenta de la situación en cada Estado y en cada residencia, actualizándose esa información cada día. De acuerdo a los datos de esa web, el número de personas contagiadas en los centros residenciales (sumadas las personas con test PCR positivo y las personas con síntomas de la infección) asciende a 286.382, lo que representa el 10% de las personas residente y el 5,3% de todas las personas contagiadas en el país. De todas ellas, han fallecido algo más de 45.000 personas residentes, lo que supone el 1,6% de las personas residentes y el 26% de todas las personas fallecidas en Estados Unidos. Ambos indicadores están por debajo de la mayor parte de los países occidentales, donde tanto el porcentaje de residentes fallecidos como, sobre todo, el porcentaje que los fallecimientos en residencias representan respecto al total de fallecimientos son bastante mayores.

Los datos de la página web desarrollada por el Gobierno federal también ponen de manifiesto las grandes diferencias entre los diferentes estados: en el caso de los fallecimientos, las tasas oscilan entre el 0,15% en Wyoming hasta el 17,1% en Rhode Island. En el caso de los contagios, oscila entre el 0,5% en Hawái y el 61% en Rhode Island.

²² Sharkey S, Hudak S, et al. (2011)

²³ Horn, S.D., Sharkey, S., Grabowski, D.C., Barrett, R. (2012). *Cost of Care in Green House Home Compared to Traditional Nursing Home Residents*, Working paper.

Tabla 2. Indicadores relativos al COVID19 en USA(a 16 de agosto de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	5.361.165	16.410 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	169.481	510 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	3,1%		
Personas contagiadas en residencias	286.382	10,6% de las personas residentes	5,3% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	45.258	1,6% de las personas residentes	26% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	15,8%		

Fuente: [COVID-19 Nursing Home Data](#) *A 16 de agosto.

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

Un informe elaborado por el Senado norteamericano –y firmado por tres senadores de la oposición demócrata– señala las principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente en Estados Unidos para hacer frente a la pandemia en el entorno residencial ([Casey et al., 2020](#)):

- Retraso en la puesta en marcha de un sistema de información en relación a los contagios y fallecimientos en los centros residenciales. El sistema federal de información sobre el impacto de la COVID19 en los centros residenciales, al que se acaba de hacer referencia, no entró en funcionamiento hasta mayo.
- Retrasos en la prestación de apoyos a los centros residenciales: la administración federal no estableció un plan integral para hacer frente a la epidemia en los centros residenciales. En ese contexto, los centros residenciales no recibieron ni el material de protección adecuado ni los tests PCR para poder diagnosticar el estado de salud de todos sus residentes. El reparto de esos materiales se realizó siguiendo criterios aleatorios, que impidieron un suministro adecuado en todos los centros.
- Las residencias han recibido una parte muy reducida de los fondos especiales creados por la administración federal para hacer frente a las consecuencias de la epidemia. Los centros residenciales no accedieron además hasta el mes de mayo a la financiación adicional establecida para evitar las dificultades económicas provocadas por el COVID en las residencias.
- Pese a recomendar la realización sistemática de tests, la administración federal no dotó a los centros residenciales del material adecuado para ello.
- Falta de claridad en la desescalada. Una vez iniciada la desescalada, la administración federal no ha establecido directrices claras sobre la forma en la que debe llevarse a cabo en los centros residenciales.

En todo caso, junto a este tipo de carencias o dificultades, los análisis realizados en relación a la expansión del COVID19 en las residencias norteamericanas ponen de manifiesto –al igual que en otros países– que los principales problemas se relacionan con las carencias que ya existían con anterioridad ([Werner et al., 2020](#)). Desde ese punto de vista, se argumenta que las residencias para personas mayores han estado marginada e infradotadas durante décadas y que el COVID19 ha puesto de manifiesto que los sistemas de indicadores de calidad existentes no resultan suficientes para la mejora de la calidad de los centros residenciales.

De forma resumida, los problemas de las residencias norteamericanas se relacionan con la escasa financiación pública que reciben, el creciente desvío de los recursos económicos a la ayuda domiciliaria, la escasa dotación de personal y de recursos materiales de los centros, las dificultades para generalizar una oferta residencial basada en soluciones residenciales más hogareñas y de menor tamaño, como las *Green Houses* a las que se ha hecho anteriormente referencia.