

# Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020  
Suecia



## 1. Introducción

Este apartado recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en Suecia. La información recogida se basa en las siguientes fuentes:

- La normativa en vigor que regula –como veremos de forma muy genérica– el modelo de atención residencial, en el marco de los servicios sociales y de la atención a las personas con dependencia.
- Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes. Como se explica más adelante, Suecia cuenta con un sistema de “comparaciones abiertas” que permite conocer el desarrollo del sistema de atención a las personas mayores, tanto a nivel de centro residencial (o de servicio de atención domiciliaria) como a nivel de municipio. Los datos e indicadores que se utilizan en ese sistema provienen tanto de una encuesta general a las personas usuarias de los servicios –incluyendo los servicios residenciales–, como de una encuesta general a los centros residenciales.
- Planes, guías y manuales de buena práctica. Como se explica más adelante, dada la escasa concreción de la normativa sueca, el modelo de atención residencial viene en gran medida determinado por las directrices, de obligado cumplimiento, y las recomendaciones, de carácter orientativo, que publica el Consejo de Salud y Servicios Sociales (*Socialtyrelsen*).
- También se ha recurrido para la elaboración de este apartado a algunos artículos académicos que abordan aspectos específicos del modelo de atención residencial en Suecia y que se citan en la bibliografía, así como a la información publicada en las páginas web de las entidades responsables de la regulación, evaluación, inspección y/o gestión de los servicios (particularmente el ya señalado *Socialtyrelsen*).

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

El apartado se estructura en torno a siete grandes epígrafes:

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

Cada uno de ellos recoge la información sobre diversos aspectos específicos, pero es importante tener en cuenta que toda la información está relacionada y que en ocasiones la información se solapa o se

repite, en función de si se está hablando de las herramientas reguladoras, de los contenidos de esas regulaciones, etc.

## 2. Descripción general del modelo de atención residencial a personas mayores en Suecia

### 2.1. Valores inspiradores del modelo

Los principales elementos que definen el modelo de atención residencial en Suecia son los siguientes:

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

En lo que se refiere al modelo de atención propiamente dicho, sus valores inspiradores están recogidos en las recomendaciones que al respecto publicó en 2012 el Consejo de Salud y Servicios Sociales ([Socialtyrelsen, 2012](#)). De acuerdo a ese documento, los valores que han de guiar la atención a las personas mayores (tanto en el medio domiciliario como en el residencial) son:

- Atención de calidad.
- Privacidad y personalización.
- Autodeterminación, participación y adaptación individual.
- Tratamiento adecuado.
- Seguridad.
- Estilos de vida significativos.

## 2.2. Tipología general de centros y alcance

Tanto desde el punto de vista normativo como estadístico, Suecia engloba dentro del concepto de *Särskilt Boende* (SÄBO) o alojamiento especial el conjunto de las plazas residenciales para personas mayores enmarcadas en el ámbito de los servicios sociales, si bien cabe señalar que en la práctica – debido a sus características arquitecturales y organizativas– estas plazas residenciales pueden estar más cerca de las viviendas asistidas o apartamentos tutelados de nuestro entorno que de los centros residenciales clásicos.

En todo caso, dentro de la oferta general de alojamiento especial cabe diferenciar entre las viviendas asistidas propiamente dichas (*servicehus*) y las residencias convencionales (*vård- och omsorgsboende* o *äldreboende*), que se caracterizan básicamente por disponer de personal de cuidados durante las 24 horas del día y son mucho más numerosas<sup>1</sup>. En el caso de las viviendas asistidas, orientadas generalmente a personas en situación de fragilidad o dependencia menos severa, la presencia permanente de personal de cuidados es optativa y se presta generalmente mediante sistemas de atención domiciliaria. Existe otra modalidad denominada vivienda segura para personas mayores (*Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*) que responde en general a la misma definición que el *servicehus* y que enfatiza la creación de unos espacios y un clima de protección y seguridad para hacer frente a las necesidades de las personas mayores. Esta modalidad residencial, regulada en [2019](#), se caracteriza por no tener personal cuidador disponible durante las 24 horas del día y por la oferta de actividades culturales y de ocio orientadas a reducir el aislamiento de las personas usuarias.

Cabe añadir, por otra parte, que muchos de los centros se definen por el tipo de colectivo al que se dirigen específicamente (por ejemplo, centros para personas con demencia) y que, junto a los centros de estancia permanente, son también frecuentes los centros o plazas para estancias de respiro.

De acuerdo a la tabla siguiente, de las más de 82.000 plazas registradas en la encuesta de centros que realiza anualmente el Consejo Nacional de Salud y Servicios Sociales (*Socialstyrelsen*), el 94% de las plazas disponibles corresponden a centros convencionales y casi el 6% a viviendas asistidas. Ambos tipos de servicios suman una cobertura total equivalente al 4,04% de la población mayor de 65 años.

---

<sup>1</sup> A todas ellas habría que añadir las diferentes fórmulas de vivienda para personas mayores que entran en el ámbito de la política de vivienda y no en el ámbito de los servicios sociales para las personas con dependencia, y que no se contemplan en este trabajo.

Tabla 1. Número de centros y de plazas en centros para personas mayores en Suecia por tipo de centro (2019)

Tipo de centro	Nº de centros	Nº de plazas	% distribución	Cobertura*
Centros residenciales ( <i>äldreboende</i> )	1.972	77.913	94,3	3,81
Vivienda asistida ( <i>servicehus</i> )	106	4.720	5,7	0,23
Total	2.078	82.633	100,0	4,04

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*. \*En relación a la población de 65 y más años

Cabe señalar por otra parte, desde el punto de vista evolutivo, la estabilidad en el número total de plazas residenciales en Suecia a lo largo de los años, tanto en lo que se refiere al número de plazas como en relación a la suma de los servicios residenciales y domiciliarios. En términos absolutos, el número de plazas se ha mantenido estable desde 2015 en torno a 82.000 plazas.

Tabla 2. Evolución del número de personas atendidas en centros residenciales y por el SAD

Prestación	2014	2015	2016	2017	2018
Centros residenciales	81.439	81.434	83.510	82.069	82.393
SAD	141.068	143.782	144.289	141.460	143.501
Total	222.507	225.216	227.799	223.529	225.894
% centros residenciales	36,6	36,2	36,7	36,7	36,5

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*. \*En relación a la población de 65 y más años

Sin embargo, si la evolución se analiza a más largo plazo y en términos de cobertura en relación a la población mayor de 65 años, se observa que entre las mujeres la tasa de cobertura ha pasado del 6,6% al 4,9% entre 2010 y 2019, mientras que entre los hombres ha pasado del 3,6% al 2,8%. Para el conjunto de la población mayor, la cobertura se ha reducido del 5,3% al 4,0%. Si se tiene en cuenta un plazo más largo, la cobertura residencial ha pasado entre 2000 y 2015 del 8% al 4% en relación a la población mayor de 65 años, y del 21% al 13% en relación a la población mayor de 80.

## 2.3. Estructura competencial y de titularidad

### a) Estructura competencial

La responsabilidad para la prestación de los servicios sociales corresponde en Suecia a los 290 ayuntamientos, que gozan de una gran autonomía –incluso fiscal– para la regulación y gestión de sus servicios, con un tamaño, por otra parte, muy superior al de los ayuntamientos españoles (35.000 habitantes por término medio). La atención a las personas mayores –tanto domiciliaria como residencial– es por tanto competencia municipal.

Los 21 condados (equiparables a las provincias españolas) son por su parte responsables de la provisión de los servicios de salud.

Los ayuntamientos y condados trabajan de forma conjunta en la Asociación Sueca de Municipios y Regiones (*Sveriges Kommuner Och Regioner*, que representa a todas las entidades locales suecas y a más de un millón de personas que trabajan en la administración local y regional. La asociación interviene en el ámbito de los servicios sociales y la atención residencial mediante la generación de recomendaciones y directrices de buenas prácticas (por ejemplo en el ámbito del diseño arquitectónico de las viviendas), la publicación de estadísticas y el desarrollo de otras herramientas para la calidad de la atención.

La administración central es responsable de la regulación, la evaluación y la inspección de los servicios sociales. Para ello cuenta con dos organismos dependientes del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales:

- El Consejo de Salud y Servicios Sociales ([Socialstyrelsen](#)) es responsable de regular los servicios sociales y de promover la gestión del conocimiento en ese campo, lo que se traduce en la generación y publicación de recomendaciones, directrices, estadísticas e investigaciones sobre los diferentes servicios. Así, el *Socialstyrelsen* es el responsable, entre otros, del sistema de comparaciones abiertas y de las encuestas a las que se hace posteriormente referencia.
- La Inspección de Salud y Servicios Sociales ([Inspektionen för Vård och Omsorg](#)) es responsable de la inspección de los servicios sociales en todo el territorio, la concesión de los permisos de apertura de los centros privados y del registro de los mismos. Se trata de una agencia pública con cerca de 700 profesionales, con seis delegaciones territoriales. Además de las inspecciones los centros, esta entidad es la responsable de tramitar y de actuar ante las quejas de las personas usuarias, de acuerdo a la Ley Sarah a las que más tarde se hace referencia.

## b) Titularidad de los centros residenciales

Como se ha señalado en el apartado 2.1, el modelo sueco de atención residencial a las personas mayores se diferencia de los modelos francés, británico o alemán en dos aspectos fundamentales:

- La existencia de prestaciones económicas para acceder a los servicios es residual y la práctica totalidad de los servicios de atención directa se prestan en especie, es decir, mediante la provisión directa de una plaza residencial o de un servicio de atención a domicilio.
- La provisión pública de los servicios de atención directa es mayoritaria. Aunque desde los años 90 se ha fomentado la prestación de servicios residenciales por parte de operadores privados, la titularidad pública de los centros sigue siendo generalizada, como se señala en el apartado posterior. El papel de las entidades privadas sin fin de lucro es además –frente al caso de Alemania, por ejemplo– prácticamente nulo, y apenas gestionan un 3% de las plazas.

De acuerdo a los datos de la encuesta de residencias que realiza cada año el *Socialstyrelsen*, en 2019 el 83% de los centros y el 79% de las plazas son de titularidad pública en Suecia.

Tabla 3. Número de centros y de plazas en centros para personas mayores en Suecia por titularidad

Tipo de centro	Pública		Privada	
	Nº de centros	Nº de plazas	Nº de centros	Nº de plazas
Centros residenciales ( <i>äldreboende</i> )	1.633	61.606	339	16.307
Vivienda asistida ( <i>servicehus</i> )	95	4.177	11	543
Total	1.728	65.783	350	16.850
%	83,2	79,6	16,8	20,4

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*. \*En relación a la población de 65 y más años

En lo que se refiere a la oferta de plazas privadas, cabe señalar por una parte que está particularmente concentrada en un número relativamente reducido de municipios, de tal forma que el 66% de los municipios suecos carecen de plazas privadas en su territorio.

Existe por otra parte un nivel relativamente importante de concentración de las plazas residenciales privadas en un grupo reducido de empresas ([Harrington et al., 2017](#)). Cerca del 70% de las plazas privadas –que representan en torno al 15% de todas las plazas– están gestionadas por cinco empresas privadas. Se trata además en general de empresas multinacionales, como Attendo, que operan en toda Escandinavia y que ofrecen servicios de salud, de atención a personas con discapacidad, adicciones, etc.

La contratación de los servicios de titularidad privada por parte de los municipios para la provisión de los servicios puede hacerse de dos formas diferentes ([Broms, et al., 2018](#)): mediante la contratación pública de la gestión de número determinado de plazas –generalmente en edificios de propiedad pública– a través de un proceso de concurrencia empresarial, o mediante la libre elección de las personas usuarias, que acceden a un centro privado por propia iniciativa. La primera de las opciones se regula mediante la Ley de Contratos Públicos, mientras que la segunda se regula mediante la Ley de Libre Elección de 2008 a la que después se hace referencia. En el primer caso, las personas usuarias acceden a las plazas de gestión privada contratadas por el Ayuntamiento; en el segundo caso, eligen un proveedor privado de todos los acreditados en una zona determinada. El modo de acceso no implica en cualquier caso cambios en la forma de financiación del servicio por parte de la administración, ni en el copago de las personas usuarias.

Aunque sigue siendo pequeño, el peso de las residencias de titularidad privada ha ido creciendo a lo largo de los últimos años en un proceso políticamente impulsado de mercantilización de los servicios sociales. Desde ese punto de vista, Suecia constituye un laboratorio sobre los efectos de la intervención de las empresas privadas en la gestión de los servicios residenciales, y se han publicado un buen número de artículos de investigación analizando en qué medida la irrupción de gestores privados –en un marco de financiación y responsabilidad pública– implica o no un deterioro de la calidad de la atención. No puede decirse en cualquier caso que los datos al respecto sean concluyentes:

- Uno de los últimos trabajos en relación a esta cuestión ([Broms et al., 2018](#)) señala que la competencia entre proveedores no implica mejoras en los indicadores de resultado (satisfacción de las personas usuarias), ni en los de tipo estructural (ratios o cualificación del personal), pero sí en determinados indicadores de proceso, como la limpieza o la actualización de los planes de intervención.
- Otro de los trabajos más recientes realizados al respecto ([Winblad, U. et al, 2017](#)) señala que, si bien los centros públicos registran dotaciones de personal más elevadas, no se identifican diferencias sustanciales en la calidad de la atención entre centros públicos y privados, frente a lo que sí parece ocurrir en otros países, como Estados Unidos. De acuerdo a este análisis, los centros públicos obtienen mejores resultados en determinados indicadores estructurales (personal, disponibilidad de concinas individuales, etc.), mientras que los centros privados obtienen mejores resultados en algunos indicadores de proceso, como la participación de las personas usuarias, la revisión de la medicación o la actualización regular de los planes de atención. No se observan por otra parte diferencias en los resultados entre entidades privadas con y sin fin de lucro.
- Un estudio similar analizó la diferencia entre centros públicos y privados en lo que se refiere a las tasas de mortalidad, entendidas como un indicador de la calidad de la atención ([Bergman et al., 2016](#)). Los datos del estudio señalan que la tasa de mortalidad, una vez controladas otras variables como la edad o el estado de salud, era casi un 2% menor en los centros privados, lo que se acompaña de una reducción en el coste plaza. El estudio concluye que la competencia entre operadores privados mejora la calidad de la atención mientras reduce el coste plaza del servicio.

## 2.4. Marco normativo

Las principales leyes que regulan el funcionamiento de los centros residenciales en Suecia son las siguientes:

- La Ley de Gobierno Local (*kommunallag*) de 1991, que desarrolla el marco para la contratación por parte de los municipios de la prestación de servicios públicos a proveedores privados.

- La Ley de Reforma de la Atención Comunitaria de 1992, conocida como *Ädelreformen*, que atribuyó las competencias sobre servicios sociales a los ayuntamientos e inició el camino para el refuerzo de los servicios de atención domiciliaria, la reducción del número de plazas residenciales y la desinstitucionalización de la atención a las personas mayores.
- La Ley de Servicios Sociales de 2001 (*Socialtjänstlag*), que modifica la anterior Ley de Servicios Sociales de 1982. Esta norma regula la intervención de las entidades privadas en la prestación de los servicios sociales, así como el copago de las personas usuarias.
- La Ley de Contratación Pública de 2007, que regula el sistema de contratación de los servicios residenciales por parte de operadores privados.
- La Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (*Lagen om valfrihetssystem*) de 2009, mediante la cual se permite la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad contratante ha firmado un contrato.
- La llamada *Lex Sarah*, que es en realidad una enmienda a la Ley de Servicios Sociales, mediante la que se establece la obligación de comunicar cualquier caso de maltrato, negligencia o conducta impropia en la prestación de los servicios, y la respuesta que ha de darse a tales situaciones (investigación interna y, en su caso, notificación a la Inspección). Esta norma también regula el papel de la Inspección de Servicios Sociales a la hora de dar respuesta a las situaciones denunciadas.

Junto a estas normas, cabe señalar otras de menor relevancia, como la referida a los sistemas de gestión de la calidad (*Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*), o la referida a la gestión de los registros y la documentación individual en los servicios sociales municipales (*Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*).

- La primera de esas normas exige a todos los proveedores de servicios –ya sean públicos o privados– la adopción de un sistema específico de gestión de la calidad, mediante el cual se establezcan protocolos y procedimientos específicos para garantizar la calidad de la atención. Se trata en cualquier caso de una norma genérica, que no especifica ni los indicadores concretos que se deben tener en cuenta para la medición de la calidad de la atención ni el contenido concreto de los sistemas de gestión.
- La segunda de las normas tiene también un carácter genérico y se limita a señalar la obligación de que los diversos procedimientos y decisiones relacionados con la intervención en el ámbito de los servicios sociales esté adecuadamente registrada y documentada ([Moberg, et al., 2017](#)).

## 2.5. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

### 2.5.1. Sistema de valoración

Como se ha señalado en el apartado introductorio, el sistema sueco de atención a las personas mayores se caracteriza por su universalidad –la renta de las personas usuarias no se tiene en cuenta para acceder a los servicios residenciales– y por su carácter descentralizado, lo que deja un amplio margen de maniobra a los ayuntamientos para la gestión de los servicios, incluyendo la determinación de las fórmulas de acceso a los servicios.



En ese sentido, no existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios, etc.) pueden corresponder a cada persona, tras una entrevista personal con los servicios sociales. Algunos de los elementos que se tienen en cuenta en la entrevista son:

- Condiciones de la vivienda y del entorno físico de residencia.
- Condiciones físicas y psíquicas.
- Actividades y hábitos cotidianos.
- Autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Intereses personales.

### 2.5.2. Sistema de selección y acceso a los centros

En el marco descrito en el punto anterior, las personas que acceden a un alojamiento especial pueden optar como se ha dicho por acceder a una plaza directamente provista por las autoridades municipales o por elegir directamente un centro, en aplicación de Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos. En el caso de que se acceda a un centro específico –por ejemplo un centro que ofrece atención psicogeriátrica–, se accede sin embargo directamente a la plaza designada por el Ayuntamiento.

En este marco, las listas de espera para acceder a los centros residenciales no son largas: de acuerdo a los datos de *Socialstyrelsen*, el plazo medio en lista de espera se sitúa en 67 días en 2019. Se trata, en todo caso, de un plazo relativamente alto para los estándares suecos, ya que entre 2008 y 2015 el plazo medio se situaba en torno a los 50 días. Por otra parte, en torno al 85% de las personas residentes señalan en las encuestas que se realizan cada año que la plaza que ocupan –más bien, la vivienda o el apartamento en el que viven– se encuentra en la residencia que deseaban cuando realizaron su solicitud.

### 2.5.3. Perfil de las personas usuarias

De las 108.500 personas que utilizaron a lo largo de 2019 servicios de atención residencial para personas mayores en Suecia, el 66% eran mujeres y el 34% hombres. Si se analizan las personas residentes a una fecha determinada, se observa el que el peso de los hombres se va reduciendo a medida que aumenta la edad, de forma que más del 40% de las personas usuarias de los centros son mujeres de más de 85 años. En total, los mayores de 80 años representan el 77% de las personas usuarias de los centros residenciales.

Tabla 4. Distribución de las personas usuarias de centros residenciales por sexo y edad

	Mujeres	Hombres	Total
<b>Personas usuarias por sexo y tramo de edad (abs.)</b>			
65-74	4.076	4.729	8.805
75-79	5.492	4.567	10.059
80-84	9.296	5.600	14.896
85-89	13.965	6.095	20.060
90 y mas	22.024	6.373	28.397
Total	54.853	27.364	82.217
<b>Distribución por sexo en cada tramo de edad (%)</b>			
65-74	46,3	53,7	100,0
75-79	54,6	45,4	100,0
80-84	62,4	37,6	100,0
85-89	69,6	30,4	100,0

Tabla 4. Distribución de las personas usuarias de centros residenciales por sexo y edad

	Mujeres	Hombres	Total
90 y mas	77,6	22,4	100,0
Total	66,7	33,3	100,0
<b>Distribución por sexo y tramos de edad (%)</b>			
65-74	5,0	5,8	10,7
75-79	6,7	5,6	12,2
80-84	11,3	6,8	18,1
85-89	17,0	7,4	24,4
90 y mas	26,8	7,8	34,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Socialtjyrelsen.

La edad media de los residentes es de 83,5 años.

En lo que se refiere a la estancia media en el centro residencial, ascendía a 720 días en 2018. En torno al 40% de las personas que acceden a los centros no continúan residiendo en ellos a los 18 meses del ingreso y en torno al 20% causa baja –normalmente por fallecimiento– antes de seis meses.

## 2.6. Costes y sistemas de financiación

De acuerdo a los datos publicados por el Consejo de Salud y Servicios Sociales, Suecia gasta en torno a 7.600 millones de euros al año en atención residencial a las personas mayores, lo que supone el 57% de todo el gasto en servicios de cuidado a personas mayores. Como se observa en el tabla anexa, con datos homologables a nivel europeo, Suecia es uno de los países de Europa que realiza un mayor gasto en servicios de atención residencial en relación a su población mayor de 75 años en toda Europa<sup>2</sup>, con 7.600 euros por cada habitante mayor de 75 años.

Tabla 5. Gasto en servicios residenciales para personas mayores en Europa (2018)

	Euros por cada mayor de 75 años	Millones de euros
Sweden	7.608	7.021
Netherlands	4.367	6.147
Finland	4.004	2.050
Belgium	3.425	3.488
Austria	1.933	1.614
Malta	1.619	57
France*	1.369	8.599
United Kingdom	883	4.946
Spain	807	3.642
Slovakia	568	190
Czechia	522	427
Portugal	283	308
Hungary	275	219
Latvia	228	44
Slovenia	173	33
Italy	141	996
Croatia	111	43
Estonia	109	14
Lithuania	85	24
Romania	64	100
Bulgaria	31	19

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

<sup>2</sup> Algunos países de la UE, como Dinamarca o Alemania, no se recogen en la tabla debido a que no computan de la misma forma su gasto en servicios residenciales.

Además de tener carácter universal –en el sentido de que el nivel de renta individual no se tiene en cuenta a la hora de determinar el acceso a una plaza residencial o a un servicio de atención domiciliaria–, la atención residencial en Suecia tiene un nivel de copago muy bajo. Se calcula en ese sentido que el 90% del coste asistencial de las plazas residenciales es financiado por la administración territorial, mientras que el 5% es financiado por la administración central y entre el 4% y el 5% restante por las personas usuarias.

Como en otros países de Europa, el copago diferencia entre los aspectos sociosanitarios y los hoteleros (alojamiento y alimentación).

- En lo que se refiere a los costes asistenciales, el copago de las personas usuarias se determina en función de la renta, si bien se establece –tanto para la atención domiciliaria como para la atención residencial– un copago mensual máximo de 2.183 coronas mensuales en 2020 (en torno a 200 euros), independientemente de la titularidad del centro elegido y del municipio de residencia ([Socialstyrelsen, 2020](#)).
- En cuanto al componente hotelero, el alojamiento se cubre mediante un contrato de alquiler del apartamento y el precio de establece en función de los costes de alquiler de cada zona y el tamaño y características del apartamento, con un coste medio de unos 500 euros mensuales. A ello se suma el coste de la alimentación, que se factura aparte y de forma distinta por cada municipio, con un coste medio de unos 300 euros, si bien existe una cantidad obligatoria de libre disposición que la persona usuaria debe poder mantener y que se establece en torno a los 500 euros (5.338 coronas en 2020). Todo ello hace que el copago real de las personas usuarias asciende por término medio a unos 1.000 euros, que representarían en torno al 15% del coste total de la plaza (incluyendo los aspectos hoteleros).

## 2.7. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

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

En ese marco, más allá de la aplicación de la normativa previamente señalada, las principales herramientas para la determinación del modelo de atención son tres:

- Las inspecciones desarrolladas por la Inspección de Salud y Servicios Sociales ([Inspektionen fr Vard och Omsorg](#)) y que se centran muy especialmente en la detección de casos de maltrato y negligencia a partir de las quejas y denuncias realizadas. Las inspecciones pueden ser previstas o imprevistas, generales o centradas en una cuestión específica, y rutinaria o derivadas de una queja, sospecha o incidente específico. Los protocolos que se inspecciones fundamentalmente son los relacionados con la calidad de la atención, los relacionados con los sistemas de gestión de la calidad, y los relacionados con la dotación de personal en horario nocturno.
- Las encuestas anuales realizadas por el *Socialstyrelsen* a las personas usuarias de los centros residenciales (*Sä tycker de äldre om äldreomsorgen*), por una parte, y a los propios centros (*Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*), por otra. La encuesta

que se realiza a las personas usuarias<sup>3</sup>, en la que participan en torno a la mitad de las personas residentes (dato correspondiente a 2009) consta de 27 preguntas y los resultados se presentan desagregados por género, titularidad, municipio, etc. Las principales áreas respecto a las que se pregunta a las personas usuarias son:

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

La encuesta que se dirige a los centros recoge información (que posteriormente se publica para cada centro de forma individual) en relación a las ratios de personal y a la mayor parte de los indicadores con los que posteriormente se construyen las comparaciones abiertas (*Öppna jämförelser av äldreom*).

- El sistema de comparaciones abiertas (*Öppna jämförelser av äldreom*) mediante el cual se establece en qué medida cada uno de los municipios suecos cumple con una serie de indicadores de calidad –básicamente estructurales, pero también de proceso– previamente establecidos. Creado en colaboración entre la asociación de municipios y el *Socialstyrelsen*, este sistema es similar al que la Diputación de Barcelona desarrolla mediante los círculos de comparación intermunicipal en el ámbito de los [Servicios Sociales](#)<sup>4</sup>. El modelo sueco se diferencia de los modelos de publicación de resultados de las evaluaciones de los centros residenciales de Alemania, Inglaterra o USA en dos aspectos básicos: la información se refiere a los municipios y no a los centros, por una parte, y aunque se utilizan una serie de colores para distinguir a los municipios con resultados negativos, no se aplican calificaciones globales, como ocurre en esos países.

Los indicadores que se tienen en cuenta en el marco de estas comparaciones abiertas con relación a los servicios sociales de carácter residencial provienen de diferentes fuentes (entre otras las encuestas previamente señaladas), y se publican en relación a cada uno de los municipios suecos. Los indicadores que se tiene en cuenta son los siguientes:

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

NR2. Porcentaje de centros en el que todas las personas usuarias participan en las reuniones del Consejo del Centro
NR3. Porcentaje de personas residentes con un plan de intervención individual actualizado en los últimos seis meses
NR4. Porcentaje de personas en cuyo plan se documenta de qué forma participó la persona usuaria en su elaboración
NR5. Porcentaje de personas en cuyo plan se documentan las medidas de protección adoptadas en relación a su seguridad y las razones para la adopción de tales medidas
NR6. El centro tiene un ambiente interior que apoya al individuo en su vida diaria.
NR7. Todos los residentes de la unidad tienen acceso a actividades al aire libre
NR8. El centro cuenta con protocolos para la realización de todas las comidas del día, incluida la nutrición parenteral y los aspectos relativos al modelo FAMM <sup>5</sup>

<sup>3</sup> En el 62% de los casos, la encuesta es rellenada por un/a familiar o allegado/a; en el 24% de los casos, de forma conjunta entre la persona usuaria y un/a familiar o allegado/a; y en el 13% de los casos por la propia persona residente.

<sup>4</sup> Como ocurre en el caso de Barcelona, los indicadores municipales no se limitan a los centros residenciales o a los servicios sociales, sino que afectan a otros muchos ámbitos de la gestión municipal.

<sup>5</sup> *Five Aspects of Meal Model* (ver punto 5.3).

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

NR2. Porcentaje de centros en el que todas las personas usuarias participan en las reuniones del Consejo del Centro
NR9. El plan de cuidados se utiliza para documentar las preferencias de la persona en relación a la alimentación y para planificar su alimentación
NR15. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha o descubrimiento de que el individuo ha estado expuesto a violencia o abuso por parte de un allegado/a.
NR16. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción a drogas distintas del alcohol.
NR17. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción al alcohol
NR18. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre el trabajo conjunto con los familiares de las personas usuarias
NR19. Proporción de centros con acceso a un gimnasio.
NR20. El centro cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria.
NR22. El centro cuenta con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud
NR23. El centro cuenta con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores
NR25. Proporción de personal sanitario con formación adecuada
B3. Porcentaje de centros que ofrecen acceso a actividades de ocio y tiempo libre (bingo, excursiones, cocina, visitas a la biblioteca o gimnasia grupal)
B4. Frecuencia con la que las personas residentes tienen acceso a actividades de mantenimiento físico
B5. Disponibilidad de sistemas de apoyo (señalética, etc.) para la orientación en el interior del centro
B6. Diseño de las zonas de tránsito del centro (pasillos, escaleras, etc.) de forma que se facilite la orientación en el interior del centro
B7. Utilización de contrastes de color en el diseño del centro
B8. Diseño de color de las zona de paso sin transiciones bruscas para evitar el riesgo de caídas
B9. Ratio de personal
B10. Ratio de personal de enfermería

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

- Junto a las herramientas señaladas, cabe también hacer referencia a las directrices (*föreskrifter*) y recomendaciones (*Allmänna råd*) que publica el *Socialstyrelsen* en relación a determinados ámbitos de actividad y que se señalan a lo largo de los siguientes epígrafes.

### 3. Descripción de las características físicas de los centros

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

La normativa sobre servicios sociales no establece disposiciones específicas sobre la ubicación, el tamaño o el diseño y la estructura ambiental de los centros residenciales, que se rigen básicamente por la normativa general en materia de planificación urbana y construcción de edificios. La normativa general sólo establece algunos requisitos específicos para las residencias de personas mayores –de cara a facilitar la creación de zonas comunes–, y se aplican en general a las habitaciones las mismas regulaciones que a los apartamentos convencionales, dependiendo de su tamaño<sup>6</sup>.

Se trata en todo caso de regulaciones genéricas y laxas: la Ley de Planificación y Construcción de 2010 atribuye a los ayuntamientos la competencia sobre planificación urbana y control de la edificación, y son los propios municipios los que establecen las normas que han de cumplir los centros residenciales desde el punto de vista arquitectónico, de acuerdo con las ordenanzas locales y en el marco de los concursos que se realizan para la licitación de la construcción o reacondicionamiento de los edificios que van a ser utilizados como centros residenciales.

<sup>6</sup> En estos apartamentos, una parte del espacio para cocina, comedor y estar puede ser transferida del apartamento individual a un espacio compartido y aún así cumplir con la normativa nacional de una vivienda adecuada. Además del espacio común para un grupo de residentes, en el caso de una vivienda asistida, se requiere espacio adicional para cumplir con los requerimientos de un entorno de trabajo adecuado para el personal asistencial (Andersson, 2012).

En ese sentido, el recurso a los concursos de arquitectura ha ido definiendo las características arquitectónicas y ambientales de los centros residenciales, en la medida en que los municipios han ido determinando mediante esas herramientas las características de sus equipamientos. En ese marco, como explica [Andersson \(2012\)](#), "dada la posible composición del jurado y la responsabilidad municipal de proporcionar una arquitectura adecuada para los ciudadanos mayores, el concurso crea un espacio para el intercambio de experiencias prácticas y conocimientos teóricos. Esta práctica está condicionada por los objetivos de bienestar nacionales y por las condiciones locales. Consecuentemente, en los países nórdicos los concursos de arquitectura se utilizan como instrumento sociopolítico para definir los parámetros espaciales de los entornos destinados a la atención a las personas en la vejez".

Los criterios de valoración que se tienen en cuenta en estos concursos son:

- ingenio e innovación del diseño arquitectónico presentado;
- funcionalidad y usabilidad;
- cualidades estéticas, arquitectónicas y medioambientales;
- rendimiento sostenible y técnico; y
- economía e inversión a largo plazo.

Desde un punto de vista más descriptivo, los datos disponibles en relación al tamaño de los centros indican que ronda los 45 usuarios por centro, con 37 plazas / apartamentos por centro en las residencias de gestión pública y 48 en las de gestión privada.

Tabla 7. Tamaño medio de los centros residenciales para personas mayores en Suecia por titularidad

	Gestión pública	Gestión privada
Centros residenciales ( <i>äldreboende</i> )	37	48
Vivienda asistida ( <i>servicehus</i> )	43	49

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

### 3.2. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

Más allá del tamaño medio de los centros residenciales, la información sobre las características físicas de los centros residenciales es escasa. Según [Andersson \(2012\)](#), en el contexto sueco, un apartamento individual dentro de una vivienda asistida tiene, aproximadamente, 20-40 metros cuadrados. A menudo, el diseño del apartamento en una vivienda asistida consiste en un espacio abierto polivalente que se utiliza como dormitorio, cocina y sala de estar. En la mayoría de los casos, el baño está conectado al espacio de usos múltiples, aunque la norma habitual en la arquitectura residencial nórdica es que este tipo de espacio se abre hacia el pasillo o un pasaje neutral. El pasillo del apartamento individual, a menudo con una kitchenette en un lado, conecta éste a un espacio común compartido por un grupo de apartamentos. En Suecia, el tamaño normal de estas viviendas de grupo es de 5 a 8 apartamentos, aunque este número ha comenzado a aumentar para incluir entre 9 y 10 apartamentos. En Suecia, el diseño de la vivienda individual ha pasado a ser un homólogo a los pequeños apartamentos con una o dos habitaciones con cocina separada, vestíbulo y cuarto de baño de la vivienda habitual".

Como se ha señalado previamente, la normativa estatal es relativamente laxa en lo que se refiere a las características arquitectónicas y ambientales de los centros, y la mayor parte de los requisitos en relación a la edificación se plantean a nivel municipal, mediante concursos o directrices en las que se establecen las características que han de tener esos centros. En esos documentos se establecen, entre otros

muchos elementos, el tamaño mínimo de las habitaciones apartamentos (37 m<sup>2</sup>, por ejemplo, para los edificios de nueva construcción en el caso de [Norrköping](#)<sup>7</sup>, 35 metros cuadrados en [Goteburgo](#), etc.).

Por otra parte, algunos de los indicadores del sistema de comparaciones hacen referencia a los elementos ambientales y arquitectónicos de los centros. La tabla siguiente recoge algunos de esos indicadores, derivados tanto de la encuesta a las personas usuarias como a los responsables de los centros. Como se observa en ella, casi tres cuartas partes de los residentes están satisfechos/as con su apartamento o habitación y la mitad de las personas residentes están alojadas en habitaciones individuales (o comparadas con su esposo/a) con cocina individual.

Tabla 8. Indicadores relativos al diseño ambiental y arquitectónico de los centros (%)

Indicador		Centros públicos	Centros privados
Encuesta a personas usuarias	Le gusta su apartamento o habitación*	72,5	73,9
	Le gustan los espacios comunes de su residencia*	62,2	63,7
	Le gustan los espacios exteriores de su residencia*	66,6	66,7
Encuesta a centros	Proporción de centros en los que el entorno interior de la unidad está diseñado para ayudar al individuo	17,0	30,0
	Proporción de unidades que tienen un ambiente interior diseñado para brindar apoyo al individuo	22,0	36,0
	Proporción de unidades donde las personas en la unidad tienen acceso a actividades al aire libre cuando lo desean	79,0	97,0
	Proporción de centros con acceso a un gimnasio	45,0	60,0
	Proporción de centros con habitación individual con cocina*	50,9	44,8

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*

\*Porcentaje de personas que responden afirmativamente. \*\*Este indicador corresponde a la encuesta de 2011.

## 4. Dotaciones y perfiles profesionales

### 4.1. Requisitos normativos en materia de personal

En principio, la normativa sueca no establece ratios determinadas o cualificaciones específicas en lo que se refiere al personal que trabaja en los centros residenciales, más allá de algunas disposiciones relativas al personal que debe trabajar en horario nocturno y a las recomendaciones sobre su cualificación básica. Los sistemas de inspección y evaluación (incluyendo las encuestas a las personas usuarias) sí tienen en cuenta en cualquier caso la dotación profesional de los centros, así como su formación, disponibilidad o actitudes.

En lo que se refiere al personal que trabaja en el turno de noche, no se establecen ratios específicas sino un protocolo de inspección mediante el que se valora si la dotación de personal durante el turno de noche es suficiente de forma que se garantice la asistencia inmediata a todas las personas residentes. Para ello, la Asociación de Municipios ha publicado una serie de guías de recomendaciones ([SKL, 2017](#)).

En lo que se refiere a las competencias básicas del personal que trabaja en el ámbito de la atención a las personas mayores ([Socialtyrelsen, 2011](#)), se recomienda que las personas que prestan servicios de atención directa deben al menos:

<sup>7</sup> En ese municipio, se recomienda un tamaño medio de 60 plazas / apartamentos, con 16/20 apartamentos por planta, cada una de las cuales se divide en dos secciones que pueden compartir ciertos equipamientos. El tamaño mínimo de cada apartamento debe ser de 31 metros cuadrados y de 37 en los apartamentos de nueva construcción. En el caso de los apartamentos dobles, el tamaño debe ser de 55 metros.

- Haber realizado una formación general en el ámbito de los cuidados (800 / 1.500 créditos) y una formación especializada en geriatría de al menos 300 créditos.
- Tener un nivel suficiente de expresión en sueco
- Haber adquirido una serie de competencias básicas en ámbitos como los cuidados, la comunicación, la normativa de aplicación en el ámbito de los servicios sociales, el envejecimiento, la intervención social, el tratamiento de las limitaciones funcionales, etc.

A partir de esa regulación de mínimos, el personal que trabaja en la atención directa en los servicios residenciales pertenece en general a una de las tres categorías que se señalan a continuación ([Moberg, et al., 2017](#)):

- Enfermeras/os tituladas con una formación universitaria de tres años de duración.
- Auxiliares de enfermería (*Undersköterska*), que han realizado un curso de formación profesional de 1.500 créditos (aproximadamente 30 semanas o un curso escolar), que incluye materias relacionadas con el cuidado a las personas mayores, psiquiatría, psicología, medicina, ética aplicada a la intervención social y educación para la salud, así como sueco.
- Auxiliares de cuidados (*Vårdbiträde*), que han realizado un curso de formación profesional básica de 800 créditos.
- Cuidadoras/es sin formación específica.

## 4.2. Dotación y ratios del personal

De acuerdo a los datos de la Encuesta de Fuerza de Trabajo (*European Labour Survey*) de Eurostat, el número de personas que trabajan en el ámbito de la atención residencial en Suecia asciende a poco más de 214.000 personas, lo que supone 23 trabajadores/as por cada 100 personas mayores de 75 años. Se trata, tras Holanda y Dinamarca, de una de las tasas más elevadas de toda la UE<sup>8</sup>.

Tabla 9. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

	Personal en residencias	Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años
Netherlands	425.800	30,3
Denmark	128.600	26,4
Sweden	214.000	23,2
Malta	7.500	21,2
Finland	99.400	19,4
United Kingdom	980.100	17,5
Belgium	174.700	17,2
Luxembourg	6.300	15,5
Ireland	41.200	14,2
Germany	1.287.800	13,6
Portugal	128.500	11,8

<sup>8</sup> Esta estadística tiene en cuenta el conjunto del personal en los centros residenciales de servicios sociales, e incluye también por tanto las residencias para personas con discapacidad, con enfermedades mentales etc. En la medida que, en todos los países, la mayor parte de los servicios residenciales se dirigen a personas mayores, la tabla permite una comparación de las dimensiones de los servicios sociales residenciales, desde el punto de vista del personal, en cada país de la UE.



**Tabla 9. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa**

	Personal en residencias	Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años
France	728.600	11,6
Slovakia	38.700	11,6
UE27	4.384.100	10,1
Austria	77.800	9,3
Czechia	72.900	8,9
Slovenia	15.500	8,1
Hungary	61.800	7,7
Spain	322.800	7,2
Lithuania	15.700	5,7
Estonia	7.000	5,5
Poland	126.300	4,7
Croatia	17.400	4,5
Italy	312.000	4,4
Latvia	7.100	3,7
Cyprus	1.600	2,7
Romania	41.600	2,7
Bulgaria	15.000	2,4
Greece	8.600	0,7

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

De acuerdo a la encuesta de centros, la disponibilidad de trabajadores de atención directa en cada turno<sup>9</sup> es por término medio de 0,34 profesionales de atención directa por usuario/a en los centros públicos durante los días laborales y de 0,27 en los días festivos<sup>10</sup>. La ratio es algo menor en los centros de gestión privada y, del conjunto del personal señalado, el 15% corresponde al personal de enfermería, reduciéndose ese porcentaje a poco más del 2% en los días festivos.

**Tabla 10. Disponibilidad de personal por turno en los centros para personas mayores en Suecia por titularidad**

Tipo de centro	Gestión pública		Gestión privada	
	Días laborales	Días festivos	Días laborales	Días festivos
Personal de enfermería	0,041	0,005	0,046	0,008
Personal de cuidados	0,30	0,26	0,28	0,25
Total	0,34	0,27	0,33	0,26

Fuente: *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019*

Como se ha dicho, los datos que se acaban de señalar se refieren al número de trabajadoras/es por residente disponibles en un momento dado (a las 9,00 de la mañana de cada día); las ratios totales, sin embargo, deben tener en cuenta el personal disponible a dedicación plena equivalente a lo largo de toda la jornada. Calculadas de esa manera, las ratios de atención directa reales son de 0,81 trabajadores por residente, a lo que habría que sumar una ratio adicional de 0,14 trabajadores para otras funciones de coordinación, paramédicas y de limpieza. Una unidad de diez residentes requiere así una plantilla de 9,5 trabajadores/as a dedicación plena equivalente, calculando una jornada de 38,2 horas semanales ([Harrington et al., 2012](#)).

Una explotación algo más antigua de los datos de personal de esta encuesta ([Winblad, et al, 2017](#)), recoge estos indicadores en relación al personal de los centros residenciales. La ratio de atención es

<sup>9</sup> Los datos que recoge la base de datos hacen referencia a los trabajadores/as disponibles a una hora concreta en días laborales y en días festivos, no a las ratios totales de atención.

<sup>10</sup> De acuerdo a los datos de la encuesta, en torno al 85% de ese personal tiene una formación al menos básica en materia de cuidados a las personas mayores.

como se ha señalado de 0,9 trabajadores/as por residente en los centros públicos (0,8 en los privados) y el porcentaje de personal con contrato indefinido es del 45%.

Tabla 11. Indicadores relativos en los centros para personas mayores en Suecia por titularidad (2011)

	Gestión pública	Gestión privada
Ratio de personal DPE (por residente)	0,9	0,8
Personal a jornada completa (%)	45,5	45,7
Personal contratado por horas (%)	13,4	17,3
Tasa de rotación (%)	7,5	8,6
Personal con competencias avanzadas (%)	9,1	10,5
Personal con competencias básicas (%)	84,5	82,4

Fuente: [Winblad, et al, 2017](#).

## 5. Descripción de los principales elementos organizativos

### 5.1. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Como se ha explicado en los epígrafes precedentes, la normativa que regula la atención residencial en Suecia tiene un carácter muy genérico y las metodologías o soportes para la atención personalizada se derivan fundamentalmente de las recomendaciones emitidas por el Consejo de Salud y Servicios Sociales (*Socialtyrelsen*) y por la Inspección de Salud y Servicios Sociales (*Inspektionen fr Vard och Omsorg*).

En ese marco, algunas de las guías o recomendaciones que estos organismos han emitido hacen referencia a cuestiones directamente relacionadas con la atención personalizada, como las recomendaciones para la atención a las personas con demencia ([Socialtyrelsen, 2017](#)), para la prevención de las restricciones y las medidas coercitivas ([Socialtyrelsen, 2016](#)) o para el desarrollo de adaptaciones ambientales que promueven la participación de las personas mayores ([Agencia para la Participación, 2015](#)).

En todo caso, el enfoque básico para la personalización de la atención que se desarrolla en Suecia a instancias del *Socialtyrelsen* y de la Asociación de Municipios y Regiones es el llamado [Individens behov i centrum \(IBIC\)](#), que puede traducirse como modelo de atención centrada en la persona o las necesidades de la persona en el centro (ver punto 7.1). Se trata, como se señala más adelante, de un sistema de planificación centrada en la persona basado en las necesidades, los recursos y las metas del individuo en diferentes áreas de la vida en la vida diaria. Este enfoque está dirigido tanto a las personas con discapacidad como a las personas mayores –no sólo a las que residen en centros residenciales– y está progresivamente siendo adaptado por parte de los municipios y las entidades prestadoras de servicios de Suecia.

También cabe destacar, como elemento base para la atención personalizada, el modelo de [planificación individual de la atención sociosanitaria](#) impulsado por la Asociación de Municipios y Regiones (ver punto 6.1) y el marco establecido para el cumplimiento de la voluntad de las personas atendidas en los servicios sociales (ver punto siguiente).

### 5.2. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

El marco de atención establecido por el *Socialtyrelsen* presta un interés especial a la cuestión de la autodeterminación de las personas usuarias, con una serie de materiales y metodologías de apoyo para la identificación y el cumplimiento de la voluntad de las personas residentes. En ese sentido, es particu-

larmente importante el marco establecido para fomentar la autodeterminación y libre voluntad de las personas mayores ([Socialtyrelsen, sin fecha](#)).

Este marco se basa en los siguientes ámbitos o principios básicos:

- La voluntad de todas las personas es importante y debe fomentarse su autodeterminación. Los servicios nunca deben ser prestados contra la voluntad de la persona.
- Deben tomarse todas las medidas necesarias para permitir que todas las personas expresen su voluntad. Para ello se establece un marco basado en ocho elementos, mediante el que se crean las condiciones necesarias para que las personas pueden ejercer en condiciones adecuadas su derecho a la autodeterminación.
- Deben desarrollarse diferentes métodos, herramientas y sistemas de apoyo para que la persona pueda expresar su voluntad.
- Es necesario fomentar el papel de las personas allegadas o cercanas a las personas residentes, que pueden participar a la hora de identificar o transmitir cuál es la voluntad o el deseo de la persona residente.
- Existen muy diversas aplicaciones tecnológicas que pueden ser útiles a la hora de facilitar la expresión de la voluntad de las personas usuarias
- Si es necesario, ha de recurrirse a las figuras legales (tutela, etc.) que permiten facilitar la defensa de los derechos de las personas que no pueden expresar su voluntad.

La aplicación de los estándares y normas señalados se evalúa mediante el sistema de encuestas y comparaciones abiertas al que antes se ha hecho referencia. La tabla siguiente recoge el grado de cumplimiento de los indicadores relativos a los cuidados personales y el apoyo en la vida cotidiana, así como las respuestas de las persona usuarias a las preguntas relacionadas con esas cuestiones. Los datos de la tabla ponen de manifiesto que las situaciones más deficitarias se refieren a la elección de los horarios de los diferentes servicios, el respeto a la intimidad, la existencia de protocolos en caso de sospecha de negligencia o malos tratos y la existencia de protocolos relacionados con consumos de alcohol u otras drogas.

**Tabla 12. Indicadores relativos a los cuidados personales y el apoyo en la vida cotidiana (%)**

	Indicador	Centros públicos	Centros privados
Encuesta a personas usuarias	El personal tiene tiempo suficiente para atenderle*	69,3	73,2
	El personal le informa con suficiente antelación de los cambios*	44,0	47,3
	Usted puede elegir en qué momento u horario recibe los servicios que requiere*	58,2	60,5
	Normalmente el personal le responde de forma adecuada*	92,8	93,3
	Le resulta sencillo recurrir al personal de la residencia cuando lo necesita	79,5	83,5
	Normalmente, el personal tiene en cuenta sus deseos, necesidades y expectativas a la hora de decidir cómo prestar los servicios*	77,4	78,9
	Durante el último años, el personal ha realizado acciones que no respetaban mi intimidad	10,3	8,5
	Durante el último año, el personal ha realizado comentarios negativos sobre mí, mis propiedades o mi habitación	2,9	2,7

**Tabla 12. Indicadores relativos a los cuidados personales y el apoyo en la vida cotidiana (%)**

	Indicador	Centros públicos	Centros privados
	Durante el último años, el personal me ha tratado con poco respeto (verbalmente, gestualmente, etc.)	5,7	5,1
	Durante el último año, el personal me ha tratado de forma poco adecuada, como si fuera un niño/a	7,4	5,8
	Durante el último año, el personal ha ignorado mis deseos en relación a los cuidados	9,3	7,4
	Durante el último año, el personal ha ignorado mis deseos en relación a la alimentación	6,3	5,1
	Durante el último años el personal no ha respetado mi intimidad en lo que se refiere al aseo personal	5,0	4,0
	Durante el último años el personal se ha comportado de forma inadecuada en lo que se refiere al aseo personal	7,6	6,3
	Durante el último año el personal ha manifestado algún tipo de reparo en relación a mis cuidados	1,1	0,9
	Durante el último años, el personal ha actuado de forma inadecuada en relación a otras cuestiones	5,3	4,3
	Proporción de personas con plan de intervención actualizado	91,0	96,0
	Porcentaje de personas en cuyo plan se documenta de qué forma participó la persona usuaria en su elaboración	78,0	91,0
	Porcentaje de personas en cuyo plan se documentan las medidas de protección adoptadas en relación a su seguridad y las razones para la adopción de tales medidas	85,0	95,0
Encuesta a centros	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha o descubrimiento de que el individuo ha estado expuesto a violencia o abuso por parte de un allegado/a.	40,0	77,0
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción a drogas distintas del alcohol.	25	68
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre cómo debe actuar el personal en caso de sospecha de que la persona residente tenga una adicción al alcohol	26	68

Fuente: Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

\*Porcentaje de personas que responden afirmativamente

### 5.3. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

Si bien la normativa no establece especificaciones concretas en relación a la alimentación, la limpieza y el resto de los servicios generales en los centros residenciales, los diferentes organismos encargados de la estandarización de la atención han generado un número relativamente importante de directrices en relación a esta cuestión. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- Prevención y tratamiento de la desnutrición en las personas mayores que reciben servicios sociales ([Socialtyrelsen, 2020](#)).
- Guía para prevenir y abordar la desnutrición de las personas mayores en el ámbito de los Servicios Sociales ([Socialtyrelsen, 2020](#)).
- Alimentación adecuada y atención a las personas mayores. Recomendaciones para los servicios de atención a personas mayores ([Agencia Sueca de la Alimentación, 2019](#)).
- Medidas básicas de higiene en la atención a las personas mayores ([Socialtyrelsen, 2015](#))

- Regulaciones generales sobre la prevención y el tratamiento de la desnutrición en los servicios para personas mayores ([Socialtyrelsen, 2014](#)).
- Recomendaciones relativas al entorno y ambiente residencial en relación a la alimentación, ([Socialtyrelsen, 2014](#)).

Por otra parte, es relativamente frecuente el uso en los centros residenciales suecos del modelo denominado *Five Aspects Meal Model/FAMM*, un sistema diseñado para la mejora de la elaboración y presentación de las comidas, así como para mejorar sus contenidos nutricionales y capacidades para la socialización, en los servicios de restauración colectiva ([Magnusson et al., 2016](#)).

Las cuestiones relacionadas con la alimentación se recogen igualmente en el sistema de comparaciones abiertas que se utiliza para la evaluación de los centros. La tabla siguiente recoge el grado de cumplimiento de los indicadores relativos a la alimentación, así como las respuestas de las persona usuarias a las preguntas relacionadas con esas cuestiones.

Tabla 13. Indicadores relativos a la alimentación en los centros residenciales (%)

Indicador		Centros públicos	Centros privados
Encuesta a personas usuarias	La comida es buena o muy buena*	73,5	74,8
	Las comidas se sirven a la hora adecuada*	67,5	69,1
Encuesta a centros	Proporción de centros que cuenta con protocolos para la realización de todas las comidas del día	31,0	75,0
	Proporción de centros en los que el plan de cuidados se utiliza para documentar las preferencias de la persona en relación a la alimentación y para planificar su alimentación	79,0	90,0
	Proporción de usuarios que no ingieren alimentos durante más de 11 horas por la noche**	89,9	97,1

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*  
\*Porcentaje de personas que responden afirmativamente. \*\* Este indicador corresponde a la encuesta de 2011.

#### 5.4. Elementos relevantes para la vida significativa

Como en el caso de la personalización de la atención o las cuestiones relacionada con la alimentación, en ausencia de una normativa estricta al respecto, las cuestiones relacionadas con la vida significativa (promoción del bienestar psicológico, mecanismos de participación y presentación de quejas, relación y cercanía con la comunidad, presencia y papel de las familias, presencia y papel del voluntariado, etc.) se canalizan fundamentalmente a través de directrices y recomendaciones.

Una disposición de interés en lo que se refiere a esta cuestión es la relacionada con el derecho de las personas residentes a alojarse con su conyugue en el apartamento o habitación de la residencia, lo que se corresponde con la idea de vivienda individual que se atribuye a las "plazas" residenciales en Suecia. ([Socialtyrelsen, 2013](#)). Introducido por primera vez en 2006 y reforzado en 2012, este derecho afecta tanto a la legislación sobre servicios sociales como sobre alquiler de vivienda, y se aplica tanto en los casos en los que los dos miembros de la pareja tienen derecho a la plaza residencial como en los casos en los que sólo uno de ellos lo tiene.

Es importante también hacer referencia, a la hora de hablar de participación, a la existencia de Consejos de Participación en los centros residenciales y al sistema de presentación de quejas ante la Inspección de Servicios Sociales y de Salud establecido en torno a la Ley Sarah. También cabe hacer referencia a la

importancia que se da a la hora de valorar la calidad de la atención a la posibilidad de utilizar idiomas distintos al sueco en el ámbito residencial (finlandés, lengua lapona...), así como al creciente interés por adaptar los servicios a las necesidades específicas de los residentes de origen inmigrante.

Los indicadores del sistema de comparaciones abiertas que tienen que ver con estas cuestiones son los siguientes:

**Tabla 14. Indicadores relativos a los elementos que se relacionan con la vida significativa (%)**

Indicador		Centros públicos	Centros privados
Encuesta a personas usuarias	Se siente seguro/a viviendo en su apartamento	85,5	88,1
	Confía en el personal que trabaja en su residencia	81,9	85,1
	Está satisfecho/a con las actividades que se ofrecen en su residencia	64,9	62,3
	Tiene suficientes oportunidades de salir al aire libre o a zonas exteriores	57,8	57,8
	A menudo se siente sólo	17,7	17,6
	Está en general satisfecho/a con su residencia	78,0	81,5
	Sabe a quién recurrir cuando quiere presentar una queja	82,8	86,3
Encuesta a centros	Proporción de unidades que ofrecen a cada persona la oportunidad de participar en las reuniones del consejo.	59,0	91,0
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados sobre el trabajo conjunto con los familiares de las personas usuarias	41,0	81,0
	Proporción de centros con acceso a un gimnasio	45,0	60,0
	Proporción de centros que pueden atender a las personas usuarias en un idioma distinto del sueco	80,0	86,0

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*

\*Porcentaje de personas que responden afirmativamente

## 6. La atención sanitaria en los centros residenciales

### 6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

Las residencias suecas no tienen personal médico contratado de forma específica. Los residentes acceden a los servicios médicos de atención primaria comunitarios, que son responsabilidad de las provincias a condados, al igual que la atención sanitaria hospitalaria (que se organiza en cualquier caso en torno a seis grandes regiones sanitarias). Para la prestación de la asistencia sanitaria, las residencias establecen contratos específicos con los centros de salud primaria (*Vårdcentral*), que son en general gestionados directamente por las administraciones provinciales, si bien existen también centros de salud primaria gestionados por entidades privadas (empresas, fundaciones, cooperativas, etc.). Las personas usuarias pueden elegir libremente el centro de salud y/o médico de cabecera al que acuden y existe un copago tanto por las visitas como por el acceso a los medicamentos, si bien es de muy baja cuantía (con un máximo de 153 euros al año, en el caso de las visitas a los centros de atención primaria).

A diferencia de lo que ocurre con el personal médico de atención primaria, las residencias sí cuentan con personal de enfermería, si bien, como antes se ha señalado, las ratios de personal de enfermería son bajas (en torno a cuatro enfermeras/os por cada 100 residentes en los días laborales y menos de uno/a en los festivos).

Uno de los principales elementos en relación a la coordinación sociosanitaria en el ámbito residencial se refiere a la regulación de las altas hospitalarias de las personas residentes y/o con derecho a servicios residenciales, en función de la cual la administración municipal abona los costes de la hospitalización en el caso de que una persona no pueda ser dada de alta de un hospital por carecer de una opción residen-

cial adecuada. La Ley de Colaboración en las Altas Hospitalarias (*Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten*) entró en vigor en 2018 y obliga además a realizar un plan de intervención coordinado entre los servicios sociales y los de salud (Plan Coordinado de Intervención) y a designar a un/a profesional (ya sea del ámbito social o sanitario) para que actúe como persona de contacto o referente ([Socialtyrelsen, 2017](#)). Los primeros informes de evaluación de esta norma señalan que se ha producido una reducción en el número de días de hospitalización de las personas mayores con dependencia y que ha mejorado la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios.

El manual desarrollado por la Asociación de Municipios Suecos para la articulación de estos planes ([SKL, 2018](#)) explica en qué casos deben utilizarse estos planes coordinados, cuál debe ser la participación de la persona usuaria en su elaboración, quién puede solicitar, elaborar y participar en un plan de este tipo, cuál debe ser el contenido del plan, cómo debe cerrarse, etc.

En lo que se refiere a los indicadores que se tienen en cuenta en el sistema de evaluación de los centros residenciales en el ámbito de la salud, las encuestas a las personas usuarias ponen de manifiesto que apenas la mitad de las personas residentes consideran que acceden con facilidad a los servicios de un médico de atención primaria. El 57% de los centros públicos y el 82% de los privados cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria, el 52% y el 80%, respectivamente, con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud, y el 43% y el 76% con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores.

Tabla 15. Indicadores relativos a al estado de salud y los servicios médicos en las residencias (%)

Indicador		Centros públicos	Centros privados
Encuesta a personas usuarias	Valoración negativa del estado de salud	32,8	31,1
	Síntomas severos de ansiedad o preocupación	13,1	12,0
	Le resulta sencillo recurrir a una enfermera/o cuando lo necesita	76,7	74,9
	Le resulta sencillo recurrir a una médico/a cuando lo necesita	53,9	54,3
Encuesta a centros	Proporción de centros que cuenta con protocolos actualizados sobre la planificación de los servicios de salud y la participación de los diversos agentes en los servicios sanitarios, incluyendo la persona usuaria.	57,0	82,0
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados para la prestación coordinada de los servicios de salud	52,0	80,0
	Proporción de centros que cuentan con protocolos actualizados para la revisión de la medicación en la que participan diversos actores	43,0	76,0

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*

## 6.2. Farmacia y medicación

El acceso y la distribución de los productos farmacéuticos, así como las revisiones de la medicación que se administra a cada residente, se realizan fundamentalmente a partir de la Guía para la revisión de la medicación de las personas mayores polimedicadas ([Socialtyrelsen, 2013](#)). Esta guía establece algunas disposiciones específicas a partir de la normativa vigente, deliberadamente genérica, y define los procedimientos para las revisiones periódicas de la medicación que se administra a las personas usuarias de los servicios sociales, tanto en el ámbito residencial como en el domiciliario. La guía diferencia entre las revisiones simples y las revisiones en profundidad, que en ambos casos deben realizarse por parte del personal médico.

Diversos estudios han puesto de manifiesto, en el caso sueco, la eficacia de estas revisiones para la mejora de la medicación de las personas mayores, tanto en el entorno domiciliario como en el residencial.

### 6.3. Cuidados paliativos y atención al final de la vida

Como en el caso de la medicación, los cuidados paliativos y la atención al final de la vida se articulan en los centros residenciales en función de un compendio de directrices y orientaciones elaborado por el Socialtyrelsen. Elaborado en 2013, el documento sobre orientaciones, recomendaciones e indicadores para los cuidados paliativos y el tratamiento al final de la vida ([Socialtyrelsen, 2013](#)), no se centra de forma específica en los centros residenciales, aunque sí establece algunas medidas y recomendaciones para su aplicación específica en los centros residenciales, sobre la base de que todas las personas – independientemente de su lugar de residencia– deben tener acceso a cuidados paliativos de calidad en caso de necesitarlos.

Diversos estudios han puesto de manifiesto sin embargo que existen dificultades organizativas y de tipo profesional para la extensión de este tipo de orientaciones en los centros residenciales suecos, en los que los cuidados paliativos han estado tradicionalmente poco desarrollados ([Nilsen et al., 2018](#); [Hansson et al., 2014](#)). Entre las razones señaladas en la literatura consultada, se destaca la falta de liderazgo de los cuadros directivos para impulsar este tipo de servicios, la falta de formación y cualificación del personal en este ámbito específico, y la falta de apoyo desde el ámbito sanitario.

Por otra parte, los datos del Registro Sueco de Cuidados paliativos indican que el 37% de las personas fallecidas que recibieron cuidados paliativos y fueron incluidas en el registro fallecieron en un centro residencial. En algunos casos, estos fallecimientos fueron atendidos por los equipos de cuidados paliativos a domicilio. Estos equipos están todavía poco desarrollados, pero su función es la de intervenir allí donde residen las personas que precisan esos cuidados, ya sea el domicilio o la residencia (que, como hemos visto, se planta en Suecia incluso físicamente como el domicilio de las personas residentes).

### 6.4. Atención especial a las personas con demencia

El modelo de atención residencial sueco presta una especial atención a la situación de las personas con demencia. Los principales elementos que cabe destacar al respecto son los siguientes:

- En torno al 60% de los centros residenciales suecos (1.200 en total) cuentan con unidades específicas para personas con demencia. Estos centros concentran cerca de 52.000 plazas, aunque no necesariamente están todas ellas destinadas a las personas con demencia.
- En 2014 el Consejo de Salud y Servicios Sociales publicó un compendio de recomendaciones sobre la atención a las personas con demencia ([Socialtyrelsen, 2014](#)) con 72 directrices específicas. El manual recomienda un tamaño máximo de 10 plazas para las residencias o unidades dirigidas a personas con demencia.
- En ese marco, el Registro Sueco de Demencias ([SveDems](#)) recoge información sobre la situación de las personas con demencia al objeto de mejorar la calidad de la información que se le presta. El registro recoge, a través de un módulo especial, información sobre las personas con demencia en las residencias.



## 7. Innovaciones y ejemplos de buena práctica

### 7.1. Fondos especiales para la mejora de la formación del personal residencial

La principal central sindical sueca y la asociación sueca de municipios alcanzaron el pasado mes de mayo un acuerdo para destinar cerca de 220 millones de euros durante los próximos dos años a la mejora de la cualificación del personal de los centros residenciales, en parte como respuesta a la crisis provocada por el Covid, pero también para dar respuesta a las carencias formativas detectadas desde hace años en el sector. El acuerdo persigue también mejorar las condiciones laborales en el sector de la atención residencial, incrementando los niveles de empleo permanente y a tiempo completo

El plan se dirige fundamentalmente a los/as profesionales de atención directa (gerocultoras/es, auxiliares/as de enfermería, etc.) y pretende tanto mejorar las condiciones de trabajo y la formación de las personas que ya están trabajando en el sector, como insertar laboralmente en el sector de los cuidados de larga duración a personas desempleadas que anteriormente trabajaban en otros sectores.

Los objetivos del plan son:

- Convertir en empleos indefinidos y a jornada completa una proporción determinada de los empleos temporales y/o parciales que se desarrollan en la actualidad en el sector.
- Ofrecer empleo en prácticas en el sector de la atención residencial a personas sin experiencia laboral en el sector
- Facilitar el acceso a la formación de estas personas, bien en el ámbito de la formación profesional para personas cuidadoras (mediante cursos de 800 créditos), bien mediante cursos de formación profesional especializadas para auxiliares/as de enfermería (1500 créditos).

La administración central financia el gasto que corresponde a las actividades formativas del programa (50%), incluyendo la reducción de jornada necesaria para participar en las actividades formativas, mientras que los ayuntamientos financiarán el 50% restante, que corresponde a los salarios que recibirán las personas que participen en el programa.

Esta estrategia específica se suma a otras similares desarrolladas por el Gobierno sueco para incrementar el atractivo profesional del sector de los servicios sociales y atraer a un mayor número de profesionales cualificados al sector. En ese sentido, el Gobierno sueco destinó entre 2015 y 2018 cerca de 700 millones de euros para incrementar el personal en el sector de la atención a las personas mayores, de los cuales el 60% se destinó a los centros residenciales, especialmente al objeto de incrementar los ratios de personal en los centros residenciales y servicios de atención domiciliaria. Las evaluaciones de ese programa señalan que el 70% de los municipios han incrementado el personal de los centros residenciales mediante esos fondos especiales ([Stanskontoret, 2019](#); [Socialtyrelsen, 2019](#)).

### 7.2. La persona en el centro

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

personas usuarias de los servicios sociales-, pero está particularmente diseñado para su uso en el entorno residencial.

Entre las ventajas del modelo, sus promotores destacan:

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

De acuerdo a los informes anuales de implementación de esta herramienta que realiza el Socialtyrelsen, el IBIC es utilizado en el ámbito de las personas mayores por al menos la mitad de los ayuntamientos.

La herramienta supone, además de una mejora en la forma de identificar y documentar de forma sistemática las necesidades y los deseos de las personas, un avance en la digitalización de la atención, en la medida en que todo el proceso se realiza mediante un programa informático específico.

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

### **8.1. Contagios y fallecimientos**

De acuerdo al informe sobre el impacto del covid en el sistema sueco de atención a la dependencia ([Szebehely, 2020](#)), durante los meses de marzo a julio de 2020 contrajeron el COVID19 un total de 6.985 personas residentes en centros residenciales para personas mayores y, de ellas, fallecieron 2.584. En el conjunto del país se detectaron 551 muertes por millón de habitantes y algo más de 7.600 contagiados también por millón de habitantes.

El número de personas contagiadas en las residencias durante ese periodo representa el 9% de todas las personas contagiadas y el 8,5% de las personas residentes. En lo que se refiere a la mortalidad, las personas fallecidas en residencias representan el 47,6% de todas las personas fallecidas con test positivo por COVID, con una tasa de mortalidad en las residencias del 3,1%. Si en el caso del conjunto de la población sueca ha fallecido el 7,2% de las personas con test positivo, en el caso de las residencias ha fallecido el 37% de las personas contagiadas, si bien probablemente la tasa de letalidad en ambos entornos no sea comparable, dado el mayor número de tests realizados en las residencias en relación a la población afectada.

Tabla 16. Indicadores relativos al covid en Suecia (a 20 de julio de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	75.488	7.662 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	5.428	551 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	-	7,2%	
Personas contagiadas en residencias*	6.985	8,5% de las personas residentes	9,2% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	2.584	3,1% de las personas residentes	47,6% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias	-	37,0%	

Fuente: [Szebehely, 2020](#). \*Casos positivos.

Los datos de Sbelzhy señalan también que el porcentaje de centros residenciales en los que se han detectado casos de covid se sitúa en el 25% y que el impacto de la pandemia en los centros residenciales ha sido muy diferente, con una afección muchísimo mayor en la región de Estocolmo: mientras que en esa región el porcentaje de residentes fallecidos alcanza el 7,1%, en el resto de las regiones el porcentaje es del 2,2%, con regiones en las que la mortalidad en las residencias ha sido prácticamente nula. En ese sentido, 40 municipios concentran más del 40% de la mortalidad por covid19 en residencias.

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

La respuesta que en Suecia se ha dado a la expansión del COVID19 en los centros residenciales está determinada por la aproximación general que en el país se dio inicialmente a la epidemia, y que se centró en la consecución de la inmunidad de rebaño, evitando medidas drásticas como el confinamiento y recurriendo a medidas 'blandas', fundamentalmente basadas en la voluntariedad y la colaboración de la ciudadanía. Los datos sobre infecciones y mortalidad no parecen indicar que esa estrategia diera resultado, y Suecia se cuenta entre los países con una tasa de mortalidad más elevada, sólo por detrás de Bélgica, Perú, Reino Unido, España e Italia.

Inicialmente, Suecia no estableció además medidas específicas para el sector de los servicios de atención a las personas con dependencia ni, concretamente, a los centros residenciales. En las primeras semanas, las pautas de actuación se centraron en las medidas relacionadas con la higiene personal y la distancia social, y aunque la atención se centró en las personas mayores, los centros residenciales no fueron inicialmente objeto de medidas específicas. El foco inicial se puso en la prevención de la expansión de la pandemia en la comunidad y en el acceso a la atención sanitaria, especialmente de carácter intensivo ([Szebehely, 2020](#)).

En ese contexto, las principales dificultades se han centrado en los siguientes elementos:

- El cierre de los centros a las visitas externas se decretó a nivel nacional con cierto retraso, el 1 de abril, si bien en algunas regiones, como Estocolmo, la medida se había adoptado desde mediados de marzo. El retraso en el cierre de los centros a las visitas ha podido tener un impacto importante en la transmisión de la enfermedad en las residencias durante el mes de marzo.
- La capacidad de distribución de equipos de protección (EPIS), máscaras, guantes, etc. fue escasa durante las primeras semanas y buena parte de los centros residenciales no recibieron durante semanas los materiales necesarios. Además, las recomendaciones relativas a la utilización de esos equipos fueron durante toda la pandemia poco claras, y quedaron bajo la discrecionalidad de las autoridades regionales.
- También se puso de manifiesto la escasez de kits para la realización de tests, y al menos hasta el mes de abril ni los residentes ni los trabajadores de los centros fueron considerados como

colectivos prioritarios a la hora de la realización de las pruebas diagnósticas. Posteriormente, las pruebas se han realizado sin limitaciones en los centros residenciales.

- La escasez de personal, debido en gran parte al elevado número de bajas por enfermedad, es otra de las dificultades a las que debieron hacer frente los centros residenciales. El elevado absentismo trajo consigo un recurso más elevado de lo habitual a personal nuevo, generalmente poco formado y contratado por horas. En ese sentido, uno de los principales problemas para la prevención del COVID19 en los centros residenciales de Suecia se relaciona con el incremento del número de trabajadores/as que son contratados/as por horas, que trabajan en más de un centro residencial al mismo tiempo, y que carecen de la formación suficiente. Como se señala más adelante, durante la pandemia se establecieron medidas para poder ofrecer a esas personas fórmulas de trabajo más estables, así como una mejor cualificación, como forma de hacer frente a la expansión del virus.
- La coordinación sociosanitaria y la atención sanitaria a las persona residentes ha sido otro de los elementos críticos que pueden contribuir a explicar las altas tasas de letalidad en los centros residenciales sueco. En ese sentido, se han puesto de manifiesto problemas importantes en lo que se refiere al acceso de los usuarios/as de los centros residenciales a la atención hospitalaria requerida, así como en lo que se refiere a la coordinación entre los centros residenciales y los servicios médicos de atención primaria. Un informe específico realizado en relación a esta cuestión señala que los centros residenciales carecían de posibilidades para diagnosticar la situación de las personas residentes y/o para ofrecerles el tratamiento adecuado, y en muchos casos se optó por la administración de cuidados paliativos a las personas en situación de mayor gravedad debido a las dificultades para que pudieran ser derivadas a los hospitales.

### 8.3. Prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección

Es difícil identificar prácticas exitosas específicamente adoptadas en Suecia para la prevención y el control de la infección, y puede hablarse de fracaso en Suecia a la hora de abordar la enfermedad en los centros residenciales. En todo caso, cabe hacer referencia a algunas iniciativas concretas, que han tenido un eco importante o que resultan de interés (si bien no puede afirmarse que su impacto específico esté demostrado o haya sido importante):

- En la primera fase de la pandemia se puso en marcha un programa de formación virtual para el personal de los centros sociales y sanitarios en relación a las pautas mínimas de higiene que deben seguirse para evitar la transmisión del virus en este tipo de centros. Participaron en este curso de formación un total de 180.000 profesionales. Junto a este curso, el Socialtyrelsen elaboró diferentes manuales, directrices y recomendaciones sobre medidas de prevención y de abordaje del coronavirus en los centros residenciales.
- Como consecuencia de las quejas recibidas, el Servicio de Inspección realizó una amplia inspección en más cerca de 1.000 residencias, encontrando deficiencias –especialmente en lo que se refiere a las medidas de higiene– en un 10% de ellas.
- Como se ha señalado en el epígrafe 7.1, se ha puesto en marcha un programa especial de formación y contratación de personal de cuidados, en gran medida para dar respuesta a la situación provocada por el COVID19. Con un presupuesto de 220 millones de euros durante los próximos dos años, el plan pretende mejorar la cualificación del personal de los centros residenciales y las condiciones laborales en el sector de la atención residencial, incrementando los niveles de empleo permanente y a tiempo completo. El plan se dirige fundamentalmente a los/as profesionales de atención directa (gerocultoras/es, auxiliares/as de enfermería, etc.) y pretende tanto mejorar las condiciones de trabajo y la formación de las personas que ya están trabajando en el sector de forma ocasional (contratos a tiempo parcial, contratos por horas,

etc.), como insertar laboralmente en el sector de los cuidados de larga duración a personas desempleadas que anteriormente trabajaban en otros sectores.

#### **8.4. Lecciones aprendidas**

Como en los demás países de Europa, la epidemia de COVID19 ha puesto de manifiesto en Suecia problemas y limitaciones que el sector de la atención residencial que existían con anterioridad a la epidemia. En ese sentido, las casusas que pueden haber contribuido a la mayor expansión del COVID en las residencias se deben básicamente a:

- Los problemas relativos a la cualificación y a las condiciones laborales del personal de las residencias, aún teniendo en cuenta la elevada dotación de personal que tienen los centros residenciales suecos.
- La tardanza en establecer directrices claras por parte de las autoridades y en identificar a las personas usuarias de las residencias como un colectivo de riesgo ante el COVID19. Esa tardanza, y las dificultades para dotar a las residencias del material de protección adecuado, ha podido tener un impacto importante en lo que se refiere a la expansión del coronavirus en las residencias suecas.
- La escasa dotación de personal médico, paramédico o de enfermería en los centros residenciales y las dificultades de coordinación con los servicios de salud de atención primaria.