
Políticas públicas de cuidados de larga duración: residencias para mayores, calidad del servicio y atención de calidad

*María Ángeles Briones Peralta*¹

Diputación Provincial de Cuenca

*Isabel Pardo García*²

Universidad de Castilla la Mancha

*Francisco Escribano Sotos*³

Universidad de Castilla la Mancha

Recibido: 4-5-2021

Revisado: 9-6-2021

Aceptado: 14-6-2021

¹ mabriones@dipucuenca.es

² Isabel.pardo@uclm.es

³ Francisco.esotos@uclm.es

Políticas públicas de cuidados de larga duración: residencias para mayores, calidad del servicio y atención de calidad

Resumen. En este artículo se presenta una revisión de la repercusión que tendrá el envejecimiento de la población en el aumento de la demanda de cuidados de larga duración, en particular de la atención en residencias para mayores. Estas previsiones y la situación actual de las residencias, especialmente tras la grave situación provocada por la pandemia, hacen necesario un repaso por algunos conceptos imprescindibles como la gestión de calidad, la calidad asistencial, el modelo de atención centrada en la persona o las buenas prácticas. Una consideración muy especial debe tenerse en relación a la formación y condiciones de los profesionales del sector. Todos estos aspectos deberán ser tenidos en cuenta para la elaboración de políticas públicas dirigidas a cambiar el modelo residencial en España.

Palabras clave: Calidad de vida; Calidad asistencial; Residencias para mayores; Política pública; Cuidados de larga duración.

Clasificación JEL: I31; J11; J14.

Long-term care public policies: nursing homes, quality of service and quality of care

Abstract. This article presents a review of the impact that population ageing will have on the increase in demand for long-term care, particularly nursing home care. These forecasts and the current situation of nursing homes, especially after the serious situation caused by the pandemic, make it necessary to review some essential concepts such as quality management, quality of care, the person-centered care model or best practices. Special consideration should be given to the training and conditions of professionals in the sector. All these aspects should be taken into account in the development of public policies aimed at changing the nursing home model in Spain.

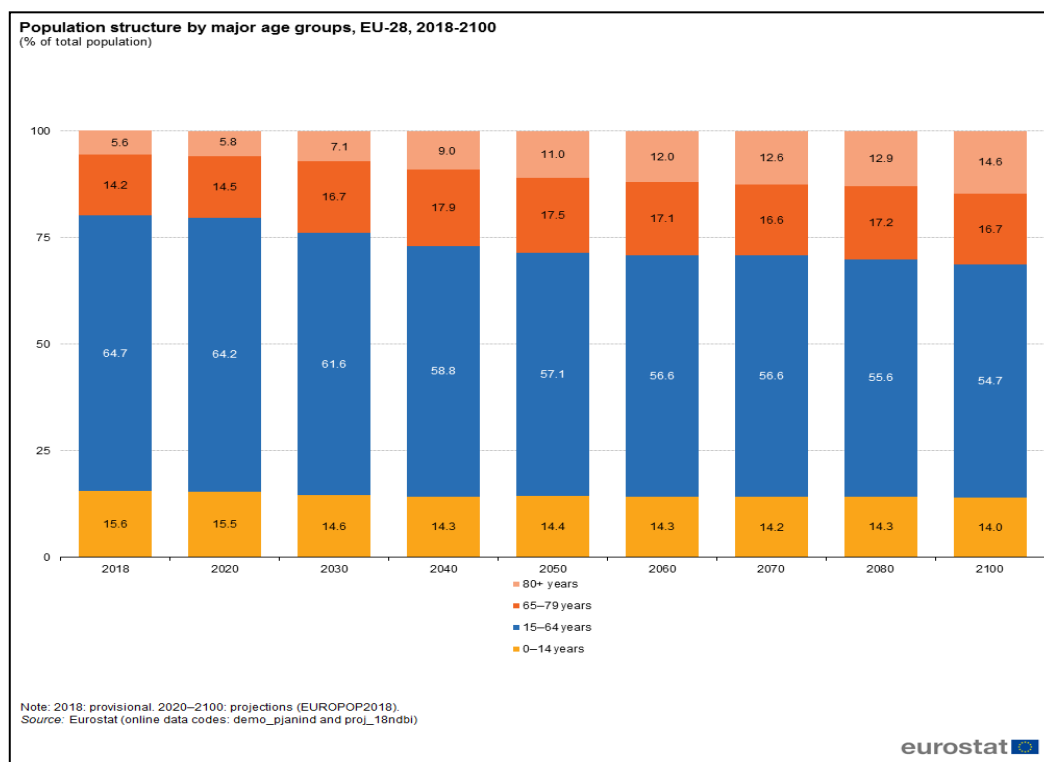
Keywords: Quality of life; Quality of care; Nursing homes; Public policy; Long-term care.

JEL codes: I31; J11; J14.

1. Introducción

La población mundial continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas que tienen 65 años o más. Así, para 2050, una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá más de 65 años, en comparación con una de cada 11 en 2019 (9%). Se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará en algunas zonas del mundo y que el número de personas de 80 años, o más, se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más, a nivel mundial, superaron en número a los niños menores de cinco años.

Gráfico 1. Evolución de la población de la Unión Europea por grupos de edad

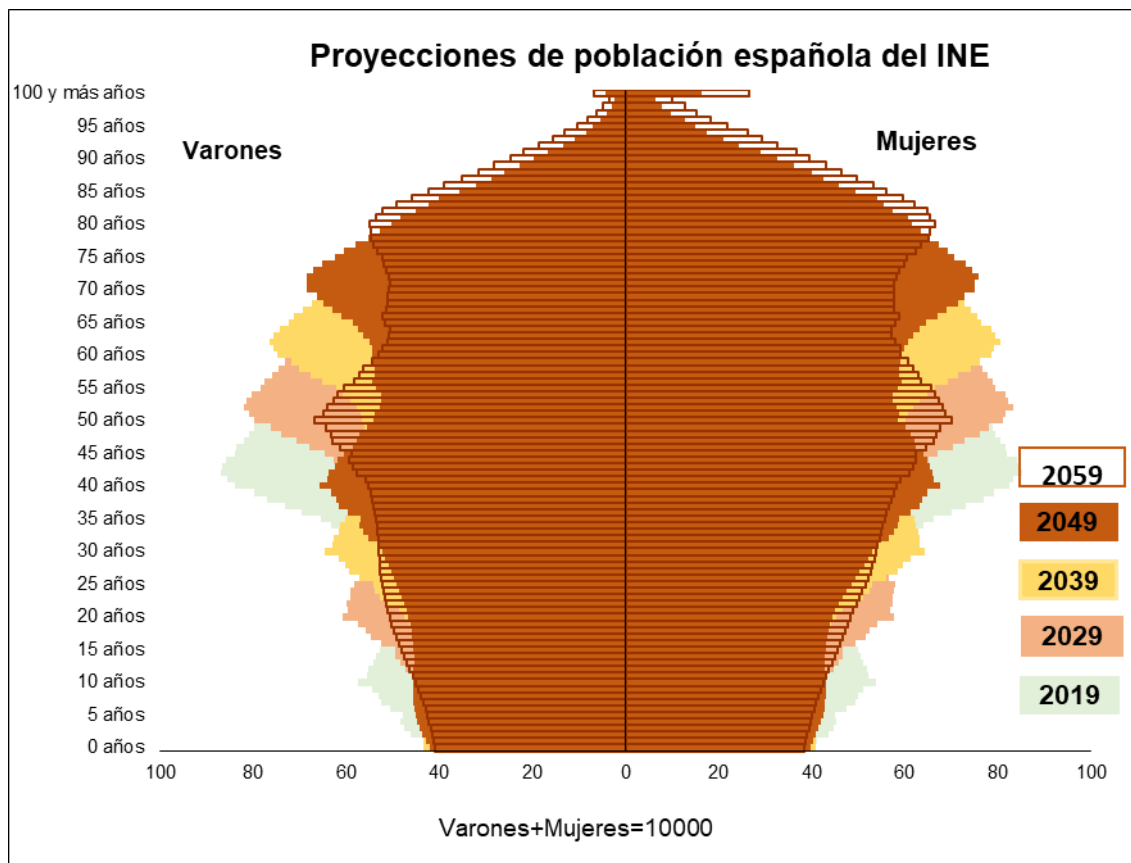


Fuente: Eurostat (2019).

Respecto a la población de la Unión Europea, se prevé que durante los tres próximos decenios el número de personas de edad, más de 65 años, también siga una trayectoria ascendente, alcanzando los 149,2 millones de habitantes en 2050 (Eurostat, 2019). Siguiendo esta progresión, para 2070, se prevé que el 29,2 % de la población europea tenga 65 años o más (frente al 20,3% en 2020) y que el 12,6 % tenga 80 años o más (frente al 5,8 % en 2020) (European Commission, 2020).

En España, según los datos estadísticos del Padrón Continuo (Instituto Nacional de Estadística, INE) a 1 de enero de 2019, hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población; así pues, la población mayor de 65 años aumenta, tanto en número como en proporción. Y crecen, en mayor medida, la proporción de octogenarios; en 2019 representaban el 6,1% de toda la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento del envejecimiento. Los centenarios empiezan a hacerse notar; en 2019 existían 16.303 empadronados (Pérez Díaz et al., 2020).

Figura 1. Pirámide población España proyección 2059



Fuente: INE (2019).

En este contexto, es importante considerar la esperanza de vida, que corresponde al periodo de tiempo que, con criterios estadísticos, puede presumiblemente vivir una persona a partir de un determinado momento. La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años en todo el mundo, aunque encontramos una diferencia entre los países desarrollados y los países en desarrollo de más de diez años.

Pero es la esperanza de vida en buena salud, o libre de discapacidad, la que nos da información sobre cómo van a ser vividos esos años que han alargado nuestras vidas. Los años de esperanza de vida en buena salud proporcionan información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de los individuos. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud. La discapacidad es el determinante más poderoso del uso de cuidados de larga duración (CLD en adelante) (Gil Gregorio, 2013; INE, 2020; Pujol Rodríguez & Abellán García, 2013).

Gráfico 2. Esperanza de vida a los 65



Fuente: INE (2020).

En España, la esperanza de vida de una persona a los 65 años es aproximadamente de entre 18 y 23 años, de ellos, entorno al 50% va a ser de vida libre de discapacidad y el otro 50% de vida dependiente, habiendo variación entre hombres y mujeres (INE, 2020).

En general, los europeos disfrutan de vidas más largas y, en promedio, durante más tiempo con buena salud. La esperanza de vida al nacer ha aumentado en unos 10 años tanto para hombres como para mujeres en las últimas cinco décadas. Aunque la pandemia del Covid 19 ha expuesto las vulnerabilidades de una población que envejece, no se cree que sea probable que haya cambiado esta tendencia positiva general de la esperanza de vida (European Commission, 2020).

2. Cuidados de larga duración

La Organización Mundial de la Salud, OMS en adelante, define los CLD como las actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, vecinos, amigos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca, o corren riesgo de tenerla, puedan mantener la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (Gallardo Fernandez, 2016; OMS, 2015). Esto incluye personas de todas las edades, pero nosotros abordamos solamente los CLD para las personas mayores.

A nivel mundial, en 2015 había 200 millones de personas mayores necesitadas de cuidados según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT en adelante). Para el año 2030 se prevé que el número de personas mayores que necesitarán CLD ascenderá a 300 millones (ILO, 2018).

La pandemia del Coronavirus ha evidenciado la vulnerabilidad de las personas mayores tanto a las pandemias como a otras enfermedades, en particular porque es más probable que tengan problemas de salud subyacentes. Esto ha puesto de relieve la necesidad de contar con sólidos sistemas de salud pública y de CLD.

En Europa ambos sistemas, de atención sanitaria y de CLD, que ya estaban bajo una presión creciente, entre otras cuestiones por el envejecimiento de la población y por el

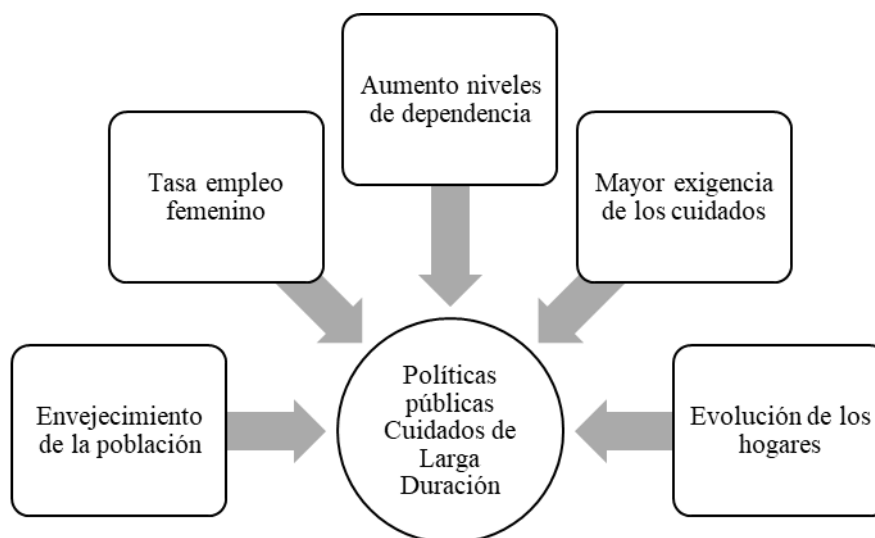
impacto de la crisis económica de 2008 (Costa-Font, 2017), han sufrido un fuerte impacto debido a pandemia por el Coronavirus. Esto afecta particularmente a las regiones de Europa que se prevé que tengan un aumento significativo de personas mayores en los próximos años, como puede ser el caso de España.

El principal desafío es satisfacer una demanda progresiva de servicios de salud y atención a largo plazo suficiente, accesible y de buena calidad, tal como se consagra en el Pilar Europeo de Derechos Sociales (Comisión Europea, 2017). Para garantizar un alto nivel de protección de la salud humana es necesario contar con la infraestructura adecuada, como hospitales, centros de atención a largo plazo y viviendas adaptadas y equipadas para las personas de edad. A diferencia de la asistencia sanitaria, la protección social para los CLD no existe en todos los Estados miembros de la Unión Europea. Los cuidados formales de larga duración son caros y a menudo son asumidos por la persona necesitada o su familia. Así pues, el hecho de que la población europea envejece se convierte en un reto continuo para los gobiernos.

Los CLD se ofrecen en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona, como la teleasistencia, ayuda a domicilio o centros de día entre otros, hasta centros institucionales, como residencias para mayores, hospitales y otras instituciones de salud que pueden ser diferentes según los países. El alcance y la intensidad de la atención y el apoyo suministrados pueden diferir en cualquiera de estos ámbitos, dependiendo principalmente de las políticas públicas que cada gobierno determine (Alders et al., 2015).

La necesidad de cuidados está relacionada con la discapacidad y algunos aspectos de la evolución de la sociedad como el cambio en la composición de los hogares, la tasa de empleo femenino o el aumento de los niveles de dependencia, entre otros, determinan como afrontarla (Eurostat, 2019; ILO, 2018).

Figura 2. Factores asociados a la necesidad de cuidados de larga duración



Fuente: Elaboración propia.

Y, aunque la tendencia actual en los países europeos es incrementar la atención de CLD en el hogar (*aging at home*) (Alders et al., 2015; Verbeek et al., 2012), algunas personas de edad se trasladan a centros institucionales, como residencias para mayores; esto puede ocurrir por elección o, como sucede en la mayoría de los casos, porque ya no es posible que las personas de edad sigan viviendo en casa debido a complejas necesidades de atención a

largo plazo o por la carencia de los servicios adecuados a sus necesidades en su entorno, lo que está implicando el aumento de la atención residencial (Eurofound, 2017; Gallardo Fernandez, 2016).

3. La atención residencial: residencias para personas mayores

Para trabajar con el objetivo de mantener a las personas mayores el máximo tiempo posible en su entorno es importante identificar los factores de riesgo para el ingreso en una residencia, lo que permitirá desarrollar herramientas de predicción y programas de intervención para reducir el número de ingresos. También permite conocer el perfil de las personas mayores que ingresan en las residencias.

En este sentido, estudios previos (Brown & Abdelhafiz, 2011; Luppá et al., 2010; Matsumoto & Inoue, 2007) coinciden en que la mayoría de los factores de riesgo relacionados con la propia persona mayor y que conducen al ingreso en una residencia se basan en una disminución del estado funcional y/o del estado cognitivo, mencionan también la avanzada edad (Del Duca et al., 2012) o las alteraciones neuropsiquiátricas y de la conducta (Martínez-Pizarro, 2020). Sobre aspectos ajenos a la persona mayor, estos estudios mencionan la falta de apoyos y asistencia en la vida diaria o los síntomas físicos y psicológicos del cuidador y su capacidad o posibilidades para hacerse cargo de esa persona mayor.

A la vista de estos resultados hay que considerar la demencia en las personas mayores ya que esta patología no solo supone un importante declive tanto en los aspectos cognitivos y funcionales de las personas que la padecen, sino que también implica una serie de alteraciones de conducta que dificultan seriamente la permanencia en el domicilio. La demencia es la primera causa de discapacidad y la enfermedad que genera mayor dependencia entre las personas mayores, supone, además, una importante sobrecarga económica y estrés psicológico en los cuidadores. Por todo esto, y por el incremento de los casos de demencia en el mundo, -en 2017 se estimó que había unos 47 millones de personas con demencia, con la previsión de que esta cifra aumentará a 75 millones para 2030 y que el número de casos de demencia prácticamente se triplicará para 2050-, la OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública (OMS, 2013).

En cuanto a la demencia y los problemas que conlleva como factores predictores de la institucionalización, un estudio realizado con personas mayores con demencia que vivían en sus domicilios en Bélgica (Schoenmakers et al., 2009) concluye que los trastornos del comportamiento son la principal razón directa de la institucionalización de los ancianos dementes que viven en la comunidad. Otro estudio, en este caso realizado con personas mayores en Australia (Brodaty et al., 2014) buscó conocer las variables demográficas y clínicas que predicen el tiempo que transcurrirá hasta la institucionalización en pacientes con demencia a los que se hizo un seguimiento de tres años. Los resultados confirman que las características clínicas de la demencia, en cada estadio de ésta, predicen el tiempo que transcurrirá hasta el internamiento. En esta línea, una revisión sistemática (Luppá et al., 2008) identificó 42 estudios de los que se dedujo que la tasa de institucionalización aumentó del 20% en el primer año después del diagnóstico al 50% después de 5 años. El tiempo medio hasta la institucionalización se estimó entre 30 y 40 meses.

En otro estudio (Eska et al., 2013), con un seguimiento de cuatro años, se observó que el riesgo de internamiento aumentaba considerablemente con las edades más avanzadas de los pacientes, un nivel educativo más alto del cuidador, un mayor uso de los

servicios de salud comunitarios y una mayor carga para el cuidador, incluso cuando el cuidador y el paciente vivían separados. Los resultados de esta investigación muestran que existe una influencia multifactorial en la institucionalización de los pacientes con demencia.

Figura 3. Factores que influyen en la institucionalización de las personas mayores con demencia



Fuente: Elaboración propia.

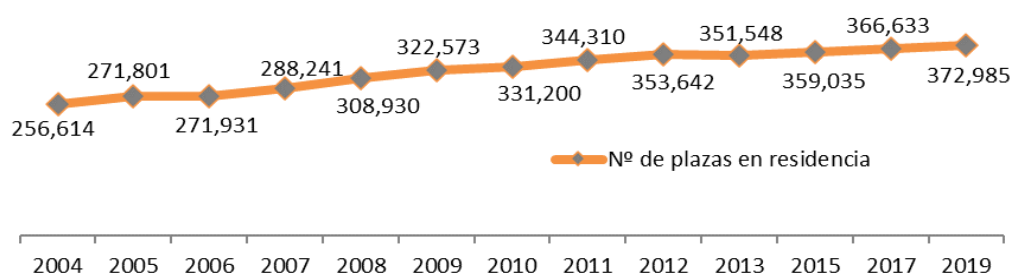
Dentro del conjunto que conforman todos los servicios considerados de larga duración, las residencias para personas mayores ocupan un lugar destacado y su demanda continúa aumentando, siendo previsible que siga siendo esta la tendencia en el futuro dada la evolución de la población y la sociedad descritas en anteriores apartados de esta introducción.

Son diversas las definiciones que encontramos para residencia de personas mayores, no obstante, conceptos como dependencia, vida cotidiana digna, derechos y obligaciones (SEGG, 2004), atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario, espacio de convivencia y desarrollo de las relaciones personales, respeto a los valores individuales, dignidad, apoyo e independencia (IMSERSO et al., 2011; Koroukian, 2008; Portal Mayores, 2007), aparecen en casi todas ellas.

Además, los servicios residenciales para personas mayores responden a distintas necesidades de atención permanente o temporal y a distintos conceptos de atención u objetivos. Esta variedad se traduce no solo en distintas organizaciones o infraestructuras sino en distintos modelos de atención que, más adelante, abordaremos y que clasificamos como modelo tradicional y nuevos modelos de atención.

El aumento de la demanda de plazas en residencias para personas mayores es, también, una realidad en España. En el gráfico 3 podemos observar que se confirma la tendencia de un incremento progresivo en los últimos años.

Gráfico 3. Evolución del número de plazas en residencias para mayores en España



Fuente: Elaboración propia partir de datos proporcionados por el CSIC⁴ (2020).

⁴ <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>

Este aumento en el número de plazas se corresponde con el aumento de la ocupación como se puede observar en el gráfico 4, donde aparece la ocupación estimada por grupos de edad en los años que se indican.

Gráfico 4. Distribución de las personas que viven en residencias de mayores por grupos de edad



Fuente: Abellán et al. (2020).

El gráfico 4 nos permite apreciar que la población institucionalizada está fuertemente envejecida. La evolución de la población de las residencias ha ido sufriendo un desplazamiento del peso porcentual hacia los grupos de edad más avanzada (envejecimiento del envejecimiento). La población de 80 y más años supone el 79% de toda la población que vive en residencias, cuya edad media en conjunto ha pasado de 85 a 86 años entre 2011 y 2019 (EnR, 2020).

Esta estructura sobre-envejecida supone una mayor probabilidad de encontrar en residencias personas muy mayores; probablemente más frágiles y con más limitaciones para las actividades de la vida diaria, con problemas de movilidad y otras discapacidades y patologías crónicas y, como veíamos en las causas para la institucionalización, probablemente presentará algún tipo o grado de demencia.

En cuanto a los modelos de atención en las residencias distinguimos dos, el modelo tradicional y los modelos de atención centrada en la persona que se presentan como la alternativa al modelo tradicional.

El modelo de atención en residencias de mayores que denominamos tradicional, está marcado por un carácter hospitalario e institucional, centrado en una visión biomédica clásica vinculada al déficit y a la pluripatología de las personas mayores y, habitualmente, organizado desde una rígida protocolización de las tareas asistenciales, el criterio clínico del experto y la búsqueda fundamental de la eficiencia organizativa. Un modelo que, en consecuencia, restringe seriamente la libertad de las personas que deben someterse a un modo de vida institucional y poco o nada personalizado, y donde las personas mayores son vistas como receptores pasivos de la atención, y los servicios se desarrollan en torno a las necesidades de los prestadores de servicios, no a las necesidades y preferencias de la persona mayor (Barenys, 1992; Martínez-Rodríguez, 2016).

Por este motivo, las residencias tradicionales han sido y son objeto de numerosas críticas en cuanto a su falta de flexibilidad y de atención personalizada. El concepto de

atención y la forma en que están organizadas (horarios y actividades uniformes, falta de privacidad, sometimiento a múltiples normas, etc.) hace muy difícil que las personas mayores que allí viven y son atendidas puedan tomar sus propias decisiones, tener control sobre su entorno cotidiano y desarrollar una vida acorde a sus valores, preferencias y deseos (Martínez Rodríguez, 2016). Esto es, no tienen en cuenta la participación de la persona mayor en el proceso, llevando a cabo prácticas de corte paternalista donde los profesionales son quienes deciden casi todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, desde la creencia de que, al tener la condición de expertos, son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas. Por ello, algunos autores han llegado a considerar que los centros de atención institucional son deshumanizadores y presentan obstáculos estructurales y culturales que impiden la interacción social (OMS, 2015).

Para cambiar este modo de proceder es imprescindible aportar la voz de las personas mayores que reciben la atención residencial para conocer su experiencia al respecto y saber cómo desean ser atendidas. Con el objetivo de integrar el conocimiento internacional actual y mejorar nuestra comprensión de las experiencias de los mayores atendidos en residencias geriátricas, un metanálisis (Vaismoradi et al., 2016) concluyó que los mayores deseaban un lugar acogedor donde se les prestara atención con la consideración de todos los aspectos humanísticos. Aunque el conflicto entre sus expectativas y las exigencias organizativas dañaron este ideal buscado, adaptarse a las condiciones de vida y asumir un papel activo produjeron en ellos la sensación de “estar vivos”.

Así pues, el tipo de atención residencial que denominamos tradicional y que sigue siendo predominante en numerosos países está en crisis, en España también (Defensor del Pueblo, 2020), y no solo porque lo plantean los profesionales, también las personas mayores receptoras del servicio demandan otro tipo de atención. Es un debate que está abierto y, de hecho, distintas iniciativas para modificar esos procedimientos tradicionales vienen poniéndose en marcha desde hace años en diferentes lugares del mundo (Fundación Pílares, 2012).

Pero el mayor envite que ha sufrido el modelo tradicional de atención en residencias ha sido la pandemia por Covid 19, considerada una emergencia geriátrica (Bonanad et al., 2020). En el caso de personas mayores en residencias en España, los fallecidos durante el periodo de marzo a junio de 2020 equivaldrían a un 66 % del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad español (Rtve.es, 2020). Como consecuencia, la pandemia ocasionada por el coronavirus ha puesto en primer plano asuntos relacionados con la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y/o dependencia profundizando en la crisis de las residencias en España y otros países (Derechos y mayores, 2020; Gonzálo-Jiménez et al., 2020; Sosa-Troya et al., 2020).

En este sentido los informes del Ministerio de Derechos Sociales⁵ y el Ministerio de Ciencia e Innovación⁶ españoles plantean un análisis destallado de la situación vivida en las residencias durante la pandemia y apuntan propuestas para mejorar la atención en las

⁵ Informe del grupo de trabajo covid 19 y residencias. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe que ha sido presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia celebrado el día 2 de diciembre de 2020.

⁶ Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias, solicitado por el Ministerio de Ciencia e Innovación al Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) que le asesora y apoya en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras.

residencias así como para evitar situaciones similares que deberán ser tenidas en cuenta en las políticas públicas futuras.

Por otro lado, en los países anglosajones y escandinavos, hace varias décadas que se asumió la necesidad de transitar desde los modelos residenciales tradicionales a la promoción de un conjunto de iniciativas en las que los entornos domésticos y la atención centrada en la persona configuren los ejes centrales de un modelo de alojamiento para personas en situación de dependencia, (Díaz-Veiga & Sancho, 2013). En esta misma dirección, en los años 80 surge en Estados Unidos un importante movimiento, conocido internacionalmente como *The Culture Change Movement*, corriente que desde su origen hasta la actualidad busca promover y apoyar el tránsito de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde una atención centrada en la persona (Bowers et al., 2016; Fundación Pilares, 2012; Kehoe & Van Heesch, 2003; Martínez-Rodríguez, 2013b; Miller et al., 2010).

Este impulso renovador en la atención a las personas mayores lleva en algún caso, incluso, a la prohibición de las residencias para mayores, como fue el caso de Dinamarca (Lantarón) sustituyéndolas por otro tipo de servicios y alojamientos, como las llamadas viviendas con cuidados (Plejebolig) para personas con un alto grado de dependencia.

Otra apuesta por el cambio es el modelo *Housing* (Rodríguez, 2011). Este modelo pretende el desarrollo de una amplia gama de apoyos y servicios que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en que, por diferentes razones, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, desde el modelo *Housing* se persigue que la atención tenga lugar en centros que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa” (Martínez-Rodríguez, 2013a).

Para promover este cambio de modelos en la atención en las residencias se considera imprescindible cambiar o mejorar la formación de los profesionales (Martínez-Rodríguez, 2015; Mezey et al., 2008; Silvestre et al., 2015), trabajar conjuntamente la formación y la investigación y que se produzcan cambios en las políticas y la legislación (Verbeek et al., 2020), lo que sentará una base sólida para avanzar en la reforma de los procedimientos de atención a personas mayores.

Pero, además, son necesarios modelos teóricos de referencia que enmarquen y guíen estos cambios planteando el envejecer y recibir cuidados en condiciones de respeto a la dignidad, a la preservación de derechos y, especialmente, generando mayor calidad de vida y bienestar a las personas que reciben asistencia profesional. En este sentido, los modelos de Atención Centrada en la Persona vienen siendo reconocidos como un enfoque que facilita la personalización de los cuidados y, por tanto, con una enorme capacidad tanto para orientar el diseño de los servicios como la buena praxis profesional (Martínez Rodríguez, 2016). Su aportación fundamental es situar a la persona usuaria como agente activo en el centro del servicio, organización y proceso de atención, desde el reconocimiento de su singularidad y desde el respeto a su autonomía personal, es decir, a sus decisiones, a su modo de vida, preferencias y deseos. Distintos organismos internacionales han considerado este modelo como la mejor estrategia para prestar cuidados a las personas mayores (AGE&EDE, 2012; OMS, 2015).

3. Gestión de calidad vs calidad asistencial

Con el fin de garantizar que los servicios de atención a largo plazo ofrezcan un cierto nivel de calidad, se regulan los sistemas de CLD. En todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, son los gobiernos centrales quienes se ocupan de ello. Los tres objetivos principales de la reglamentación son: i) orientar a los proveedores de atención sobre la forma de mejorar la calidad, ii) informar a las personas que necesitan servicios de atención a largo plazo acerca de la prestación de determinados servicios de atención y iii) proporcionar información a los organismos reguladores a fin de que puedan ayudar a detectar las lagunas. En muchos países, son órganos descentralizados quienes se encargan de la aplicación del control de calidad (Wech, 2014).

Esta preocupación por la calidad en las residencias de mayores hizo que los Sistemas de Gestión de la Calidad que habían ido afianzándose en el sector industrial, entraran en el sector servicios y, en este caso, en el de los servicios residenciales destinados a las personas mayores. El origen de la aplicación del modelo empresarial de Gestión de la Calidad al ámbito de la intervención social se explica por la creciente presión por el control del gasto público en los países europeos que se vio disparado a lo largo del siglo XX implicando la urgencia de mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones que se realizan (Martínez Fernández, 2017).

Son varios los autores que consideran que el desarrollo de sistemas de gestión en la última década ha supuesto una mejora organizacional, una profesionalización de la gestión y también una sistematización de las actividades que en el ámbito de un servicio de atención se llevan a cabo. Pero los sistemas de gestión de la calidad y las certificaciones y reconocimientos relacionados no garantizan, por sí mismos, la calidad de la atención, incluso podrían ir en detrimento de la implantación de un Sistema de Calidad de la Atención (Leturia Arrazola, 2012; Martínez Fernández, 2017). En este sentido, resulta importante diferenciar la calidad de la gestión de los centros, que es el tipo de calidad que miden los Sistemas de Gestión de la Calidad, y la Calidad de la Atención que se presta o Calidad Asistencial.

En este contexto aparecen los indicadores de calidad, que pueden entenderse como criterios que definen y miden la excelencia de los servicios. Estos indicadores intentan valorar la calidad de la atención. Existen numerosos indicadores de calidad que miden aspectos muy diferentes pero no encontramos un consenso para el concepto de calidad en la atención, a pesar de haberse realizado esfuerzos por conseguirlo (IMSERSO, 2011). Se pretende asegurar, además de los procesos, los resultados y, no sólo en la calidad de vida, sino que suponga el empoderamiento de las personas mayores a través de su participación directa, como protagonistas de su propio envejecimiento.

Algunos documentos que, sin ser modelos de gestión de calidad, incluyen una serie de indicadores a tener en cuenta para compensar las carencias citadas anteriormente en las evaluaciones de calidad en residencias son: el proyecto "Gestión de Calidad mediante Indicadores orientados a resultados" (IMSERSO, 2011), 100 Recomendaciones Básicas para fomentar la calidad en residencias de mayores (SEGG, 2004) y los Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores. Autonomía y dignidad en la vejez (Peñafiel Olivar, 2010), todos ellos en España. En otros países destacan el Minimun Data Set (SMD) (Zimmerman, 2003), usado en EEUU, o el cuadro de indicadores sobre la atención social (ASCOF) en el Reino Unido (ASCOF, 2019; Leturia et al., 2019).

Algunos autores (Murakami & Colombo, 2013) consideran que los indicadores de efectividad y seguridad más utilizados se refieren a seis aspectos concretos: la prevalencia de las escaras o úlceras por presión, la incidencia de las caídas y las fracturas provocadas por caídas, la incidencia de las restricciones físicas, la incidencia de casos de sobremedicación y errores en la administración de fármacos, la prevalencia de pérdida involuntaria de peso y la incidencia de la depresión. Es necesario añadir, a este tipo de indicadores de carácter clínico, indicadores que midan los resultados de la atención desde el punto de vista de la atención centrada en la persona y la calidad de vida.

Además, la evolución y desarrollo de nuevas normativas, sistemas de control de la calidad e indicadores, tendrá que pasar por el análisis de lo que ha sucedido durante la pandemia por coronavirus en las residencias de mayores, se trata de un punto de inflexión que habrá que plantearse como una oportunidad para cambiar e impulsar nuevos modelos (Derechos y mayores, 2020).

No obstante, prestar una atención de calidad implica algo más. Muchos autores coinciden en que la calidad asistencial sólo puede serlo realmente si está orientada hacia la calidad de vida de las personas usuarias, lo que implica prestar una atención orientada a la persona como eje clave en la calidad de los servicios (Bermejo García, 2009b; Martínez-Rodríguez, 2019; Peñafiel Olivar, 2010).

Pero, para comenzar por el principio, tenemos que hablar del concepto calidad de la atención. Donabedian definió la calidad como "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso", con una evidente implicación para los servicios colectivos (Donabedian, 1984). Aunque sus aportaciones estaban dirigidas al campo de la salud, también constituye un referente en otros, como el que nos ocupa (Castle & Ferguson, 2010).

En el ámbito de la calidad asistencial para personas mayores institucionalizadas, encontramos el proyecto *European Care Keys 2003-2006* que se centró en la CV relacionada con la atención para desarrollar un modelo de "cuidado de la calidad de vida" (crQOL por sus siglas en inglés) (Vaarama, 2009). En el núcleo del modelo crQoL está la persona mayor y su experiencia de calidad de vida, dividida en cuatro dimensiones (física, psicológica, social y ambiental).

Un trabajo posterior, *The European RightTimePlaceCare Study* (Beerens et al., 2014), llevó a cabo una comparación entre varios países europeos para conocer las variaciones entre ellos respecto a la CV y la calidad de los cuidados para personas mayores con demencia, observando gran variación en los resultados entre países. Para evaluar la calidad de la atención siguieron dos caminos, uno mediante la información aportada por los familiares de las personas mayores que recibían la atención y, otro, mediante la valoración de indicadores seleccionados sobre la base de la literatura que incluían la calidad de vida y comprendía síntomas depresivos, uso de drogas psicotrópicas, tasa de mortalidad, estado nutricional, uso de restricciones físicas, presencia de dolor, presencia de úlceras por presión e incidentes de caídas.

En varios centros de Holanda se llevó a cabo una investigación sobre calidad de la atención en la que se desarrolló un programa de atención integrada multidisciplinar para conocer sus efectos en la calidad de la atención (Boorsma et al., 2011) y cuyos resultados mostraron que los residentes de los centros donde se llevó a cabo la intervención obtuvieron resultados más positivos, aunque, la capacidad funcional, el número de ingresos hospitalarios y la calidad de vida relacionada con la salud siguieron siendo similares entre los dos grupos. También en Francia (Rolland et al., 2016) se desarrolló una investigación similar con el objetivo de examinar los efectos de una intervención global en residencias de

mayores que concluyó que la asociación entre los geriatras de los hospitales y el personal de la residencia, basada en la auditoría y el debate en colaboración sobre los indicadores de calidad de la residencia, mejoró algunos aspectos de la calidad de la atención.

Otro estudio valoró la calidad de los cuidados en domicilio y residencias (Miguel González, 2017) en población española con personas con demencia, concluyendo que la calidad de los cuidados fue similar en ambos grupos pero los pacientes institucionalizados presentaban más úlceras y caídas. Al contrario, los pacientes que residían en domicilio disponían de menos medidas de contención y menos soporte del sistema sanitario en general. Así mismo, se observó que la presencia de síntomas depresivos es el indicador de calidad del cuidado más estrechamente relacionado con la calidad de vida de las personas con demencia y los resultados mostraron que las personas con demencia que vivían en el domicilio presentaban más síntomas depresivos que los que vivían en una institución de larga estancia.

Otro proyecto europeo, el proyecto WeDO⁷ para el bienestar y la dignidad de las personas mayores (2010-2012) se creó por el interés en trabajar juntos para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que necesitan atención y asistencia. El objetivo del proyecto era la creación de una asociación europea duradera y abierta a los interesados europeos, nacionales, regionales y locales comprometidos en la mejora de la calidad de los servicios para las personas mayores y en combatir su maltrato. El proyecto concluyó con la puesta en marcha del Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención de larga duración, que se inspira en el Marco europeo voluntario de Calidad para los servicios sociales desarrollado por el Comité de Protección Social. Establece unos principios como modelo de referencia para considerar una atención de calidad.

Por otra parte, se observó que los indicadores, tal como se estaban utilizando para valorar la calidad de cuidados, dejaban fuera la opinión o valoración de las propias personas mayores, por lo que, recientemente, se está incorporando ésta como parte fundamental de la evaluación de la calidad asistencial. La investigación cualitativa tiene un peso importante en este sentido, proporcionando una valiosa información para la evaluación de la asistencia y la identificación de nuevas estrategias de mejora para las residencias de personas mayores, completando la información obtenida a través del abordaje cuantitativo (Rodríguez Martín, 2013).

Así pues, a la necesaria mejora de la profesionalización de la gestión y de las intervenciones técnicas, parece sumarse un cambio lento pero inexorable en el concepto de calidad asistencial que crece desde el objetivo de aumentar la calidad de vida de las personas mayores y desde la progresiva conciencia de éstas como sujetos de derechos donde su capacidad de opinar y de decidir sobre la atención van tomando cada vez mayor peso (Martínez-Rodríguez, 2015).

4. Cuidados que mejoran la calidad de vida: las buenas prácticas

El concepto de buenas prácticas (BBPP en adelante), en general, hace referencia al buen hacer profesional, como acción modelo, y, por tanto, con poder ejemplarizante para los demás y que debe estar orientado por un modelo de atención de calidad. Así pues, la relación es estrecha entre los términos calidad asistencial, calidad de vida y buenas prácticas.

⁷ Asociación Europea para el bienestar y la dignidad de las personas mayores. Wedo., 2012

Según Martínez (Martínez-Rodríguez, 2010) podemos distinguir tres acepciones de buenas prácticas, i) Como acciones de carácter innovador para el sector. Serían aquellos programas, proyectos o experiencias de intervención que responden de forma innovadora y satisfactoria al objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas mayores, ii) Instrumentos para la mejora de la intervención en los recursos. Serían como acciones-guía para introducir cambios en los recursos para mejorar la calidad de la atención y iii) Recomendaciones para el buen hacer profesional en el “día a día”. En este caso serían modos recomendables para la actuación profesional cotidiana, considerado más bien como *buenas prácticas*.

Dice esta autora, que cabe considerar que toda acción o intervención valorada como una buena práctica (en cualquiera de las tres acepciones anteriores) debe responder a una doble indicación: la técnica y la ética. Estos son dos requisitos siempre exigibles a la consideración de una acción o intervención como buena práctica, independientemente de que, además, puedan proponerse otros criterios (planificación, evaluación, replicabilidad, durabilidad...) que perfilen o completen el concepto. Además, las acciones consideradas como buenas prácticas deben ser conformes al conocimiento científico generado en el sector (Siis, 2020).

En base a lo anteriormente expuesto, podemos decir que las BBPP constituyen un punto de referencia para la intervención. Una propuesta de BP es una pauta que aporta oportunidades de mejora. No sirve para justificar cualquier tipo de intervención, sino para mejorar intervenciones profesionales y relaciones –haciéndolas más humanas– y que permitan generar procesos de empoderamiento en las personas en situación de dependencia. Pero, además, las BBPP implican repensar el ámbito organizativo (ratios, recursos, temporalización, formas de trabajo) y el relacional (en el que unas actitudes adecuadas son imprescindibles).

En España en lo que se refiere al marco del Sistema Estatal de Atención a la Dependencia, Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, comúnmente conocida como "Ley de Dependencia" o LAPAD, cabe hacer referencia al Acuerdo sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de BBPP en el Sistema Estatal para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Este acuerdo pretendía ser un referente técnico a la hora de identificar, planificar, desarrollar y difundir las BBPP en la aplicación de la LAPAD a través de un catálogo disponible en la plataforma informática común del Sistema, SAAD, favoreciendo la transferencia de las mismas y compartiendo este trabajo entre las administraciones públicas y con entidades colaboradoras, para mejorar la calidad de vida de las personas.

En ese marco, las BBPP se definen como “actuaciones y experiencias sistematizadas, documentadas y con un enfoque innovador, que se orientan a la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y a la participación y cooperación de los agentes implicados en el del SAAD”. El acuerdo preveía una metodología para la elección de BBPP y una memoria tipo para su descripción. Pese a la aprobación de este acuerdo, en 2011, no se ha articulado en la práctica un sistema de buenas prácticas en el marco del SAAD.

En otros ámbitos y países se han elaborado guías de BBPP que constituyen un método bastante aceptado para dar a conocer la situación actual del tema que aborden, así como para orientar la práctica profesional además de constituir una fuente fiable para fundamentar la toma de decisiones. Si bien se trata, en general, de herramientas de uso optativo por parte de los centros, y en general impulsadas desde instituciones académicas

y/o desde el tercer sector, en algunos casos –por ejemplo, en Alemania– estas herramientas de estandarización de la atención forman parte del marco legal establecido y sus contenidos se tienen en cuenta en las inspecciones o evaluaciones (Leturia et al., 2019).

Algunas guías de BBPP editadas en España son el Manual de Buena Práctica en cuidados a las personas mayores (SEGG, 2013) cuyo eje vertebrador es la preservación del respeto, la dignidad y el buen trato a las personas mayores; el documento de consenso de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica conjuntamente con otras sociedades relacionadas con la atención a las personas mayores denominado Criterios y Estándares de cuidados en residencias de mayores, Autonomía y Dignidad en la vejez (Peñafiel Olivar, 2010) o la Guía de Buenas Prácticas en Residencias para Personas Mayores en situación de Dependencia (Bermejo García, 2009a, 2009b) elaborada para ayudar a los y las profesionales y responsables de los centros de atención a personas en situación de dependencia y/o discapacidad a emprender acciones que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que son usuarias de los mismos.

5. Los profesionales que prestan los cuidados

Los profesionales de atención directa son un pilar fundamental para la renovación del modelo de atención en las residencias. Constituyen una parte imprescindible de la prestación de cuidados junto con la organización y las personas residentes y sus familias, por lo que deben ser objeto de atención.

La acción de cuidar implica un proceso dirigido a dar una respuesta concreta ante la necesidad del otro en relaciones de interdependencia. Un estudio cualitativo sobre la realidad del trabajo en residencias de mayores (Corral, 2016) considera que el trabajo de cuidado tiene la particularidad de integrar tres dimensiones - material, emocional y moral - fundamentales y difícilmente separables en la experiencia práctica. La dimensión material implica reconocer que se trata de un trabajo, la dimensión emocional manifiesta que para cuidar se requiere empatía y escucha ante la necesidad del otro, y la dimensión moral pone el énfasis en que cuidar implica sentirse interpelado por una responsabilidad. Los participantes en el estudio relatan que una organización del trabajo demasiado inflexible deshumaniza el trabajo y las hace tratar como “objetos” a las personas que deben cuidar. La construcción de un vínculo personal con los residentes ayuda a humanizar el trabajo y facilita el trabajo emocional. En este sentido se pronuncia la OIT (ILO, 2018) cuando dice que los empleos de mala calidad para los trabajadores y trabajadoras del cuidado conducen al trabajo de cuidados de mala calidad.

Por contraposición, en los centros cuyo enfoque tiene en cuenta la cultura de la atención, las enfermedades crónicas y, cada vez más, la mejora de la calidad, se hace hincapié en el empoderamiento del personal que presta atención directa para resolver problemas y tomar decisiones con los residentes (Stadnyk et al., 2011). En este mismo sentido sugiere Bermejo (Bermejo García, 2009b) que, desde el marco organizativo, debemos también tratar de convertir las residencias en organizaciones empoderadoras, es decir, en ámbitos laborales y de relación que permitan que sus trabajadores desarrollen su iniciativa y creatividad a la hora de pensar mejores formas de trabajo y de relación.

Los aspectos organizacionales de los centros y los sociodemográficos y subjetivos (la edad, el sexo, la formación, la forma de relacionarse, etc) de los profesionales repercuten en la calidad de los cuidados por lo que, si queremos mejorar la calidad asistencial de las residencias de mayores, tendremos que intervenir en estos aspectos. La relación entre

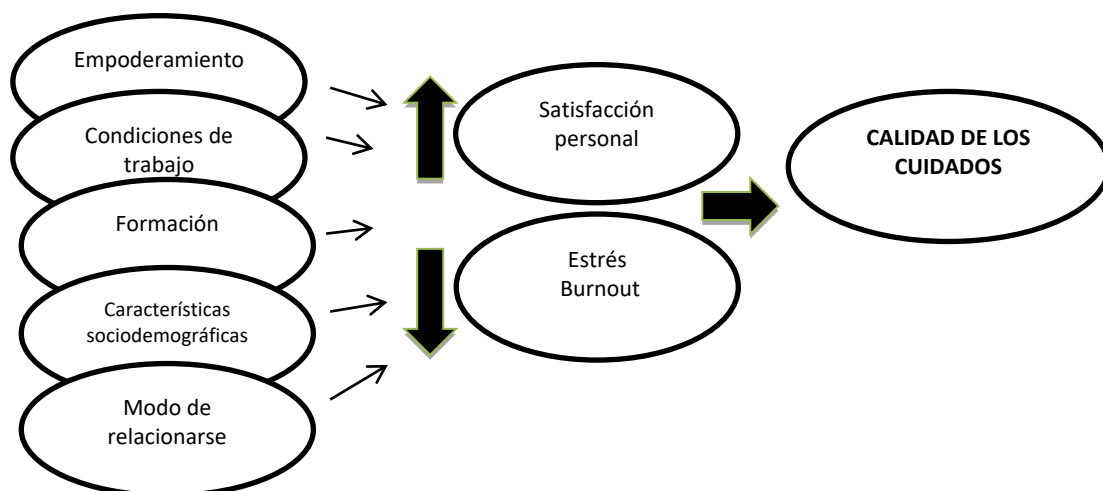
algunos factores organizacionales y otros sociodemográficos se examinó en un estudio con enfermeras de centros de CLD en Finlandia (Rodríguez-Martín et al., 2016), los resultados de este estudio muestran que la edad de las enfermeras y el tipo de organización donde se prestan los cuidados tienen un impacto en las percepciones de los cuidados individualizados que prestan.

Por otro lado, algunos estudios han señalado que un trato cercano y la relación de confianza entre los profesionales de atención directa y los residentes es un aspecto muy importante en la valoración que las personas mayores realizan sobre la calidad de la atención. El estrés y el burnout que pueden sufrir estos trabajadores es un factor que dificulta esta relación de cercanía y el buen trato. En los últimos años se han incrementado los estudios sobre estrés centrados en los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores. Un estudio encontró una relación importante entre estrés y calidad de vida profesional (considerada como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total), principalmente para aquellos que trabajan con personas mayores con demencia (Sarabia-Cobo et al., 2016).

Todo esto supone un reto para la organización en las residencias que, no obstante, tienen una herramienta poderosa para trabajar estos aspectos, se trata de la formación. Mejorar la cualificación y capacitación de los profesionales es una necesidad si queremos avanzar en la transformación del modelo tradicional de atención en residencias. Esta capacitación incluye tanto la capacitación técnica en relación a prácticas asistenciales y de intervención terapéutica basadas en la evidencia, como los conocimientos y habilidades relacionales que posibiliten una atención centrada y dirigida por la persona. Una formación que ha de ir dirigida al logro de competencias clave en un triple nivel: conocimientos, habilidades y actitudes (Martínez-Rodríguez, 2015).

A modo de resumen, son varios los aspectos que influyen en el desempeño de los profesionales para la realización de los cuidados que, a su vez, repercuten en el bienestar de los propios trabajadores y en su satisfacción con el trabajo, lo que afecta a la calidad de los cuidados que reciben las personas mayores en las residencias.

Figura 4. Los profesionales y la calidad de los cuidados



Fuente: Elaboración propia.

6. Conclusiones

Contamos con experiencias, información y evidencias suficientes, tanto en España como en Europa, para establecer un nuevo modelo de atención que mejore la situación de las personas mayores en las residencias. Es el sector público, mediante sus políticas, el que debe tomar las riendas y demostrar voluntad para tratar de solucionar los problemas de este recurso destinado a personas mayores dependientes cuya demanda no parece que vaya a disminuir en los próximos años. Tras la grave situación y la vulneración de derechos vividas en las residencias para personas mayores, es imprescindible que se legisle en consecuencia para poder ofrecer una atención de calidad que permita una verdadera coordinación sociosanitaria así como la implementación de modelos de atención centrada en la persona y garantice una formación y condiciones de trabajo aceptables a los profesionales del sector.

Bibliografía

- AGE and EDE (2012). AGE Platform Europe and EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly), Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo. En *AGE Platform Europe&EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly), Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Europa: AGE and EDE.
- Alders, P., Costa-Font, J., de Klerk, M., and Frank, R. (2015). What is the impact of policy differences on nursing home utilization? The cases of Germany and the Netherlands. *Health Policy*, 119(6), 814-820. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.006>
- ASCOF (2019). *Mesures from the Adult Social Care Outcomes Framework*. digital.nhs.uk/data-and-informations/statistical/adult-social-care-outcomes-framework-ascof
- Barenys, M. P. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. In (pp. 121-135). Barcelona: *Papers: Revista de sociología*.
- Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bokberg, C., Saks, K., and Hamers, J. P. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc*, 15(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.010>
- Bermejo García, L. (2009a). *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Asturias: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies
- Bermejo García, L. (2009b). *Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Asturias: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Forés, J. S., Vidán-Austiz, M., Formiga, F., Ariza-Solé, A., y Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Cardiología*.

- Boorsma, M., Frijters, D. H., Knol, D. L., Ribbe, M. E., Nijpels, G., and van Hout, H. P. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Cmaj*, 183(11), E724-732. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101498>
- Bowers, B., Nolet, K., Jacobson, N. and Collaborative, T. R. (2016). Sustaining Culture Change: Experiences in the Green House Model. *Health services research*, 51 Suppl 1(Suppl 1), 398-417. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12428>
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., Ames, D., and on behalf of the, P. s. g. (2014). Predictors of Institutionalization in Dementia: A Three Year Longitudinal Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 40, 221-226. <https://doi.org/10.3233/JAD-131850>
- Brown, S. H., and Abdelhafiz, A. H. (2011). Institutionalization of older people: prediction and prevention. *Aging Health*, 7(2), 187-203.
- Castle, N. G., and Ferguson, J. C. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*, 50(4), 426-442.
- Comisión Europea (2017). *Pilar Europeo de Derechos Sociales*. Comisión Europea.
- Corral, P. M. (2016). Cuidados "en cadena": cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 2016(1), 146.
- Costa-Font, J. (2017). *Los cuidados de larga duración en los países europeos después de la crisis*.
- Defensor del Pueblo (2020). En *Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del informe anual 2019*. Madrid.
- Del Duca, G. F., Silva, S. G., Thume, E., Santos, I. S., and Hallal, P. C. (2012). Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev Saude Publica*, 46(1), 147-153. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000100018>
- Derechos y mayores. (2020). En *Segundo documento de propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores*. Madrid, España: Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores.
- Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. *México DF: Prensa Médica Mexicana*, 95-151.
- Díaz-Veiga, P., & Sancho, M. (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(3), 101-102.
- EnR. (2020). *Envejecimiento en red. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*. Retrieved 15/09/2020 from www.http:envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/
- Eska, K., Graessel, E., Donath, C., Schwarzkopf, L., Lauterberg, J., and Holle, R. (2013). Predictors of Institutionalization of Dementia Patients in Mild and Moderate Stages: A 4-Year Prospective Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 426-445. <https://doi.org/10.1159/000355079>
- Eurofound. (2017). Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers. In Luxembourg: Publications office of the European Union.
- European Commission. (2020). En *Report on the impact demographic change: European Commission*.
- Eurostat. (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Publications office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/811048>

- Fundación Pílares. (2012). En *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. (pp. 264). Madrid: Fundación Cáser.
- Gallardo Fernandez, M. C. (2016). *Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales*. Universidad de la Rioja.
- Gil Gregorio, P. (2013). Geriátría y Gerontología. Sociodemografía. Envejecimiento fisiológico y patológico. En *Manual de Buena Práctica en Cuidados a las Personas Mayores* (pp. 19-25). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- González-Jiménez, E., Martín-Ruiz, E., and Olry de Labry, A. (2020). Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. La epidemia de COVID-19 en las residencias para personas mayores. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/la-epidemia-de-covid-19-en-las-residencias-para-personas-mayores>
- ILO. (2018). *International Labour Organization. Care work and care jobs for the future of decent work*.
- IMSERSO. (2011). *Midiendo el progreso: indicadores para las residencias. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*.
- IMSERSO, SEGIB, and OISS. (2011). Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. En *Programa Iberoamericano de Cooperación Para la Situación del Adulto Mayor en la Región*.
- INE. (2020). *Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España (2255-0402)*
- Kehoe, M. A., & Van Heesch, B. (2003). Culture Change in Long Term Care. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 159-173. https://doi.org/10.1300/J181v02n01_11
- Koroukian, S. M. (2008). Nursing Home. In S. J. D. Loue and M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 590-592). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_316
- Lantarón, H. G. Modelos de alojamiento para personas mayores: orígenes, evolución y tendencias.
- Leturia Arrazola, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. En Fundación Caser para la Dependencia.
- Leturia, M., Zalakain, j., Mendieta, A., & Carcadilla, A. (2019). *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia* (1 ed.). Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
- Luppa, M., Luck, T., Brähler, E., König, H. H., and Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 26(1), 65-78. <https://doi.org/10.1159/000144027>
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., and Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, 39(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Martínez Fernández, R. (2017). *La calidad integrada: análisis de la implantación de sistemas de gestión de la calidad en residencias de personas mayores en España* [Pablo de Olavide]. Sevilla.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Colección Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal*, 3.
- Martínez-Pizarro, S. (2020). Motivos de los cuidadores para la institucionalización de ancianos. *Sanum* nº 2, 3, 32-39.

- Martínez-Rodríguez, T. (2010). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. En *Informes portal mayores* (pp. 1-22). Madrid: Informes Portal Mayores.
- Martínez-Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención e instrumentos de evaluación* Universidad de Oviedo]. Oviedo.
- Martínez-Rodríguez, T. (2019). La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados. *Personas mayores: voces y derechos*, 215-230.
- Martínez-Rodríguez, T. (2013a). *El modelo housing*. www.acpgerontologia.com
- Martínez-Rodríguez, T. (2013b). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. In (Vol. 8, pp. 25-47): *Actas de la dependencia*.
- Martínez-Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. (Vol. Nº 3). Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Matsumoto, M., and Inoue, K. (2007). Predictors of institutionalization in elderly people living at home: the impact of incontinence and commode use in rural Japan. *Journal of cross-cultural gerontology*, 22(4), 421-432.
- Mezey, M. D., Mitty, E. L., and Burger, S. G. (2008). Rethinking Teaching Nursing Homes: Potential for Improving Long-Term Care. *The Gerontologist*, 48(1), 8-15. <https://doi.org/10.1093/geront/48.1.8>
- Miguel González, S. (2017). *Calidad de vida y calidad de los cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores informales* Universitat Jaume I].
- Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H.-Y., Sterns, S., Clark, M., and Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: the "Culture Change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical care research and review : MCRR*, 67(4 Suppl), 65S-81S. <https://doi.org/10.1177/1077558710366862>
- Murakami, Y., and Colombo, F. (2013). *Measuring quality in long-term care*. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/9789264194564-6-en>
- OMS. (2013). Demencia, una prioridad en salud pública. En. Washington, D.C.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. OMS. www.who.int
- Peñafiel Olivar, A. E. (2010). *Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores*. Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. AMEG.
- Portal Mayores (2007). Glosario especializado en Geriatría y Gerontología*. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>
- Pujol Rodríguez, R. and Abellán García, A. (2013). Esperanza de vida libre de discapacidad en los mayores. En (Vol. 5). Madrid: Informes envejecimiento en red.
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., and Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. En (Vol. 25, pp. 39). Madrid: Informes Envejecimiento en Red.
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. En *Las residencias en las que queremos vivir*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez Martín, B. (2013). Análisis cualitativo de los cuidados formales en residencias públicas de mayores.

- Rodríguez-Martín, B., Stolt, M., Katajisto, J., and Suhonen, R. (2016). Nurses' characteristics and organisational factors associated with their assessments of individualised care in care institutions for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 250-259.
- Rolland, Y., Mathieu, C., Piau, C., Cayla, F., Bouget, C., Vellas, B., and de Souto Barreto, P. (2016). Improving the Quality of Care of Long-Stay Nursing Home Residents in France. *J Am Geriatr Soc*, 64(1), 193-199. <https://doi.org/10.1111/jgs.13874>
- Rtve.es. (2020). *Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos*. Retrieved 22-mayo from amp.rtve.es/noticias/20200522/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez Saiz, Z., San Millán Sierra, S., Salado Morales, L., and Clemente Campo, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*, 27(2), 48-52.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., Devroey, D., Van Casteren, V., and DeLepeleire, J. (2009). The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 24(5), 523-531.
- SEGG. (2004). Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores. En *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- SEGG. (2013). *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*. SEGG.
- Siis. (2020). Revisión de tendencias, innovaciones y buenas prácticas en el ámbito de los servicios sociales. En *Zerbitzuan* (pp. 5-31).
- Silvestre, J. H., Bowers, B. J., and Gaard, S. (2015). Improving the quality of long-term care. *Journal of Nursing Regulation*, 6(2), 52-56.
- Sosa-Troya, M., Sánchez, Á., Miguel de, R., Ayuso, S., Verdú, D., and Müller, E. (2020). La pandemia golpea a las residencias de mayores de toda Europa. *El País*.
- Stadnyk, R. L., Lauckner, H., and Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: what works? *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(11), 1238-1239. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110789>
- Vaarama, M. (2009). Care-related quality of life in old age. *European journal of ageing*, 6(2), 113-125.
- Vaismoradi, M., Wang, I.-L., Turunen, H., and Bondas, T. (2016). Experiencias de atención a mayores en residencias geriátricas: una metasíntesis. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 63(1), 118-128.
- Verbeek, H., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Zabalegui, A., Hallberg, I. R., Saks, K., Soto, M. E., Challis, D., Sauerland, D., and Hamers, J. P. (2012). A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health*, 12, 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-68>
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M., and Hamers, J. P. H. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of

- Work. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(1), 43-43-47.
<https://doi.org/10.1007/s12603-019-1288-5>
- Wech, D. (2014). Improving Quality in Long-term Care. *CESifo DICE Report*, 12(3), 58-60.
- Zimmerman, D. R. (2003). Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(3), 250-257.