



BIBLIOTECA PAMI



Calidad de Atención en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores

Instrumento para medir calidad con enfoque de Derechos Humanos

Autoridades

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo

Dra. Mónica Roqué

Secretaria de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y
Políticas de Cuidado

Dr. Alejandro Robino

Gerente de Políticas de Cuidado

Directoras de la publicación

Mónica Roqué

Claudia Arias

Autoras

Mónica Roqué

Claudia Arias

Franco Morales

Luciana Polizzi

Lucia Carnelli

Directora de la investigación

Mónica Roqué

Investigadora principal

Claudia Arias

Equipo de investigación

Lucia Carnelli

Lucia Suarez

Cecilia LLauro

Corina Soliverez

Franco Morales

Luciana Polizzi

Colaboraron con la investigación

Gerardo Teper, Nivel Central

Luciana Gomez, Nivel Central

Gerardo Damián Ávila, UGL 1 – Tucumán

Matilde Sancho Miñano, UGL 1 – Tucumán

María Gabriela Mohammad, UGL 1 – Tucumán

Cristian Martín Niz, UGL 2 – Corrientes

Adriana Vega, UGL 3 – Córdoba

Andrea Ortiz de Zárate, UGL 3 – Córdoba

Claudio Griffó, UGL 3 – Córdoba

Trinidad Albornoz, UGL 3 – Córdoba

Lucas Herrera, UGL 3 – Córdoba

Daniel Rivera, UGL 3 – Córdoba

Mercedes Valenzuela, UGL 5 – Bahía Blanca

Romina Plataroti, UGL 6 – CABA

Berenice Rohr, UGL 6 – CABA

Verónica Von Der Haide, UGL 6 – CABA

Julián Del Molino Torres, UGL 6 – CABA

Omar Aguirre, UGL 6 – CABA

Analía Pons, UGL 6 – CABA

Carolina Ortiz, UGL 6 – CABA

Laura Behocaray, UGL 6 – CABA

Eduardo Marcelo David, UGL 6 – CABA

Mercedes Tomaghelli, UGL 7 – La Plata

Elio Itri, UGL 7 – La Plata

Marcela Thea, UGL 7 – La Plata

Mariana Moreno Kiernan, UGL 7 – La Plata

Graciela Reyes, UGL 8 – San Martín

Gustavo Donnie, UGL 9 – Rosario

Enrique Izurieta, UGL 9 – Rosario

Natalia Rosello, UGL 9 – Rosario

Balbina Hermelinda Vilchez Bazan, UGL 9 – Rosario

Romina Digiovanni Arcuri, UGL 10 – Lanús

Romero, UGL 9 – Rosario

Verónica Molina, UGL 10 – Lanús

Sandra Fernández, UGL 11 – Mar del Plata

Adriana Mascolo, UGL 11 – Mar del Plata

Natacha Navarro, UGL 11 – Mar del Plata

Daniel Poberenzy, UGL 13 – Chaco

Carolina Duarte, UGL 13 – Chaco

Solange Fernanda Romina, UGL 13 – Chaco

Silvana Andrea Jaime, UGL 13 – Chaco

Laura Lucía Molina, UGL 13 – Chaco

Nanci Lilian Perna, UGL 13 – Chaco

Yael Elina Bengolea, UGL 15 – Santa Fe

Valeria Pretti, UGL 15 – Santa Fe

Eugenia García Bara, UGL 16 – Neuquén

Marina Palomo, UGL 17 – Chubut

Mara Lorena García, UGL 17 – Chubut

Carlos Di Mario, UGL 18 – Misiones

Noemí Chamorro, UGL 18 – Misiones

Oscar Flores, UGL 18 – Misiones

Silvia Aquino, UGL 18 – Misiones

Fabiana Morley, UGL 21 – San Juan

Silvana Elizondo, UGL 21 – San Juan

María Laura Martín, UGL 21 – San Juan
María Itati Almirón, UGL 21 – San Juan
Fernanda Chauque, UGL 22 – Jujuy
Romina Roglan, UGL 23 – Formosa
Marisol Fulgueiras, y Vicend UGL 27 – Rio Negro
María de los Ángeles Sánchez, UGL 28 – Santa Cruz
Leandro Fazio, UGL 29 – Morón
Fernanda Fracchia, UGL 30 – Azul
Pedro La Bunda, UGL 31 – Junín
Alejandro Caruso, UGL 32 – Luján
María Florencia Scattone, UGL 34 – Concordia
Diego Otero, UGL 35 – San Justo
Natalia Flores Di Bernardo, UGL 35 – San Justo
María Laura Scarano, UGL 35 – San Justo
Diego Forrellad, UGL 36 – Río Cuarto
Claudia Viviana Aguirre, UGL 36 – Río Cuarto
Anahí Della Mea, UGL 36 – Río Cuarto
María Paula Alonso, UGL 38 – Chivilcoy
Patricia García, UGL 38 – Chivilcoy
Equipo, UGL 4 – Mendoza

Esta publicación es producto de un trabajo de investigación que pudo realizarse gracias al financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a quien le agradecemos su colaboración.

Calidad de Atención en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores:
instrumento para medir calidad con enfoque de Derechos Humanos /
Monica Laura Roqué ... [et al.] ; dirigido por Monica Laura Roqué ; prólogo
de Luana Volnovich.- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Inst. Nacional
de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP, 2023.
Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-48963-5-3

1. Control de Calidad. 2. Residencias. 3. Derechos Humanos de los Ancianos y Personas con Discapacidad. I. Roqué, Monica Laura, dir. II. Volnovich, Luana, prolog.
CDD 362.67

Prólogo

Desde que asumimos la gestión en diciembre del 2019 nos propusimos trabajar en la mejora de la calidad prestacional de las Residencias de Larga Estadía. Es por ello que durante la pandemia creamos el programa Residencias Cuidadas, que permitió salvar la vida de miles de personas mayores que viven en ellas.

La pandemia nos demostró la gran discriminación que sufren las personas mayores, vimos en muchos países desarrollados cómo se abandonaron a la suerte a las personas que vivían en residencias de larga estadía. Países como España, Bélgica, Holanda Francia, mostraban cifras altísimas de mortalidad de personas mayores en instituciones de larga estadía. El programa de Residencias Cuidadas presentó un enfoque médico, epidemiológico, psicosocial y formativo. Era necesaria la atención urgente de las personas que vivían en las residencias, así como el desarrollo de un plan epidemiológico. A la misma altura estuvo la contención a los familiares, para lo cual armamos un equipo de especialistas en situación de crisis, integrado por psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

Para acompañar al personal se desarrollaron varias actividades formativas, para explicar el uso de barbijos, camisolines y demás equipamiento no común en residencias, junto con estrategias de contención a las personas mayores y buentrato, que debía ser la prioridad.

Luego de la pandemia trabajamos para cambiar la normativa de residencias del Instituto que databa del año 2001; en la era de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, modificarla era imprescindible. Es por ello que por la resolución 896-INSSJP-DE#INSSJP de junio del 2023 construimos una nueva normativa con enfoque de derechos humanos. Se basa en la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, la dignidad, el respeto y buentrato, sin importar la situación de fragilidad o dependencia, desde la igualdad y no discriminación, la atención centrada en las personas, la prohibición del uso de sujeciones, la promoción de la autonomía y la calidad de todas las prestaciones brindadas. Para poder llevar adelante este modelo era necesario construir un instrumento que mediera el cambio de paradigma y la calidad de los servicios. Para conseguirlo, luego de un trabajo profundo con los equipos del nivel central, las Unidades de Gestión Local, y los equipos de las residencias, construimos un instrumento que permite evaluar la calidad de los servicios que se brindan en las residencias.

Nuestro compromiso es que las personas mayores vivan allí como si fuera su casa, su hogar, con la mejor atención y con la garantía de sus derechos.

Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI

Índice

1. Introducción	13
2. Las Residencias de Larga Estadía	17
3. La Atención Centrada en la Persona (ACP)	18
4. Antecedentes de Estándares de Calidad en Residencias de Larga Estadía	24
4.1. ¿Qué es un estándar de calidad?	24
4.2. Ejemplos de estándares de calidad en Residencias de Larga Estadía	24
4.2.1. Estándares de calidad y garantía de calidad por países	24
4.2.1.1. Alemania	24
4.2.1.2. Argentina	25
4.2.1.3. Australia	25
4.2.1.4. Austria	25
4.2.1.5. Chile	26
4.2.1.6. Dinamarca	26
4.2.1.7. España	27
4.2.1.8. Estados Unidos	28
4.2.1.9. Francia	28
4.2.1.10. Grecia	29
4.2.1.11. Italia	29
4.2.1.12. Portugal	29
4.2.1.13. Vietnam	29
4.2.2. Estándares Internacionales	29
4.2.2.1. Estándares de Health Standards Organizations	29
4.2.2.2. European Quality Framework for long-term care services	30
4.3. Investigaciones empíricas sobre estándares de calidad y sus indicadores	30
5. Modelos de evaluación de calidad en Residencias de Larga Estadía	32
5.1. Modelos generales de evaluación de calidad	32
5.1.1. Modelos de gestión de calidad	32

5.1.2. .Modelo ISO	32
5.2. Modelos aplicados en salud	33
5.2.1. Modelo Donabedian	33
5.2.2. Organización Mundial de la Salud. Marco recomendado para la calidad de la atención	34
5.2.3. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Marco recomendado para la calidad del cuidado	34
6. Instrumentos de evaluación de calidad	35
6.1. Evaluación de resultados en pacientes: InterRAI	35
6.2. Evaluación en base a encuestas de opinión	36
6.2.1. Desde la perspectiva de las personas residentes	36
6.2.2. Desde la perspectiva de familiares de residentes	37
6.2.3. Desde la perspectiva de enfermeros/as	38
6.3. Temáticas específicas de evaluación	38
6.3.1. Alimentación	38
6.3.2. Ambiente laboral	39
6.3.3. Garantía de derechos	40
6.3.4. Infecciones	41
6.3.5. Libre elección	41
6.3.6. Relación entre familia y residencia	41
7. Evaluación centrada en la persona	42
7.1. Evaluación institucional integral	42
7.1.1. Facility Assessment Tool	42
7.1.2. Firevicius	43
7.1.3. Mutiphasic Enviromental Assessment Procedure	43
7.1.4. Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos	44
8. Normativa del INSSJP-PAMI relativa a Residencias de Larga Estadía	45
8.1. Comparación entre la vieja normativa y la nueva normativa de INSSJP-PAMI	51

9. La población de personas mayores que vive en RLE prestadoras de PAMI	52
9.1. Las residencias	53
9.2. Las personas residentes: aproximación diagnóstica	54
10. Construcción del instrumento para evaluar la calidad de atención en las Residencias de Larga Estadía	66
10.1. La obtención y generación de insumos	66
10.2. El diseño y elaboración del instrumento	68
10.3. Procedimiento de evaluación y construcción del perfil	77
10.4. Instrumento de evaluación de calidad de atención en Residencias de Larga Estadía	79
10.5. La administración del instrumento	89
11. Resultados	90
12. Estándares de calidad de Residencias de Larga Estadía	99
12.1. Infraestructura: estándares, descripciones e ítems	100
12.2. Personal: estándares, descripciones e ítems	103
12.3. Organización y Gestión: Estándares, descripciones e ítems	108
12.4. Actividades internas y con la comunidad: estándares, descripciones e ítems	110
12.5. Implementación de Enfoque Centrado en la Persona: Estándares, descripciones e ítems	115
13. Instrumento de evaluación de calidad de atención en las Residencias de Larga Estadía de INSSJP-PAMI	118
14. Bibliografía	133

1. Introducción

Argentina es uno de los países de Latinoamérica con mayor índice de envejecimiento poblacional. De acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC, 2013), en el año 2023 la cantidad de personas de 60 años y más asciende a 7.581.236, constituyendo el 16.2%, porcentaje que ubica al país en una fase avanzada de dicho proceso.

Según las estimaciones, la esperanza de vida al nacer es de 78,7 años para toda la población, de 81.4 para las mujeres y de 74.9 para los varones. Asimismo, las mujeres adultas mayores conforman el 57% de la población de 60 años y más (4.321.635) y la diferencia porcentual por género se va incrementando a medida que la edad avanza (INDEC, 2013). En efecto, ellas constituyen el 80% de quienes alcanzan los 100 años.

Además de la sobrevivencia femenina, entre los nuevos fenómenos derivados del proceso de envejecimiento poblacional se encuentran: 1) el peso creciente de personas de edad avanzada, aquellas de 75 y más años; 2) el incremento de los hogares unipersonales de personas mayores; y 3) la mayor incidencia de discapacidades y dependencias básicas o instrumentales que requieren el desarrollo y mejora de los distintos eslabones de la cadena progresiva de cuidados, así como de intervenciones especializadas y cuidados de largo término (Arias, 2013; INDEC, 2012).

Los resultados logrados a partir de la implementación de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (INDEC, 2012) mostraron que las dependencias básicas e instrumentales suelen incrementarse de manera notable en la vejez avanzada. El porcentaje de personas mayores de hasta 74 años que presenta dependencia para realizar actividades básicas de la vida cotidiana se cuadruplica en el grupo de 75 años y más: del 4.9% al 20.7%. Respecto de las dependencias para desarrollar actividades instrumentales, el porcentaje se triplica: asciende del 14.0% al 41.0%.

La tendencia al incremento de la necesidad de cuidado se profundizará en las próximas décadas tanto en Argentina como en el mundo. Se espera que en los próximos 30 años la demanda de los servicios de atención a la dependencia en la vejez se triplique. Específicamente en la región de América Latina y Caribe, aproximadamente 8 millones de personas mayores (12%) presentan dependencia funcional en la actualidad y se estima que para 2050 dicha cifra ascenderá a 27 millones (Cafagna, Aranco, Ibararán, Oliveri, Medellín & Stampini, 2019). El escenario descrito permite afirmar que el aumento de la necesidad de cuidados de largo plazo se posiciona como uno de los mayores desafíos en la actualidad. De hecho, la atención a la dependencia ha sido puesta en agenda, tanto por los organismos internacionales interesados en la vejez y el envejecimiento como por gobiernos, científicos/as y demás personas expertas en la temática. En la actualidad, la construcción de una política pública de cuidado es considerada de importancia y urgencia (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

En este contexto, las Residencias de Larga Estadía (RLE) constituyen un recurso de gran relevancia. Siendo el último eslabón en la cadena progresiva de cuidados, atienden las necesidades de las personas mayores con niveles de dependencia más elevados. Por ello, es importante que cumplan con estándares de calidad que aseguren las condiciones para garantizar el bienestar integral de sus residentes.

En las últimas décadas, las RLE han evolucionado de un modelo benéfico-asistencial con características asilares a uno gerontológico, basado en la perspectiva de derechos. Este último se orienta a promover el bienestar biopsicosocial de la persona mayor, favoreciendo su desarrollo, sus intereses, proyectos y autonomía independientemente de que esté atravesando situaciones de dependencia (Rodríguez Rodríguez, 2021).

Desde este nuevo modelo, las RLE pueden ser definidas como “un dispositivo abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia (física, mental, funcional o social)” (Rodríguez Rodríguez, 2007: 58).

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), dispone a la tríada envejecimiento, cuidado y derechos como necesaria y primordial. En su artículo 12 hace referencia específica a las RLE y enfatiza la relevancia de contar con el consentimiento de la persona mayor, tanto para el inicio como para la finalización de los cuidados de largo plazo. También destaca la importancia de disponer de personal especializado y de establecer un marco regulatorio que permita la supervisión de las mismas en aspectos tales como: garantizar el acceso de la persona mayor a la información; prevenir injerencias arbitrarias en su vida privada; promover su interacción familiar y social, su seguridad y libertad; proteger su intimidad y privacidad; ofrecer, en los casos que se requiera, servicios de cuidados paliativos para la persona, su familia y su entorno; y legislar para que responsables y personal de servicios de cuidado respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que realicen en detrimento de la persona mayor.

Desde la perspectiva de derechos, se ubica a la persona mayor en el lugar central y prioritario, se respeta su dignidad y autonomía, se destaca la individualidad, la biografía, sus intereses y gustos personales. En esta línea, el enfoque centrado en la persona (Martínez Rodríguez, 2011, 2013; Rodríguez Rodríguez, 2013; Vila, Villar, Celdrán & Fernández, 2012) se orienta a mejorar la calidad de atención que se brinda a las personas mayores. Entre sus principios rectores se destacan: personalización; atención individualizada; integralidad; promoción de la autonomía y la independencia; participación; bienestar subjetivo; privacidad; integración social o continuidad de la atención. Asimismo, supone el derecho de la persona a tomar decisiones sobre sus cuidados y su vida cotidiana (Martínez Rodríguez, 2013; Rodríguez Rodríguez, 2013).

Según Martínez Rodríguez (2022), la Atención Centrada en la Persona (ACP) posee una fundamentación ética y pretende armonizar las cuestiones de índole organizacional con las pre-

ferencias y deseos de las personas mayores que necesitan atención y cuidados. En efecto, se prioriza tanto su bienestar como su autonomía, ya que existen evidencias acerca del impacto positivo de su implementación no sólo en las personas mayores, sino también en sus familiares y en profesionales que brindan los servicios.

A partir de la incorporación de la perspectiva de derechos y del enfoque centrado en la persona, la concepción de las RLE ha cambiado notablemente con el objetivo de mejorar la calidad de atención y el bienestar biopsicosocial. Sin embargo, aún no se logró concretarlo totalmente en la práctica. A pesar de sus efectos positivos, la implementación efectiva de dicho enfoque presenta dificultades y resistencias en los contextos institucionales. Por ello, es necesaria la formación gerontológica del personal y el trabajo en equipo e interdisciplinario.

En referencia a esto último, se han desarrollado estándares de calidad y diversos instrumentos para evaluar la atención y poder optimizarla. Por una parte, se elaboraron documentos que establecen requisitos básicos que se deben cumplir, criterios para su acreditación y estándares de calidad, los cuales contemplan dimensiones sociales, sanitarias, organizacionales, las instalaciones y el componente de recursos humanos. Por otra parte, en lo referido al desarrollo de herramientas destinadas a evaluar la calidad de atención, puede mencionarse el SERA, Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (Montorio Cerrato, Llorente, Hernández López, Guerrero de Juan, Fernández Ballesteros e Izal Fernández de Trocóniz, 1996), que se compone de 9 instrumentos que incluyen la valoración de aspectos físicos y arquitectónicos, organizacionales, de clima social, psicosociales, mapas de conducta de personal y de residentes. El mismo fue desarrollado a partir de *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), diseñado por Moos y Lemke (1979) de la Universidad de Stanford. Este instrumento posee diversas partes que evalúan distintas dimensiones y que permiten describir las RLE de manera analítica y exhaustiva abarcando su enorme complejidad.

En Argentina se realizó un estudio sobre las RLE a nivel nacional, relevando datos de las de gestión pública, privada y mixta. A partir de una amplia muestra, se pudieron identificar algunos déficits recurrentes. Entre ellos se destacan: la falta de espacio de intimidad para recibir visitas; la carencia de ventanas y de luz natural en las habitaciones; y el déficit en elementos de seguridad y de ubicación espacio-temporal. Si bien la mayoría cuenta con equipo interdisciplinario, en la práctica no se trabaja como tal. Además, la investigación evidenció también la ausencia de protocolos para el desarrollo de las prestaciones y de legajos únicos de residentes; un elevado número de directores que no poseen formación universitaria; las personas mayores tienen poca participación en la toma de decisiones al interior de la residencia; y es frecuente que los familiares sean quienes brinden el consentimiento para el ingreso, incluso en los casos en que las personas mayores están en condiciones de hacerlo por sus propios medios (Roque, Fassio, Arias & Croas, 2015).

De esta manera, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) pretende desarrollar un instrumento que sea de utilidad para valorar la calidad de la atención que brindan las RLE en Argentina con el claro objetivo de mejorarla.

INSSJP-PAMI tiene 4.935.778 personas afiliadas, de las cuales el 90% tiene 60 años o más. Posee políticas de cuidado que incluyen la atención en Centros de Día y RLE, así como programas de apoyo y cuidado en domicilios. Además, brinda asistencia en los 3 niveles de atención: primaria, segundos niveles hospitalarios y centros de rehabilitación.

Desde el área social se articula con centros comunitarios, centros de jubilados y asociaciones de fomento, entre otros, con el objetivo de ofrecer actividades de promoción y prevención y brindar programas de educación y de ayuda social.

El objetivo del presente documento consiste en elaborar un instrumento que permita evaluar la calidad de atención en RLE para las personas mayores afiliadas.

2. Las Residencias de Larga Estadía

El Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM) define a las residencias como “un centro social o sociosanitario para las personas mayores a quienes ofrece atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario en función de la situación de dependencia y las necesidades específicas de apoyo, en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno”. También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las residencias como servicios sociales prestados en una institución que incluye alojamiento, cuidados, asistencia psicosocial, enfermería, terapia ocupacional y servicios de salud con alguna complejidad (Roqué, 2021).

Las RLE constituyen estructuras de acogida, por medio de las cuales las personas mayores pueden abandonar su domicilio de manera temporaria o definitiva (Guillemard, 1992). Son consideradas el último eslabón en la cadena progresiva de cuidados y tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de una persona que va perdiendo capacidades y no puede continuar viviendo en su ámbito privado.

Naciones Unidas, desde sus asambleas mundiales sobre envejecimiento y sus declaraciones y principios (1982, 1998, 2002), y la OEA, a partir de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), instaron a los Estados a proteger los derechos y libertades fundamentales de este grupo.

Estos documentos generaron una mirada crítica sobre el modelo clásico de atención a las personas mayores, promoviendo un cambio en la intervención gerontológica hacia un modelo de cuidados desde el paradigma de los derechos humanos. Para el desarrollo de este modelo de atención, específicamente, las RLE deben situar a las personas mayores como eje central de sus acciones: esto implica reconocer la heterogeneidad en el proceso de envejecimiento, promover y respetar su autonomía.

3. La Atención Centrada en la Persona (ACP)

La ACP es un enfoque que planteó un cambio en la atención sociosanitaria y en la prestación de servicios. En efecto, la atención no se dirige solo a brindar respuestas a las necesidades derivadas de la salud y/o dependencia, sino que vela por los derechos, preferencias y deseos de las personas mayores.

En las RLE, este modelo plantea la personalización de la atención desde el reconocimiento de la dignidad que toda persona posee como ser humano y el respeto a sus necesidades personales y a su proyecto de vida. Asimismo, busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados, considerando su singularidad, respetando sus modos de vida y sus decisiones o preferencias (Martínez Rodríguez, 2022).

Este enfoque lo desarrolla, en sus inicios, Carls Rogers (1961), un psicólogo estadounidense perteneciente a la corriente humanista con la pretensión de alejarse de la visión reduccionista y determinista del ser humano. Rogers denominó a su abordaje ACP porque consideraba que nadie posee más conocimiento sobre su vida que la propia persona. A su vez, dicho autor cuestionó la posición de saber de algunas corrientes terapéuticas y, por el contrario, propició que sea la propia persona quien dirija su tratamiento y que el profesional sea quien la acompañe, orientándola desde sus saberes. Se trata de un rol no directivo, estableciendo una relación de aceptación incondicional, con empatía y autenticidad.

Los principios de esta teoría sostienen que cada persona posee cualidades, puede obtener fuerzas de los recursos disponibles y encontrar una forma de resolver las dificultades (Rogers, 1961).

Este enfoque se incorpora al campo de la educación y de la salud, adquiriendo gran relevancia en la atención a las personas con discapacidad. A finales de los años '90, se introdujo en el trabajo con las personas mayores que precisaban cuidados de larga duración. Es así que, en la Universidad de Bradford, Tom Kitwood (1997) comenzó a utilizar este modelo en la intervención con personas que presentaban trastornos cognitivos y demencias.

Dicho autor consideraba fundamental la formación de quienes ejercían las tareas de cuidado, ya que la falta de comprensión de muchas de las reacciones y comportamientos que presentan las personas con afecciones cognitivas en lugar de aliviarlos los incrementan. Por ello, planteaba un abordaje con una visión holística de la persona, logrando un acercamiento comprensivo de sus necesidades y reacciones, y considerando que algunas de ellas no son producto de la enfermedad, sino de prácticas y ambientes poco propicios (Rodríguez Rodríguez, 2022). Por el contrario, cuando las prácticas de cuidado cubren las necesidades de la persona actúan aumentando el bienestar (Pinazo-Hernandis & Olivera Pueyo, 2022).

Mead y Bower (2000), a partir de un relevamiento de la literatura sobre dicho enfoque, crearon un marco conceptual que incluye cinco dimensiones centradas en la persona: “la perspec-

tiva biopsicosocial, el paciente como persona, el poder y la responsabilidad compartidos, la alianza terapéutica y el médico como persona” (Mead & Bower, 2000: 1088).

Posteriormente, Down Brooker (2007), desarrolló el modelo VIPS (*Very Important People*) que incluye los elementos que componen el enfoque de la ACP y que se describen en los siguientes cuatro componentes: 1) valoración de la persona con demencia y de las personas de su cuidado; 2) trato individualizado; 3) perspectiva de la persona con demencia; y 4) entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar.

En efecto, la ACP comprende un conjunto de principios que deberían orientar la atención y las prácticas profesionales. Sus principios son el trato digno, la promoción de la autonomía y de la independencia, el favorecimiento de la participación y la integración social, el potenciamiento del bienestar subjetivo, el respeto de la privacidad y la provisión de una atención personalizada e integral.

Martínez Rodríguez (2013) propuso un decálogo de principios que caracterizan a este modelo y los tomó como referentes para orientar su aplicación:

1. Todas las personas tienen dignidad. Independientemente de la edad, el estado cognitivo, de salud o dependencia, las personas mayores son poseedoras de dignidad y, por ello, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
2. Cada persona es única, por su biografía. Por lo tanto, la atención personalizada es imprescindible.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad y configura el sentido de identidad. Dicha singularidad hace imprescindible la atención personalizada y que el plan de atención contemple esta biografía.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades, aun quienes presentan altos niveles de dependencia. La mirada profesional no debe detenerse sólo en los déficits y limitaciones, sino que debe reconocer las fortalezas y capacidades que posee cada persona.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo. Por ello, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana influye de forma determinante en el bienestar físico y subjetivo. Es muy importante el desarrollo de actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.
9. Las personas son interdependientes. El ser humano se desarrolla y vive en relación social. Por ello, profesionales, familiares, amistades o demás residentes son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. Por ello, es necesario ofrecer la atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles, y adaptadas a la persona mayor.

La ACP plantea, entonces, un cambio en la intervención gerontológica respetando los valores de cada persona, potenciando su independencia y autonomía. En este sentido, se plantea un modelo también centrado en el servicio y las intervenciones que deberían brindarse en las RLE. El entorno ambiental, tanto de la residencia como del equipo técnico y profesional, constituye un factor indispensable del modelo. Si la persona estuviera limitada en su autonomía o no pudiera expresar sus deseos, los mismos pueden concretarse de forma indirecta por quienes tengan un buen conocimiento de ella y actúen en representación de la persona que presenta deterioro cognitivo (Rodríguez Rodríguez, 2022).

Rodríguez Rodríguez (2022) destaca dos componentes principales: la integralidad y el centramiento en la persona. El primero involucra una exploración multidimensional en las áreas cognitiva, afectiva, funcional, física y social que han de tenerse en cuenta de manera conjunta para desarrollar una atención completa. El segundo de los componentes abarca mucho más de lo que implica la atención sociosanitaria, porque requiere de la intervención de otros sectores como el educativo, el cultural y el de ocio. Además, se trata de una intervención plural y multifactorial que engloba todos los aspectos relacionados con la atención sociosanitaria dentro o fuera de la residencia, proponiendo una actuación que mejora las condiciones de las personas residentes, del entorno familiar, de profesionales que trabajan con la persona y de la propia residencia (Yusta Tirado, 2018).

A partir de lo expuesto, puede notarse que la ACP plantea un cambio profundo en la manera de acompañar a las personas que precisan cuidados (Martínez Rodríguez, 2022). Implica la deconstrucción de prácticas instituidas y la promoción de nuevos roles en el equipo profesional que debe confiar y aceptar lo que las personas mayores proponen o desean para su proyecto de vida.

Bermejo (2022) plantea que el modo de desempeño de los profesionales en las RLE ha evolucionado. Actualmente se reconoce la importancia del trato diferencial y de la integralidad de la persona, lo que implica la realización de nuevas tareas o acciones que antes no eran reconocidas o valoradas. Sin embargo, además de revisar y reorientar los roles profesionales,

es necesario generar cambios en distintos ámbitos, como por ejemplo los espacios físicos de las residencias, sus normativas y formas de gestionarlas para que sean acordes a este enfoque (Martínez Rodríguez, 2013). Con este fin, y para contribuir a la mejora del servicio de las RLE, la Fundación Pilares (Lacasta Reoyo, 2022) elaboró un conjunto de dispositivos relacionados con la formación, la asesoría y la publicación de manuales y guías, concluyendo con la construcción de un Sistema de Certificación para los centros que cumplan con este enfoque a través de la evaluación del cumplimiento de un conjunto de requisitos que se ordenan en cuatro pilares:

1. Personalización, trato digno y buen cuidado.
2. Entorno facilitador (espacio físico, círculo personal y comunidad).
3. Equipo humano.
4. Desarrollo organizacional.

Los dos primeros pilares están destinados a evaluar lo que se hace en relación a las personas y su entorno, en tanto que los dos últimos se centran en valorar la gestión de profesionales y de la residencia para poder implementar el modelo.

De esta manera, la principal característica de este enfoque es que reconoce el papel central de la persona en su atención, prioriza su unicidad y pone la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente, apoyando su autodeterminación. Su propósito es la mejora en la calidad de vida. Con ese propósito, se requiere una valoración integral para luego pensar estrategias en las que se contemplen los valores y preferencias de esa persona, promoviendo al máximo su autonomía para que pueda seguir llevando y controlando su propio proyecto de vida. Así, se pretende no sólo individualizar la atención, sino apoyar a la persona mayor para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida (Martínez Rodríguez, 2022), lo que también implica la comprensión de lo que es importante para ella como el conocimiento de su trayectoria de vida.

Si bien la aplicación de este modelo en las RLE no es una tarea sencilla y todavía en muchas se trabaja de manera no personalizada, su implementación genera un impacto positivo, no sólo en las personas mayores, sino también en sus familiares, en profesionales y en el imaginario de las organizaciones residenciales.

En un estudio realizado en España, se exploró el grado de aplicación del modelo de ACP en 56 RLE, según la perspectiva de profesionales y directores (Martínez, 2016). Para ello, se administraron dos cuestionarios, el *Person-Centered Care Assessment Toll* (P-CAT) (Edvardsson, Fetherstonhaugh Nay & Gibson, 2010) adaptado al español (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas & Muñiz, 2016) y *The Staff Assessment Person-Directed Care* (PDC) (White, Newton-Curtis & Lyons, 2008), también en versión española (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas

& Muñiz, 2016). Además, se valoró con una escala numérica (del 1 al 10) el grado en que la residencia ofrecía una ACP. Los resultados indicaron un grado intermedio de atención directa, siendo sus directores quienes brindaron una opinión más exigente en relación a sus profesionales.

Otro estudio realizado también en España (Vila, Villar, Celdrán & Fernández, 2012), tuvo como objetivo analizar el contexto relacional y el bienestar de las personas con demencia en cuatro residencias, usando el *Dementia Care Mapping* (DCM) como instrumento de evaluación. El mismo permitió analizar el comportamiento de las personas con demencia y aporta información sobre nuevas variables como el bienestar emocional, la diversidad ocupacional y la calidad de la interacción social. Del mismo participaron 73 personas mayores de 65 años diagnosticadas con demencia que vivían en RLE, 49 mujeres (66.7%) y 24 varones (33.3%). Los resultados más relevantes apuntaron a la presencia de una cultura de cuidados en la que predominaba la “psicología social maligna”. Se concluyó que la implementación de un modelo de ACP podría incidir positivamente en el bienestar de las personas con demencia.

Asimismo, se llevaron a cabo variadas investigaciones en contextos residenciales con el objetivo de explorar empíricamente la relación existente entre la implementación del enfoque de ACP, la satisfacción laboral y el estrés del personal de las RLE. Al respecto, una investigación realizada en Noruega demostró que los niveles más elevados de ACP en contextos residenciales estaban asociados a una mayor satisfacción laboral, menor nivel de demandas y conflicto de roles, mayor nivel de percepción de dominio, de clima innovador y percepción de trabajo en equipo. Estos hallazgos señalaron que el trabajo en las RLE desde un modelo de ACP se relaciona estrechamente con la forma en la que el personal experimenta su situación laboral (Røen, Kirkevold, Testad, Selbæk, Engedal & Bergh, 2018).

En esta misma línea, los resultados de un estudio realizado en Corea indicaron que trabajar en un entorno de ACP es clave para el logro de una mayor satisfacción laboral. En efecto, el entorno de trabajo de apoyo resulta fundamental para reclutar y retener personal calificado en los centros de atención a largo plazo. De igual modo, propiciar un entorno de ACP mejorará la calidad de la atención de residentes (Choi, Kim & Yoon, 2021).

Otra investigación llevada a cabo en Australia identificó que la implementación de este enfoque y la satisfacción laboral se encontraban asociadas significativamente y que la primera puede explicar casi la mitad de la variación en la última. A partir de estos hallazgos, los autores afirmaron la necesidad de cambiar el modo de trabajo tradicional. En lugar de enfocarse en completar las tareas de atención y seguir las rutinas organizacionales, también se debe brindar una ACP de alta calidad que promueva el bienestar de residentes (Edvardsson, Featherstonhaugh, McAuliffe, Nay & Chenco, 2011).

Por otra parte, diversos estudios aportaron evidencias que apoyan la asociación positiva entre la ACP y la adaptación y satisfacción con la vida (Yoon, 2018). En efecto, modificar el enfoque de atención médica tradicional por un enfoque de ACP tiene un impacto positivo

en la atención a las personas mayores con demencia agresiva (Desai, Wharton, Struble & Blazek, 2017).

Rajamohan, Porock y Chang (2019) realizaron un estudio de metaanálisis que incluyó una revisión de 11 artículos que involucran estudios sobre la implementación del enfoque de ACP en contextos residenciales y su impacto en el personal. De ello señalaron que la satisfacción laboral del equipo de enfermería se relacionaba positivamente con la consistencia en la provisión de cuidados de calidad y mejora de la calidad de vida de residentes. Dichos autores concluyeron que brindar apoyo al personal a través de la capacitación en el enfoque de ACP es relevante para promover la satisfacción laboral, reducir el estrés relacionado con el trabajo y mejorar la calidad del cuidado que se brinda.

Algunos años después y mediante un enfoque de metaetnografía, Davies, Zúñiga, Verbeek, Simon y Staudacher (2022) presentaron un estudio donde interpretaron inductivamente los hallazgos de 10 investigaciones cualitativas. Los estudios fueron revisados críticamente en busca de temas y conceptos clave. Se identificaron cinco constructos de segundo orden que sugieren interrelaciones entre el enfoque de ACP y la calidad de vida de residentes: 1) mantener la dignidad, la autonomía y la independencia; 2) conocer a la persona en su totalidad; 3) la creación de un ambiente hogareño; 4) establecer una cultura solidaria; y 5) la integración de las familias y la promoción de las relaciones internas y externas. Asimismo, la síntesis lograda condujo a las siguientes construcciones de tercer orden: a) personalizar la atención dentro de las rutinas; b) optimizar los entornos de las personas que residen; y c) dar voz a las y los residentes.

En síntesis, y en línea con lo planteado por Martínez Rodríguez (2022), se pueden identificar múltiples beneficios a partir de la aplicación del modelo de ACP en las RLE. En primer lugar, la mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellas que tienen algún tipo de demencia ya que se reduce la agitación, las alteraciones de conducta y se incrementa la implicación con el entorno. En segundo lugar, se manifiesta una mayor satisfacción residencial por parte de las personas y de las familias. Por último, los equipos profesionales reportan mayor satisfacción y menos estrés laboral.

Se considera importante que el modelo de ACP se implemente en los dispositivos destinados a personas mayores. Si bien existe una amplia evidencia científica acerca de sus beneficios, todavía su desarrollo es escaso en las RLE. Este enfoque precisa de la sensibilización y la formación de profesionales como así también del diseño de entornos más favorables y significativos para garantizar espacios cuidados, promover un mayor bienestar a las personas adultas mayores y un proyecto de vida propio.

4. Antecedentes de Estándares de Calidad en Residencias de Larga Estadía

4.1. ¿Qué es un estándar de calidad?

La calidad es un constructo social y su percepción depende de cada persona. En específico, la calidad del cuidado depende de la naturaleza y de las características del mismo, por lo que no existe un consenso universal de qué implica. No obstante, se puede decir que se trata de un concepto dinámico que va cambiando con el tiempo. En efecto, al explorar los estándares de calidad de un producto, servicio o institución se encuentran múltiples definiciones de calidad e indicadores para su medición. El caso de las residencias no es la excepción.

Se entiende que las RLE tienen por fin brindar un servicio que redunde en el cuidado de las personas mayores que habitan en ellas. Es importante distinguir entre la calidad del cuidado y la garantía de calidad. La primera es usualmente definida por los gobiernos nacionales u otros organismos encargados de elaborar un marco ordenador. La garantía de calidad, en cambio, surge de la actividad de terceras partes para asegurar y certificar el grado de alcance por parte de los proveedores a los criterios de calidad previamente definidos. La evaluación de la garantía de calidad ofrece una vía atractiva y con potencial para influir en la calidad de los proveedores.

4.2. Ejemplos de estándares de calidad en Residencias de Larga Estadía

4.2.1. Estándares de calidad y garantía de calidad por países

No existe un grupo de indicadores comunes que los diferentes países utilicen de forma unificada para monitorear la calidad del cuidado en las RLE. En este trabajo se presentan algunas experiencias particulares ordenadas por países y se toman como base los documentos elaborados por *LTCcovid, Care Policy and Evaluation Centre* (Comas-Herrera, Byrd, Lorenz-Dant, Patel, & Pharoah, 2022) y *Organisation for Economic Co-operation and Development “A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care”* (OECD, 2013).

4.2.1.1. Alemania

En 2011, Alemania informó los resultados de un proyecto para desarrollar e implementar indicadores de calidad de resultados en RLE. Las mediciones de resultados se basaron en evidencia empírica adecuada para ser utilizada en la gestión de calidad interna, verificable durante las inspecciones, comparable entre las instalaciones de las RLE y aplicable en la vida práctica de las instituciones.

El proyecto alemán recomendó un conjunto de indicadores que cubren no sólo resultados funcionales (estabilidad de la movilidad, capacidad de autocuidado y capacidad para organizar la vida cotidiana, entre otros) y de seguridad (úlceras por presión adquiridas durante la

estadía en el centro, desnutrición, incidencia de caídas, entre otros), sino también alojamiento y asistencia en la residencia, actividades y comunicación, resultados relacionados con necesidades particulares y cooperación con las familias de las personas residentes.

4.2.1.2. Argentina

En Argentina se desarrollaron una serie de Normas IRAM a través del Instituto Argentino de Normalización y Certificación, de forma conjunta con la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG), la Asociación Médica Argentina (AMA), organismos gubernamentales, no gubernamentales y especialistas. Se elaboraron las siguientes normas de Gestión de Servicios en las Residencias de Personas Mayores: IRAM 9200-1: Gestión integral; IRAM 9200-2: Espacios e instalaciones; IRAM 9200-3: Dotaciones y equipamientos; IRAM 9200-4: Calificación del personal; e IRAM 9200-5: Personal de la residencia.

Al momento de iniciar la investigación, INSSJP-PAMI contaba con la Resolución N° 559 (INSSJP, 2001) que establecía el modelo prestacional y contractual que se aplicaba en la contratación directa entre el organismo y las RLE prestadoras, pero en el transcurso del año 2023 fue modificada por la Resolución N° 896 (INSSJP, 2023), la cual establece un nuevo modelo prestacional basado en el paradigma de los Derechos Humanos, a partir de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Por otra parte, la Resolución Ministerial 612 de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2015) regula las RLE dependientes de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Estas reglamentaciones se basan también en el paradigma de derechos humanos y responden a los requisitos de la Convención Interamericana.

4.2.1.3. Australia

Australia cuenta con una comisión bajo la supervisión del gobierno nacional con el fin de regular los servicios para las personas mayores. Los proveedores deben cumplir con los estándares de calidad elaborados por dicha comisión (*Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*, 2021).

4.2.1.4. Austria

Austria no posee un marco integrado y definido de trabajo. Si bien existe una normativa nacional que define criterios generales de calidad, la misma es muy inespecífica. Existen algunas regulaciones a nivel subnacional. El foco de dichas regulaciones usualmente no se centra en aspectos relacionados con los resultados obtenidos por las instituciones (*European Commission*, 2021).

4.2.1.5. Chile

Este país presenta un alto nivel de institucionalización de personas mayores y una gran cantidad de residencias colectivas informales. En base a ello se ha elaborado un documento sobre residencias con “criterios primordiales” para que tanto las personas mayores como sus familias puedan elegir instituciones. Asimismo, han propuesto un modelo de autorregulación para la evaluación interna de las mismas en base a ciertos criterios que se organizan en tres grupos: estructura, procesos y resultados. La transformación de los dos primeros debe denotarse en efectos sobre los del último grupo.

1) Indicadores de estructura

- Planta física: Recursos físicos (15 subcategorías) y Calidad de vida (9 subcategorías)
- Planta de personal: Administración de Personal (8 subcategorías) y Formación y capacitación del personal (6 subcategorías).

2) Indicadores de proceso

- Funcionamiento del establecimiento: Mantenimiento de la residencia y servicios básicos y Relación con residentes, familias y comunidad.
- Vida cotidiana y servicio de atención a residentes.

3) Indicadores de resultado

- Mejoras en la calidad de vida.
- Desmejoras en la calidad de vida.

4.2.1.6. Dinamarca

En Dinamarca existen estándares de calidad para las RLE que rigen tanto para las privadas como las públicas. La legislación que ordena los índices de calidad es nacional y es supervisada por los municipios. La objetividad de los evaluadores es un punto de especial interés en este país. Hay 22 indicadores (Ver Tabla 1) que son monitoreados primordialmente por información administrativa y el uso de encuestas (OMS, 2019).

Tabla 1

Indicadores de calidad en Dinamarca

Indicadores de impacto		Indicadores secundarios	
1.	Calidad del apoyo	7.	Número de visitas
2.	Estabilidad de la asistencia	8.	Número de horas de atención
3.	Número de asistentes	9.	Número de beneficiarios/as de asistencia práctica y personal
4.	Conciencia de libre elección	10.	Número de hogares de cuidado
5.	Conciencia de apoyo flexible en el hogar	11.	Número de personas mayores receptoras/as de rehabilitación o entrenamiento
6.	Número promedio de días de hospitalización en personas mayores a los 67 años	12.	Número de visitas preventivas al hogar
		13.	Proporción de beneficiarios/as que usan proveedores privados
		14.	Número de beneficiarios/as que cambian de proveedor
		15.	Número de personas mayores que utilizan las RLE gratuitas
		16.	Beneficios de las RLE para las personas mayores
		17.	Costo económico de las RLE
		18.	Gastos en ayudas y asistencias
		19.	Gastos en entrenamiento y rehabilitación
		20.	Porcentaje del tiempo total usado para atender a las necesidades de los/as usuarios/as
		21.	Número de visitas de asistencia planeadas
		22.	Porcentaje de tiempo de espera para el ingreso a RLE

4.2.1.7. España

En España se han desarrollado diversos documentos donde se presentan criterios de calidad para RLE producidos por instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales. Un ejemplo es la Ley 39/2006 (Cortes Generales de España, 2006, Ley 39) que dispone la creación del Sistema para la Autonomía y la Asistencia al Dependiente (SAAD). Se trata de un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinado a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección de las personas en situación de dependencia a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados y que contribuyen a la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía

El SAAD tiene tres instrumentos de garantía de calidad: un sistema regulatorio a nivel nacional y regional; controles de calidad formales; y buenas prácticas. La inspección, evaluación y sanción corresponde a las comunidades autónomas. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Asistencia al Dependiente (CTSAAD), formado por representantes del gobierno central y los gobiernos territoriales, es el responsable de elaborar y definir los criterios de acreditación de las RLE.

4.2.1.8. Estados Unidos

Luego de décadas de controversias por cuidados inadecuados y regulaciones inefectivas, Estados Unidos realizó una demanda colectiva federal y un estudio ordenado por el congreso con el fin de mejorar la calidad de los servicios de las RLE. De este proceso, surgió la Ley de Reforma de RLE OBRA '87 (Congreso de los Estados Unidos, 1987, Ley 100-203), que establece estándares de atención y ciertos derechos para las personas mayores en el país.

Dicha legislación requiere que los Estados y el Gobierno Federal inspeccionen las RLE y hagan cumplir las normas mediante la aplicación de una variedad de sanciones. Estas instituciones están obligadas por ley a realizar evaluaciones periódicas a las personas residentes y proveerles de planes de atención completos, servicios sociales, dietéticos y de enfermería, rehabilitación, atención farmacéutica y presencia de trabajadores sociales de tiempo completo. Esta normativa también prevé medios de monitoreo, ejecución y control de las RLE de modo regular.

Entre las obligaciones que impone esta normativa se encuentra la necesidad de elaborar una herramienta de evaluación funcional comprensiva de cada residente. Este instrumento es el *Resident Assessment Instrument* (RAI). El *Minimum Data Set* para RLE es el núcleo funcional de evaluación en el RAI y cubre los siguientes dominios: funcionamiento físico en las actividades de la vida diaria, cognición, continencia, ánimo, conductas, estatus nutricional, visión, comunicación, actividades y bienestar psicosocial (Hawes, et al. 1997).

Además de brindar información de importancia para conocer el estado de las personas residentes y sus necesidades específicas, los resultados de esta evaluación ofrecen información valiosa para determinar la calidad del cuidado en las RLE. La *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) reúne esta información y publica reportes regularmente a nivel estatal y nacional. La CMS, asimismo, promueve la autoevaluación interna de las propias instituciones y brinda un instrumento para ello: el "*Quality Assurance Performance Improvement (QAPI) Self-Assessment*". Está conformado por 20 afirmaciones sobre la calidad institucional frente a la cual quienes integran el staff deben indicar en qué etapa del proceso de mejora se encuentran.

Si bien la legislación OBRA '87 sigue gobernando la regulación de las RLE, se pueden notar cambios significativos propuestos por la última ley de reforma de salud que obliga a los Gobiernos Federales y a las RLE a dar énfasis a la medicina basada en la evidencia (Kane & Kane, 2000).

4.2.1.9. Francia

Francia no cuenta con una definición formal de estándares de calidad para las RLE. Una reforma del sector del servicio social en 2002 describe de forma amplia 3 dimensiones identificables: 1) la obligación de los proveedores a realizar una evaluación interna y externa; 2) el

respeto a los derechos de las personas usuarias; y 3) la firma de contratos multianuales con objetivos y medios entre los proveedores y las autoridades que fijan los precios.

4.2.1.10. Grecia

Grecia no posee una definición de estándares de calidad para las RLE. El monitoreo y seguimiento de dichas instituciones están a cargo de inspecciones en vivo a cargo de las autoridades regionales.

4.2.1.11. Italia

Italia no presenta una definición de estándares de calidad para las RLE. La evaluación de garantía de calidad se realiza mediante la autorización y la acreditación, la proporción entre personas beneficiarias y profesionales, legislación sobre maltrato en RLE y requerimientos para trabajadores y profesionales del sector (*European Commission, 2021*).

4.2.1.12. Portugal

Portugal cuenta con *GestCare*, un sistema nacional que monitorea las evaluaciones de residentes. Se recogen derivaciones, ingresos, mudanzas, tiempos de espera, personas en espera de ser admitidas y resultados de la atención. Los equipos profesionales deben presentar una evaluación médica, de enfermería y social, de autonomía física, de dolor y úlceras por presión. Los indicadores son comparables entre áreas geográficas e incluyen información relacionada con la atención, pero también tasas de mortalidad, acceso y encuestas a personas usuarias.

4.2.1.13. Vietnam

La calidad de las RLE administradas por el Estado de Vietnam tienen una reputación negativa debido al bajo nivel de financiamiento con el que cuentan. En cuanto a lo que es el proceso de garantía de calidad de las RLE, se pueden rescatar prescripciones respecto de los estándares previstos para profesionales y su entrenamiento. La comparación entre las RLE administradas por el Estado y las privadas no muestra que necesariamente estas últimas sean mejores, ya que en 2016 el 18% se encontraban funcionando sin licencia (*Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2021*).

4.2.2. Estándares Internacionales

4.2.2.1. Estándares de Health Standards Organizations

Esta organización, creada en 2017, elabora y mantiene estándares de calidad para diferentes servicios de salud. En 2020 actualizaron los de las RLE en el documento “*HSO 21001:2020(E) Long-Term Care Services Standard*” (Niksirat, 2022) que toma como fundamento el cen-

tramiento en la persona residente, la familia y la persona cuidadora formal. Las dimensiones de calidad elaboradas son: 1) Foco en la población; 2) Accesibilidad; 3) Seguridad: mantener segura a la persona residente; 4) Laboral; 5) Servicios centrados en el cliente; 6) Servicios continuos; 7) Tenacidad; 8) Eficacia.

4.2.2.2. *European Quality Framework for long-term care services*

La Asociación europea por el bienestar y la dignidad de las personas mayores ha desarrollado el *WeDoProject* que tiene por objetivo mejorar la calidad de los servicios para las personas mayores con necesidades de asistencia y cuidado para enfrentar el abuso que puedan sufrir. Los principios de calidad de servicio son: 1) Respeto por los derechos humanos y la dignidad; 2) Centrado en la persona; 3) Rehabilitativo y preventivo; 4) Disponible; 5) Accesible; 6) Económicamente accesible; 7) Comprensivo; 8) Continuo; 9) Orientado al resultado y basado en evidencia; 10) Transparente; y 11) Sensibilidad cultural y de género.

4.3. Investigaciones empíricas sobre estándares de calidad y sus indicadores

Sólo algunos países tienen datos de calidad recolectados de forma sistemática, entre ellos Canadá, Finlandia, Islandia, Portugal, Corea, Países Bajos, Alemania y Estados Unidos. Algunos de ellos utilizan herramientas de evaluación estandarizadas tales como el RAI para medir las necesidades de residentes y generar indicadores de calidad del cuidado. Es en estos casos en los que se realizaron estudios comparativos internacionales. Un ejemplo de ello es la investigación de SHELTER (*Services and Health for Elderly in Long TERM care*) que validó el RAI como un instrumento para comparar calidad de cuidado en diversos países, permitiendo crear un patrón de necesidades de cuidado para cada uno de ellos y elaborar políticas públicas en dicho sentido (Onder et al., 2012).

En un estudio de revisión Kalideen, Govender, y van Wyk (2022) relevaron 16 investigaciones empíricas publicadas desde 1989 hasta 2017. Entre sus conclusiones principales se encuentra que: la mayoría de los estudios fueron realizados en el mundo anglosajón y centroeuropeo; y su foco principal fue la efectividad de las intervenciones y algunos pocos el centramiento en la persona y la seguridad.

Se reseñan aquí algunas investigaciones que dieron como resultado la elaboración de un listado de indicadores de calidad para las RLE. Lemke y Moss (1986) utilizaron MEAP (*Multi-phasic Enviromental Assessment Procedure*) y elaboraron ocho indicadores de calidad que cubren tanto aspectos estructurales como procedimentales del cuidado: 1) Confort; 2) Seguridad; 3) Disponibilidad de staff; 4) Calidad del staff; 5) Servicios; 6) Autonomía; 7) Control; y 8) Rapport.

En 1999 el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) impulsó un proyecto de evaluación externa de calidad de las RLE. En ese contexto, se construyó una serie de in-

dicadores de calidad organizados en las siguientes dimensiones (ICASS, 1999): 1) Atención al residente; 2) Relaciones y derechos con la persona residente; 3) Confort, entorno y servicios hoteleros; 4) Organización.

Desde una perspectiva diferente, Murakami y Colombo (2013) identificaron seis indicadores clínicos negativos en las personas residentes que pueden advertir problemas en la gestión del cuidado. Estos indicadores son: 1) Úlceras por presión (*Canadian Institute for Health Information*, 2011; *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2007); 2) Caídas; 3) Uso de restricción física (*Health Quality Ontario*, 2011); 4) Sobremedicación o errores en la medicación (*Health Quality Ontario*, 2011); 5) Pérdida involuntaria de peso (Huffman, 2002); y 6) Depresión (*Canadian Institute for Health Information*, 2011; *Health Quality Ontario*, 2011).

Recientemente, Liu, Hu y Chen (2022) de la *Fudan University* en Shanghái (China) realizaron un estudio para construir un grupo de indicadores de calidad de servicio en RLE que facilite evaluar su condición actual y sea un primer paso para el mejoramiento del mismo. Para ello, realizaron una consulta nacional a paneles multidisciplinarios de personas expertas y organizaron los indicadores en seis subdimensiones: 1) Staff; 2) Edificio y equipamiento; 3) Financiamiento; 4) Servicios de inspección médica; 5) Servicios de gestión de salud; y 6) Estándar de gestión institucional.

5. Modelos de evaluación de calidad en Residencias de Larga Estadía

Dada la complejidad del objeto de evaluación, en la literatura científica se pueden encontrar enfoques y acercamientos diversos. A continuación, se presentan modelos generales de evaluación de calidad y luego se focaliza en aquellos que son específicos para el ámbito de la salud. Con estos modelos revisados, luego se realizará una reseña de los instrumentos utilizados para la evaluación de calidad en RLE.

5.1. Modelos generales de evaluación de calidad

5.1.1. Modelos de gestión de calidad

La gestión de calidad es una meta organizacional continua con el fin de brindar una mayor satisfacción a la persona usuaria (Chacón & Rugel, 2018). En este sentido, se desarrollaron varios modelos para la autoevaluación de las organizaciones. Se presentan aquí tres de ellos de forma sintética, a modo de ejemplo y de forma representativa de tres orígenes diferentes: Japón, Estados Unidos y Unión Europea.

En primer lugar, está el modelo *Deming* que fue creado en Japón a mediados del siglo XX y busca crear un sistema organizacional que favorezca la cooperación, tanto interna como externa, al mismo tiempo que promueve un aprendizaje que facilite la implementación de prácticas de gestión. El objetivo buscado es una mejora continua de procesos, productos y servicios, la satisfacción de trabajadores, clientes y la supervivencia de la organización (Irurita Alzueta, 2012).

En Estados Unidos, otro modelo fue creado en 1987 e inició como un Premio Nacional de Calidad bajo el nombre *Malcom Baldrige*. El origen se dio al observar la fuerte competencia de los productos de origen japonés en Estados Unidos. El objetivo del mismo fue sensibilizar al país y a las industrias con el objetivo de promover la gestión de calidad total como método competitivo de gestión empresarial (Irurita Alzueta, 2012).

Por último, se destaca el modelo *European Foundation for Quality Management (EFQM)* de Calidad Total. Surgió prácticamente de forma simultánea al *Malcolm Baldrige* y por motivos similares. En 1988 se creó la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y propuso una autoevaluación global y sistemática de actividades y resultados de la organización (Irurita Alzueta, 2012).

5.1.2. .Modelo ISO

ISO es una sigla que se corresponde con *International Organization for Standardization*. Este organismo internacional de normalización fue creado en 1947. Una norma ISO es un documento técnico que contiene las especificaciones del producto, maquinaria, entre otros. En

el caso de la gestión de calidad, la norma que aplica es la ISO 9001:2000 “Requisitos de los sistemas de gestión de calidad”, que refiere a aspectos formales y documentales de la organización, pero no a la calidad del servicio o producto de la misma.

Hasta el momento no existen normas ISO para el sistema de gestión de calidad específicamente diseñadas para servicios de salud. La aplicación de las normas generales ISO 9001:2000 pueden adaptarse siempre que el servicio sea tangible, automatizable y rutinario (Saturno, 2005). Esto presenta una limitación para la evaluación de sistemas de salud en general y de RLE en particular por la complejidad de dichos servicios. Por este motivo, se presentan a continuación modelos que fueron pensados y diseñados específicamente para el ámbito sanitario.

5.2. Modelos aplicados en salud

5.2.1. Modelo Donabedian

Un sistema reconocido para la evaluación de calidad de instituciones de salud es el modelo desarrollado en 1966 por Avedis Donabedian, un médico de la Universidad de Michigan, que propone tres aproximaciones: 1) basada en la estructura; 2) basada en los procesos; y 3) basada en los resultados. La primera se refiere a los recursos y la organización estructural, incluyendo el equipamiento y el staff. La aproximación referida a los procesos indica de qué modo el cuidado es brindado. Por último, los resultados refieren al impacto de los dos primeros en la salud de pacientes y su funcionamiento (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Caracterización de estructura, procesos y resultados dentro del modelo Donebedian

Estructura	Procesos	Resultados
Staff	Interacción	Morbilidad
Equipamiento	Servicios	Mortalidad
Provisiones	Evaluación	Funcionalidad del paciente
Guías de buenas prácticas	Tratamientos	Satisfacción
	Acompañamiento	

La naturaleza compleja de los sistemas de cuidado también puede ser contemplada en este modelo ya que los indicadores pueden estar correlacionados y requerir una evaluación holística. Por ejemplo, el número de escaras pueden ser consideradas como un indicador resumen, ya que revela problemas en diferentes niveles: malnutrición, deshidratación, poco tiempo dedicado a residentes, uso de restricción de movilidad, incontinencia, entre otros posibles.

5.2.2. Organización Mundial de la Salud. Marco recomendado para la calidad de la atención

Para este modelo, la calidad de la atención refiere al grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados: utiliza conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal (OMS, 2018). Se focaliza en tres principios generales para caracterizar a cualquier servicio de salud de calidad: eficacia; seguridad; y centramiento en la persona.

Asimismo, indica que, para el mejor provecho de las personas beneficiarias de la atención de la salud, los servicios deben ser: oportunos; equitativos; integrados; y eficientes.

5.2.3. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Marco recomendado para la calidad del cuidado

El marco general de esta organización se fundamenta en una visión centrada en clientes. Teniendo esto presente, elaboraron un marco de trabajo que identifica siete elementos clave relacionados con la calidad de los servicios que deben cumplir todas aquellas personas que formen parte de la asociación: 1) Ambientes seguros y confidenciales; 2) Servicios integrales; 3) Servicios adecuadamente manejados; 4) Personal altamente capacitado y respetuoso; 5) Aseguramiento de la cadena de provisiones; 6) Financiamiento adecuado; 7) Comunicación efectiva y sistemas de feedback.

6. Instrumentos de evaluación de calidad

Aquí se identifican diferentes instrumentos que tienen por objetivo evaluar la calidad de prestación de las RLE. Se observa una diversidad de abordajes debido a la complejidad del objeto a evaluar y a los diferentes actores que pueden realizar la evaluación.

6.1. Evaluación de resultados en pacientes: InterRAI

Como ya fue mencionado, en respuesta al mandato de la ley OBRA '87 (Congreso de los Estados Unidos, 1987, Ley 100-203), se desarrolló un sistema unificado nacional de evaluación de residentes de RLE denominado RAI con el objetivo de asegurar la calidad del cuidado y la posibilidad de mejorarla. Se buscó optimizar o al menos mantener la calidad de vida de las personas residentes y garantizar sus derechos. La evaluación inicial de la persona mayor permite elaborar un plan de intervención y ofrece una línea base para evaluar periódicamente su estado. Este instrumento se tradujo a diversos idiomas y es la herramienta de evaluación estandarizada de uso más extendido a nivel mundial.

El RAI contiene dos partes: el *Minimum Data Set* (MDS) y los *Resident Assessment Protocols* (RAPs). El MDS es una evaluación estructural que atiende a una variedad de dominios relevantes en las RLE. La elección de estos dominios fue realizada en base a un trabajo de investigación financiado por la *Health Care Financing Administration* y a cargo de Morris y colaboradores (1990): 1) Cognición; 2) Comunicación/audición/visión; 3) Funcionamiento físico; 4) Continencia; 5) Bienestar psicosocial; 6) Ánimo y problemas de conducta; 7) Patrones de actividad; 8) Enfermedades diagnosticadas; 9) Condiciones de salud; 10) Estatus nutricional; 11) Estatus dental; 12) Condición de la piel; 13) Uso de medicamentos; 14) Tratamientos y procedimientos especiales.

La información para completar el MDS se obtiene de las personas que trabajan más cerca de cada residente y busca reflejar sus observaciones. Un/a enfermero/a es quien se encarga de recolectar estos datos y de completar el MDS agregando información de diferentes fuentes e incluyendo idealmente a la persona residente y su familia.

Esta evaluación debe realizarse luego de una semana de haber ingresado a la RLE y una buena parte de ella se obtiene del testimonio de cada residente, por lo que una de las mayores limitantes del MDS es que depende en muchos casos de la conducta observada ya que en algunos casos la persona no puede comunicarse.

Algunos patrones de respuesta específicos al MDS movilizan a una evaluación más profunda guiada por los RAPs. A diferencia del MDS, los RAPs no son cuestionarios, sino que proveen sugerencias relevantes para profundizar la indagación en el aspecto que genera preocupación. Estos protocolos orientan al evaluador respecto de qué debería indagar según las condiciones que registre como más apremiantes. A cada condición le corresponde un protocolo distinto.

Las condiciones contempladas entre los RAPs son: delirio, deterioro cognitivo, dificultades visuales, comunicación, actividades de la vida diaria, incontinencia urinaria, bienestar psicosocial, estado de ánimo, síntomas conductuales, actividades, caídas, estatus nutricional, alimentación asistida, deshidratación, cuidado dental, úlceras, uso de drogas psicotrópicas y contención física.

Este modelo de evaluación de residentes presenta algunos problemas. El primero es que requiere de un/a profesional entrenado/a para su aplicación, sin entrenamiento se pueden realizar juicios inconsistentes y subjetivos (Kane & Kane, 2000). Otro problema está en la disparidad de tiempo en que pudo haber sido observada la persona residente durante esa primera semana. Por último, al ser una herramienta de evaluación mandatoria puede crear cierta resistencia por parte de quienes las realizan.

En otros países se ha utilizado la RAI de forma voluntaria y quienes evaluaron mostraron interés en la utilización de esta herramienta (Fries, Schroll, Hawes, Gilgen, Jonsson & Park, 1997). Tomando como base esta evaluación, las RLE deben reportar periódicamente a la CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*, 2022) respecto de una serie de medidas de calidad tales como cantidad de hospitalizaciones, residentes con riesgo de úlceras, con internaciones reiteradas, entre otros.

Los resultados de estas presentaciones suelen compilarse y publicarse. Esto otorga información significativa para la evaluación de la calidad del cuidado brindado y, también, es una herramienta muy útil provista a quienes están en búsqueda de una residencia ya que permite comparar instituciones en base a la calificación que obtienen.

6.2. Evaluación en base a encuestas de opinión

6.2.1. Desde la perspectiva de las personas residentes

A raíz de OBRA '87 (Congreso de los Estados Unidos, 1987, Ley 100-203) las RLE adoptaron crecientemente sistemas de mejora de calidad continua. Uno de los resultados esperados, aunque no el único, es un nivel aceptable de satisfacción de las personas residentes. Donabedian (1966) afirmó que alcanzar un nivel de satisfacción adecuado para la persona usuaria de salud, es el indicador definitivo de la calidad de cuidado recibido.

Al respecto, se desarrollaron diversos instrumentos para llevar a cabo la evaluación desde la perspectiva de las personas residentes. Sin embargo, una limitación de ello es la falta de estandarización de medidas (Lowe, Lucas, Castle, Robinson, & Crystal, 2003). Asimismo, no todos presentan la misma definición teórica de “satisfacción de la persona usuaria” ni dan cuenta de por qué algunas se sienten satisfechas y otras no con el mismo sistema de cuidado (Applebaum, Staker, & Geron, 2000).

Otro tema en debate fue si las personas residentes pueden evaluar las dimensiones técnicas y estructurales del cuidado recibido (Smith, 2000) o si debe ser incorporada también la evaluación de los equipos profesionales (Hawes, Phillips, & Rose, 2000; Phillips, Hawes, Spry, & Rose, 2000).

Lowe, Lucas, Castle, Robinson y Crystal (2003) relevaron los instrumentos utilizados en diferentes Estados de Norteamérica para evaluar la satisfacción de residentes y registraron que cada una de ellas utiliza un instrumento diferente para realizar su evaluación. De igual modo, encontraron que algunos Estados suelen utilizar los datos de satisfacción de residentes para licenciar, auditar y rectificar habilitaciones. La mayor parte de los instrumentos posee dominios de satisfacción discriminados (tales como actividad social, actividad física, atención directa, cuidadores, mantenimiento, alimentación, entre otros) y sólo algunos evalúan satisfacción global.

6.2.2. Desde la perspectiva de familiares de residentes

Si bien evaluar la percepción de las personas residentes es fundamental, en algunos casos supone desafíos prácticos por la presencia de algunas patologías como la demencia. Los/as familiares de quien reside en una RLE también reciben cuidados indirectamente y se ven afectados/as por la calidad del servicio.

Castle (2007) llevó a cabo un trabajo de revisión exhaustivo relevando diversos instrumentos de percepción de calidad del cuidado desde la perspectiva de las familias. Tal como se observa en los instrumentos que relevan la opinión desde la perspectiva de residentes, la mayor parte posee dominios de satisfacción discriminados (tales como cuidados de las enfermedades, confort, prácticas de cuidado, staff, comida, lavandería entre otros) y sólo algunos evalúan “Satisfacción global”. (Castle, 2004; Collier, Prawitz y Lawrence, 1994; Ejaz, Noelker, Schur, Whitlatch y Looman, 2002; Ejaz, Straker, Fox y Swami, 2003; Grau, Teresi, Burton y Chandler, 1995; Koenig y Kleinsorge, 1994; Mostyn, Race, Seibert y Johnson, 2000; Norton, van Maris, Soberman y Murray, 1996; Steffen, Nystrom y O’Connor, 1996; Verho y Arnetz, 2003, Wakefield, Buckwalter y Collins, 1997). Se puede observar una diferencia en el caso de los familiares, en favor de las temáticas más orientadas a la infraestructura y la calidad de las provisiones materiales.

Un instrumento más reciente, que fue validado en múltiples centros y adaptado a diversos países, es el CANHELP (*Canadian Health Care Evaluation Project*) *Caregiver Questionnaire*. Su característica particular es que incluye dos escalas de calificación: “Importancia” y “Satisfacción”. La primera explora qué aspectos del cuidado son más relevantes desde la perspectiva de familiares. La segunda permite conocer cuál es el nivel de satisfacción con el servicio efectivamente recibido. Ambas escalas pueden ser comparadas y brindan la posibilidad de identificar potenciales oportunidades de mejora en el cuidado, tanto desde lo individual como desde lo organizacional (Heyland, et al., 2010). Las dimensiones evaluadas en ambas escalas son: 1) Características del staff de la RLE; 2) Manejo de enfermedades; 3) Comunicación y toma de decisiones; 4) Relación con profesionales; 5) Involucramiento de familiares.

6.2.3. Desde la perspectiva de enfermeros/as

Los factores relacionados con el staff demostraron tener un impacto significativo en la calidad del cuidado. La cantidad de personal (Bravo, DeWals, Dubois, & Charpentier, 1999; Nazarko, 1998), el tiempo disponible para ofrecer cuidado (Bowers, Luring, & Jacobson, 2001; Caldwell, 2000), la proporción de enfermeros/as con certificación dentro del personal (Ford & McCormack, 1999), la satisfacción laboral (Redfern, Hannan, Norman, & Martin, 2002), la formación, experiencia y la tasa de rotación del personal (Nazarko, 1998), el edadismo entre el staff (Kane & Kane, 2001) y la calidad de organización del cuidado (Murphy, 2007a; Nolan, Grant, & Nolan, 1995) fueron reseñados como factores importantes en la literatura. Murphy (2007a, 2007b) desarrolló un instrumento que evalúa la percepción de calidad y los factores que la afectan en un estudio de métodos mixtos. El instrumento final cuenta con 74 ítems y se organiza en nueve factores: seis que favorecen la calidad del cuidado y otros tres que la afectan negativamente.

6.3. Temáticas específicas de evaluación

6.3.1. Alimentación

La malnutrición ha sido identificada como un frecuente problema entre las personas mayores institucionalizadas y se asocia con peor calidad de vida, morbilidad y aumento de mortalidad (Dey, Rothenberg, Sundh, Bosaeus, & Steen, 2001; Morley & Thomas, 1999). En 2003, la *European Society for Clinical Malnutrition and Metabolism* (ESPEN) recomendó tres instrumentos de screening (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003): 1) *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (Malnutrition Advisory Group, 2000); 2) *Nutritional Risk Screening* (NRS) (Kondrup, Rasmussen, Hamberg, Stanga, & An ad hoc ESPEN Working Group, 2003); 3) *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (Bauer, Kaiser, Anthony, Guigoz, & Sieber, 2008), desarrollado a partir de medidas y preguntas que pueden ser divididas en cinco categorías diferentes (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Categorías de evaluación de la MNA

Categoría	Indicadores
Medidas antropométricas	Pérdida de peso, peso, altura, circunferencia del brazo y de la pierna.
Evaluación general	Estilo de vida, medicación, enfermedades, morbilidad, problemas neuropsicológicos y lesiones en la piel.
Evaluación dietaria	Cantidad de comidas, ingesta de sólidos y líquidos, apetitos y modo de alimentación.
Evaluación subjetiva	Percepción subjetiva del estatus nutricional, comparación del propio estatus con el de otros.
Marcadores bioquímicos	Niveles séricos de albúmina, prealbúmina, colesterol, recuento de linfocitos.

La combinación de estas categorías permite alcanzar una calificación unificada que valora el estado de la persona en malnutrición, en riesgo y nutrición normal.

En un estudio internacional en el que se aplicó dicho instrumento se encontró que, para la población de las personas mayores autónomas, la prevalencia de malnutrición es baja (2%). Sin embargo, en RLE varía del 5% al 70%, lo cual refleja la heterogeneidad del grupo (Bauer, Kaiser, Anthony, Guigoz, & Sieber, 2008). Asimismo, esta herramienta se mostró útil para la evaluación de posibles eventos adversos, morbilidad y mortalidad (Donini et al., 2003; Van Nes, Herrmann, Gold, Michel, & Rizzoli, 2001) porque, a nivel individual, permite diagnosticar y hacer seguimiento de pacientes y, a nivel comunitario, ofrece información significativa sobre el estado de las personas residentes y la calidad del cuidado recibido.

6.3.2. Ambiente laboral

La existencia de la relación entre la calidad del ambiente laboral y la calidad de cuidado en las RLE fue ampliamente documentada (Caspar & O'Rourke, 2008; Scott-Cawiezell et al. 2004; Temkin-Greener, Zheng, Katz, Zhao, & Mukamel, 2009). Se pueden identificar algunos factores tales como el *burnout* (van den Berg Landeweerd, Tummers, & van Merode, 2006; van den Tooren & de Jonge, 2008), la cohesión grupal y comunicación (Forbes-Thompson, Gajewski, Scott-Cawiezell, & Dunton, 2006), el empoderamiento del personal (DeCicco, Laschinger, & Kerr, 2006; Li, Chen, & Kuo, 2008), el apoyo de supervisores/as (McGilton, McGillis Hall, Wodchis, & Petroz, 2007), el liderazgo (Scott-Cawiezell et al., 2004), la satisfacción laboral (McGilton, McGillis Hall, Boscart, & Brown, 2007), y la satisfacción salarial (Stearns & D'Arcy, 2008).

Cada factor dispone de una diversidad de instrumentos que permiten evaluarlos. Al respecto, Tourangeau, Cranley, Spence Laschinger y Pachis (2010) registraron algunos que resultan adecuados para ser utilizados en RLE:

- *Maslach Burnout Inventory*: es una escala que permite explorar cansancio emocional, despersonalización y sentimiento de realización laboral (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).
- *Work Group Cohesiveness and communication scale*: evalúa el nivel de cohesión y comunicación grupal (Riordan & Weatherly, 1999).
- *Perceived Organizational Support*: es una escala que indaga el apoyo organizacional percibido por el staff (Rhoades & Eisenberger, 2002).
- *Leadership Practices Inventory*: evalúa acciones de liderazgo cognitivo, conductual y apoyo en organizaciones (Tourangeau & McGilton, 2004).

Los eventos negativos más comunes en RLE son las lesiones accidentales (Masotti, McColl, & Green, 2010). La introducción de una cultura de seguridad en las instituciones tiene un impacto positivo en este tipo de eventos. Se entiende por cultura de seguridad al producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y conductas que determinan el compromiso con la seguridad y salud de la organización (Chen, Li, & Goh, 2021).

Un instrumento que ha sido utilizado para evaluar las actitudes tendientes a promover la seguridad es el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (Sexton et al., 2006) que evalúa las actitudes y percepciones relevantes para la seguridad del cuidado por parte de cuidadores/as. Consta de 30 ítems y explora seis dimensiones: clima de trabajo en equipo; satisfacción con el trabajo; percepción de la administración; condiciones laborales; y reconocimiento del estrés. Al ser un instrumento muy utilizado permite realizar comparaciones internacionales entre staffs de RLE (Buljac-Samardzic, van Wijngaarden, & Dekker-vanDoorn, 2016).

6.3.3. Garantía de derechos

Tomando como base la Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores “Los Derechos de las Personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles? (Careaga, 2011), se realizó un cuadro de autoevaluación donde se pueden detectar actividades y tareas en siete ámbitos diferentes que se relacionan con derechos específicos de las personas mayores (Leturia, 2012): dignidad, privacidad, autodeterminación, elección, satisfacción y realización personal, protección, conocimiento y defensa de los derechos. Los ámbitos son: aspectos materiales; atención personal; forma de vida; relaciones dentro de la RLE; relaciones con el exterior; organización y funcionamiento de la RLE; y el trabajo en el medio residencial.

6.3.4. Infecciones

En 2019 se elaboró de forma colaborativa el *Nursing Home Infection Control Worksheet* (ICWS) (*Centers for Medicare and Medicaid Services & Centers for Disease Control and Prevention*, 2019). Este instrumento está pensado para ser utilizado como autoevaluación, incluye medidas regulatorias requeridas por *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) y buenas prácticas en prevención y control de infecciones. Las instituciones que lo utilizan pueden identificar fallas en sus prácticas y elaborar un mapa de ruta para mejorar sus programas de control y prevención de infecciones.

6.3.5. Libre elección

La libre elección y la autodeterminación son principios fundamentales del buen trato en RLE. En el caso de personas con deterioro cognitivo, este aspecto se vuelve aún más crítico. En atención a esto, fue desarrollada la *Resident Choice Scale* (Hatton, Emerson, Robertson, Gregory, Kessissoglou & Walsh, 2004), diseñada para evaluar oportunidades ambientales de autodeterminación en RLE. Esta escala es administrada bajo el formato de entrevista con un/a informante clave que conoce en profundidad a la persona residente. Los 26 ítems que propone cubren oportunidades de autodeterminación que van desde actividades de la vida diaria hasta aspectos vitales y cruciales.

6.3.6. Relación entre familia y residencia

La participación de la familia en el cuidado es esencial para el bienestar de las personas residentes (Puurveen, Maumbusch, & Gandhi, 2018). Aún luego de la admisión, las familias contactan frecuentemente al staff y juegan un rol de defensores y monitores de su familiar residente (Shippee, Henning-Smith, Gaugler, Held, & Kane, 2017). En este contexto pueden surgir posibles conflictos. Por ello, las interacciones entre residentes, familiares y staff son complejas y requieren de asociación y acuerdos (Bauer & Nay, 2003). En este sentido, la asociación entre familia y staff suele generar efectos positivos en la satisfacción familiar, disminución de conflictos con la institución, aumento de la satisfacción laboral del personal y mejora en la calidad del cuidado (Bidmead & Cowley, 2005).

Jang, Song & Ahn (2022) desarrollaron y validaron la *Scale for Staff-Family Partnership in Long-term Care* (SSFPLC), pensada para ser respondida por el staff de la RLE. En general, puede ser utilizada para evaluar factores que requieren mejoras en la relación entre staff y familias. Cuenta con 17 ítems organizados en las siguientes dimensiones: 1) Fomento a las familias a participar del cuidado; 2) Apoyo y confianza de las familias; 3) Colaboración y comunicación; 4) Cuidado profesional.

7. Evaluación centrada en la persona

Existe un consenso creciente acerca del impacto positivo de los abordajes centrados en la persona en la calidad de los cuidados. En este sentido, se elaboraron tres instrumentos específicos para las RLE que permiten inferir la calidad del cuidado desde una perspectiva centrada en la persona: 1) el *Client-centred Care Questionnaire* (CCCQ) (de Witte, Schoot, & Proot, 2006); 2) el *Person-centered Climate Questionnaire-Patient* (PCQ-P) (Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, 2008); y 3) el *Person-centered Care Assessment Tool* (P-CAT) (Edvarsson, Fetherstonhaugh, Nay, & Gibson, 2010), validada al español por Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz (2016).

7.1. Evaluación institucional integral

7.1.1. Facility Assessment Tool

Como consecuencia de OBRA '87 (Ley 100-203, 1987) las RLE en Estados Unidos realizan, documentan y revisan anualmente una evaluación de todo el centro, que incluye tanto a su población residente como a los recursos que el centro necesita para cuidar a las personas mayores.

Para ello se diseñó el *Facility Assessment Tool* (CMS, 2022), que tiene como propósito determinar qué recursos son necesarios para atender a quienes residen en las instituciones de manera competente durante las operaciones diarias y las emergencias. Se espera que las RLE utilicen esta evaluación para tomar decisiones sobre las necesidades de personal de atención directa, así como sobre las capacidades para brindar servicios a los/as residentes en su centro.

El uso de un enfoque basado en competencias se centra en garantizar que cada persona mayor reciba la atención que le permita mantener o alcanzar su mayor bienestar físico, mental y psicosocial posible. La intención de la RLE es que la organización evalúe a su población residente e identifique los recursos fundamentales para brindar la atención y los servicios centrados en la persona de manera eficiente y adecuada. Este instrumento está organizado en tres partes:

1. Perfil de residentes: incluye cantidad, enfermedades/condiciones, discapacidades físicas y cognitivas, agudeza y factores étnicos/culturales/religiosos que afectan la atención.
2. Servicios y atención ofrecidos en función de las necesidades de las personas residentes: incluye los tipos de atención que requiere su población residente.
3. Los recursos de las instalaciones adecuados para brindar una atención competente a residentes, incluido el plan de dotación de personal, su capacitación, educación y competencias, el entorno físico, las necesidades del edificio, y otros recursos incluidos los

acuerdos con terceros, aquellos vinculados a la tecnología de la información de la salud y sistemas, una evaluación de riesgos basada en las instalaciones y en la comunidad, y otro tipo de información que puede seleccionar la institución.

Este análisis requiere que la organización recolecte información de diversas fuentes tales como evaluaciones individuales, medidas de calidad, documentación administrativa, entre otras. Se propone designar un grupo del staff para llevar a cabo la evaluación. Se sugiere que esté compuesto por miembros representativos de las diferentes áreas. Una vez realizada debe ser elevada al *Centers for Medicare and Medicaid Services*, encargado de recopilar la información de cada institución.

7.1.2. Firevicius

Este instrumento, que fue elaborado por Escobar y Firevicius (1992), tiene por objetivo evaluar el cumplimiento de los requerimientos mínimos necesarios para la operación de la RLE encuestada, tomando en cuenta el equipamiento físico y humano, así como la existencia de programas operativos específicos. Consta de seis apartados a los que se les asigna una cantidad de puntos para lograr luego el índice final con la suma de los mismos: 1) Descripción general del establecimiento (150 puntos); 2) Planta física y recursos materiales (150 puntos); 3) Recursos humanos (51 puntos); 4) Procedimientos (57 puntos); 5) Interrelación de actividades y niveles (12 puntos); 6) Actividades programadas (11 puntos).

La suma de las calificaciones permite obtener una puntuación total de la institución y se sugiere interpretar del siguiente modo: > a 75% recomendable; 50% a 74% bueno; 40% a 49% regular; < a 40% no recomendable.

7.1.3. Mutiphasic Enviromental Assessment Procedure

El *Mutiphasic Enviromental Assessment Procedure* (MEAP) (Lemke, & Moos, 1986) es un instrumento que mide los recursos de las RLE en términos de cuatro dimensiones conceptuales: características físicas; políticas y programas; grupo humano; y clima social. Es una herramienta pensada para poder comparar las RLE, detectar posibilidades de mejora y evaluar sus cambios luego de intervenciones. Asimismo, con este procedimiento se desarrollaron ocho indicadores de calidad relevados por Lemke y Moos (1986) mencionados anteriormente.

El MEAP consiste en la aplicación de cuatro instrumentos:

- PAF: *Physical and Architectural Features Checklist*, debe ser completada por un/a observador/a externo luego de explorar la residencia por dentro y por fuera.
- POLIF: *Policy and Program Information Form*, evalúa nueve dimensiones y está basado en información obtenida de miembros del staff, de observaciones directas y de los registros institucionales.

- RESIF: *Resident and Staff Information Form*, evalúa nueve dimensiones describiendo las características sociales de las personas residentes, previas a su ingreso y luego del mismo, y las características del staff.
- SCES: *Sheltered Care Environment Scale*, evalúa la percepción que tienen residentes y miembros del staff sobre el clima social dentro de la RLE.

Este instrumento fue desarrollado previo a OBRA '87 y tuvo un amplio uso previo al *Facility Assessment Tool* que surge de dicha normativa.

7.1.4. Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos

SERA es una sigla que sintetiza el “Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos”, elaborado por Fernández-Ballesteros (1996) y toma como base el MEAP de Moos y Lemke (1979 y 1996). Este instrumento posibilita describir los contextos residenciales para personas mayores con un abordaje cuantitativo y cualitativo de diferentes aspectos contextuales (físicos, arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes, clima social) y personales (habilidades funcionales, satisfacción y necesidades). Se aplica como técnica de autoevaluación y promueve el seguimiento a través del tiempo como herramienta para medir el impacto de las intervenciones realizadas.

Dicho sistema de evaluación cuenta con nueve subinstrumentos: ICAF, Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas; ICOF, Inventario de Características de Organización y Funcionamiento; ICPR, Inventario de Características de Personas y Residentes; EV, Escala de Valoración; ECS, Escala de Clima Social; LN, Listado de Necesidades; CIP, Cuestionario de Información Personal - CS: Cuestionario de Satisfacción; y MICA, Mapa de Interacción Conducta-Ambiente.

La implementación de las diversas escalas permite crear un perfil de la residencia. Una de las ventajas de este instrumento es que posibilita establecer comparaciones entre residencias y, al mismo tiempo, brinda información global sobre las diferentes realidades en las RLE.

Una vez referenciados algunos instrumentos que se han desarrollado para evaluar de manera global o desde aspectos específicos la calidad del servicio proporcionado por las RLE, a continuación, se presentará un apartado que incluye una descripción de la normativa del INSSJP-PAMI en lo relativo a dichos dispositivos.

8. Normativa del INSSJP-PAMI relativa a Residencias de Larga Estadía

El Instituto fue creado por la Ley N° 19.032 en 1971, con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores. Comúnmente se lo denomina PAMI porque, en sus inicios se lo identificaba con el Programa de Atención Médica Integral. Actualmente, esta institución es la obra social más grande del país, cuenta con más de 600 Agencias de Atención y 38 Unidades de Gestión Local. Es contratista de diferentes servicios prestacionales, entre ellos las RLE, que en todo el país suman un total de 540 dispositivos que albergan aproximadamente a 20.000 personas. De este universo, el 60% está integrado por mujeres. El promedio de edad de los/as residentes es de 80 años.

INSSJP-PAMI presentaba una normativa del año 2001, la cual tenía una visión meramente asistencialista basada en el modelo médico hegemónico, y en julio de 2023 se modificó mediante la aprobación de la Resolución N° 896 (INSSJP, 2023) desde el paradigma de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La nueva resolución plantea dos modalidades:

- 1) Residencia de Larga Estadía (RLE): se trata de un dispositivo orientado a personas mayores de 60 años y más con dependencia funcional y que requieran apoyos, asistencia y/o cuidados para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (básicas y/o instrumentales) de manera continua, que no puedan ser cuidadas en su entorno familiar y/o comunitario.
- 2) Residencias de Larga Estadía Especializadas en Cuidados Psicogerontológicos (RLEP): es un dispositivo orientado a personas mayores de 60 años y más con algún grado de dependencia funcional para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (básicas y/o instrumentales) que requieran cuidados psicogerontológicos, supervisión, tratamientos, estimulación y apoyos que no puedan ser brindados en su entorno familiar y/o comunitario.

a. Principios rectores

La normativa establece principios rectores que son de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- b) Dignidad, respeto y buentrato¹: sin importar la situación de fragilidad o dependencia, el cuidado requiere de un enfoque ético que proteja y eleve la dignidad de las personas. Por ello, se debe garantizar el respeto, la dignidad y el buentrato de todas las personas mayores.
- c) Igualdad y no discriminación: queda prohibida la discriminación por cuestiones de edad, género, ingresos económicos, etnia, religión, entre otras.
- d) Autonomía e independencia: se debe garantizar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos. Las personas mayores tienen derecho a mantener el control sobre sus vidas, asumir ciertos riesgos calculados y tomar sus propias decisiones, aun en aquellos casos en los cuales requieran de apoyos por su situación de dependencia. La percepción de control otorga bienestar emocional y aumenta la autoestima. En cada momento del día y en relación a cuestiones muy simples, como decidir qué ropa ponerse, en qué actividades participar, cómo emplear el tiempo libre, decidir con quién relacionarse o con quien no, es donde la persona mayor puede ver facilitado o dificultado el control sobre lo cotidiano, sobre su autonomía y sobre su proyecto vital.
- e) Principio de individualidad y Atención Centrada en la Persona: las personas mayores son iguales en relación a sus derechos, pero son únicas con características propias respecto a otras. De este principio se deriva la atención personalizada, que garantiza el cumplimiento de que cada plan y sistema de cuidado sea único y atento a las preferencias de la persona mayor y responda a sus características propias. Desde el modelo de atención centrada en la persona se enfatiza lo propio, lo cotidiano y lo significativo para cada una como características primordiales de las intervenciones y de la calidad de la atención.

¹ INSSJP-PAMI promueve el uso de la palabra “buentrato” escrito en una sola palabra, con el fin de instalar un significado opuesto al de la palabra maltrato -que en español se escribe en una sola palabra- y asociando en el uso de este nuevo sustantivo el paradigma de los derechos humanos.

- f) Participación: las personas mayores tienen derecho a participar en la elaboración del Plan de Atención Individual (PAI) tanto en su desarrollo como en su seguimiento, independientemente de sus condiciones físicas y/o funcionales. El PAI es un proceso sistemático e interdisciplinario que tiene por objeto garantizar de manera integral el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de cada persona, respetando los derechos individuales. Se realiza en forma interdisciplinaria y con la participación activa de la persona mayor con o sin dependencia.
- g) Integralidad: se entiende que la persona mayor es un ser multidimensional por lo tanto debe tenerse en cuenta los aspectos sociales, psicológicos, espirituales, de género, culturales, recreativos, biológicos, entre otros.
- h) Continuidad de atención: las personas mayores que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, gradual y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes a lo largo de toda la vida.

b. Prestaciones

Las prestaciones en RLE son servicios sociales con coordinación socio-sanitaria que incluye alojamiento, comida, servicios de cuidados, enfermería, atención psicosocial, terapia ocupacional, recreación, y servicios de salud de baja complejidad. No son hospitales, clínicas, sanatorios, establecimientos psiquiátricos agudos, ni centros de rehabilitación.

En todo ingreso, los/as profesionales de las residencias deben realizar la Valoración Geriátrica Integral (VGI), para evaluar en conjunto con la persona mayor cuáles son sus necesidades o problemas a trabajar. Se incluye a atención dentro de la modalidad RLE y RLEP el tratamiento de escaras grado I y II.

Los centros deben facilitar conexión a internet de forma gratuita, tanto en espacios comunes como privados, y pondrán a disposición de las personas residentes dispositivos para el acceso a la red. La prestación de RLE no es de carácter universal, por ende, se encuentra sujeta a la evaluación sociosanitaria de cada caso por parte del INSSJP-PAMI.

Vale destacar que, por primera vez, se establece que las residencias sean lugares “libres de sujeciones”: todas las personas tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas y también libre de coerciones. Al respecto, la Convención Interamericana, en su artículo 4, prohíbe el uso prolongado de sujeciones. El reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona debe ser el eje prioritario de la atención y apoyos. Para ello será necesario que las residencias presenten un Plan de Atención Libre de Sujeciones, donde contemple de manera gradual la supresión total de las mismas.

Asimismo, deberá detallar de qué manera y en qué tiempo se dejará de utilizar las sujeciones y explicitar cuáles serían los casos excepcionales de su utilización y sólo por un tiempo breve. No se debe implantar ninguna sujeción, salvo en situaciones de urgente necesidad en las que exista un peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de cuidadoras/es o de terceros y en las que previamente se haya constatado claramente el fracaso de otras medidas alternativas. Cualquier sujeción estará sometida a un procedimiento documentado que cuente con prescripción médica, supervisión técnica y con el consentimiento informado.

c. Categorías para ambas modalidades prestacionales

Las nuevas modalidades prestacionales (RLE y RLEP) podrán ser categorizadas de tres (3) maneras, según acrediten los siguientes criterios de planta física y de formación del personal que presta servicios en los establecimientos:

- **Categoría A:** las RLE / RLEP deberán contar con criterio edilicio de habitaciones de hasta tres personas con baños comunes (una cada seis personas), comedor y Salón de Usos Múltiples (SUM) sólo con más de 100 plazas. Si la institución tiene más de un piso y no posee ascensor, se contratará solamente la planta baja. Contemplará acceso a internet gratuito en espacios comunes, además deberá poner a disposición de sus residentes dispositivos para el acceso a la red (wifi) y PC o *Tablet* para aquellas personas que no cuenten con la tecnología. Así también, como criterio profesional, al menos el 70% del personal y de atención directa debe estar capacitado o en formación en la temática de derechos humanos, gerontología, cuidados (cuidadores/as o asistentes gerontológicos), geriatría (médico/as y enfermeros/as), buentrato, género, entre otras a definir por el INSSJP-PAMI.
- **Categoría B:** las RLE / RLEP deberán cumplir además de los requisitos de la categoría A, como criterio edilicio al menos el 65% habitaciones triples con baño privado. Tendrán que contar con una sala específica para realizar talleres y recibir visitas; ascensor en caso de poseer más de una planta y un SUM en aquellas residencias que cuenten con más de 60 personas. Contemplará acceso a internet gratuito en espacios comunes, además deberá poner a disposición de los/as residentes, dispositivos para el acceso a la red (wifi) y PC o *Tablet* para aquellas personas que no cuenten con la tecnología. Asimismo, como criterio de recurso humano, al menos el 75% del personal profesional y de atención directa debe estar capacitado o en formación en la temática de derechos humanos, gerontología, cuidados (cuidadores/as o asistentes gerontológicos), geriatría (médico/as y enfermeros/as), buentrato, género, entre otras, a definir por el INSSJP-PAMI.
- **Categoría C:** las RLE / RLEP deberán cumplir además de los requisitos establecidos en las categorías A y B, con el criterio edilicio de contar al menos con el 70% de habitaciones de una o dos plazas con baño privado; ascensor en caso de tener más de una planta; con un espacio específico para estimulación del movimiento con equipamientos

kinesiológicos; y un SUM en aquellas residencias que cuenten con más de 60 personas. Asimismo, deberá contar con una habitación de cuidados especiales y espacios al aire libre con equipamiento para recreación. También, se deberá contemplar el acceso a internet gratuito en espacios comunes y poner a disposición de los/as residentes, dispositivos para el acceso a la red (wifi) y PC o *Tablet* para aquellas personas que no cuenten con la tecnología. Finalmente, como criterio de recurso humano, al menos el 80% del personal profesional y de atención directa debe estar capacitado o en formación en la temática de derechos humanos, gerontología, cuidados (cuidadores/as o asistentes gerontológicos), geriatría (médico/as y enfermeros/as), buentrato, género, entre otras, a definir por el INSSJP-PAMI.

d. Deberes de las Residencias de Larga Estadía

El establecimiento deberá dar cumplimiento a todos los principios rectores enunciados en párrafos anteriores.

Deberán introducir las perspectivas de los derechos humanos y de género en todo su accionar. Asimismo, y en el marco de lo establecido por la Convención Interamericana, se deberá promover los derechos de las personas mayores, debiéndose:

- Garantizar el buentrato, el respeto a la libertad, la privacidad, las costumbres y la dignidad, entendida como el reconocimiento del valor intrínseco de las personas en toda circunstancia.
- Favorecer la autonomía de las personas mayores, el cuidado de su imagen personal, la expresión de género, el género autopercebido, así como su integración social con el resto de las personas residentes, el personal técnico-profesional, la familia, las redes de apoyo y la comunidad.
- Garantizar la libertad de conciencia, la libertad sexual, pensamiento y culto, derecho sobre sus pertenencias individuales, derecho a la libre circulación, derecho a mantener sus redes socio-familiares, recepción y envío de correspondencia privada, comunicaciones telefónicas privadas, redes sociales, virtuales o por cualquier otro medio que favorezca el intercambio con el exterior y el no aislamiento, flexibilidad de horarios que permitan la continuidad de sus costumbres.
- Garantizar la implementación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAIyCP), en sus capacidades y deseos, controlada por la propia persona mayor o por quien ella elija, planeada para la consecución de su proyecto vital y calidad de vida.
- Garantizar la atención asistencial, vivienda, alimentación, aspectos sociales, médicos, psicológicos, ocupacionales, tiempo libre, cultura y bienestar, así como también los cuidados hasta el final de la vida.

- Respetar el consentimiento libre e informado.
- Garantizar la autonomía en las decisiones. La institución será la vivienda de una comunidad de personas mayores que no pierden su derecho a decidir y participar libremente.
- Brindar la posibilidad de que la persona mayor pueda llevar y conservar en el establecimiento objetos de valor personal/afectivo. En caso de requerir identificación de prendas de vestir o calzado, debe solicitarse que la misma se haga evitando rótulos o inscripciones externas. En las habitaciones se debe permitir la personalización del espacio.
- Establecer franjas horarias de comida -desayuno, almuerzo, merienda y cena- de al menos dos horas con el consentimiento de todas las personas afiliadas que viven en la residencia (por ejemplo, el desayuno podrá servirse entre las 8 y las 10 de la mañana).
- Garantizar que las personas mayores alojadas puedan recibir visitas de sus familiares, referentes afectivos, curadores, entre otras, todos los días de la semana en un horario amplio y flexible, que como mínimo contemple cinco horas por la mañana y siete por la tarde. La institución debe adaptarse frente a situaciones particulares, posibilidades, deseos y expectativas de las personas, asegurando espacios adecuados, cómodos y que brinden intimidad si así lo necesitan o solicitan.
- Garantizar una dinámica institucional regida por los principios de libre accesibilidad, respetando los deseos y gustos de las personas residentes, evitando la rigidez en horarios y garantizando que las personas puedan hacer libre uso de los distintos espacios de la institución (comedores, salones de usos múltiples, habitaciones, patios, terrazas, etc.), promoviendo así el sentimiento de pertenencia.
- Garantizar las salidas libres y regreso de las personas residentes según la voluntad de las mismas, respetando las normas de convivencia o restricciones fundadas en situaciones excepcionales, que serán informadas previamente a la propia persona y a sus redes de apoyo. Para aquellas situaciones en que hubiere sentencia judicial de limitación de la capacidad se requerirá autorización al Juez/a interviniente y/o al Curador/a Oficial designado/a, informando a la persona que se ha solicitado la autorización (en forma acorde a sus capacidades).
- Garantizar el acceso a la información completa y comprensible, es decir, el derecho a disponer de cuanta información resulte necesaria para acceder a los servicios y prestaciones de la red de protección sociosanitaria, y hacer de ellos el uso más adecuado y óptimo. La persona y/o a quien ella autorice expresamente podrá acceder en cualquier momento al contenido de su Legajo Único (L.U.) que podrá ser digital o de papel, pedir copia y recibir un informe por escrito cuando lo solicite.

- Garantizar la participación de las personas residentes en algunos aspectos institucionales de la dinámica cotidiana (por ejemplo, horarios, preferencia de menú, frecuencia y tipo de actividades o talleres, festejos, a través de diferentes mecanismos de participación: asambleas, buzón de sugerencias, entrevistas, reuniones de convivencia, normativa interna, entre otros). Para aquellos casos en los que hubiera juicio de determinación de la capacidad de la persona, se deberá interiorizar respecto de cuáles son las capacidades limitadas, designación de figuras y formas de apoyo, entre otros aspectos, a fin de garantizar el ejercicio de tales capacidades remanentes.
- Elaborar un reglamento interno de conformidad con las sugerencias de las personas residentes.

8.1. Comparación entre la vieja normativa y la nueva normativa de INSSJP-PAMI

La nueva normativa garantiza los derechos humanos, el buentrato, la autonomía personal, la ACP, la promoción de la participación, la defensa y promoción de la dignidad en la vejez, la perspectiva de género y diversidad sexual, la formación profesional y la mejora continua de la calidad.

Vieja Normativa - Resolución 559 (2001)	Nueva Normativa - Resolución 896 (2023)
Se basa en el paradigma médico-asistencial	Se basa en el paradigma de derechos que incorpora la gerontología comunitaria como modelo de atención centrado en las personas mayores
No cuenta con instrumentos específicos de valoración gerontológica ni Plan Institucional y sólo se utiliza las historias clínicas	El proceso de admisión/permanencia con eje en las personas, se realiza mediante instrumentos de valoración gerontológica y metodologías de trabajo específicas Valoración Geriátrica Integral (VGI), Plan de Atención Individual (PAI) y Legajo Único (L.U.)
Habilita el uso de sujeciones como prácticas, estableciendo únicamente las características materiales que deben tener	Residencias libres de sujeciones mediante prácticas alternativas a su uso desde un enfoque de derechos ("Plan de eliminación progresiva de sujeciones").
Sin equipo interdisciplinario obligatorio. No existía psicólogo/a, kinesiólogo/a, ni fonoaudiólogo/a	Equipo interdisciplinario obligatorio, trabajador/a social, psicólogo/a, kinesiólogo/a terapeuta ocupacional, médicos/as, enfermeros/as, cuidadores/as. En RLEP se suma musicoterapeuta y fonoaudiólogo/a
Modelo Médico Hegemónico	Modelo Social: La carga horaria del médico/a se disminuyó y se duplicó la de el/la trabajador/a social.
No contempla la formación del personal	La formación en buentrato, Ley Micaela, gerontología y geriatría es obligatorio para el personal

Vieja Normativa - Resolución 559 (2001)	Nueva Normativa - Resolución 896 (2023)
Cualquiera puede ser cuidador/a	Deben acreditar un curso de formación en cuidados de personas mayores de al menos 190 hs. teóricas como lo establece el Ministerio de Educación
No hay obligación de espacio para gabinete	Espacio físico para gabinete profesional exigible para residencias con más de 50 plazas y gabinete social
Planta baja + 1 piso : Sin ascensor	Planta baja + 1 piso con ascensor obligatorio
Superficie comedor por persona de 1,20m ²	Superficie comedor por persona de 2,00 m ²
Habitaciones de 2 a 5 camas sin baño privado.	Habitaciones de 1 a 3 camas, se pondera más a las que cuentan con baño privado
No exigía señalética	Espacios con señalética, iluminación carteles e identificación de espacios, colores contrastantes, jardines y espacios exteriores

9. La población de personas mayores que vive en RLE prestadoras de PAMI

9.1. Las residencias

A partir del análisis del padrón de residencias prestadoras de PAMI correspondiente al mes de enero de 2023, se constató que las mismas constituyen un total de 537. La distribución por región muestra que Centro y Resto de la provincia de Buenos Aires son las que presentan la mayor cantidad de residencias en el país. Por el contrario, Patagonia Sur y Norte son las que menos tienen. A su vez, se observó que las modalidades de residencias que más se repiten son las Residencias de Adultos Mayores (RAM), seguidas por las Instituciones de Bien Público (IBP) y las Residencias de Adultos Mayores Psicogerítricas (RAMP). Las que poseen Módulo de Cuidados Continuos (MCC) son menos frecuentes (Ver Tabla 4). Cabe aclarar que estas modalidades prestacionales se encontraban vigentes al momento de realización del análisis, conforme a la normativa anterior (Resolución N° 559, INSSJP, 2001).

Tabla 4

Tipo de Modalidad de Residencias de Larga Estadía prestadoras de PAMI por Región

Región	IBP	RAM	RAM - MCC	RAMP	RAMP - MCC	Total
Centro	46	85	0	20	0	151
Resto pcia. Bs. As.	64	64	2	14	0	144
Gran Buenos Aires	2	67	7	15	0	91
CABA	3	58	5	12	3	81
Noroeste-NOA	9	10	0	1	0	20
Noreste- NEA	6	11	0	1	0	18
Nueva Cuyo	3	11	0	1	0	15
Patagonia Sur	3	3	0	2	0	8
Patagonia Norte	4	5	0	0	0	9
Total	140	314	14	66	3	537

Nota: IPB: Institución de bien público; RAM: Residencia de adultos mayores, RAM-MCC: Residencia de adultos mayores con módulo de cuidados continuos; RAMP: Residencia de adultos mayores psicogerítrica; RAMP-MCC: Residencia de adultos mayores psicogerítrica con módulo de cuidados continuos.

9.2. Las personas residentes: aproximación diagnóstica

A fin de conocer algunas cuestiones básicas acerca de la conformación de la población de personas mayores que vive en las RLE prestadoras de PAMI, se elaboró un formulario de Google que incluyó la exploración del sexo, edad, estado civil, años desde el ingreso a la residencia, si presenta demencia, nivel de dependencia, si mantiene contacto con familiares/amistades, si realiza salidas, cuántos medicamentos consume diariamente, si participa en actividades recreativas dentro de la residencia y si tiene requerimientos nutricionales específicos.

El mismo fue enviado por mail a cada una de las residencias para que fuera completado por parte de integrantes del equipo de las mismas. La respuesta fue satisfactoria ya que se obtuvo información de 17.410 residentes. Dicho relevamiento permitió conocer que la población está conformada por 11.125 (63,9 %) mujeres y 6.285 (36,1%) varones, confirmándose una clara mayoría de las primeras. Entre las mujeres fue informada una persona trans.

La edad promedio fue de 79,71 con un desvío estándar de 8,86. La persona de más edad tiene 109 años. Asimismo, se llevó a cabo un análisis por grupo de edad y pudo observarse que el 32,7% posee hasta 75 años, mientras que el restante 67,3% tiene más edad. Del total, 9.054 presentan demencia, constituyendo el 52% de la población de residentes.

En lo referido al tiempo de ingreso a la residencia, el promedio fue de 3,78 años con un desvío de 4,1. Respecto del nivel de dependencia, 1.900 (10,9%) no presentan dependencia, 5.092 (29,2%) nivel leve, 6.029 (34,6%) moderado y 4.389 (25,2%) severo. La cantidad promedio de consumo de medicamentos es de 6,04 con un desvío de 3,74. Algo más de la tercera parte de las personas residentes tienen requerimientos nutricionales específicos (n: 6.178, 35,5%).

Aproximadamente las dos terceras partes de los/as encuestados participan de actividades recreativas dentro de la residencia (n:11.539, 66,3%). La gran mayoría mantiene contacto con familiares y amistades externas a la residencia (n: 15.119, 86,8%) y la mitad realiza salidas (n: 8.705, 50,0%).

A continuación, se presentan los datos analizados según sexo, grupo de edad, presencia o no de demencia y nivel de dependencia. La Tabla 5 permite observar que las mujeres presentan un porcentaje más elevado de demencia que los varones y también de dependencia severa, mientras que el porcentaje más elevado de quienes no tienen dependencia le corresponde a los varones (Ver Tabla 6).

Tabla 5

Presenta o no demencia por sexo

Sexo	Presenta demencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	6.372	57,3	4.753	42,7	11.125	100,0
Varón	2.682	42,7	3.603	57,3	6.285	100,0
Total	9.054	52,0	8.356	48,0	17.410	100,0

Tabla 6

Nivel de dependencia por sexo

Sexo	Nivel de dependencia									
	Sin dependencia		Leve		Moderada		Severa		Total	
	N °	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	957	8,6	3.059	27,5	3.956	35,6	3.153	28,3	11.125	100,0
Varón	943	15,0	2.033	32,3	2.073	33,0	1.236	19,7	6.285	100,0
Total	1.900	10,9	5.092	29,2	6.029	34,6	4.389	25,2	17.410	100,0

En la Tabla 7 se pueden observar porcentajes similares respecto a la cantidad de medicamentos que consumen varones y mujeres. En lo referido a los requerimientos nutricionales específicos se puede observar que son algo más frecuentes en las mujeres que en los varones (Ver Tabla 8).

Tabla 7

Cantidad de medicamentos que consume por sexo

Sexo	Cantidad de medicamentos que consume									
	0		1 a 4		5 a 8		9 ó más		Total	
	N °	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	180	1,6	3.547	31,9	5.168	46,5	2.230	20,0	11.125	100,0
Varón	149	2,4	2.082	33,1	2.892	46,0	1.162	18,5	6.285	100,0
Total	329	1,9	5.629	32,3	8.060	46,3	3.392	19,5	17.410	100,0

Tabla 8

Requerimientos nutricionales específicos por sexo

Sexo	Requerimientos nutricionales específicos					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	4.098	36,8	7.027	63,2	11.125	100,0
Varón	2.080	33,1	4.205	66,9	6.285	100,0
Total	6.178	35,5	11.232	64,5	17.410	100,0

Las mujeres participan en un porcentaje más elevado en las actividades recreativas dentro de la residencia (Ver Tabla 9) y mantienen más el contacto con familiares y amigos/as externos a la residencia que los varones (Ver Tabla 10).

Tabla 9

Participación en actividades recreativas dentro de la residencia por sexo

Sexo	Participación en actividades recreativas dentro de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	7.575	68,1	3.550	31,9	11.125	100,0
Varón	3.964	63,1	2321	36,9	6.285	100,0
Total	11.539	66,3	5.871	33,7	17.410	100,0

Tabla 10

Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia por sexo

Sexo	Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	9.869	88,7	1.256	11,3	11.125	100,0
Varón	5.250	83,5	1.035	16,5	6.285	100,0
Total	15.119	86,8	2.291	13,2	17.410	100,0

La Tabla 11 señala que los varones son quienes salen de la residencia en mayor porcentaje.

Tabla 11

Realiza salidas de la residencia por sexo

Sexo	Realiza salidas de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	5.331	47,9	5.794	52,1	11.125	100,0
Varón	3.373	53,7	2.912	46,3	6.285	100,0
Total	8.704	50,0	8.706	50,0	17.410	100,0

Al efectuar el análisis por grupo de edad, en la Tabla 12 se identifica que los porcentajes más altos de los que presentan dependencia severa corresponden a las personas de más de 85 años. A su vez, los que no tienen dependencia son más frecuentes en el grupo de hasta 75 años. De manera similar, el grupo de más edad es el que posee más personas con demencia, mientras que el de hasta 75 años expresa el porcentaje más bajo (Ver Tabla 13).

Tabla 12

Nivel de dependencia por grupo de edad

Grupo de edad	Nivel de dependencia									
	Sin dependencia		Leve		Moderada		Severa		Total	
	N °	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	860	15,1	1879	33,0	1.832	32,2	1125	19,8	5.696	100,0
75 a 85 años	748	10,8	2.026	29,3	2.433	35,1	1717	24,8	6.924	100,0
85 años y más	292	6,1	11.87	24,8	1.764	36,8	1547	32,3	4.790	100,0
Total	1.900	10,9	5.092	29,2	6.029	34,6	4.389	25,2	17.410	100,0

Tabla 13

Presenta o no demencia por grupo de edad

Grupo de edad	Presenta demencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	2.420	42,5	3.276	57,5	5.696	100,0
75 a 85 años	3.721	53,7	3.203	46,3	6.924	100,0
85 años y más	2.913	60,8	1.877	39,2	4.790	100,0
Total	9.054	52,0	8.356	48,0	17.410	100,0

La Tabla 14 y la Tabla 15 muestran distribuciones similares en cantidad de medicamentos que consumen y en requerimientos nutricionales específicos, respectivamente, según grupo de edad.

Tabla 14

Cantidad de medicamentos que consume por grupo de edad

Grupo de edad	Cantidad de medicamentos que consume									
	0		1 a 4		5 a 8		9 ó más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	85	1,5	1.710	30,0	2.731	47,9	1.170	20,5	5.696	100,0
75 a 85 años	131	1,9	2.183	31,5	3.231	46,7	1.379	19,9	6.924	100,0
85 años y más	113	2,4	1.736	36,2	2.098	43,8	843	17,6	4.790	100,0
Total	329	1,9	5.629	32,3	8.060	46,3	3.392	19,5	17.410	100,0

Tabla 15

Requerimientos nutricionales específicos por grupo de edad

Grupo de edad	Requerimientos nutricionales específicos					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	1.869	32,8	3.827	67,2	5.696	100,0
75 a 85 años	2.495	36,0	4.429	64,0	6.924	100,0
85 años y más	1.814	37,9	2.976	62,1	4.790	100,0
Total	6.178	35,5	11.232	64,5	17.410	100,0

Las personas residentes de hasta 75 años son quienes más participan en actividades recreativas dentro de la residencia. En tanto que las de 85 años y más son quienes menos participan (Ver Tabla 16).

Tabla 16

Participación en actividades recreativas dentro de la residencia por grupo de edad

Grupo de edad	Participación en actividades recreativas dentro de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	3.963	69,6	1.733	30,4	5.696	100,0
75 a 85 años	4.563	65,9	2.361	34,1	6.924	100,0
85 años y más	3.013	62,9	1.777	37,1	4.790	100,0
Total	11.539	66,3	5.871	33,7	17.410	100,0

Respecto del contacto con familiares externos a la residencia, si bien las distribuciones son similares por grupo de edad, se observa un porcentaje más elevado en el grupo de 85 y más. A su vez, el grupo más alto de quienes no mantienen ese contacto corresponde al de hasta 75 años (Ver Tabla 17).

Tabla 17

Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia por grupo de edad

Grupo de edad	Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	4.774	83,8	922	16,2	5.696	100,0
75 a 85 años	6.056	87,5	868	12,5	6.924	100,0
85 años y más	4.289	89,5	501	10,5	4.790	100,0
Total	15.119	86,8	2.291	13,2	17.410	100,0

La Tabla 18 señala que las personas mayores de hasta 75 años de edad son las que más salidas de la residencia realizan y, por el contrario, las de 85 y más son quienes presentan el porcentaje más bajo.

Tabla 18

Realiza salidas de la residencia por grupo de edad

Grupo de edad	Realiza salidas de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 75 años	3.186	55,9	2.510	44,1	5.696	100,0
75 a 85 años	3.456	49,9	3.468	50,1	6.924	100,0
85 años y más	2.062	43,0	2.728	57,0	4.790	100,0
Total	8.704	50,0	8.706	50,0	17.410	100,0

Respecto al análisis realizado sobre la presencia o no de demencia, puede verse que el porcentaje más alto de los que presentan dependencia severa corresponde a quienes presentan demencia. A su vez, el mayor porcentaje de quienes no tienen demencia corresponde a personas mayores con dependencia leve (Ver Tabla 19).

Tabla 19

Nivel de dependencia por presencia de demencia

Presenta demencia	Nivel de dependencia									
	Sin dependencia		Leve		Moderada		Severa		Total	
	N °	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	349	3,9	1.933	21,3	3.429	37,9	3.343	36,9	9.054	100,0
No	1.551	18,6	3.159	37,8	2.600	31,1	1.046	12,5	8.356	100,0
Total	1.900	10,9	5.092	29,2	6.029	34,6	4.389	25,2	17.410	100,0

En lo referido a la cantidad de medicamentos que consumen las personas residentes, se observan porcentajes similares, presenten o no demencia (Ver Tabla 20). La Tabla 21 marca que, aproximadamente, la tercera parte de las personas mayores tiene requerimientos nutricionales específicos tanto entre quienes tienen demencia como entre quienes no, aunque en el primer grupo el porcentaje es un poco más elevado.

Tabla 20

Cantidad de medicamentos que consume según si presenta o no demencia

Presenta demencia	Cantidad de medicamentos que consume									
	0		1 a 4		5 a 8		9 ó más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	151	1,7	3.096	34,2	4.251	47,0	1.556	17,2	9.054	100,0
No	178	2,1	2.533	30,3	3.809	45,6	1.836	22,0	8.356	100,0
Total	329	1,9	5.629	32,3	8.060	46,3	3.392	19,5	17.410	100,0

Tabla 21

Requerimientos nutricionales específicos según si presenta o no demencia

Presenta demencia	Requerimientos nutricionales específicos					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	3.505	38,7	5.549	61,3	9.054	100,0
No	2.673	32,0	5.683	68,0	8.356	100,0
Total	6.178	35,5	11.232	64,5	17.410	100,0

En relación a la participación en actividades recreativas dentro de la residencia, el porcentaje más alto de residentes corresponde a quienes no presentan demencia (Ver Tabla 22). En cambio, la Tabla 23 permite observar que la mayor parte de las personas mayores, tengan o no demencia, mantienen contacto con sus familiares y amigos/as que viven fuera de la residencia.

Tabla 22

Participación en actividades recreativas dentro de la residencia según si presenta o no demencia

Presenta demencia	Participación en actividades recreativas dentro de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	5.167	57,1	3.887	42,9	9.054	100,0
No	6.372	76,3	1.984	23,7	8.356	100,0
Total	11.539	66,3	5.871	33,7	17.410	100,0

Tabla 23

Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia según si presenta o no demencia

Presenta demencia	Contacto con familiares o amigos/as externos/as a la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	7.835	86,5	1.219	13,5	9.054	100,0
No	7.284	87,2	1.072	12,8	8.356	100,0
Total	15.119	86,8	2.291	13,2	17.410	100,0

La Tabla 24 permite ver que las personas mayores que no presentan demencia son quienes realizan en mayor porcentaje salidas de la residencia.

Tabla 24

Realiza salidas de la residencia por si presenta o no demencia

Presenta demencia	Realiza salidas de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	3.489	38,5	5.565	61,5	9.054	100,0
No	5.215	62,4	3.141	37,6	8.356	100,0
Total	8.704	50,0	8.706	50,0	17.410	100,0

El análisis realizado acerca del nivel de dependencia, en la Tabla 25, señala que entre las personas residentes que tienen requerimientos nutricionales específicos, el mayor porcentaje se ubica en aquellas personas mayores que tienen dependencia severa y moderada.

Tabla 25

Requerimientos nutricionales específicos por nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Requerimientos nutricionales específicos					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin dependencia	417	21,9	1.483	78,1	1.900	100,0
Leve	1.583	31,1	3.509	68,9	5.092	100,0
Moderada	2.090	34,7	3.939	65,3	6.029	100,0
Severa	2.088	47,6	2.301	52,4	4.389	100,0
Total	6.178	35,5	11.232	64,5	17.410	100,0

Respecto a la cantidad de medicamentos que consumen, se puede observar distribuciones similares según el nivel de dependencia. En todos los casos, los mayores porcentajes corresponden a quienes toman entre 5 y 8 medicamentos (Ver Tabla 26).

Tabla 26

Cantidad de medicamentos que consume por nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Cantidad de medicamentos que consume									
	0		1 a 4		5 a 8		9 ó más		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin dependencia	80	4,2	638	33,6	852	44,8	330	17,4	1.900	100,0
Leve	107	2,1	1.703	33,4	2.314	45,4	968	19,0	5.092	100,0
Moderada	72	1,2	1.827	30,3	2.866	47,5	1.264	21,0	6.029	100,0
Severa	70	1,6	1.461	33,3	2.028	46,2	830	18,9	4.389	100,0
Total	329	1,9	5.629	32,3	8.060	46,3	3.392	19,5	17.410	100,0

La mayoría de los/as residentes participa activamente de las actividades que se desarrollan dentro de la residencia, principalmente, quienes no presentan dependencia o poseen dependencia leve (Ver Tabla 27).

Tabla 27

Participación en actividades recreativas dentro de la residencia por nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Participación en actividades recreativas dentro de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin dependencia	1.521	80,1	379	19,9	1.900	100,0
Leve	4.023	79,0	1.069	21,0	5.092	100,0
Moderada	4.170	69,2	1.859	30,8	6.029	100,0
Severa	1.825	41,6	2.564	58,4	4.389	100,0
Total	11.539	66,3	5.871	33,7	17.410	100,0

La Tabla 28 señala que la gran mayoría de las personas residentes mantienen contacto con sus familiares y amigos/as externos a la residencia, más allá del nivel de dependencia que presenten. Sin embargo, solo la mitad de las personas mayores manifiestan realizar salidas de la residencia, quienes no presentan dependencia o quienes poseen dependencia leve evidencian los porcentajes más elevados (Ver Tabla 29).

Tabla 28

Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia por nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Contacto con familiares o amigos/as externos a la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin dependencia	1.620	85,3	280	14,7	1.900	100,0
Leve	4.449	87,4	643	12,6	5.092	100,0
Moderada	5.284	87,6	745	12,4	6.029	100,0
Severa	3.766	85,8	623	14,2	4.389	100,0
Total	15.119	86,8	2.291	13,2	17.410	100,0

Tabla 29

Realiza salidas de la residencia por nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Realiza salidas de la residencia					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin dependencia	1.517	79,8	383	20,2	1.900	100,0
Leve	3.286	64,5	1.806	35,5	5.092	100,0
Moderada	2.741	45,5	3.288	54,5	6.029	100,0
Severa	1.160	26,4	3.229	73,6	4.389	100,0
Total	8.704	50,0	8.706	50,0	17.410	100,0

10. Construcción del instrumento para evaluar la calidad de atención en las Residencias de Larga Estadía

10.1. La obtención y generación de insumos

En un primer momento se llevó a cabo un relevamiento bibliográfico de la normativa de INSS-JP-PAMI relativa a RLE, así como de variados instrumentos existentes para la evaluación de las mismas, tanto de manera integral como específica.

Posteriormente, se elaboró un guión de entrevistas a informantes calificados/as con el propósito de recabar información relevante para la elaboración del instrumento en cuestión, el cual incluyó preguntas acerca de los siguientes ejes:

- Áreas/dimensiones en que se podría organizar la evaluación de calidad de una RLE.
- Indicadores significativos para evaluar dichas dimensiones.
- Aspectos que priorizaría si tuviera que construir un instrumento breve.
- Indicadores que permiten diferenciar un servicio de calidad.
- Requisitos que incluiría a la hora de elaborar estándares de calidad para RLE.
- Fuentes de información oportunas para evaluar la calidad del servicio que brinda una RLE.
- Aspectos que se indagarían en la documentación de la RLE.
- Aspectos que se relevarían mediante la observación.
- Aspectos que se indagarían: 1) con el personal, 2) con la familia y 3) con residentes.
- Indicadores relevantes para detectar la implementación de un abordaje centrado en la persona en una RLE.

Para la realización de las entrevistas se seleccionaron 5 informantes: 4 expertos/as extranjeros/as: 2 españoles, 1 uruguaya, 1 ecuatoriana y 1 argentina. Todos/as fueron elegidos/as por su amplia trayectoria y extensa formación en la temática. Los/as expertos/as fueron contactados/as e invitados/as a participar en el estudio. Se coordinaron entrevistas virtuales individuales que fueron llevadas a cabo en una plataforma específica durante el mes de febrero de 2023. Los encuentros tuvieron una duración aproximada de entre 60 y 70 minutos y fueron grabados para su posterior análisis. Cada uno de ellos/as expresaron disposición a colaborar y brindar información de gran interés para la construcción del instrumento.

A continuación, se brinda una síntesis curricular de las personas expertas consultadas:

• **Dolors Colman**

Doctora en Filosofía y Letras por la Universidad de Barcelona. Posee formación postdoctoral de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales y del *Laboratoire d'Anthropologie Sociale*, Paris. Es catedrática de antropología social y cultural en la Universidad Rovira i Virgili, España y presidenta de la Fundació Nous Horitzons (FNH), desde 2013.

• **Adriana Rovira**

Licenciada en Psicología por la Universidad de la República del Uruguay, con grado de Maestría en Psicología Social por la Universidad de la República del Uruguay. Se especializa en políticas públicas y políticas de cuidado. Desde 2008 es docente de la Universidad de la República Facultad de Psicología, Instituto de Psicología Social. Entre 2011 y 2019 fue Directora del Instituto Nacional de Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (INMAYORES).

• **Romina Rubín**

Médica clínica. Médica geriatra. Magíster en Gestión de servicios gerontológicos. Directora Médica del Hogar Ledor Vador. Vicedirectora de la Carrera Especialista en Medicina Geriátrica, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

• **Miguel Ángel Vázquez Vázquez**

Médico especialista en geriatría. Consultor de servicios y programas gerontológicos. Profesor de la Universidad de Vigo, España.

• **Susana Lucía Tito Lucero**

Médica especialista en Geriatría Clínica y en Medicina Familiar. Máster en docencia universitaria e investigación educativa. Docente en la Facultad de Medicina y en el Posgrado de Geriatría y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, el Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad Central de Ecuador y en la Maestría en Gerontología Social de la Universidad Central de Ecuador.

Posteriormente, durante el mes de marzo de 2023, se realizó una reunión con personal de INSSJP-PAMI en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en la que participaron la Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del Instituto, la Dra. Mónica Roqué, el equipo del Departamento de Atención en Residencias para Personas Mayores y del Departamento de Planificación, Monitoreo y Evaluación, ambos pertenecientes a la mencionada Secretaría.

Mónica Roqué es Médica, Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad y Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá. Es Miembro del comité redactor de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y docente en políticas públicas con enfoque de derechos y en Gerontología en universidades nacionales y extranjeras.

En la mencionada reunión se trabajó acerca de cuestiones relativas a los indicadores a incluir en el instrumento, como a la factibilidad de su aplicación, la selección de la muestra y la capacitación para quienes se encarguen de administrar el instrumento en las RLE.

Los datos relevados a partir de las entrevistas a expertos/as y de la reunión con personal de INSSJP-PAMI fueron analizados de manera detallada con el fin de identificar dimensiones a considerar en el diseño del instrumento, indicadores para cada una de ellas y posibles preguntas para su exploración.

10.2. El diseño y elaboración del instrumento

Debido a la complejidad del objeto de evaluación, el instrumento fue elaborado considerando diversas dimensiones: 1) infraestructura; 2) personal; 3) organización y gestión; 4) actividades internas y con la comunidad; 5) cuidados de la salud; y 6) implementación del enfoque centrado en la persona.

Para cada una de ellas se eligió un conjunto de indicadores concretos a partir de los cuales se elaboraron preguntas específicas. Las mismas se responden por SÍ o por NO y demuestran la presencia de un aspecto positivo o, por el contrario, una valoración negativa respectivamente.

El proceso para completar el instrumento requiere implementar diversas técnicas: observación, revisión documental, entrevista a personal y entrevista a residentes. A continuación, se detallan los indicadores e ítems elaborados para cada dimensión, así como la fuente de relevamiento correspondiente (ver Tabla 30, Tabla 31, Tabla 32, Tabla 33, Tabla 34 y Tabla 35).

Tabla 30

Indicadores e ítems Dimensión Infraestructura

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Espacios	EP1	¿El personal de la residencia dispone de un <i>office</i> de uso exclusivo?
	Habitaciones	EP2	¿Las personas residentes tienen la posibilidad de elegir habitaciones individuales o, en su defecto, dobles?
	Higiene	EP3	¿Cuentan con agua caliente suficiente para abastecer los momentos de baño de las personas residentes?
	Materiales	EP4	¿El personal dispone del material adecuado para el ejercicio de su tarea?
	Seguridad/ Accesibilidad	EP5	¿La residencia cuenta con grupo electrógeno para resolver situaciones de corte de luz?
Observación	Aire libre	O1	¿Existe en la residencia un espacio al aire libre (patio, jardín o parque) para uso de las personas residentes?
	Climatización	O2	¿La residencia cuenta con sistemas de climatización frío/calor en todos los ambientes?
	Cocina	O3	¿La cocina de la residencia tiene al menos 9 m ² ?
	Cocina	O4	¿La cocina de la residencia cuenta con elementos suficientes para la higiene y limpieza (bacha, tacho, detergente, lavandina, trapo, esponja, rejilla, etc.)?
	Cocina	O5	¿La cocina de la residencia posee artefactos y espacios de trabajo adecuados (por ejemplo: mesada, bacha espaciosa, electrodomésticos, batería de cocina, batidora)?
	Entorno	O6	¿El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario?
	Espacio para visitas	O7	¿Están previstos espacios adecuados para recibir visitas de forma cómoda e íntima?
	Espacios	O8	¿La residencia cuenta con espacio para la realización de actividades didácticas o recreativas?
	Espacios	O9	¿La residencia dispone de vestuario exclusivo para el personal?
	Espacios	O10	¿La residencia tiene al menos un sanitario exclusivo para uso del personal?
	Higiene	O11	¿La residencia está limpia?
	Higiene	O12	¿Los espacios comunes de la residencia están libres de olores desagradables?
	Iluminación	O13	¿La residencia cuenta con iluminación natural en todos los ambientes?
	Mantenimiento	O14	¿El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado?
	Mobiliario	O15	¿El estado general del mobiliario de la residencia es bueno (sillas, sillones, colchones, camas, armarios, etc.)?
	Seguridad/ Accesibilidad	O16	¿La residencia cuenta con pisos antideslizantes?
	Seguridad/ Accesibilidad	O17	¿Las puertas de la residencia tienen 90 cm o más de ancho y se pueden abrir hacia afuera?
	Seguridad/ Accesibilidad	O18	¿Los desniveles de la residencia están cubiertos con rampas de inclinación adecuada?
	Seguridad/ Accesibilidad	O19	¿La residencia cuenta con pasamanos en los lugares necesarios?

Fuente	Indicador	Nº	Ítem
Observación	Seguridad/ Accesibilidad	O20	¿Existen suficientes camas ortopédicas disponibles para las personas residentes que lo requieran?
	Seguridad/ Accesibilidad	O21	¿La residencia cuenta con baños accesibles suficientes para la población?
	Seguridad/ Accesibilidad	O22	¿Los pasillos cuentan con un ancho igual o superior a los 90 cm?
	Superficie	O23	¿La superficie cubierta, semicubierta y descubierta permite tener espacios suficientes para un uso cómodo de los mismos por parte de las personas residentes?

Tabla 31
Indicadores e Ítems Dimensión Personal

Fuente	Indicador	Nº	Ítem
Documental	Capacitación	D1	¿Al menos la mitad del personal cuenta con formación en gerontología/geriatría?
	Capacitación	D2	¿Al menos la mitad del personal cuenta con capacitación en buenos tratos?
	Cualidades del personal / Competencias del cuidado	D3	¿La residencia dispone de un perfil documentado para cada puesto laboral?
	Documentación	D4	¿La residencia cuenta con registros de documentación del personal profesional y no profesional (fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula, seguros)?
Entrevista a personal	Profesionales	D5	¿Existen en la residencia informes diagnósticos profesionales registrados por escrito?
	Profesionales	D6	¿La residencia cuenta con un equipo profesional interdisciplinario?
	Profesionales	D7	¿Se dispone de proyectos de intervención profesional plasmados por escrito?
	Título del/de la director/a de la RLE	D8	¿El/la director/a posee formación específica en geriatría o gerontología?
	Capacitación	EP6	¿En los últimos dos años al menos el 50% del personal ha realizado capacitaciones en perspectiva de género?
	Capacitación	EP7	¿Al menos el 50% de los/as cuidadores/as, auxiliares, asistentes que trabajan en la residencia tienen capacitación específica en temática de cuidados de personas mayores?
	Capacitación	EP8	¿El personal recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella?
	Condiciones laborales	EP9	¿En la residencia se evalúan y cuidan las condiciones laborales de los/as trabajadores/as (por ejemplo: las vacaciones, días y horarios de trabajo, francos, aguinaldo, ART, aportes jubilatorios)?

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Condiciones laborales	EP10	¿El personal se encuentra satisfecho con su salario?
	Condiciones laborales	EP11	¿El personal de la residencia percibe como mínimo el salario establecido por ley?
	Cualidades del personal / Competencias del cuidado	EP12	¿En la residencia se evalúan las competencias del personal sistemáticamente?
	Cuidado del cuidador	EP13	¿En la residencia hay acciones/políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga?
	Procedimientos	EP14	¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área sanitaria (enfermería, medicina, terapia ocupacional)?
	Procedimientos	EP15	¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área socio afectiva (trabajo social, psicología, psiquiatría)?
	Profesionales	EP16	¿La residencia cuenta con enfermero/a?
	Profesionales	EP17	¿La residencia cuenta con nutricionista?
	Profesionales	EP18	¿La residencia cuenta con médico/a?
	Profesionales	EP19	¿La residencia cuenta con kinesiólogo/a?
	Profesionales	EP20	¿La residencia cuenta con psicólogo/a?
	Profesionales	EP21	¿La residencia cuenta con psiquiatra?
	Profesionales	EP22	¿La residencia cuenta con terapeuta ocupacional?
	Profesionales	EP23	¿La residencia cuenta con trabajador/a social?
	Profesionales	EP24	¿La residencia cuenta con talleristas (por ejemplo: para actividades de música, actividad física, teatro, idiomas)?
	Profesionales	EP25	¿El equipo interdisciplinario tiene reuniones al menos una vez al mes?
	Proporción de personal/ residentes	EP26	¿La relación personal/personas residentes es de al menos 1 cada 10 o de al menos 1 cada 5 en caso de que sea una residencia con predominio de personas con elevada dependencia (por ejemplo: personas con discapacidad, demencia avanzada o trastornos psiquiátricos)?
	Proyectos en conjunto	EP27	¿Existen proyectos de mejora planificados, ejecutados y evaluados por el personal?
	Reuniones	EP28	¿La comunicación y toma de decisiones en la residencia tiene canales formales para su resolución?
	Reuniones	EP29	¿Se realizan reuniones periódicas con todo el personal (asistencia directa y servicios generales)?
Rotación	EP30	¿El personal de la residencia es estable en el tiempo, sin rotaciones frecuentes?	

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Satisfacción laboral del personal	EP31	¿El personal, en términos generales, se encuentra satisfecho con su actividad laboral?
	Supervisión	EP32	¿Las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica?
Observación	Cualidades del personal / Competencias del cuidado	O24	¿El personal muestra cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea?

Tabla 32

Indicadores e ítems dimensión Organización y gestión

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Documental	Documentación	D9	¿La residencia tiene seguros propios de la actividad (incendio, responsabilidad civil, etc.)?
	Documentación	D10	¿La residencia cuenta con un proyecto institucional por escrito?
	Documentación	D11	¿Existen protocolos de procedimientos escritos y socializados (medicamentos, higiene, registros, esterilización, alimentación, etc.)?
	Gestión	D12	¿Los/as administradores/as tienen experiencia en el sector de residencias?
	Legajo e ingreso	D13	¿La residencia cuenta con información estadística de ingresos y egresos?
	Legajo e ingreso	D14	¿Todas las intervenciones en el legajo son firmadas por los/as responsables?
	Legajo e ingreso	D15	¿El proceso de egreso de las personas residentes está protocolizado?
	Legajo e ingreso	D16	¿Se realiza un registro de seguimiento clínico regular (semanal/quincenal, o según indicación médica) de las personas residentes?
	Legajo e ingreso	D17	¿La residencia elabora un documento donde consten las condiciones de prestación de servicios, derechos y obligaciones de las partes?
	Legajo e ingreso	D18	¿Se realiza una valoración geriátrica integral (VGI) de cada persona residente al ingresar?
Legajo e ingreso	D19	¿En la residencia la valoración geriátrica integral (VGI) se actualiza anualmente?	

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Documental	Legajo e ingreso	D20	¿Los legajos cuentan con información completa sobre cada ingresante (historia clínica, social, económica, legal, etc.)?
	Legajo e ingreso	D21	¿Se presta especial atención a prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas de las personas residentes?
Entrevista a personal	Género	EP33	¿La residencia cuenta con protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género?
	Gestión	EP34	¿La gestión y gobernanza de la residencia se encuentra debidamente documentada y es respetada?
	Gestión	EP35	¿La residencia cuenta con planificación estratégica tanto de gestión como económica?
	Gestión	EP36	¿La residencia posee sistemas de gestión de calidad protocolizados?
	Legajo e ingreso	EP37	¿Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional?
	Legajo e ingreso	EP38	¿Hay un proceso de acompañamiento del personal en el ingreso y periodo de adaptación de las personas residentes?
	Legajo e ingreso	EP39	¿Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes?
	Legajo e ingreso	EP40	¿Se cuenta con un perfil de residente pre-definido que permita brindar una atención adecuada a quien ingresa?
Observación	Comunicación	O25	¿Existe cartelera con menú diario?
	Comunicación	O26	¿Existe cartelera con actividades?
	Comunicación	O27	¿La cartelera tiene letras grandes y accesibles?

Tabla 33

Indicadores e ítems dimensión Actividades internas y con la comunidad

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Conectividad	EP41	¿Las personas residentes tienen habilitado el uso de celular?
	Conectividad	EP42	¿Hay wifi en la residencia?
	Diversidad de actividades dentro de la RLE	EP43	¿La residencia trabaja en actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades? (Por ejemplo: actividades en el día de la mujer, ni una menos, contra la violencia de género, etc.)
	Diversidad de actividades dentro de la RLE	EP44	¿Las actividades planificadas buscan ser significativas e interesantes para las personas residentes?
	Diversidad de actividades dentro de la RLE	EP45	¿Se contemplan al menos 2 de este tipo de actividades: deportivas/mentales/recreativas/culturales/sociales?
	Diversidad de actividades dentro de la RLE	EP46	¿Las actividades que se proponen a las personas residentes, se van modificando periódicamente?
	Relación con la comunidad	EP47	¿La residencia ha implementado acuerdos/convenios con otras instituciones?
	Relación con la comunidad	EP48	¿En la residencia se realizan celebraciones regularmente (por ejemplo: cumpleaños, aniversarios, fechas festivas)?
	Relación con la comunidad	EP49	¿La residencia cuenta con medios de comunicación externa (por ejemplo redes sociales, radio)?
	Relación con la comunidad	EP50	¿La residencia dispone de espacios públicos cercanos (por ejemplo bibliotecas, plazas, centros comunitarios, etc.)?
	Visitas	EP51	¿La residencia dispone de horarios de visitas amplios?
	Visitas	EP52	¿En la residencia se promueve el confort y la intimidad para la recepción de familiares/amistades?
Entrevista a residente	Participación	ER1	¿Las personas residentes participan en las actividades cotidianas, por ejemplo, se hacen sus camas, colaboran en la cocina, en la limpieza?

Tabla 34

Indicadores e ítems dimensión Cuidados de la salud

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Observación	Alimentos	O28	¿En la residencia hay alimentos almacenados?
	Manipulación de medicamentos	O29	¿Los medicamentos de la residencia se encuentran almacenados correctamente (en lugares frescos, secos y sin luz)?
	Resolución de des-borde conductual	O30	¿La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia?
Documental	Higiene	D22	¿La residencia tiene certificación de agua potable?

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Alimentos	EP53	¿Se brinda adecuada alimentación asistida a las personas que lo requieran?
	Alimentos	EP54	¿La residencia cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento de alimentos (por ejemplo: despensa, unidades de frío)?
	Alimentos	EP55	¿Las personas residentes cuentan con planes nutricionales específicos para cada patología (hepática, gástrica, hipertensión, diabetes, etc.)?
	Alimentos	EP56	¿En la residencia se contempla una dieta nutritiva y variada en tipos de alimentos?
	Alimentos	EP57	¿El personal de la residencia está capacitado para el manejo de alimentos?
	Caídas evitables	EP58	¿La residencia posee protocolo de prevención de caídas?
	Espacios	EP59	¿La residencia dispone de ambientes aislados en situaciones infecto- respiratorias?
	Espacios	EP60	¿La residencia dispone de protocolos para prevenir úlceras/ escaras?
	Espacios	EP61	¿La residencia cuenta con espacios para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos?
	Higiene	EP62	¿Se ejecuta algún protocolo de higiene de manos de las personas residentes de modo eficaz?
	Higiene	EP63	¿Los residuos son manipulados correctamente (separados, los tachos con tapas, tachos suficientes)?
	Higiene	EP64	¿La ropa de cama se limpia al menos una vez por semana?
	Higiene	EP65	¿En la residencia se administra correctamente el residuo patológico (por ejemplo: que esté rotulado, impermeable, separado del residuo general, uso de descartadores de punzo cortantes)?
	Higiene	EP66	¿Cada persona residente cuenta con elementos de higiene personal individual (por ejemplo: jabón, toalla)?
	Manipulación de medicamentos	EP67	¿La medicación se manipula en dispensadores individuales?
	Manipulación de medicamentos	EP68	¿La residencia cuenta con protocolo para prevenir la confusión de medicamentos entre las personas residentes?
	Manipulación de medicamentos	EP69	¿La medicación psicotrópica es administrada con cuidados adecuados (horario, vía, dosis, etc.)?
	Manipulación de medicamentos	EP70	¿La administración de la medicación la realiza exclusivamente personal profesional capacitado (enfermero/a, médico/a)?
	Manipulación de medicamentos	EP71	¿Existe un procedimiento pautado para la administración de medicamentos?
	Manipulación de medicamentos	EP72	¿En la residencia hay medicamentos bajo llave?
Resolución de des-borde conductual	EP73	¿En la residencia se evitan las sujeciones físicas sin excepción?	
Servicios de emergencia y derivación	EP74	¿La residencia cuenta con servicio de urgencia en caso de necesitarlo?	
Servicios de emergencia y derivación	EP75	¿En caso de utilizarse el servicio de urgencia, es documentado en el legajo de las personas residentes?	
Servicios de emergencia y derivación	EP76	¿En caso de utilizarse el servicio de urgencias, se avisa a las familias de esta situación?	

Tabla 35

Indicadores e ítems dimensión Implementación del enfoque centrado en la persona

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Observación	Higiene	O31	¿La ropa de las personas residentes está limpia?
	Infantilismo y viejismo	O32	¿En la residencia se observa un buen trato del personal hacia las personas residentes (digno, respetuoso, no infantilizante, ni estereotipado)?
	Intimidad	O33	¿Se cuenta con espacios que brinden intimidad a las personas residentes (por ejemplo: para el cambio de ropa, higiene personal)?
	Personalización	O34	¿Se propicia la personalización del espacio propio de las personas residentes (por ejemplo: en habitaciones: cubrecamas, cuadros, fotos, adornos personales)?
Documental	Derechos	D23	¿Hay registro de consentimiento informado de las personas residentes en cada legajo?
	Legajo e ingreso	D24	¿Tienen planilla para registrar los intereses de las personas mayores en el proceso de ingreso?
	Legajo e ingreso	D25	¿Se establecen planes individualizados de atención?
	Participación	D26	¿En la residencia hay libro de quejas disponible para las personas residentes?
	Personalización	D27	¿Cada una de las personas residentes tiene un legajo único con sus datos actualizados y seguimiento de tratamientos?
Entrevista a personal	Área de familia	EP77	¿La residencia cuenta con recursos para acompañar y orientar a familiares?
	Derechos	EP78	¿Se brinda información a personas residentes y familiares sobre sus derechos dentro de la residencia?
	Derechos	EP79	¿Se respetan las decisiones de las personas residentes acerca del momento de fin de su vida?
	Existencia de planes transversales de ECP	EP80	¿El enfoque centrado en la persona atraviesa diversas dimensiones de la práctica en la residencia?
	Higiene	EP81	¿La frecuencia del baño de las personas residentes se realiza al menos 3 veces por semana?
	Libertad para los ingresos y egresos	EP82	¿Las salidas y regresos de las personas residentes son libres en la residencia?
	Participación	EP83	¿La residencia cuenta con espacios de participación formal (por ejemplo: asambleas, votaciones, etc.)?
	Personalización	EP84	¿Las intervenciones individualizadas consideran la integridad de la persona (por ejemplo: familia, entorno, historia, valores, creencias religiosas)?

Fuente	Indicador	N°	Ítem
Entrevista a personal	Personalización	EP85	¿La residencia contempla la posibilidad de recibir acompañamiento espiritual?
	Alimentos	ER2	¿Las personas residentes se encuentran a gusto con la alimentación recibida?
	Buen trato	ER3	¿Las personas residentes se sienten satisfechas con el trato que reciben?
	Derechos	ER4	¿Se respetan la identidad de género y orientación sexual de las personas residentes?
	Personalización	ER5	¿Las personas residentes participan de las decisiones de su tratamiento?
	Personalización	ER6	¿Las personas residentes tienen lugar para guardar sus pertenencias?
	Posibilidad de tomar decisiones	ER7	¿Las personas residentes pueden elegir su propia vestimenta?
	Proyecto personal	ER8	¿Se estimula y brinda apoyo a las personas residentes que quieran adquirir algún conocimiento o desarrollar alguna habilidad?
	Respeto y auto-determinación de las personas	ER9	¿Las personas residentes participan en la planificación de las actividades grupales?
	Respeto y auto-determinación de las personas	ER10	¿Se brinda espacio para que las personas residentes tomen decisiones sobre su rutina diaria (horarios, comida, entretenimiento, etc.)?
	Vinculación	ER11	¿Las personas residentes establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal?

10.3. Procedimiento de evaluación y construcción del perfil

Una vez completado el Cuestionario se procede a su evaluación. Cada respuesta “SI” se puntúa con 1 y cada respuesta “NO” con un 0. Para obtener la puntuación de cada dimensión se realiza un índice sumatorio simple que brinda un puntaje bruto que debe ubicarse en el rango correspondiente. Según el valor que obtenga, indicará un nivel muy malo (1); malo (2); regular (3); bueno (4); muy bueno (5) en el aspecto en cuestión (Ver formulario de instrumento).

A continuación, se detallan la cantidad de ítems y el rango de puntajes brutos posibles y la categorización por nivel para cada dimensión:

Infraestructura: 28 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 28

Conversión de puntajes brutos:

0 a 5 1	6 a 11 2	12 a 16 3	17 a 22 4	23 a 28 5
------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Personal: 36 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 36

Conversión de puntajes brutos:

0 a 7 1	8 a 14 2	15 a 21 3	22 a 28 4	29 a 36 5
------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Organización y gestión: 24 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 24

Conversión de puntajes brutos:

0 a 4 1	5 a 9 2	10 a 14 3	15 a 19 4	20 a 24 5
------------	------------	--------------	--------------	--------------

Actividades internas y con la comunidad: 13 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 13

Conversión de puntajes brutos:

0 a 2 1	3 a 5 2	6 a 7 3	8 a 10 4	11 a 13 5
------------	------------	------------	-------------	--------------

Cuidados de la salud: 28 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 28

Conversión de puntajes brutos:

0 a 5 1	6 a 11 2	12 a 16 3	17 a 22 4	23 a 28 5
------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Implementación del enfoque centrado en la persona: 28 ítems, puntuaciones mínima y máxima: 0 a 28

Conversión de puntajes brutos:

0 a 5 1	6 a 11 2	12 a 16 3	17 a 22 4	23 a 28 5
------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Como se expuso anteriormente, cada dimensión obtiene una puntuación final de entre 1 y 5 que, en conjunto con las demás dimensiones, proporciona una valoración de perfil de la residencia. Dicha valoración queda conformada por 6 dígitos (de entre 1 y 5) que permiten identificar tanto los aspectos positivos como los déficits de la residencia en evaluación, el peor perfil correspondería a una puntuación 111111 y el mejor el 555555. Entre estas dos opciones polares, existe una muy amplia variedad de posibilidades que reflejarán aspectos deficitarios, intermedios y fuertes de las mismas. El primer dígito corresponde a la valoración de infraestructura, el segundo de personal, el tercero de gestión y organización, el cuarto de actividades internas y con la comunidad, el quinto de cuidados de la salud y el sexto de la implementación del enfoque centrado en la persona.

Este tipo de valoración de perfil no sólo posibilita acceder a una evaluación de la residencia de modo global, sino también conocer qué cuestiones es necesario mejorar en cada una de ellas. Su utilización puede proporcionar información de relevancia tanto para auditorías y supervisiones por parte de autoridades competentes como para la autoevaluación de las propias residencias. Esta última aplicación puede contribuir en la elaboración de planes de mejora desde la dirección y el propio equipo técnico de cada establecimiento.

Asimismo, su administración en un conjunto de establecimientos de una región, ciudad o provincia permitiría identificar déficits que son comunes y que podrían ser objeto de políticas públicas.

A continuación, se presenta el instrumento completo en formato de formulario para ser aplicado. A fin de facilitar su administración, los ítems están organizados por técnica a implementar: observación, relevamiento documental, entrevista a personal, y entrevista a residentes. En el mismo se consignan las instrucciones para completar y, posteriormente, evaluar.

10.4. Instrumento de evaluación de calidad de atención en Residencias de Larga Estadía

Nombre de residencia		Residentes entrevistados/as (sólo cantidad)		Evaluador/a	
Fecha de toma de datos		Personal (Sólo cantidad)			

Descripción e instrucciones de aplicación: Este cuestionario está compuesto por un conjunto de preguntas cuyas opciones de respuesta son “Sí” y “No”. Los ítems están organizados según la fuente de la que deberá extraer la información (Observacional, Documental, Entrevista a personal, Entrevista a residente/s). Las preguntas están diseñadas para que la respuesta “Sí” indique siempre un aspecto positivo. Debe completar todos los ítems. En casos excepcionales, en los que falte alguna información o que el personal o residente/s consultado/s ignore/n la respuesta, deberá marcar “No”. No se debe identificar a las personas que

fueron entrevistadas, ya que la participación es anónima. Para calificar el cuestionario debe seguir las instrucciones en cada una de las fichas de fuentes de información y luego, al final del mismo, tendrá un calificador para elaborar el perfil de la residencia de larga estadía evaluada.

Puntuación por dimensión: En el espacio en blanco de cada ítem escriba 1 si la respuesta fue “Si”; si la respuesta fue “No” ponga 0. Calcule el subtotal de cada dimensión. (**I:** Infraestructura; **P:** Personal; **OG:** Organización y gestión; **AIC:** Actividades internas y con la comunidad; **CS:** Cuidado de la salud; **IECP:** Implementación del enfoque centrado en la persona). Recuerde pasar los subtotales al calificador que encontrará al final del formulario.

OBSERVACIÓN [fuente de información]

Para contestar este apartado, se deben recorrer y observar diferentes espacios y objetos de la residencia: habitaciones, cocina, comedor, baños, escaleras, pisos, desniveles, mobiliario, entre otros. Además, algunas preguntas requieren prestar atención a las interacciones de los/as residentes con el personal y equipo técnico.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
01	¿Existe en la residencia un espacio al aire libre (patio, jardín o parque) para uso de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
02	¿La residencia cuenta con sistemas de climatización frío/calor en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
03	¿La cocina de la residencia tiene al menos 9 m ² ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
04	¿La cocina de la residencia cuenta con elementos suficientes para la higiene y limpieza (bacha, tacho, detergente, lavandina, trapo, esponja, rejilla, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
05	¿La cocina de la residencia posee artefactos y espacios de trabajo adecuados (por ejemplo: mesada, bacha espaciosa, electrodomésticos, batería de cocina, batidora)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
06	¿El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
07	¿Están previstos espacios adecuados para recibir visitas de forma cómoda e íntima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
08	¿La residencia cuenta con espacio para la realización de actividades didácticas o recreativas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
09	¿La residencia dispone de vestuario exclusivo para el personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
010	¿La residencia tiene al menos un sanitario exclusivo para uso del personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
011	¿La residencia está limpia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
012	¿Los espacios comunes de la residencia están libres de olores desagradables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
013	¿La residencia cuenta con iluminación natural en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
O14	¿El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O15	¿El estado general del mobiliario de la residencia es bueno (sillas, sillones, colchones, camas, armarios, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O16	¿La residencia cuenta con pisos antideslizantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O17	¿Las puertas de la residencia tienen 90 cm o más de ancho y se pueden abrir hacia afuera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O18	¿Los desniveles de la residencia están cubiertos con rampas de inclinación adecuada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O19	¿La residencia cuenta con pasamanos en los lugares necesarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O20	¿Existen suficientes camas ortopédicas disponibles para las personas residentes que lo requieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O21	¿La residencia cuenta con baños accesibles suficientes para la población?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O22	¿Los pasillos cuentan con un ancho igual o superior a los 90 cm?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O23	¿La superficie cubierta, semicubierta y descubierta permite tener espacios suficientes para un uso cómodo de los mismos por parte de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O24	¿El personal muestra cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O25	¿Existe cartelera con menú diario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O26	¿Existe cartelera con actividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O27	¿La cartelera tiene letras grandes y accesibles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O28	¿En la residencia hay alimentos almacenados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O29	¿Los medicamentos de la residencia se encuentran almacenados correctamente (en lugares frescos, secos y sin luz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O30	¿La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O31	¿La ropa de las personas residentes está limpia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O32	¿En la residencia se observa un buen trato del personal hacia las personas residentes (digno, respetuoso, no infantilizante, ni estereotipado)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O33	¿Se cuenta con espacios que brinden intimidad a las personas residentes (por ejemplo: para el cambio de ropa, higiene personal)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O34	¿Se propicia la personalización del espacio propio de las personas residentes (por ejemplo: en habitaciones: cubrecamas, cuadros, fotos, adornos personales)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

OBSERVACIÓN Subtotal por dimensión

			-		

I P OG AIC CS IECP

DOCUMENTAL [fuente de información]

A continuación, encontrará una serie de preguntas que deberá responder a partir del relevamiento documental. Para ello tendrá que consultar: legajos/historias clínicas de residentes; legajos del personal, el plan institucional, protocolos, demás registros y documentos institucionales.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
D1	¿Al menos la mitad del personal cuenta con formación en gerontología/geriatría?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D2	¿Al menos la mitad del personal cuenta con capacitación en buenos tratos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D3	¿La residencia dispone de un perfil documentado para cada puesto laboral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D4	¿La residencia cuenta con registros de documentación del personal profesional y no profesional (fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula, seguros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D5	¿Existen en la residencia informes diagnósticos profesionales registrados por escrito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D6	¿La residencia cuenta con un equipo profesional interdisciplinario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D7	¿Se dispone de proyectos de intervención profesional plasmados por escrito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D8	¿El/la director/a posee formación específica en geriatría o gerontología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D9	¿La residencia tiene seguros propios de la actividad (incendio, responsabilidad civil, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D10	¿La residencia cuenta con un proyecto institucional por escrito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D11	¿Existen protocolos de procedimientos escritos y socializados (medicamentos, higiene, registros, esterilización, alimentación, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D12	¿Los/as administradores/as tienen experiencia en el sector de residencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D13	¿La residencia cuenta con información estadística de ingresos y egresos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D14	¿Todas las intervenciones en el legajo son firmadas por los/as responsables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D15	¿El proceso de egreso de las personas residentes está protocolizado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D16	¿Se realiza un registro de seguimiento clínico regular (semanal/quincenal, o según indicación médica) de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D17	¿La residencia elabora un documento donde consten las condiciones de prestación de servicios, derechos y obligaciones de las partes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D18	¿Se realiza una valoración geriátrica integral (VGI) de cada persona residente al ingresar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
D19	¿En la residencia la valoración geriátrica integral (VGI) se actualiza anualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D20	¿Los legajos cuentan con información completa sobre cada ingresante (historia clínica, social, económica, legal, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D21	¿Se presta especial atención a prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D22	¿La residencia tiene certificación de agua potable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D23	¿Hay registro de consentimiento informado de las personas residentes en cada legajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D24	¿Tienen planilla para registrar los intereses de las personas mayores en el proceso de ingreso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D25	¿Se establecen planes individualizados de atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D26	¿En la residencia hay libro de quejas disponible para las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D27	¿Cada una de las personas residentes tiene un legajo único con sus datos actualizados y seguimiento de tratamientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

DOCUMENTAL Subtotal por dimensión

-			-		
I	P	OG	AIC	CS	IECP

ENTREVISTA A PERSONAL [fuente de información]

A continuación, encontrará una serie de preguntas que pueden ser respondidas por uno/a o más integrante/s del equipo técnico. Por ejemplo, si estuvieran presentes distintos miembros del equipo, cada uno puede responder las preguntas específicas de su área - social, médica, nutrición, enfermería, etc.-; en caso de que esto no sucediera se puede completar todo el cuestionario entrevistando al profesional que se encuentre en la residencia. Cada pregunta debe ser contestada con una única respuesta en el formulario.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP1	¿El personal de la residencia dispone de un <i>office</i> de uso exclusivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP2	¿Las personas residentes tienen la posibilidad de elegir habitaciones individuales o, en su defecto, dobles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP3	¿Cuentan con agua caliente suficiente para abastecer los momentos de baño de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP4	¿El personal dispone del material adecuado para el ejercicio de su tarea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP5	¿La residencia cuenta con grupo electrógeno para resolver situaciones de corte de luz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP6	¿En los últimos dos años al menos el 50% del personal ha realizado capacitaciones en perspectiva de género?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP7	¿Al menos el 50% de los/as cuidadores/as, auxiliares, asistentes que trabajan en la residencia tienen capacitación específica en temática de cuidados de personas mayores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP8	¿El personal recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP9	¿En la residencia se evalúan y cuidan las condiciones laborales de los/as trabajadores/as (por ejemplo: las vacaciones, días y horarios de trabajo, francos, aguinaldo, ART, aportes jubilatorios)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP10	¿El personal se encuentra satisfecho con su salario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP11	¿El personal de la residencia percibe como mínimo el salario establecido por ley?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP12	¿En la residencia se evalúan las competencias del personal sistemáticamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP13	¿En la residencia hay acciones/políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP14	¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área sanitaria (enfermería, medicina, terapia ocupacional)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP15	¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área socio afectiva (trabajo social, psicología, psiquiatría)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP16	¿La residencia cuenta con enfermero/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP17	¿La residencia cuenta con nutricionista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP18	¿La residencia cuenta con médico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP19	¿La residencia cuenta con kinesiólogo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP20	¿La residencia cuenta con psicólogo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP21	¿La residencia cuenta con psiquiatra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP22	¿La residencia cuenta con terapeuta ocupacional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP23	¿La residencia cuenta con trabajador/a social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP24	¿La residencia cuenta con talleristas (por ejemplo: para actividades de música, actividad física, teatro, idiomas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP25	¿El equipo interdisciplinario tiene reuniones al menos una vez al mes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP26	¿La relación personal/personas residentes es de al menos 1 cada 10 o de al menos 1 cada 5 en caso de que sea una residencia con predominio de personas con elevada dependencia (por ejemplo: personas con discapacidad, demencia avanzada o trastornos psiquiátricos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP27	¿Existen proyectos de mejora planificados, ejecutados y evaluados por el personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP28	¿La comunicación y toma de decisiones en la residencia tiene canales formales para su resolución?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP29	¿Se realizan reuniones periódicas con todo el personal (asistencia directa y servicios generales)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP30	¿El personal de la residencia es estable en el tiempo, sin rotaciones frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP31	¿El personal, en términos generales, se encuentra satisfecho con su actividad laboral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP32	¿Las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP33	¿La residencia cuenta con protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP34	¿La gestión y gobernanza de la residencia se encuentra debidamente documentada y es respetada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP35	¿La residencia cuenta con planificación estratégica tanto de gestión como económica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP36	¿La residencia posee sistemas de gestión de calidad protocolizados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP37	¿Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP38	¿Hay un proceso de acompañamiento del personal en el ingreso y periodo de adaptación de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP39	¿Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP40	¿Se cuenta con un perfil de residente pre-definido que permita brindar una atención adecuada a quien ingresa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP41	¿Las personas residentes tienen habilitado el uso de celular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP42	¿Hay wifi en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP43	¿La residencia trabaja en actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades? (Por ejemplo: actividades en el día de la mujer, ni una menos, contra la violencia de género, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP44	¿Las actividades planificadas buscan ser significativas e interesantes para las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP45	¿Se contemplan al menos 2 de este tipo de actividades: deportivas/mentales/recreativas/culturales/sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP46	¿Las actividades que se proponen a las personas residentes, se van modificando periódicamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP47	¿La residencia ha implementado acuerdos/convenios con otras instituciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP48	¿En la residencia se realizan celebraciones regularmente (por ejemplo: cumpleaños, aniversarios, fechas festivas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP49	¿La residencia cuenta con medios de comunicación externa (por ejemplo redes sociales, radio)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP50	¿La residencia dispone de espacios públicos cercanos (por ejemplo bibliotecas, plazas, centros comunitarios, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP51	¿La residencia dispone de horarios de visitas amplios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP52	¿En la residencia se promueve el confort y la intimidad para la recepción de familiares/amistades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP53	¿Se brinda adecuada alimentación asistida a las personas que lo requieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP54	¿La residencia cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento de alimentos (por ejemplo: despensa, unidades de frío)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP55	¿Las personas residentes cuentan con planes nutricionales específicos para cada patología (hepática, gástrica, hipertensión, diabetes, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP56	¿En la residencia se contempla una dieta nutritiva y variada en tipos de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP57	¿El personal de la residencia está capacitado para el manejo de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP58	¿La residencia posee protocolo de prevención de caídas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP59	¿La residencia dispone de ambientes aislados en situaciones infecto- respiratorias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP60	¿La residencia dispone de protocolos para prevenir úlceras/ escaras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP61	¿La residencia cuenta con espacios para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP62	¿Se ejecuta algún protocolo de higiene de manos de las personas residentes de modo eficaz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP63	¿Los residuos son manipulados correctamente (separados, los tachos con tapas, tachos suficientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP64	¿La ropa de cama se limpia al menos una vez por semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP65	¿En la residencia se administra correctamente el residuo patológico (por ejemplo: que esté rotulado, impermeable, separado del residuo general, uso de descartadores de punzo cortantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP66	¿Cada persona residente cuenta con elementos de higiene personal individual (por ejemplo: jabón, toalla)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP67	¿La medicación se manipula en dispensadores individuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP68	¿La residencia cuenta con protocolo para prevenir la confusión de medicamentos entre las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP69	¿La medicación psicotrópica es administrada con cuidados adecuados (horario, vía, dosis, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP70	¿La administración de la medicación la realiza exclusivamente personal profesional capacitado (enfermero/a, médico/a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP71	¿Existe un procedimiento pautado para la administración de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP72	¿En la residencia hay medicamentos bajo llave?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP73	¿En la residencia se evitan las sujeciones físicas sin excepción?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP74	¿La residencia cuenta con servicio de urgencia en caso de necesitarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP75	¿En caso de utilizarse el servicio de urgencia, es documentado en el legajo de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP76	¿En caso de utilizarse el servicio de urgencias, se avisa a las familias de esta situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP77	¿La residencia cuenta con recursos para acompañar y orientar a familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP78	¿Se brinda información a personas residentes y familiares sobre sus derechos dentro de la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP79	¿Se respetan las decisiones de las personas residentes acerca del momento de fin de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP80	¿El enfoque centrado en la persona atraviesa diversas dimensiones de la práctica en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP81	¿La frecuencia del baño de las personas residentes se realiza al menos 3 veces por semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP82	¿Las salidas y regresos de las personas residentes son libres en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP83	¿La residencia cuenta con espacios de participación formal (por ejemplo: asambleas, votaciones, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP84	¿Las intervenciones individualizadas consideran la integralidad de la persona (por ejemplo: familia, entorno, historia, valores, creencias religiosas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP85	¿La residencia contempla la posibilidad de recibir acompañamiento espiritual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

ENTREVISTA A PERSONAL Subtotal por dimensión

I	P	OG	AIC	CS	IECP

ENTREVISTA A RESIDENTE [fuente de información]

A continuación, se encontrará con una serie de preguntas que debe responder una o varias personas mayores que viven en la residencia. Las preguntas no indagan la situación particular del/ de la residente que responde, sino su opinión general acerca de lo que sucede en la residencia. Podrá realizar todas las preguntas a una misma persona o elegir distintos/as residentes para diferentes preguntas. Tenga en cuenta que cada respuesta debe ser contestada una sola vez en el formulario.

Ítem	Pregunta	Sí	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
ER1	¿Las personas residentes participan en las actividades cotidianas, por ejemplo, se hacen sus camas, colaboran en la cocina, en la limpieza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER2	¿Las personas residentes se encuentran a gusto con la alimentación recibida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER3	¿Las personas residentes se sienten satisfechas con el trato que reciben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER4	¿Se respetan la identidad de género y orientación sexual de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP5	¿Las personas residentes participan de las decisiones de su tratamiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Sí	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
ER6	¿Las personas residentes tienen lugar para guardar sus pertenencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER7	¿Las personas residentes pueden elegir su propia vestimenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER8	¿Se estimula y brinda apoyo a las personas residentes que quieran adquirir algún conocimiento o desarrollar alguna habilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER9	¿Las personas residentes participan en la planificación de las actividades grupales?		<input type="radio"/>						
ER10	¿Se brinda espacio para que las personas residentes tomen decisiones sobre su rutina diaria (horarios, comida, entretenimiento, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER11	¿Las personas residentes establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

ENTREVISTA A RESIDENTE Subtotal por dimensión

-	-	-		-	
I	P	OG	AIC	CS	IECP

CALIFICADOR - PERFIL DE RESIDENCIA

	Infraestructura (I)	Personal (P)	Organización y gestión (OG)	Actividades internas y con la comunidad (AIC)	Cuidados de la salud (CS)	Implementación del enfoque centrado en la persona (IECP)
Observacional						
Documental						
Entrevista al personal						
Entrevista a residente/s						
Puntaje total por dimensión						
1= Muy malo	<input type="radio"/> 0 a 5	<input type="radio"/> 0 a 7	<input type="radio"/> 0 a 4	<input type="radio"/> 0 a 2	<input type="radio"/> 0 a 5	<input type="radio"/> 0 a 5
2= Malo	<input type="radio"/> 6 a 11	<input type="radio"/> 8 a 14	<input type="radio"/> 5 a 9	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 11	<input type="radio"/> 6 a 11
3= Regular	<input type="radio"/> 12 a 16	<input type="radio"/> 15 a 21	<input type="radio"/> 10 a 14	<input type="radio"/> 6 a 7	<input type="radio"/> 12 a 16	<input type="radio"/> 12 a 16
4= Bueno	<input type="radio"/> 17 a 22	<input type="radio"/> 22 a 28	<input type="radio"/> 15 a 19	<input type="radio"/> 8 a 10	<input type="radio"/> 17 a 22	<input type="radio"/> 17 a 22
5= Muy bueno	<input type="radio"/> 23 a 28	<input type="radio"/> 29 a 36	<input type="radio"/> 20 a 24	<input type="radio"/> 11 a 13	<input type="radio"/> 23 a 28	<input type="radio"/> 23 a 28

Perfil de residencia

I	P	OG	AIC	CS	IECP

10.5. La administración del instrumento

Con el objeto de aplicar el instrumento previamente descrito se llevó a cabo una reunión virtual con representantes de las Unidades de Gestión Local (UGL) del INSSJP-PAMI en el país. Específicamente se convocó a los equipos profesionales de las áreas de Derechos Humanos y Prestaciones Sociales. Los mismos fueron invitados por correo electrónico a participar de una reunión virtual en la que se explicó el objetivo del trabajo, las tareas que se habían realizado previamente y se solicitó la colaboración para la aplicación del instrumento en una selección de RLE prestadoras del Instituto ubicadas dentro de la órbita de sus correspondientes UGL.

La reunión logró una buena convocatoria y contó con 70 participantes de todas las regiones del país. Durante la reunión se capacitó a las personas participantes acerca de la administración del instrumento, se explicó las características del mismo, el procedimiento a realizar en el lugar, así como las fuentes a relevar. Posteriormente, se les envió el instrumento en versión digital y el acceso al formulario de Google que debían completar con la información relevada, así como las residencias a evaluar.

La muestra quedó conformada por 42 RLE prestadoras de INSSJP-PAMI que fueron elegidas intencionalmente para incluir instituciones de todas las regiones del país, de las distintas modalidades de atención y de distintos tamaños. De acuerdo con estos criterios, la misma quedó conformada por 8 RLE de CABA, 8 de Gran Buenos Aires, 4 del resto de provincia de Buenos Aires, 9 de región Centro, 2 de Noroeste Argentino (NOA), 5 de Noreste Argentino (NEA), 2 de Cuyo, 2 de Patagonia Norte y 2 de Patagonia Sur. Respecto de la modalidad de atención, 24 de ellas son RAM, 14 RAMP y 4 IBP (modalidades prestacionales vigentes al momento de la aplicación del instrumento, conforme normativa anterior, Resolución N° 559, INSSJP, 2001).

Al conjunto de profesionales capacitados/as para la administración del instrumento, se les otorgó un plazo de un mes para relevar y cargar los datos. Transcurrido ese período de tiempo se logró completar la muestra seleccionada. En general, la experiencia fue satisfactoria y la aplicación del instrumento no presentó dificultades. Cabe destacar que las personas que tuvieron a cargo dicha tarea tienen experiencia en la administración de cuestionarios de características similares. A continuación, se presentan los resultados logrados a partir del análisis de los datos relevados.

11. Resultados

La dimensión infraestructura evidenció la presencia de variados indicadores positivos. En efecto, en 21 de los 28 ítems correspondientes a la misma, en más del 80% de las residencias evaluadas, la respuesta fue favorable. Entre ellos, se destacan: la limpieza de las residencias; el disponer de sanitario exclusivo para el personal; la existencia de un espacio al aire libre para uso de residentes; cantidad suficiente de agua para abastecer el baño de las personas residentes; la disponibilidad del material adecuado para que el personal desarrolle su tarea; la cocina espaciosa, con elementos y artefactos suficientes; y la existencia de rampas de inclinación adecuada en los desniveles.

Entre las debilidades más notorias se remarcaron la imposibilidad de elegir habitaciones individuales o dobles; la falta de pisos antideslizantes, la no apertura de 90° de las puertas y la falta de espacios cómodos para recibir visitas (Ver Tabla 36).

Tabla 36

Presencia/ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Infraestructura

Ítems Infraestructura	Sí	No
¿Existe en la residencia un espacio al aire libre (patio, jardín o parque) para uso de las personas residentes?	95,2%	4,8%
¿La residencia cuenta con sistemas de climatización frío/calor en todos los ambientes?	88,1%	11,9%
¿La cocina de la residencia tiene al menos 9 m2?	95,2%	4,8%
¿La cocina de la residencia cuenta con elementos suficientes para la higiene y limpieza (bacha, tacho, detergente, lavandina, trapo, esponja, rejilla, etc.)?	100,0%	0,0%
¿La cocina de la residencia posee artefactos y espacios de trabajo adecuados (por ejemplo: mesada, bacha espaciosa, electrodomésticos, batería de cocina, batidora)?	97,6%	2,4%
¿El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario?	78,6%	21,4%
¿Están previstos espacios adecuados para recibir visitas de forma cómoda e íntima?	64,3%	35,7%
¿La residencia cuenta con espacio para la realización de actividades didácticas o recreativas?	90,5%	9,5%
¿La residencia dispone de vestuario exclusivo para el personal?	90,5%	9,5%
¿La residencia tiene al menos un sanitario exclusivo para uso del personal?	97,6%	2,4%
¿La residencia está limpia?	97,6%	2,4%
¿Los espacios comunes de la residencia están libres de olores desagradables?	81,0%	19,0%
¿La residencia cuenta con iluminación natural en todos los ambientes?	83,3%	16,7%
¿El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado?	81,0%	19,0%
¿El estado general del mobiliario de la residencia es bueno (sillas, sillones, colchones, camas, armarios, etc.)?	76,2%	23,8%
¿La residencia cuenta con pisos antideslizantes?	66,7%	33,3%
¿Las puertas de la residencia tienen 90 cm o más de ancho y se pueden abrir hacia afuera?	66,7%	33,3%
¿Los desniveles de la residencia están cubiertos con rampas de inclinación adecuada?	95,2%	4,8%

Ítems Infraestructura	Sí	No
¿La residencia cuenta con pasamanos en los lugares necesarios?	97,6%	2,4%
¿Existen suficientes camas ortopédicas disponibles para las personas residentes que lo requieran?	88,1%	11,9%
¿La residencia cuenta con baños accesibles suficientes para la población?	92,9%	7,1%
¿Los pasillos cuentan con un ancho igual o superior a los 90 cm?	95,2%	4,8%
¿La superficie cubierta, semicubierta y descubierta permite tener espacios suficientes para un uso cómodo de los mismos por parte de las personas residentes?	88,1%	11,9%
¿El personal de la residencia dispone de un office de uso exclusivo?	92,9%	7,1%
¿Las personas residentes tienen la posibilidad de elegir habitaciones individuales o, en su defecto, dobles?	19,0%	81,0%
¿Cuentan con agua caliente suficiente para abastecer los momentos de baño de las personas residentes?	97,6%	2,4%
¿El personal dispone del material adecuado para el ejercicio de su tarea?	97,6%	2,4%
¿La residencia cuenta con grupo electrógeno para resolver situaciones de corte de luz?	71,4%	28,6%

Respecto a la dimensión Personal, la mitad de los indicadores fueron positivos en al menos el 80% de las residencias evaluadas. Al respecto, entre las fortalezas observadas se destacaron la existencia de registro de documentación del personal y el hecho de que perciban como mínimo el salario establecido por ley. A su vez, todas las residencias evaluadas cuentan con enfermero/a, médico/a y trabajador/a social. Asimismo, se resaltaron las cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales del personal.

Entre las debilidades más notorias se identificaron la ausencia de psiquiatra y de terapeuta ocupacional en el equipo interdisciplinario en gran parte de las residencias evaluadas. Asimismo, la mayoría del personal manifestó no tener formación en temas de género en los últimos dos años; se evidenció la ausencia de proyectos de mejora planificados, ejecutados y evaluados por el personal; la inexistencia de un perfil documentado para cada puesto laboral; así como la falta de políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga (Ver Tabla 37).

Tabla 37

Presencia/ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Personal

Ítems personal	Sí	No
¿El personal muestra cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea?	95,2%	4,8%
¿Al menos la mitad del personal cuenta con formación en gerontología/geriatría?	64,3%	35,7%
¿Al menos la mitad del personal cuenta con capacitación en buenos tratos?	71,4%	28,6%
¿La residencia dispone de un perfil documentado para cada puesto laboral?	59,5%	40,5%
¿La residencia cuenta con registros de documentación del personal profesional y no profesional (fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula, seguros)?	100,0%	0,0%
¿Existen en la residencia informes diagnósticos profesionales registrados por escrito?	95,2%	4,8%

Ítems personal	Sí	No
¿La residencia cuenta con un equipo profesional interdisciplinario?	95,2%	4,8%
¿Se dispone de proyectos de intervención profesional plasmados por escrito?	83,3%	16,7%
¿El/la director/a posee formación específica en geriatría o gerontología?	64,3%	35,7%
¿En los últimos dos años al menos el 50% del personal ha realizado capacitaciones en perspectiva de género?	35,7%	64,3%
¿Al menos el 50% de los/as cuidadores/as, auxiliares, asistentes que trabajan en la residencia tienen capacitación específica en temática de cuidados de personas mayores?	78,6%	21,4%
¿El personal recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella?	85,7%	14,3%
¿En la residencia se evalúan y cuidan las condiciones laborales de los/as trabajadores/as (por ejemplo: las vacaciones, días y horarios de trabajo, francos, aguinaldo, ART, aportes jubilatorios)?	95,2%	4,8%
¿El personal se encuentra satisfecho con su salario?	66,7%	33,3%
¿El personal de la residencia percibe como mínimo el salario establecido por ley?	100,0%	0,0%
¿En la residencia se evalúan las competencias del personal sistemáticamente?	64,3%	35,7%
¿En la residencia hay acciones/políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga?	54,8%	45,2%
¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área sanitaria (enfermería, medicina, terapia ocupacional)?	85,7%	14,3%
¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área socio afectiva (trabajo social, psicología, psiquiatría)?	76,2%	23,8%
¿La residencia cuenta con enfermero/a?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con nutricionista?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con médico/a?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con kinesiólogo/a?	71,4%	28,6%
¿La residencia cuenta con psicólogo/a?	71,4%	28,6%
¿La residencia cuenta con psiquiatra?	35,7%	64,3%
¿La residencia cuenta con terapeuta ocupacional?	52,4%	47,6%
¿La residencia cuenta con trabajador/a social?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con talleristas (por ejemplo: para actividades de música, actividad física, teatro, idiomas)?	76,2%	23,8%
¿El equipo interdisciplinario tiene reuniones al menos una vez al mes?	81,0%	19,0%
¿La relación personal/personas residentes es de al menos 1 cada 10 o de al menos 1 cada 5 en caso de que sea una residencia con predominio de personas con elevada dependencia (por ejemplo: personas con discapacidad, demencia avanzada o trastornos psiquiátricos)?	73,8%	26,2%
¿Existen proyectos de mejora planificados, ejecutados y evaluados por el personal?	45,2%	54,8%
¿La comunicación y toma de decisiones en la residencia tiene canales formales para su resolución?	85,7%	14,3%
¿Se realizan reuniones periódicas con todo el personal (asistencia directa y servicios generales)?	81,0%	19,0%
¿El personal de la residencia es estable en el tiempo, sin rotaciones frecuentes?	85,7%	14,3%
¿El personal, en términos generales, se encuentra satisfecho con su actividad laboral?	90,5%	9,5%
¿Las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica?	95,2%	4,8%

En lo referido a la dimensión Organización y Gestión de las RLE, se observó la presencia de múltiples aspectos positivos en un muy elevado porcentaje. Muchas personas consultadas resaltaron el beneficio de poseer seguros propios de la actividad; la experiencia de los/as administradores/as en el sector de residencias; los procesos de acompañamiento por parte del personal durante el período de ingreso y adaptación de las personas residentes; la existencia de legajos con información completa sobre cada ingresante (historia clínica, social, económica, legal, etc.); el registro de seguimiento clínico regular de residentes; y que las intervenciones en el legajo se encuentren firmadas por los/as responsables. Además, se destacó que las residencias cuentan con un proyecto institucional por escrito, así como con diversos protocolos de procedimientos.

Entre las debilidades más notorias se observan: la ausencia de protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género; la falta de sistemas de gestión de calidad protocolizados; la ausencia de carteleras con letras grandes y accesibles. Asimismo, en la mayoría de las residencias el proceso de egreso de las personas residentes no está protocolizado (Ver Tabla 38).

Tabla 38

Presencia/Ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Organización y Gestión

Ítems Organización y gestión	Sí	No
¿Existe cartelera con menú diario?	64,3%	35,7%
¿Existe cartelera con actividades?	71,4%	28,6%
¿La cartelera tiene letras grandes y accesibles?	52,4%	47,6%
¿La residencia tiene seguros propios de la actividad (incendio, responsabilidad civil, etc.)?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con un proyecto institucional por escrito?	95,2%	4,8%
¿Existen protocolos de procedimientos escritos y socializados (medicamentos, higiene, registros, esterilización, alimentación, etc.)?	90,5%	9,5%
¿Los/as administradores/as tienen experiencia en el sector de residencias?	97,6%	2,4%
¿La residencia cuenta con información estadística de ingresos y egresos?	85,7%	14,3%
¿Todas las intervenciones en el legajo son firmadas por los/as responsables?	97,6%	2,4%
¿El proceso de egreso de las personas residentes está protocolizado?	61,9%	38,1%
¿Se realiza un registro de seguimiento clínico regular (semanal/quincenal, o según indicación médica) de las personas residentes?	97,6%	2,4%
¿La residencia elabora un documento donde consten las condiciones de prestación de servicios, derechos y obligaciones de las partes?	64,3%	35,7%
¿Se realiza una valoración geriátrica integral (VGI) de cada residente al ingresar?	76,2%	23,8%
¿En la residencia la valoración geriátrica integral (VGI) se actualiza anualmente?	78,6%	21,4%
¿Los legajos cuentan con información completa sobre cada ingresante (historia clínica, social, económica, legal, etc.)?	95,2%	4,8%

Ítems Organización y gestión	Sí	No
¿Se presta especial atención a prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas de las personas residentes?	90,5%	9,5%
¿La residencia cuenta con protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género?	28,6%	71,4%
¿La gestión y gobernanza de la residencia se encuentra debidamente documentada y es respetada?	88,1%	11,9%
¿La residencia cuenta con planificación estratégica tanto de gestión como económica?	73,8%	26,2%
¿La residencia posee sistemas de gestión de calidad protocolizados?	38,1%	61,9%
¿Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional?	78,6%	21,4%
¿Hay un proceso de acompañamiento del personal en el ingreso y periodo de adaptación de las personas residentes?	95,2%	4,8%
¿Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes?	88,1%	11,9%
¿Se cuenta con un perfil de residente pre-definido que permita brindar una atención adecuada a quien ingresa?	76,2%	23,8%

Respecto a la dimensión de Actividades internas y con la comunidad, se remarcaron los siguientes aspectos positivos en las residencias evaluadas: realización de celebraciones como cumpleaños y aniversarios de manera regular; la amplitud del horario de visitas; el uso del celular y contar con wifi. Además, se contemplaron al menos 2 de este tipo de actividades: deportivas/mentales/recreativas/culturales/sociales y se buscó que sean significativas e interesantes para las personas residentes.

Las debilidades más notorias en esta dimensión refieren a la falta de participación de las personas residentes en las actividades cotidianas; la ausencia de actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades; el no contar con medios de comunicación externa; ni implementar acuerdos/convenios con otras instituciones (Ver Tabla 39).

Tabla 39

Presencia/ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Actividades internas y con la comunidad

Ítems Actividades internas y con la comunidad	Sí	No
¿Las personas residentes tienen habilitado el uso de celular?	90,5%	9,5%
¿Hay wifi en la residencia?	81,0%	19,0%
¿La residencia trabaja en actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades? (Por ejemplo: actividades en el día de la mujer, ni una menos, contra la violencia de género, etc.)	45,2%	54,8%
¿Las actividades planificadas buscan ser significativas e interesantes para las personas residentes?	88,1%	11,9%
¿Se contemplan al menos 2 de este tipo de actividades: deportivas/mentales/recreativas/culturales/sociales?	92,9%	7,1%

Ítems Actividades internas y con la comunidad	Sí	No
¿Las actividades que se proponen a las personas residentes, se van modificando periódicamente?	76,2%	23,8%
¿La residencia ha implementado acuerdos/convenios con otras instituciones?	59,5%	40,5%
¿En la residencia se realizan celebraciones regularmente (por ejemplo: cumpleaños, aniversarios, fechas festivas)?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con medios de comunicación externa (por ejemplo redes sociales, radio)?	57,1%	42,9%
¿La residencia dispone de espacios públicos cercanos (por ejemplo bibliotecas, plazas, centros comunitarios, etc.)?	78,6%	21,4%
¿La residencia dispone de horarios de visitas amplios?	88,1%	11,9%
¿En la residencia se promueve el confort y la intimidad para la recepción de familiares/ amistades?	78,6%	21,4%
¿Las personas residentes participan en las actividades cotidianas, por ejemplo, se hacen sus camas, participan en la cocina, en la limpieza	38,1%	61,9%

La dimensión Cuidados de la Salud resaltó la presencia de una gran variedad de aspectos positivos en un porcentaje elevado de residencias. En efecto, en 21 de los 28 ítems de la dimensión, respondieron favorablemente más del 80% de las residencias evaluadas. Entre ellos se mencionaron por su elevada frecuencia: el aviso a las familias en caso de utilizarse el servicio de urgencias; el almacenamiento de alimentos, medicamentos y el disponer de espacio adecuado para los mismos; y el adecuado manejo de los residuos comunes y patológicos. Además, en más del 90% de las residencias evaluadas se cuenta con una dieta nutritiva y se brinda apropiada alimentación asistida a las personas que lo requieran.

Los aspectos de dicha dimensión que presentaron mayores déficits fueron: la ausencia de espacios para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos, así como de ambientes aislados en situaciones infecto-respiratorias. En la mitad de las residencias evaluadas se utilizan sujeciones físicas. A su vez, la postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que se utilizan sujeciones químicas en más de la tercera parte de las mismas (Ver Tabla 40).

Tabla 40

Presencia/ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Cuidados de la Salud

Ítems Cuidado de la salud	Sí	No
¿En la residencia hay alimentos almacenados?	97,6%	2,4%
¿Los medicamentos de la residencia se encuentran almacenados correctamente (en lugares frescos, secos y sin luz)?	97,6%	2,4%
¿La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia?	61,9%	38,1%
¿La residencia tiene certificación de agua potable?	92,9%	7,1%
¿Se brinda adecuada alimentación asistida a las personas que lo requieran?	92,9%	7,1%

Ítems Cuidado de la salud	Sí	No
¿La residencia cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento de alimentos (por ejemplo: despensa, unidades de frío)?	97,6%	2,4%
¿Las personas residentes cuentan con planes nutricionales específicos para cada patología (hepática, gástrica, hipertensión, diabetes, etc.)?	90,5%	9,5%
¿En la residencia se contempla una dieta nutritiva y variada en tipos de alimentos?	92,9%	7,1%
¿El personal de la residencia está capacitado para el manejo de alimentos?	92,9%	7,1%
¿La residencia posee protocolo de prevención de caídas?	81,0%	19,0%
¿La residencia dispone de ambientes aislados en situaciones infecto- respiratorias?	59,5%	40,5%
¿La residencia dispone de protocolos para prevenir úlceras/escaras?	90,5%	9,5%
¿La residencia cuenta con espacios para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos?	54,8%	45,2%
¿Se ejecuta algún protocolo de higiene de manos de las personas residentes de modo eficaz?	76,2%	23,8%
¿Los residuos son manipulados correctamente (separados, los tachos con tapas, tachos suficientes)?	95,2%	4,8%
¿La ropa de cama se limpia al menos una vez por semana?	92,9%	7,1%
¿En la residencia se administra correctamente el residuo patológico (por ejemplo: que esté rotulado, impermeable, separado del residuo general, uso de descartadores de punzo cortantes)?	95,2%	4,8%
¿Cada persona residente cuenta con elementos de higiene personal individual (por ejemplo: jabón, toalla)?	85,7%	14,3%
¿La medicación se manipula en dispensadores individuales?	97,6%	2,4%
¿La residencia cuenta con protocolo para prevenir la confusión de medicamentos entre las personas residentes?	85,7%	14,3%
¿La medicación psicotrópica es administrada con cuidados adecuados (horario, vía, dosis, etc.)?	95,2%	4,8%
¿La administración de la medicación la realiza exclusivamente personal profesional capacitado (enfermero/a, médico/a)?	85,7%	14,3%
¿Existe un procedimiento pautado para la administración de medicamentos?	95,2%	4,8%
¿En la residencia hay medicamentos bajo llave?	88,1%	11,9%
¿En la residencia se evitan las sujeciones físicas sin excepción?	50,0%	50,0%
¿La residencia cuenta con servicio de urgencia en caso de necesitarlo?	92,9%	7,1%
¿En caso de utilizarse el servicio de urgencia, es documentado en el legajo de las personas residentes?	95,2%	4,8%
¿En caso de utilizarse el servicio de urgencias, se avisa a las familias de esta situación?	100,0%	0,0%

La dimensión referida a la Implementación del Enfoque Centrado en la Persona presenta variados aspectos positivos. Entre ellos se destacaron, por una mayor frecuencia de aparición, la existencia de un legajo único con los datos actualizados de cada persona mayor y el seguimiento de tratamiento. Además, la disposición de lugares para guardar sus pertenencias, pueden elegir su vestimenta y su ropa está limpia. Las personas mayores establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal y la institución contempla la posibilidad de

recibir acompañamiento espiritual. En más del 90% de las residencias evaluadas se observó un buen trato del personal hacia las personas residentes quienes dijeron estar satisfechas. Se resaltó la existencia de recursos para acompañar y orientar a familiares.

Entre las debilidades más marcadas de esta dimensión, se identificaron: la ausencia de espacios de participación formal en la residencia; la falta de toma de decisiones por parte de las personas residentes sobre su rutina diaria (horarios, comida, entretenimiento, etc.); ni participación en la planificación de las actividades grupales. En más del 40% de las residencias evaluadas no se registran los intereses de las personas mayores en el proceso de ingreso y tampoco suelen participar en la toma de decisiones sobre sus tratamientos. En más de la cuarta parte no hay registro de consentimiento informado en los legajos de las personas mayores (Ver Tabla 41).

Tabla 41

Presencia/ausencia de indicadores correspondientes a la dimensión Implementación del Enfoque Centrado en la Persona

Ítems Implementación del enfoque centrado en la persona	Sí	No
¿La ropa de las personas residentes está limpia?	97,6%	2,4%
¿En la residencia se observa un buen trato del personal hacia las personas residentes (digno, respetuoso, no infantilizante ni estereotipado)?	95,2%	4,8%
¿Se cuenta con espacios que brinden intimidad a las personas residentes (por ejemplo: para el cambio de ropa, higiene personal)?	88,1%	11,9%
¿Se propicia la personalización del espacio propio de las personas residentes (por ejemplo: en habitaciones: cubrecamas, cuadros, fotos,	78,6%	21,4%
¿Hay registro de consentimiento informado de las personas residentes en cada legajo?	73,8%	26,2%
¿Tienen planilla para registrar los intereses de las personas mayores en el proceso de ingreso?	57,1%	42,9%
¿Se establecen planes individualizados de atención?	85,7%	14,3%
¿En la residencia hay libro de quejas disponible para las personas residentes?	76,2%	23,8%
¿Cada una de las personas residentes tiene un legajo único con sus datos actualizados y seguimiento de tratamientos?	100,0%	0,0%
¿La residencia cuenta con recursos para acompañar y orientar a familiares?	95,2%	4,8%
¿Se brinda información a personas residentes y familiares sobre sus derechos dentro de la residencia?	88,1%	11,9%
¿Se respetan las decisiones de las personas residentes acerca del momento de fin de su vida?	71,4%	28,6%
¿El enfoque centrado en la persona atraviesa diversas dimensiones de la práctica en la residencia?	81,0%	19,0%
¿La frecuencia del baño de las personas residentes se realiza al menos 3 veces por semana?	90,5%	9,5%
¿Las salidas y regresos de las personas residentes son libres en la residencia?	69,0%	31,0%

Ítems Implementación del enfoque centrado en la persona	Sí	No
¿La residencia cuenta con espacios de participación formal (por ejemplo: asambleas, votaciones, etc.)?	38,1%	61,9%
¿Las intervenciones individualizadas consideran la integralidad de la persona (por ejemplo: familia, entorno, historia, valores, creencias religiosas)?	83,3%	16,7%
¿La residencia contempla la posibilidad de recibir acompañamiento espiritual?	97,6%	2,4%
¿Las personas residentes se encuentran a gusto con la alimentación recibida?	83,3%	16,7%
¿Las personas residentes se sienten satisfechas con el trato que reciben?	92,9%	7,1%
¿Se respetan la identidad de género y orientación sexual de las personas residentes?	85,7%	14,3%
¿Las personas residentes participan de las decisiones de su tratamiento?	54,8%	45,2%
¿Las personas residentes tienen lugar para guardar sus pertenencias?	97,6%	2,4%
¿Las personas residentes pueden elegir su propia vestimenta?	92,9%	7,1%
¿Se estimula y brinda apoyo a las personas residentes que quieran adquirir algún conocimiento o desarrollar alguna habilidad?	73,8%	26,2%
¿Las personas residentes participan en la planificación de las actividades grupales?	38,1%	61,9%
¿Se brinda espacio para que las personas residentes tomen decisiones sobre su rutina diaria (horarios, comida, entretenimiento, etc.)?	33,3%	66,7%
¿Las personas residentes establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal?	97,6%	2,4%

Al efectuar un análisis de los valores de perfil obtenidos por dimensión, se observó que las puntuaciones bajas fueron poco frecuentes en todos los casos. La más baja (1) fue inexistente en las 6 dimensiones. El valor siguiente (2) solo apareció con poca frecuencia en las dimensiones de Actividades internas y con la comunidad y en implementación del enfoque de ACP. El valor intermedio (3) se observó con más frecuencia en las dimensiones de personal y en la de organización y gestión.

La mayoría de las residencias de larga estadía evaluadas obtuvieron puntajes elevados (4 y 5) en todas las dimensiones. Infraestructura y cuidados de la salud fueron las que obtuvieron mayoría de puntuaciones de perfil 5 y Actividades internas y con la comunidad, por el contrario, la que presentó el porcentaje más bajo (Ver Tabla 42).

Tabla 42

Puntajes de perfil por dimensión

Dimensiones	1		2		3		4		5		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infraestructura	0	0,0	0	0,0	2	4,8	9	21,4	31	73,8	42	100,0
Personal	0	0,0	0	0,0	6	14,3	14	33,3	22	52,4	42	100,0
Organización y gestión	0	0,0	0	0,0	6	14,3	14	33,3	22	52,4	42	100,0
Actividades internas y con la comunidad	0	0,0	2	4,8	3	7,1	21	50,0	16	38,1	42	100,0
Cuidados de la salud	0	0,0	0	0,0	1	2,4	9	21,4	32	76,2	42	100,0
IECP	0	0,0	1	2,4	3	7,1	16	38,1	22	52,4	42	100,0

A continuación, y como conclusión del estudio desarrollado, se exponen los estándares de calidad para RLE. Los mismos han sido elaborados específicamente a partir del presente trabajo, considerando todo el proceso llevado a cabo, utilizando como insumos los aportes realizados por las personas expertas entrevistadas, el personal de INSSJP-PAMI, el análisis de los materiales bibliográficos relevados y el instrumento diseñado para la evaluación de la calidad de atención de las RLE. Se considera que los estándares y los aspectos que se evalúen en las residencias deben estar en estrecha relación y seguir una misma línea. Por ello, se observa que los estándares involucran las dimensiones e indicadores incluidos en el instrumento.

En síntesis, los estándares de calidad deberían ser la guía que oriente la valoración que permita identificar déficits, así como aspectos a mejorar que posibiliten la optimización del servicio y de los apoyos que se brindan a las personas mayores residentes. Se espera que los productos elaborados a partir del desarrollo de este trabajo, tanto el instrumento de evaluación de la calidad de atención en RLE como los correspondientes estándares, constituyan aportes de relevancia para garantizar los derechos de las personas mayores.

12. Estándares de calidad de Residencias de Larga Estadía

A continuación, se describen los 25 estándares de calidad que han sido específicamente desarrollados en este estudio para las RLE. Los mismos se presentan agrupados por dimensión: 6 corresponden a Infraestructura; 6 a Personal; 3 a Organización y gestión; 3 a Actividades internas y con la comunidad; 5 a Cuidados de la salud; y 2 a Implementación del ECP.

En primer lugar, se menciona el estándar, luego se proporciona una breve descripción del mismo y, por último, se especifican los ítems correspondientes que forman parte del instrumento elaborado.

12.1. Infraestructura: estándares, descripciones e ítems

Estándar 1: la seguridad y la accesibilidad están garantizadas en todos los espacios de la RLE.

Descripción

La residencia cuenta con medidas de seguridad y accesibilidad: grupo electrógeno para resolver situaciones de corte de luz; pisos antideslizantes; puertas de 90 cm o más de ancho y con apertura hacia afuera; desniveles cubiertos con rampas de inclinación adecuada; pasamanos; camas ortopédicas; baños accesibles; pasillos con un ancho igual o superior a los 90 cm; entre otras.

Ítems

¿La residencia cuenta con grupo electrógeno para resolver situaciones de corte de luz?
¿La residencia cuenta con pisos antideslizantes?
¿Las puertas de la residencia tienen 90 cm o más de ancho y se pueden abrir hacia afuera?
¿Los desniveles de la residencia están cubiertos con rampas de inclinación adecuada?
¿La residencia cuenta con pasamanos en los lugares necesarios?
¿Existen suficientes camas ortopédicas disponibles para las personas residentes que lo requieran?
¿La residencia cuenta con baños accesibles suficientes para la población?
¿Los pasillos cuentan con un ancho igual o superior a los 90 cm?

Estándar 2: la RLE posee un estilo hogareño y dispone mayoritariamente de habitaciones individuales y/o dobles.

Descripción

El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario y las personas residentes pueden elegir entre habitaciones simples o dobles.

Items

¿El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario?
¿Las personas residentes tienen la posibilidad de elegir habitaciones individuales o, en su defecto, dobles?

Estándar 3: la RLE cuenta con espacios amplios y cómodos. Además, dispone de un lugar al aire libre para uso de las personas residentes.

Descripción

La superficie cubierta, semicubierta y descubierta de la residencia permite tener espacios suficientes para un uso cómodo de los mismos por las personas residentes. A su vez, tiene previsto espacios tanto para realizar actividades didácticas o recreativas como para recibir visitas de forma cómoda e íntima.

Ítems

¿La superficie cubierta, semicubierta y descubierta permite tener espacios suficientes para un uso cómodo de los mismos por parte de las personas residentes?
¿Están previstos espacios adecuados para recibir visitas de forma cómoda e íntima?
¿Existe en la residencia un espacio al aire libre (patio, jardín o parque) para uso de las personas residentes?
¿La cocina de la residencia tiene al menos 9 m ² ?
¿La residencia cuenta con espacio para la realización de actividades didácticas o recreativas?

Estándar 4: el mantenimiento e higiene de la RLE están garantizados en todos sus espacios.

Descripción

El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado. La residencia garantiza higiene en lo referido a aspectos como limpieza y ausencia de olores desagradables. A su vez, está asegurado el abastecimiento de agua caliente para el baño de todas las personas residentes.

Ítems

¿El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado?
¿La residencia está limpia?
¿Los espacios comunes de la residencia están libres de olores desagradables?
¿Cuentan con agua caliente suficiente para abastecer los momentos de baño de las personas residentes?

Estándar 5: el mobiliario, la iluminación y temperatura de la RLE son adecuados y garantizan la comodidad de las personas residentes.

Descripción

El estado general del mobiliario de la residencia es bueno: sillas, sillones, colchones, camas, armarios, entre otros. A su vez, cuenta con iluminación natural y se garantiza un sistema de climatización frío/calor en todos los ambientes de la misma.

Ítems

¿El estado general del mobiliario de la residencia es bueno (sillas, sillones, colchones, camas, armarios, etc.)?
¿La residencia cuenta con iluminación natural en todos los ambientes?
¿La residencia cuenta con sistemas de climatización frío/calor en todos los ambientes?

Estándar 6: los espacios y materiales disponibles para uso del personal son adecuados para desarrollar sus tareas.

Descripción

El personal de la residencia tiene garantizados los materiales adecuados para el ejercicio eficiente de sus tareas y cuenta con un *office* de uso exclusivo para poder llevarlas a cabo.

Ítems

¿El personal de la residencia dispone de un office de uso exclusivo?
¿El personal dispone del material adecuado para el ejercicio de su tarea?
¿La cocina de la residencia posee artefactos y espacios de trabajo adecuados (por ejemplo: mesada, bacha espaciosa, electrodomésticos, batería de cocina, batidora)?
¿La cocina de la residencia cuenta con elementos suficientes para la higiene y limpieza (bacha, tacho, detergente, lavandina, trapo, esponja, rejilla, etc.)?
¿La residencia dispone de vestuario exclusivo para el personal?
¿La residencia tiene al menos un sanitario exclusivo para uso del personal?

12.2. Personal: estándares, descripciones e ítems

Estándar 7: La dirección de la RLE está a cargo de un/a profesional que tiene formación específica para el desarrollo de la tarea.

Descripción

El/la director/a posee formación específica en geriatría o gerontología.

Ítem

¿El/la director/a posee formación específica en geriatría o gerontología?

Estándar 8: la ratio personal/personas residentes es adecuada y suficiente. Además, la mayoría del personal está capacitado en temas de gerontología/geriatria, buenos tratos, cuidados, género y diversidad.

Descripción

El personal es suficiente y recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella. A su vez, la mayoría del personal cuenta con formación específica en gerontología/geriatria, buenos tratos, cuidados y cuestiones de género.

Ítems

¿La relación personal/personas residentes es de al menos 1 cada 10 o de al menos 1 cada 5 en caso de que sea una residencia con predominio de personas con elevada dependencia (por ejemplo: personas con discapacidad, demencia avanzada o trastornos psiquiátricos)?
¿El personal recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella?
¿Al menos la mitad del personal cuenta con formación en gerontología/geriatria?
¿Al menos la mitad del personal cuenta con capacitación en buenos tratos?
¿En los últimos dos años al menos el 50% del personal ha realizado capacitaciones en perspectiva de género?
¿Al menos el 50% de los/as cuidadores/as, auxiliares, asistentes que trabajan en la residencia tienen capacitación específica en temática de cuidados de personas mayores?

Estándar 9: la RLE cuenta con un equipo interdisciplinario completo que interactúa de manera formal e informal, intercambiando conocimientos teóricos y prácticos en el trabajo conjunto.

Descripción

El equipo de profesionales se compone por enfermero/a, nutricionista, kinesiólogo/a, médico/a, psicólogo/a, psiquiatra, terapeuta ocupacional y trabajador/a social. A su vez, la comunicación y toma de decisiones en la residencia tiene canales formales para su resolución y están previstos, por escrito, los procedimientos y/o protocolos de intervención profesional en las áreas sanitaria y socioafectiva.

Ítems

¿La residencia cuenta con un equipo profesional interdisciplinario?
¿El equipo interdisciplinario tiene reuniones al menos una vez al mes?
¿La residencia cuenta con enfermero/a?
¿La residencia cuenta con nutricionista?
¿La residencia cuenta con médico/a?
¿La residencia cuenta con kinesiólogo/a?
¿La residencia cuenta con psicólogo/a?
¿La residencia cuenta con psiquiatra?
¿La residencia cuenta con terapeuta ocupacional?
¿La residencia cuenta con trabajador/a social?
¿La residencia cuenta con talleristas (por ejemplo: para actividades de música, actividad física, teatro, idiomas)?
¿La comunicación y toma de decisiones en la residencia tiene canales formales para su resolución?
¿Se realizan reuniones periódicas con todo el personal (asistencia directa y servicios generales)?
¿Se dispone de proyectos de intervención profesional plasmados por escrito?
¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área sanitaria (enfermería, medicina, terapia ocupacional)?
¿Están previstos los procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área socio afectiva (trabajo social, psicología, psiquiatría)?
¿Existen en la residencia informes diagnósticos profesionales registrados por escrito?

Estándar 10: la RLE dispone de un perfil documentado para cada puesto de trabajo y las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica.

Descripción

La residencia dispone de un perfil documentado para cada puesto laboral y las competencias del personal son evaluadas sistemáticamente. A su vez, existe documentación sobre el personal profesional y no profesional como: fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula y seguros.

Ítems

¿La residencia dispone de un perfil documentado para cada puesto laboral?
¿Las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica?
¿Existen proyectos de mejora planificados, ejecutados y evaluados por el personal?
¿La residencia cuenta con registros de documentación del personal profesional y no profesional (fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula, seguros)?
¿En la residencia se evalúan las competencias del personal sistemáticamente?

Estándar 11: las cualidades del personal de la RLE son adecuadas para garantizar buenos tratos hacia las personas residentes.

Descripción

El personal garantiza cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea.

Ítems

¿El personal muestra cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea?
--

Estándar 12: la RLE garantiza las condiciones laborales adecuadas del personal -salario, francos, vacaciones, aportes-. A su vez se toman acciones para el cuidado de los/as mismos/as: que sean estables, sin rotaciones frecuentes y evitando la sobrecarga de trabajo.

Descripción

El personal de la residencia percibe como mínimo el salario establecido por ley y a su vez se evalúan y cuidan las condiciones laborales de los/as trabajadores/as: días y horarios de trabajo, francos, aguinaldos, ART, vacaciones, aportes jubilatorios. Asimismo, existen acciones/políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga.

Ítems

¿En la residencia hay acciones/políticas activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga?
¿El personal se encuentra satisfecho con su salario?
¿El personal de la residencia es estable en el tiempo, sin rotaciones frecuentes?
¿El personal, en términos generales, se encuentra satisfecho con su actividad laboral?
¿En la residencia se evalúan y cuidan las condiciones laborales de los/as trabajadores/as (por ejemplo: las vacaciones, días y horarios de trabajo, francos, aguinaldo, ART, aportes jubilatorios)?
¿El personal de la residencia percibe como mínimo el salario establecido por ley?

12.3. Organización y Gestión: Estándares, descripciones e ítems

Estándar 13: los proyectos institucionales, protocolos de procedimientos y seguros se encuentran debidamente documentados por escrito.

Descripción

La residencia posee protocolos de procedimientos documentados (medicamentos, higiene, registros, esterilización, alimentación, violencia de género). El o los proyectos institucionales están plasmados por escrito. Se dispone de la documentación correspondiente a seguros propios de la actividad.

Ítems

¿La residencia tiene seguros propios de la actividad (incendio, responsabilidad civil, etc.)?
¿La residencia cuenta con un proyecto institucional por escrito?
¿Existen protocolos de procedimientos escritos y socializados (medicamentos, higiene, registros, esterilización, alimentación, etc.)?
¿La residencia cuenta con protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género?

Estándar 14: en la RLE se implementa la valoración geriátrica integral. Cada persona residente cuenta con un legajo único debidamente documentado, que se actualiza regularmente y que puede consultarlo cuando lo desee. Tanto los ingresos como egresos están protocolizados.

Descripción

Todas las personas residentes luego de su ingreso tienen un legajo único donde consta información completa sobre las evaluaciones regulares, seguimientos e intervenciones profesionales. Estos datos son utilizados para prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas. Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes.

La residencia cuenta con un perfil de residente pre-definido. Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional. Al ingresar se efectúa una Valoración Geriátrica Integral (VGI) y se acompaña a la persona residente durante el período de adaptación. El proceso de egreso está protocolizado. La residencia cuenta con información estadística de ingresos y egresos.

Ítems

¿La residencia cuenta con información estadística de ingresos y egresos?
¿Todas las intervenciones en el legajo son firmadas por los/as responsables?
¿El proceso de egreso de las personas residentes está protocolizado?
¿Se realiza un registro de seguimiento clínico regular (semanal/quincenal, o según indicación médica) de las personas residentes?
¿La residencia elabora un documento donde consten las condiciones de prestación de servicios, derechos y obligaciones de las partes?
¿Se realiza una valoración geriátrica integral (VGI) de cada persona residente al ingresar?
¿En la residencia la valoración geriátrica integral (VGI) se actualiza anualmente?
¿Los legajos cuentan con información completa sobre cada ingresante (historia clínica, social, económica, legal, etc.)?
¿Se presta especial atención a prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas de las personas residentes?
¿Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional?
¿Hay un proceso de acompañamiento del personal en el ingreso y periodo de adaptación de las personas residentes?
¿Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes?
¿Se cuenta con un perfil de residente pre-definido que permita brindar una atención adecuada a quien ingresa?

Estándar 15: la RLE es administrada bajo una planificación estratégica y realiza gestión de calidad de forma sistemática.

Descripción

Los/as administradores poseen experiencia en el sector de residencias y pueden dar cuenta de una planificación estratégica tanto de gestión como económica. Se realiza gestión de calidad de forma sistemática. La comunicación de información significativa para las personas residentes está disponible, es clara y accesible.

Ítems

¿Existe cartelera con menú diario?
¿Existe cartelera con actividades?
¿La cartelera tiene letras grandes y accesibles?
¿Los/as administradores/as tienen experiencia en el sector de residencias?
¿La gestión y gobernanza de la residencia se encuentra debidamente documentada y es respetada?
¿La residencia cuenta con planificación estratégica tanto de gestión como económica?
¿La residencia posee sistemas de gestión de calidad protocolizados?

12.4. Actividades internas y con la comunidad: estándares, descripciones e ítems

Estándar 16: la RLE ofrece a las personas residentes actividades de su interés, diversas, significativas y que promuevan derechos.

Descripción

Las personas residentes disponen de actividades planificadas significativas y de su interés. Se ofrecen al menos dos tipos de las siguientes actividades: deportivas, mentales, recreativas, culturales y sociales. Se contempla en la oferta, incluir temáticas que promuevan los derechos de los/as personas mayores y cuestiones relacionadas al género y las sexualidades (por ejemplo: Día de la mujer, Ni una menos, Contra la violencia de género, etc.)

Ítems

¿La residencia trabaja en actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades? (Por ejemplo: actividades en el día de la mujer, ni una menos, contra la violencia de género, etc.)
¿Las actividades planificadas buscan ser significativas e interesantes para las personas residentes?
¿Se contemplan al menos 2 de este tipo de actividades: deportivas/mentales/recreativas/culturales/sociales?
¿Las actividades que se proponen a las personas residentes, se van modificando periódicamente?
¿Las personas residentes participan en las actividades cotidianas, por ejemplo, se hacen sus camas, colaboran en la cocina, en la limpieza?

Estándar 17: la RLE favorece el contacto de las personas residentes con otras instituciones, espacios públicos y con personas externas a la residencia.

Descripción

La residencia administra medios de comunicación externa (por ejemplo: redes sociales, radio), gestiona acuerdos con otras instituciones, se encuentra ubicada cerca de espacios públicos de interés para sus residentes y le ofrece wifi y habilita el uso de celulares. Asimismo, propicia la participación de familiares y amistades de las personas mayores en diversos festejos y celebraciones.

Ítems

¿Las personas residentes tienen habilitado el uso de celular?
¿Hay wifi en la residencia?
¿La residencia ha implementado acuerdos/convenios con otras instituciones?
¿En la residencia se realizan celebraciones regularmente (por ejemplo: cumpleaños, aniversarios, fechas festivas)?
¿La residencia cuenta con medios de comunicación externa (por ejemplo redes sociales, radio)?
¿La residencia dispone de espacios públicos cercanos (por ejemplo bibliotecas, plazas, centros comunitarios, etc.)?

Estándar 18: la RLE ofrece condiciones tanto en espacio como en horarios, que favorecen la visita de familiares y/o amistades.

Descripción

La residencia cuenta con horarios amplios de visita y ofrece espacios confortables e íntimos para el encuentro entre las personas residentes y visitantes.

Ítems

¿La residencia dispone de horarios de visitas amplios?
¿En la residencia se promueve el confort y la intimidad para la recepción de familiares/amistades?

12.5. Cuidado de la salud: estándares, descripciones e ítems

Estándar 19: la RLE dispone de los elementos y protocolos necesarios para favorecer la higiene de las personas residentes, minimizar enfermedades prevenibles y asistir a las personas residentes que requieren de cuidados complejos.

Descripción

La residencia dispone de los elementos y protocolos necesarios para favorecer la higiene de las personas residentes, tales como agua potable, artículos de higiene personal y protocolos de manipulación de residuos e higiene de manos. También cuenta con disposiciones y protocolos para la prevención de caídas y úlceras/escaras. Ofrece espacios especialmente adecuados para la asistencia de las personas residentes con requerimientos de cuidado complejo o el aislamiento de aquellas que transitan enfermedades infectocontagiosas.

Ítems

¿La residencia posee protocolo de prevención de caídas?
¿La residencia dispone de ambientes aislados en situaciones infecto- respiratorias?
¿La residencia dispone de protocolos para prevenir úlceras/escaras?
¿La residencia cuenta con espacios para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos?
¿La residencia tiene certificación de agua potable?

¿Se ejecuta algún protocolo de higiene de manos de las personas residentes de modo eficaz?
¿Los residuos son manipulados correctamente (separados, los tachos con tapas, tachos suficientes)?
¿La ropa de cama se limpia al menos una vez por semana?
¿En la residencia se administra correctamente el residuo patológico (por ejemplo: que esté rotulado, impermeable, separado del residuo general, uso de descartadores de punzo cortantes)?
¿Cada persona residente cuenta con elementos de higiene personal individual (por ejemplo: jabón, toalla)?

Estándar 20: la alimentación en la RLE es nutritiva, variada y es manipulada de modo seguro.

Descripción

La residencia posee espacios adecuados para el almacenamiento de alimentos. El personal está capacitado para la manipulación de alimentos. Se ofrece alimentación nutritiva y variada y se contemplan las necesidades nutricionales especiales de las personas residentes que lo requieran.

Ítems

¿Se brinda adecuada alimentación asistida a las personas que lo requieran?
¿La residencia cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento de alimentos (por ejemplo: despensa, unidades de frío)?
¿Las personas residentes cuentan con planes nutricionales específicos para cada patología (hepática, gástrica, hipertensión, diabetes, etc.)?
¿En la residencia se contempla una dieta nutritiva y variada en tipos de alimentos?
¿El personal de la residencia está capacitado para el manejo de alimentos?
¿En la residencia hay alimentos almacenados?

Estándar 21: el almacenamiento y administración de los medicamentos se realiza de forma cuidada, sistematizada y es llevada a cabo por profesionales idóneos/as.

Descripción

La residencia dispone de espacios adecuados y seguros para el almacenamiento de medicamentos (frescos, secos y sin luz, con opción a guardado bajo llave en caso de ser necesario) y su administración se realiza bajo un protocolo documentado y es llevada adelante por profesionales idóneos/as (enfermero/a, médico/a).

Ítems

¿La medicación se manipula en dispensadores individuales?
¿La residencia cuenta con protocolo para prevenir la confusión de medicamentos entre las personas residentes?
¿La medicación psicotrópica es administrada con cuidados adecuados (horario, vía, dosis, etc.)?
¿La administración de la medicación la realiza exclusivamente personal profesional capacitado (enfermero/a, médico/a)?
¿Existe un procedimiento pautado para la administración de medicamentos?
¿En la residencia hay medicamentos bajo llave?
¿Los medicamentos de la residencia se encuentran almacenados correctamente (en lugares frescos, secos y sin luz)?

Estándar 22: frente a situaciones de emergencia médica de las personas residentes, el personal cuenta con protocolos y recursos adecuados y respetuosos para su resolución.

Descripción

La residencia cuenta con servicio de emergencias propio y, en caso de ser utilizado, es debidamente registrado en el legajo y comunicado a familiares.

Ítems

¿La residencia cuenta con servicio de urgencia en caso de necesitarlo?
¿En caso de utilizarse el servicio de urgencia, es documentado en el legajo de las personas residentes?
¿En caso de utilizarse el servicio de urgencias, se avisa a las familias de esta situación?

Estándar 23: las personas residentes no son sometidas por ningún motivo a sujeciones físicas y/o químicas.

Descripción

En la residencia se evitan las sujeciones físicas sin excepción. La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia.

Ítems

¿En la residencia se evitan las sujeciones físicas sin excepción?
¿La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia?

12.5. Implementación de Enfoque Centrado en la Persona: Estándares, descripciones e ítems

Estándar 24: el trabajo en la RLE está basado en el enfoque de derechos humanos de las personas mayores.

Descripción

Se cumple con el consentimiento informado al ingreso de la residencia; cada persona residente tiene planes individualizados de atención; se respeta la intimidad, género y orientación sexual. Asimismo, se promueve la participación de las personas residentes en decisiones acerca de sus tratamientos y en propuestas de actividades que les resulten significativas. Existen espacios de participación formal y se propicia un trato digno, respetuoso, no infantilizante, ni estereotipado.

Ítems

¿Las personas residentes se sienten satisfechas con el trato que reciben?
¿Hay registro de consentimiento informado de las personas residentes en cada legajo?
¿Se brinda información a personas residentes y familiares sobre sus derechos dentro de la residencia?
¿Cada una de las personas residentes tiene un legajo único con sus datos actualizados y seguimiento de tratamientos?
¿Las salidas y regresos de las personas residentes son libres en la residencia?

¿Se respetan las decisiones de las personas residentes acerca del momento de fin de su vida?
¿En la residencia hay libro de quejas disponible para las personas residentes?
¿La residencia cuenta con espacios de participación formal (por ejemplo: asambleas, votaciones, etc.)?
¿Las personas residentes participan de las decisiones de su tratamiento?
¿Las personas residentes participan en la planificación de las actividades grupales?
¿Se respetan la identidad de género y orientación sexual de las personas residentes?
¿Las personas residentes establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal?
¿En la residencia se observa un buen trato del personal hacia las personas residentes (digno, respetuoso, no infantilizante ni estereotipado)?
¿La frecuencia del baño de las personas residentes se realiza al menos 3 veces por semana?
¿La ropa de las personas residentes está limpia?

Estándar 25: las personas residentes perciben la implementación del enfoque centrado en la persona en la RLE. Tienen posibilidad de participar en la toma de decisiones sobre sus rutinas diarias, decorar con objetos personales su habitación, proponer actividades y desarrollar proyectos personales.

Descripción

Las personas residentes sienten que el enfoque centrado en la persona atraviesa las diversas prácticas dirigidas hacia ellos, y se respetan su autonomía, intimidad, proyectos personales e intereses.

Ítems

¿El enfoque centrado en la persona atraviesa diversas dimensiones de la práctica en la residencia?
¿La residencia cuenta con recursos para acompañar y orientar a familiares?
¿Las intervenciones individualizadas consideran la integralidad de la persona (por ejemplo: familia, entorno, historia, valores, creencias religiosas)?
¿Tienen planilla para registrar los intereses de las personas mayores en el proceso de ingreso?

¿Se establecen planes individualizados de atención?
¿Se estimula y brinda apoyo a las personas residentes que quieran adquirir algún conocimiento o desarrollar alguna habilidad?
¿Se brinda espacio para que las personas residentes tomen decisiones sobre su rutina diaria (horarios, comida, entretenimiento, etc.)?
¿La residencia contempla la posibilidad de recibir acompañamiento espiritual?
¿Se propicia la personalización del espacio propio de las personas residentes (por ejemplo: en habitaciones: cubrecamas, cuadros, fotos, adornos personales)?
¿Las personas residentes tienen lugar para guardar sus pertenencias?
¿Las personas residentes pueden elegir su propia vestimenta?
¿Las personas residentes se encuentran a gusto con la alimentación recibida?
¿Se cuenta con espacios que brinden intimidad a las personas residentes (por ejemplo: para el cambio de ropa, higiene personal)?

13. Instrumento de evaluación de calidad de atención en las Residencias de Larga Estadía de INSSJP-PAMI

En el mes de julio del 2023 el INSSJP-PAMI cambió la normativa que regula el funcionamiento de las prestaciones en las RLE, mediante la aprobación de la Resolución N° 896 (INSSJP, 2023), basada en el paradigma de los derechos humanos de las personas mayores. Asimismo, el presente estudio fue llevado a cabo mientras se encontraba vigente la normativa anterior (Resolución N° 559, INSSJP, 2001), la cual tenía una visión asistencialista centrada en el modelo médico hegemónico. En este marco, INSSJP-PAMI realizó una adaptación del instrumento de evaluación de la calidad de atención en RLA elaborado, acorde a las nuevas modalidades prestacionales y criterios establecidos en la actual normativa del organismo.

En este sentido, fue necesario incorporar nuevos ítems dentro de las dimensiones que contempla el instrumento (como por ejemplo aquellos referidos al plan de eliminación progresiva de sujeciones) a los nuevos requerimientos en materia de infraestructura y equipamiento (como la sala de estimulación de movimiento, el salón de usos múltiples independiente del comedor, el máximo de plazas permitidas por habitación) y los nuevos requisitos de capacitación para el personal que se desempeña en las residencias. Asimismo, se optó por modificar las técnicas de recolección del dato para algunos ítems, con el objetivo de garantizar la calidad de la información recabada.

A continuación, se presenta el instrumento de evaluación prestacional para RLE aprobado por INSSJP-PAMI, el cual incluye las adaptaciones anteriormente mencionadas.

13.1 Instrumento de evaluación prestacional para residencias de larga estadía

Fecha de Evaluación:

Equipo evaluador (indicar nombre, apellido y dependencia):

1.
2.
3.
4.
5.

Nombre de la Residencia:	
Código de prestador:	UGL:
Domicilio:	
Localidad:	Provincia:

Modalidad prestacional (marcar con X)			
RLE - Cat. A	<input type="checkbox"/>	RLEP - Cat. A	<input type="checkbox"/>
RLE - Cat. B	<input type="checkbox"/>	RLEP - Cat. B	<input type="checkbox"/>
RLE - Cat. C	<input type="checkbox"/>	RLEP - Cat. C	<input type="checkbox"/>
IBP adherido	<input type="checkbox"/>		

MÓDULO DE CUIDADOS CONTINUOS - MCC			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Indicar las cantidades según corresponda:			
Total de plazas habilitadas		<input type="text"/>	
Plazas ocupadas con prestación PAMI		<input type="text"/>	
Plazas ocupadas sin prestación PAMI		<input type="text"/>	

Cantidad total de habitaciones	<input type="text"/>	Cantidad de habitaciones individuales o dobles sin baño privado	<input type="text"/>
Cantidad de habitaciones individuales o dobles con baño privado	<input type="text"/>	Cantidad de habitaciones triples sin baños privado	<input type="text"/>
Cantidad de habitaciones triples con baño privado	<input type="text"/>	Cantidad de baños de uso compartido	<input type="text"/>

Fecha de la última evaluación: RESULTADO DE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN		OBSERVACIONES																			
Perfil de la RLE	<table border="1"> <tr> <td>I</td> <td>P</td> <td>OG</td> <td>AIC</td> <td>CS</td> </tr> <tr> <td colspan="5">IECP</td> </tr> <tr> <td colspan="5">____, _____, _____, _____, _____,</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> </table>		I	P	OG	AIC	CS	IECP					____, _____, _____, _____, _____,					_____			
I	P	OG	AIC	CS																	
IECP																					
____, _____, _____, _____, _____,																					

Instrucciones de aplicación

Este cuestionario está compuesto por un conjunto de preguntas cuyas opciones de respuesta son “Sí” y “No”. Los ítems están organizados según la fuente de la que deberá extraer la información (Observación, Entrevista a residentes, Entrevista a personal, Documental). Las preguntas están diseñadas para que la respuesta “Sí” indique siempre un aspecto positivo, y la respuesta “No” una valoración negativa.

Se deben completar todos los ítems. En casos excepcionales en los que falte alguna información o que el personal o residentes consultados ignoren la respuesta, deberá marcar “No”. En casos de duda, deberá marcar como respuesta la opción que más se acerque a la información relevada. Asimismo, en caso de considerarlo conveniente, se podrá contrastar la información relevada con otra fuente de recolección que permita complementar el dato.

No se debe identificar a las personas que fueron entrevistadas, ya que la participación es anónima.

Para calificar el cuestionario debe seguir las instrucciones en cada una de las fichas de fuentes de información y luego, al final del mismo, tendrá un calificador para elaborar el perfil de la residencia de larga estadía evaluada.

Puntuación por dimensión

En cada ficha, en el espacio en blanco correspondiente a cada ítem deberá escribir 1 si la respuesta fue “Sí”; y 0 si la respuesta fue “No”.

Deberá calcular el subtotal de cada dimensión en cada una de las fichas de fuentes de información (**I**: Infraestructura y equipamiento; **P**: Personal; **OG**: Organización y gestión institucional; **AIC**: Actividades internas y con la comunidad; **CS**: Cuidado de la salud; **ECP**: Implementación del enfoque centrado en la persona).

Recuerde pasar los subtotales al calificador que encontrará al final del cuestionario.

OBSERVACIÓN [fuente de información]

Para contestar este apartado, se deben recorrer y observar diferentes espacios y objetos de la residencia: habitaciones, cocina, comedor, baños, escaleras, pisos, desniveles, mobiliario, entre otros. Además, algunas preguntas requieren prestar atención a las interacciones de las personas residentes con el personal y equipo técnico de la institución. Cada pregunta debe ser contestada con una única respuesta.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
O1	¿Existe en la residencia algún espacio común al aire libre para uso de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O2	¿La superficie de la cocina es adecuada para la residencia? (9 m ² o más, según normativa vigente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O3	¿La cocina de la residencia cuenta con elementos suficientes para la higiene y limpieza (bacha, tacho, detergente, lavandina, trapo, esponja, rejilla, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O4	¿La cocina de la residencia posee artefactos y espacios de trabajo adecuados (mesada, bacha espaciosa, electrodomésticos, batería de cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O5	¿Están previstos espacios adecuados para recibir visitas de forma cómoda e íntima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O6	¿La residencia cuenta con espacio para la realización de actividades didácticas, recreativas o autogestivas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O7	¿La residencia cuenta con una sala de estimulación del movimiento o kinesiología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O8	¿La residencia cuenta con un Salón de Usos Múltiples independiente del comedor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O9	¿La residencia dispone de vestuario exclusivo para el personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O10	¿La residencia tiene al menos un sanitario exclusivo para uso del personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O11	¿La residencia cuenta con un local para el lavado de ropa, con equipamiento y funcionamiento adecuado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O12	¿Las habitaciones respetan la capacidad máxima de plazas, según normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O13	¿La residencia cuenta con habitaciones individuales o dobles con baño privado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O14	¿Las habitaciones cuentan con una distribución adecuada del mobiliario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O15	¿Las habitaciones cuentan con el equipamiento adecuado y en buen estado? (mesa de luz, ropero, espejos, elementos de oscurecimiento, sillas, ropa de cama y baño, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O16	¿El entorno físico de la residencia contempla un estilo más hogareño que sanitario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O17	¿La residencia cuenta con elementos de ubicación temporo-espacial y una ambientación con diseño agradable y acorde, no infantilizante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
O18	¿La residencia está limpia y libre de olores desagradables en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O19	¿La residencia cuenta con sistemas de climatización frío/calor en correcto funcionamiento en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O20	¿La residencia cuenta con iluminación adecuada en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O21	¿La residencia cuenta con buena ventilación y circulación del aire en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O22	¿El estado general de mantenimiento del edificio es adecuado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O23	¿El mobiliario de la residencia es suficiente y se encuentra en buen estado? (sillas, sillones, colchones, camas, armarios, televisores, mesas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O24	¿Cuenta con conexión wifi, conforme a normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O25	¿La residencia cuenta con pisos, lavables, antideslizantes e ignífugos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O26	¿Las puertas de la residencia tienen 90 cm o más de ancho y se pueden abrir hacia afuera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O27	¿Los desniveles de la residencia, tanto en el ingreso como en el interior del establecimiento, están cubiertos con rampas de inclinación adecuada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O28	¿La residencia cuenta con pasamanos en los lugares necesarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O29	¿Existen suficientes camas ortopédicas disponibles para las personas residentes que lo requieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O30	¿La residencia cuenta con baños accesibles suficientes para la población?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O31	¿Los pasillos cuentan con un ancho igual o superior a los 1,10 m?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O32	¿Está garantizado el desplazamiento libre de obstáculos en todos los ambientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O33	¿La residencia cuenta con una sola planta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O34	Los establecimientos con más de una planta, ¿cuentan con escaleras seguras y/o ascensor/es adecuado/s, según normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O35	¿La residencia cuenta con los elementos de seguridad adecuados y en funcionamiento? (matafuegos, detectores de humo, luces de emergencia, señalización del recorrido de evacuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O36	¿La superficie cubierta, semicubierta y descubierta permite tener espacios suficientes para un uso cómodo por parte de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O37	¿La dotación de personal de cuidados es adecuada para cubrir necesidades según el nivel de dependencia funcional de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
038	¿El personal muestra cualidades de empatía, tolerancia, flexibilidad y habilidades comunicacionales adecuadas para la tarea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
039	¿Existe cartelera con el menú semanal exhibido de forma accesible a todas las personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
040	¿Existe cartelera con el cronograma semanal de actividades exhibido de forma accesible a todas las personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
041	¿Está exhibido de forma accesible en la cartelera el cronograma de días y horarios de concurrencia del Equipo Interdisciplinario, para atención a las personas residentes y sus redes de apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
042	¿La residencia cuenta con dispositivos tecnológicos (tablet, pc, etc.) para aquellas personas que no cuenten con dicha tecnología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
043	¿Se observa un entorno dinámico en el que las personas se interrelacionan o se encuentran haciendo alguna actividad (programada o autogestiva)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
044	¿La residencia cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento de alimentos (despensa, verdulería, unidades de frío)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
045	¿En la residencia hay alimentos almacenados, conforme normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
046	¿El menú del día coincide con la planificación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
047	¿Se cumplen las normas de higiene y ropa de trabajo adecuada en los procesos de elaboración y servicio de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
048	¿Los medicamentos de la residencia se encuentran almacenados correctamente (en lugares frescos, secos y sin luz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
049	¿La medicación se encuentra guardada en el office, accesible para personal de enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
050	¿La postura y comportamiento de las personas residentes permite pensar que no utilizan sujeciones químicas en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
051	¿Se brinda adecuada alimentación asistida a las personas que lo requieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
052	¿Los residuos son manipulados correctamente (separados, tachos suficientes y con tapas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
053	¿En la residencia se administran correctamente los residuos patogénicos (que esté rotulado, impermeable, separado del residuo general, uso de descartadores de punzo cortantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
054	¿Las camas cuentan con equipamiento adecuado para las personas residentes que lo requieren (barandas, colchón antiescara, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
055	¿La ropa de las personas residentes está limpia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
O56	¿En la residencia se observa un buen trato del personal hacia las personas residentes (digno, respetuoso, no infantilizante, ni estereotipado)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O57	¿Se cuenta con espacios que brinden intimidad a las personas residentes (para el cambio de ropa, higiene personal, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
O58	¿Se propicia la personalización del espacio propio de las personas residentes (cubrecamas, cuadros, fotos, adornos personales en las habitaciones, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

OBSERVACIÓN Subtotal por dimensión

I	P	OG	AIC	CS	IECP

ENTREVISTA A RESIDENTES [fuente de información]

A continuación, se encontrará con una serie de preguntas que debe responder en función de la información que recabe durante la entrevista a una o varias personas residentes. Las preguntas no indagan la situación particular de cada residente que entrevista, sino su opinión general acerca de lo que sucede en la residencia. Podrá realizar todas las preguntas a una misma persona o elegir distintos/as residentes para diferentes preguntas. Cada pregunta debe ser contestada con una única respuesta.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
ER1	¿Se respeta el derecho al libre acceso a la información por parte de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER2	¿En la residencia se promueve el confort y la intimidad para la recepción de familiares/amistades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER3	¿Las personas residentes participan en las actividades cotidianas, por ejemplo, se hacen sus camas, colaboran en la cocina, en la limpieza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER4	¿Las personas residentes tienen habilitado el uso de celular y otros dispositivos tecnológicos personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER5	¿Las personas residentes tienen libre acceso a la conexión Wifi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER6	¿Se implementan actividades específicas para aquellas personas que no pueden momentáneamente desplazarse a los espacios comunes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER7	¿Las personas residentes tienen la posibilidad de elegir habitaciones o lugar en el comedor según sus preferencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER8	¿Las salidas y regresos de las personas son libres en la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER9	¿La residencia cuenta con espacios de participación formal (asambleas, votaciones, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
ER10	¿Las personas residentes se encuentran a gusto con la alimentación recibida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER11	¿Las personas residentes se sienten satisfechas con el trato que reciben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER12	¿Se respetan la identidad de género y orientación sexual de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER13	¿Las personas residentes participan de las decisiones sobre sus tratamientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER14	¿Las personas residentes tienen lugar para guardar sus pertenencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER15	¿Las personas residentes pueden elegir su propia vestimenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER16	¿Se estimula y brinda apoyo a las personas residentes que quieran adquirir algún conocimiento o desarrollar alguna habilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER17	¿Las personas residentes participan en la planificación de las actividades grupales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER18	¿Se brinda espacio para que las personas residentes tomen decisiones sobre su rutina diaria (horarios, comida, higiene personal, entretenimiento, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER19	¿Las personas residentes establecen vínculos de afecto y confianza con miembros del personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ER20	¿Las actividades y talleres de la residencia resultan del interés y agrado de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

ENTREVISTA A RESIDENTES Subtotal por dimensión

-	-			-	
I	P	OG	AIC	CS	IECP

ENTREVISTA AL PERSONAL [fuente de información]

A continuación, encontrará una serie de preguntas que pueden ser respondidas por uno o más integrante/s del equipo de conducción, del equipo interdisciplinario y/o personal de cuidado. Por ejemplo, si estuvieran presentes distintos miembros del equipo, cada uno puede responder las preguntas específicas de su área - social, médica, nutrición, enfermería, etc.-; en caso de que esto no sucediera se puede completar todo el cuestionario entrevistando al profesional que se encuentre en la residencia. Cada pregunta debe ser contestada con una única respuesta.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP1	¿El personal médico y de enfermería de la residencia dispone de un office de uso exclusivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP2	¿El equipo profesional de la residencia dispone de un gabinete de uso exclusivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP3	¿La residencia cuenta con provisión de agua caliente suficiente y para uso simultáneo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP4	¿El personal dispone del material adecuado para el ejercicio de sus tareas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP5	¿La residencia cuenta con grupo electrógeno en funcionamiento para resolver situaciones de corte de luz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP6	¿Existen mecanismos de evaluación de las competencias del personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP7	¿Las tareas del personal cuentan con supervisión y revisión periódica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP8	¿Están previstos procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área sanitaria (enfermería, medicina, kinesiología, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP9	¿Están previstos procedimientos / protocolos de intervención profesional en el área psicosocial (trabajo social, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP10	¿En la residencia hay acciones activas de cuidado del personal para evitar el desgaste y la sobrecarga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP11	¿El personal de la residencia es estable en el tiempo, sin rotaciones frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP12	¿El personal de cuidados cuenta con canales de apoyo, orientación y/o espacios de reflexión para afrontar situaciones problemáticas de su tarea diaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP13	¿El personal recibe capacitaciones dentro de la residencia o promovidas por ella, según las necesidades detectadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP14	¿El personal, en términos generales, se encuentra satisfecho con su actividad laboral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP15	¿El equipo interdisciplinario tiene reuniones al menos una vez al mes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP16	¿Se realizan reuniones periódicas con todo el personal (incluido el personal de cuidados y el personal de apoyo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP17	¿Las reuniones funcionan como espacios para la toma de decisiones, la comunicación y la resolución de emergentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP18	¿Se realiza un proceso de pre-admisión con participación profesional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP19	¿Hay un proceso de acompañamiento por parte del personal en el ingreso y durante el periodo de integración de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP20	¿Se cuenta con un perfil de residente pre-definido que permita brindar una atención adecuada a quien ingresa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP21	¿Se realizan al menos una vez por día actividades/talleres programados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP22	¿Se implementan estrategias para que las personas con movilidad reducida y/o encamamiento accedan a los espacios comunes y actividades programadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP23	¿La residencia planifica e implementa actividades externas y promueve que las personas sostengan su participación cotidiana en la comunidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP24	¿La residencia trabaja en actividades que incluyan cuestiones relacionadas al género y las sexualidades? (actividades en el día de la mujer, masculinidades, ni una menos, contra la violencia de género, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP25	¿La residencia realiza actividades con participación de las redes de apoyo de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP26	¿Las actividades planificadas buscan ser significativas e interesantes para las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP27	¿Las actividades que se proponen a las personas residentes, se van modificando periódicamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP28	¿Se proveen recursos y se promueven actividades para el uso del tiempo libre de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP29	¿La residencia ha implementado acuerdos/convenios con otras instituciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP30	¿En la residencia se realizan celebraciones regularmente (cumpleaños, aniversarios, fechas festivas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP31	¿La residencia cuenta con canales de comunicación y difusión? (redes sociales, radio, sitio web, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP32	¿La residencia dispone de espacios públicos cercanos (bibliotecas, plazas, centros comunitarios, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP33	¿La residencia dispone de horarios de visitas amplios y flexibles conforme normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP34	¿Las visitas se llevan a cabo sin restricciones de duración?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP35	¿La residencia cumple con el protocolo de prevención de caídas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP36	¿La residencia cumple con los protocolos para prevenir úlceras/escaras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP37	¿La residencia cuenta con los elementos de uso profesional y equipamiento adecuado para los cuidados de enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	IECP
EP38	¿La residencia dispone de ambientes aislados para situaciones infecto-respiratorias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP39	¿La residencia cuenta con espacios o sectores para la asistencia a personas residentes que requieren cuidados complejos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP40	¿Se ejecuta algún protocolo de higiene de manos de las personas residentes de modo eficaz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP41	¿La ropa de cama se cambia al menos una vez por semana o según necesidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP42	¿Cada persona residente cuenta con elementos de higiene personal individuales (jabón, toalla, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP43	¿La medicación se manipula en dispensadores individuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP44	¿La residencia tiene previstos procedimientos o implementa acciones para prevenir la confusión de medicamentos entre las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP45	¿La administración de la medicación la realiza exclusivamente personal profesional capacitado (enfermero/a, médico/a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP46	¿Existe un procedimiento pautado para la administración de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP47	¿La residencia cuenta con servicio de urgencia en caso de necesitarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP48	En caso de utilizarse el servicio de urgencia, ¿es documentado en el legajo de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP49	En caso de utilizarse el servicio de urgencias, ¿se avisa a las familias/red de apoyo de esta situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP50	¿Se brinda acompañamiento/sustitución de las actividades de la vida diaria para las personas residentes que lo requieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP51	¿La utilización de sujeciones es una práctica excepcional que solo se usa cuando es indicada por el/la profesional médico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP52	¿Se realizan acciones para acompañar y orientar a las redes de apoyo de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP53	¿Se brinda información a personas residentes y familiares/redes sobre sus derechos dentro de la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP54	¿Se respetan las decisiones de las personas residentes acerca del momento de fin de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP55	¿La residencia contempla la posibilidad de recibir acompañamiento espiritual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
EP56	¿La frecuencia del baño de las personas residentes que requieren apoyo en esta actividad se realiza al menos 3 veces por semana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

ENTREVISTA A PERSONAL Subtotal por dimensión

I	P	OG	AIC	CS	IECP

DOCUMENTAL [fuente de información]

A continuación, encontrará una serie de preguntas que deberá responder a partir del relevamiento documental. Para ello tendrá que consultar: legajos de las personas residentes; legajos del personal, proyecto institucional, protocolos y procedimientos, demás registros y documentos institucionales. Cada pregunta debe ser contestada con una única respuesta.

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
D1	¿La documentación del establecimiento se encuentra vigente? (habilitación, planos, certificaciones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D2	¿La residencia cuenta con una coordinación administrativa y una dirección institucional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D3	¿La residencia cuenta con licenciada/o en enfermería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D4	¿La residencia cuenta con licenciada/o en nutrición?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D5	¿La residencia cuenta con médica/o?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D6	¿La residencia cuenta con licenciada/o en kinesiología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D7	¿La residencia cuenta con licenciada/o en psicología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D8	¿La residencia cuenta con licenciada/o en terapia ocupacional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D9	¿La residencia cuenta con licenciada/o en trabajo social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D10	¿La residencia cuenta con un equipo interdisciplinario completo para la modalidad prestacional, integrado por todos los perfiles profesionales o reemplazos correspondientes, según normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D11	¿La residencia cuenta con un equipo recurrente (talleristas) acorde a las actividades planificadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D12	¿La relación entre el personal de enfermería/cuidados y las personas residentes cumple con lo requerido según normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D13	¿La residencia cuenta con personal dedicado exclusivamente a las tareas de limpieza, acorde a la normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D14	¿La residencia cuenta con personal de cocina, acorde a la normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D15	¿La residencia cuenta con personal de lavadero, acorde a la normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D16	¿La residencia cuenta con registros de documentación del personal profesional y no profesional (fotocopia de título, certificados de capacitaciones, matrícula, seguros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D17	¿Al menos la mitad del personal cuenta con capacitación en buenos tratos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D18	¿Al menos la mitad del personal ha realizado capacitaciones en perspectiva de género?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D19	¿La dirección institucional cuenta con formación específica en geriatría o gerontología acreditada o en curso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
D20	¿Los/as integrantes del equipo interdisciplinario cuentan con formación gerontológica acreditada o en curso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D21	¿Los/as integrantes del equipo recurrente (talleristas) cuentan con formación/experiencia en trabajo con personas mayores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D22	¿El personal de cuidados cuenta con formación específica acreditada o en curso según normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D23	¿El personal de la residencia acredita actualización en capacitación acorde a sus tareas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D24	¿La residencia tiene seguros propios de la actividad (incendio, responsabilidad civil, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D25	¿El personal de conducción tiene experiencia en la gestión de instituciones gerontológicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D26	¿La residencia cuenta con un Proyecto Institucional por escrito, acorde a lo requerido en la normativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D27	¿El Proyecto Institucional incluye el Plan de eliminación progresiva de sujeciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D28	¿Se realiza evaluación de las acciones incluidas en planificación del año anterior? (actividades, capacitaciones, asambleas, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D29	¿Cuenta con Diagnóstico Poblacional anual, conforme normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D30	¿Cuenta con una Planificación anual acorde a la evaluación y el diagnóstico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D31	¿Hay registro de las reuniones del personal de la residencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D32	¿La residencia cuenta con reglamento interno (donde constan las condiciones de prestación de servicios, derechos y obligaciones de las partes), acorde a las pautas establecidas en la normativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D33	¿La residencia cuenta con información de ingresos y egresos de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D34	¿El proceso de egreso de las personas residentes está protocolizado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D35	¿La residencia cuenta con un Legajo Único para cada persona residente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D36	¿Los legajos cuentan con información completa sobre cada ingresante (valoraciones profesionales, historia clínica, social, económica, legal, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D37	¿Se realiza una valoración gerontológica integral (VGI) de cada persona residente dentro del primer mes desde el ingreso y con actualización anual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D38	¿Se realiza un registro de todas las intervenciones profesionales, firmadas y legibles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D39	¿Cuenta con los protocolos de procedimientos e intervención profesional escritos y disponibles, conforme normativa vigente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Ítem	Pregunta	Si	No	I	P	OG	AIC	CS	ECP
D40	¿La residencia cuenta con protocolos o circuitos de actuación ante situaciones de violencia por razones de género?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D41	¿Las actividades programadas contemplan los siguientes ejes propuestos en la normativa: derechos humanos, estimulación del movimiento, estimulación cognitiva, actividades expresivas/artísticas, recreación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D42	¿Se solicitan estudios e interconsultas a especialistas según los requerimientos de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D43	¿Se registra el seguimiento clínico regular y los procesos agudos intercurrentes de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D44	¿Se presta especial atención a prevenir, detectar e intervenir en posibles afecciones crónicas de las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D45	¿Se realiza movilización pasiva de personas residentes dependientes y semidependientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D46	¿Cuenta con registro completo de administración de medicación psicotrópica (horario, vía, dosis, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D47	¿La residencia tiene certificación vigente de agua potable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D48	¿Las personas residentes cuentan con planes nutricionales específicos para cada patología (hepática, gástrica, hipertensión, diabetes, etc.) exhibidos en la cocina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D49	¿En la residencia se contempla una dieta nutritiva y variada en tipos de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D50	¿El personal de la residencia está capacitado para el manejo de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D51	En los casos de utilización excepcional de sujeción, ¿se consigna en el Legajo Único la indicación, duración, motivo y planificación de medidas para evitarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D52	¿En la residencia hay libro de quejas disponible para las personas residentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D53	¿Hay registro de consentimiento informado de las personas residentes en cada legajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D54	¿Se registran los intereses, hábitos y gustos en distintos aspectos de la vida cotidiana de las personas residentes en el proceso de ingreso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D55	¿Se establecen planes individualizados de atención? (PAI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D56	¿El legajo cuenta con el reglamento firmado por la persona y/o figura de apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
D57	¿Las intervenciones individualizadas consideran la integralidad de la persona (familia, entorno, historia, valores, creencias religiosas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

DOCUMENTAL Subtotal por dimensión

I	P	OG	AIC	CS	IECP

CALIFICADOR – PERFIL DE LA RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA

	Infraestructura y equipamiento (I)	Personal (P)	Organización y gestión institucional (OG)	Actividades internas y con la comunidad (AIC)	Cuidados de la salud (CS)	Implementación del enfoque centrado en la persona (IECP)
Observación						
Entrevista a residentes						
Entrevista al personal						
Documental						
Puntaje total por dimensión						
1= Muy malo	o 0 a 8	o 0 a 7	o 0 a 4	o 0 a 4	o 0 a 7	o 0 a 5
2= Malo	o 9 a 17	o 8 a 14	o 5 a 9	o 5 a 9	o 8 a 15	o 6 a 11
3= Regular	o 18 a 24	o 15 a 21	o 10 a 14	o 10 a 12	o 16 a 22	o 12 a 17
4= Bueno	o 25 a 33	o 22 a 28	o 15 a 19	o 13 a 17	o 23 a 30	o 18 a 23
5= Muy bueno	o 34 a 42	o 29 a 36	o 20 a 24	o 18 a 22	o 31 a 38	o 24 a 29

Perfil de la RLE	I	P	OG	AIC	CS	IECP

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LA RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA

A continuación, deberá describir los aspectos positivos y deficitarios de la residencia evaluada, indicar si las prácticas institucionales promueven y respetan los derechos de las personas residentes, y consignar todas las observaciones que considere relevantes.

14. Bibliografía

- Applebaum, R. A., Straker, J. K., & Geron, S. M. (2000). *Assessing satisfaction in health and long-term care*. New York: Springer.
- Arias, C. (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca (coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación en Envejecimiento*, Instituto de Investigaciones Sociales, México.
- Bauer, J. M., Kaiser, M. J., Anthony, P., Guigoz, Y., & Sieber, C. C. (2008). *The mini nutritional assessment®—its history, today's practice, and future perspectives*. *Nutrition in clinical practice*, 23(4), 388-396.
- Bauer, M., & Nay, R. (2003). *Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature*. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(10), 46-53.
- Bermejo, L. (2022). La potencialidad de las profesionales de atención directa continuada para conocer a las personas y apoyar el desarrollo de su proyecto de vida. En P. Rodríguez Rodríguez (coord.), *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatando mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*, (pp. 105-120), Colección Papeles de la Fundación Nº 8 Castilla y León, Fundación Pilares.
- Bidmead, C., & Cowley, S. (2005). *A concept analysis of partnership with clients*. *Community Practitioner*, 78(6), 203-208.
- Bowers B., Lauring C. & Jacobson N. (2001). *How nurses manage time and work in long-term care*. *Journal of Advanced Nursing* 33, 484-491.
- Bravo G., De Wals P., Dubois M. F., & Charpentier M. (1999). *Correlates of care quality in long-term care facilities: a multi-level analysis*. *Journal of Gerontology* 54b, 180-188.
- Brooker, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley.
- Buljac-Samardzic, M., Van Wijngaarden, J. D., & Dekker-van Doorn, C. M. (2016). *Safety culture in long-term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands*. *BMJ quality & safety*, 25(6), 424-431.
- Caldwell R. A. (2000). *Quality Nursing Care: An Exploration of Student Perspectives*. *Unpublished PhD thesis, Texas Woman's University*.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M.L., Medellín, N., & Stampini, M., (2019). *Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Canadian Institute for Health Information (2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ontario: CIHI.
- Careaga, Z. C. (2011). *Los Derechos de las Personas y el Medio Residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles? Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores*. Cuadernos Técnicos de la Fundación Eguía-Careaga.

- Caspar S. & O'Rourke N. (2008). *The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care in long-term-care facilities. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 63B (4), S255–S265
- Castle, N. G. (2004). *Resident satisfaction in a Transitional Care Unit. Journal of Applied Gerontology*, 23(4), 1-18.
- Castle, N. G. (2007). *A review of satisfaction instruments used in long-term care settings. Journal of aging & social policy*, 19 (2), 9-41.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2022). *State operations manual appendix PP – guidance to surveyors for long term care facilities* (Rev. 208, 21/10/22). Recuperado en: https://www.cms.gov/Regulations-and-guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_pp_guidelines_ltcf.pdf
- Centers for Medicare and Medicaid Services & Centers for Disease Control and Prevention (2019). LTC Facility Self-Assessment Tool. Recuperado en: https://qsep.cms.gov/data/252/A._NursingHome_InfectionControl_Worksheet11-8-19508.pdf
- Chacón, J., & Rugel, S. (2018). Artículo de revisión. Teorías, modelos y sistemas de gestión de calidad. *Revista espacios*, 39 (50), 14.
- Chen, H., Li, H., & Goh, Y. M. (2021). *A review of construction safety climate: definitions, factors, relationship with safety behavior and research agenda. Safety science*, 142, 105391.
- Choi, J., Kim, D. & Yoon, J.Y. (2021). *Person-Centered Care Environment Associated with Care Staff Outcomes in Long-Term Care Facilities. The Journal of Nursing Research*, 29 (1), 1-7.
- Collier, M. W., Prawitz, A. D., & Lawrence, F. C. (1994). *Families as monitors of quality of care in nursing homes. Psychological Reports*, 75(3), Pt 1, 1242.
- Comas-Herrera A. M.J., Byrd W., Lorenz-Dant K., Patel D., & Pharoah D., (eds.) (2022). *LTCcovid International living report on COVID-19 and Long-Term Care*. Recuperado en: <https://ltccovid.org/international-living-report-covid-ltc/>.
- Congreso de los Estados Unidos (1987). Ley 100-203 de 1987. *Ombinus Budget reconciliation act of 1987* (OBRA '87), 22 de diciembre de 1987.
- Cortes Generales de España (2006). Ley 39 de 2006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 14 de diciembre del 2006. BOE° 299.
- Croas, R. (2015). Cuidados Progresivos a lo Largo de la Vida I: Sistema de Cuidados Progresivos. Autonomía Personal en contextos institucionales. Derechos Humanos en Personas con Fragilidad y Dependencia. En Roqué, M. *Políticas públicas sobre envejecimiento en los países del cono sur*. (pp. 9-31), FLACSO, Chile.
- Dabove, M. (2014) Las Residencias Gerontológicas en el Derecho de la Vejez: Panorama Normativo en Argentina. *Revista de la Facultad*, 5 (2) Nueva Serie II 173-214.
- Davies, M., Zúñiga, F., Verbeek, H., Simon, M., & Staudacher, S., (2022). *Exploring Interrelations Between Person-Centred Care and Quality of Life Following a Transition into Long-Term Residential Care: A Meta-Ethnography. Gerontologist*, 20 (20), 1-14 doi: 10.1093/geront/gnac027. Epub ahead of print. PMID: 35176167.

- De Witte, L., Schoot, T., & Proot, I. (2006). *Development of the client-centred care questionnaire*. *Journal of advanced nursing*, 56(1), 62-68.
- DeCicco J., Laschinger H. & Kerr M. (2006). *Perceptions of empowerment and respect: effect on nurses organizational commitment in nursing homes*. *Journal of Gerontological Nursing* 32(5), 49-56.
- Desai, A., Wharton, T., Struble, L., & Blazek, M. (2017). *Person-Centered Primary Care Strategies for Assessment of and Intervention for Aggressive Behaviors in Dementia*. *J Gerontol Nurs.* 43 (2), 9-17. doi: 10.3928/00989134-20170111-07. PMID: 28128394; PMCID: PMC5842803.
- Dey, D. K., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., & Steen, B. (2001). *Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds*. *European journal of clinical nutrition*, 55(6), 482-492.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(Suppl.), 166-206.
- Donini, L. M., Savina, C., Rosano, A., De Felice, M. R., Tassi, L., De Bernardini, L., Pinto, A., Giusti, C., & Cannella, C. (2003). *MNA predictive value in the follow-up of geriatric patients*. *Journal of nutrition health and aging*, 7(5), 282-293.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2008). *Swedish language Person-centred Climate Questionnaire—Patient version: Construction and psychometric evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 302–309.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). *Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)*. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2011). *Job satisfaction amongst aged care staff: Exploring the influence of person-centered care provision*. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1205-1212. doi:10.1017/S1041610211000159
- Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Schur, D., Whitlatch, C. J., & Looman, W. J. (2002). *Family satisfaction with nursing home care for relatives with dementia*. *The Journal of Applied Gerontology*, 21(3), 368-384.
- Ejaz, F. K., Straker, J. K., Fox, K., & Swami, S. (2003). *Developing a satisfaction survey for families of Ohio's nursing home residents*. *The Gerontologist*, 43(4), 447-458.
- Escobar M. C. & Firevicius H. (1992). *Evaluación de calidad de hogares para ancianos*. Santiago de Chile: OPS.
- European Commission (2021). *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA)*. Madrid: IMSERSO.
- Forbes-Thompson, S., Gajewski, B., Scott-Cawiezell, J., & Dunton, N. (2006). *An exploration of nursing home organizational processes*. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 935-954.

- Ford P. & McCormack B. (1999). *Determining older peoples need for registered nursing in continuing health care: the contribution of the royal college of nursing older people assessment tool*. *Journal of Clinical Nursing* 8, 731-742.
- Fries, B. E., Schroll, M., Hawes, C., Gilgen, R., Jonsson, P. V., & Park, P. L. (1997). *Approaching cross-national comparisons of nursing home residents*. *Age and Ageing*, 26(suppl_2), 13-18.
- Grau, L., Teresi, J., Burton, B. & Chandler, B. (1995). *Family members' perception of the quality of nursing home care*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 787-796.
- Guillemard, A. (1992) *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid: IMSERSO.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Kessissoglou, S., & Walsh, P. N. (2004). *The Resident Choice Scale: A measure to assess opportunities for self-determination in residential settings*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 103-113.
- Hawes, C., Mor, V., Phillips, C. D., Fries, B. E., Morris, J. N., Steele-Friedlob, E., Greene, M. A. & Nennstiel, M. (1997). *The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on process quality*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 977-985.
- Hawes, C., Phillips, C. D., & Rose, M. (2000). *High service or high privacy assisted living facilities, their residents and staff: Results from a national survey*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy.
- Health Quality Ontario (2011). *Quality Monitor: 2011 Report on Ontario's Health System*. Ontario: Autor.
- Heyland, D. K., Cook, D. J., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Kutsogiannis, D. J., Skrobik, Jiang, X., Day, A., Cohen, R., & Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). (2010). *The development and validation of a novel questionnaire to measure patient and family satisfaction with end-of-life care: The Canadian Health Care Evaluation Project (CANHELP) Questionnaire*. *Palliative Medicine*, 24(7), 682-695.
- Huenchuán Navarro, S., & Rodríguez Velázquez, I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política*, Consejo Económico para América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile.
- Huffman, G. B. (2002). *Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly*. *American Family Physician* 65(4), 640-651.
- ICASS (1999). *Indicadores de evaluación de calidad para residencias de personas mayores del ICASS*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- INDEC (2012). ENCaViAM, Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012, Serie de estudios INDEC N°46.
- INDEC (2013). *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Número 35. Serie análisis demográfico*. Buenos Aires, Argentina: Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>
- INSSJP (2017). Resolución N° 0917. Módulo de Continuidad de Cuidados. Boletín Oficial.

- Irurita Alzueta, J. (2012). *Sistemas de gestión de la calidad*. Tesis final de ingeniería. Universidad de Navarra.
- Jang, H. Y., Song, E. O., & Ahn, J. W. (2022). *Development and validation of the Scale for Staff–Family Partnership in Long-term Care (SSFPLC)*. *International Journal of Older People Nursing*, 17(2), e12426.
- Kalideen, L., Govender, P., & van Wyk, J. M. (2022). *Standards and quality of care for older persons in long term care facilities: a scoping review*. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-12.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). *Assessment in long-term care*. *Annual Review of Public Health*, 21, 659-686.
- Kane R. L. & Kane R. A. (2001). *What older people want from long-term care and how they can get it*. *Health AFF* 20, 114-127.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
- Koenig, H. F. & Kleinsorge, I. K. (1994). *Perceptual measures of quality: A tool to improve nursing home systems*. *Hospital and Health Services Administration*, 39(4), 487-503.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). *ESPEN guidelines for nutrition screening 2002*. *Clinical nutrition*, 22(4), 415-421.
- Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O. L. E., Stanga, Z., & An ad hoc ESPEN Working Group. (2003). *Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials*. *Clinical nutrition*, 22(3), 321-336.
- Lacasta Reoyo, (2022). Beneficios de la AICP para los profesionales y para las propias organizaciones que gestionan residencias. En Rodríguez Rodríguez, P. (coord.), *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. (pp. 121-136) Colección Papeles de la Fundación N.º 8. Castilla y León: Fundación Pílares.
- Lemke, S., & Moos, R. H. (1986). *Quality of residential settings for elderly adults*. *Journal of Gerontology*, 41(2), 268-276.
- Leturia, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, 5, 43-66.
- Ley 1932. Creación del INSSJP (1971). Poder Ejecutivo Nacional. Boletín Oficial.
- Li I.C., Chen Y.C. & Kuo H.T. (2008). *The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city*. *Journal of Clinical Nursing* 17(22), 3050–3058.
- Liu, W., Hu, M., & Chen, W. (2022). *Identifying the Service Capability of Long-Term Care Facilities in China: An e-Delphi Study*. *Frontiers in Public Health*, 10. Recuperado en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.884514>
- Lowe, T. J., Lucas, J. A., Castle, N. G., Robinson, J. P., & Crystal, S. (2003). *Consumer satisfaction in long-term care: State initiatives in nursing homes and assisted living facilities*. *The Gerontologist*, 43(6), 883-896.

- Malnutrition Advisory Group (MAG) (2000). *MAG—guidelines for Detection and Management of Malnutrition*. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, Redditch, UK.
- Martínez, T. (2016). La atención gerontológica centrada en la persona en residencias españolas. Algunas opiniones de sus directores y profesionales. *Informes ACP Gerontología*. N°4. Recuperado en: www.acpgerontologia.com
- Martínez Rodríguez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. ALAVA. Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco.
- Martínez Rodríguez, P. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.
- Martínez Rodríguez, T. (2022). Políticas de cuidado, ONU Mujeres, INSSJP- PAMI, OISS.
- Martínez T., Suárez-Álvarez J., & Yanguas J. (2016). Instrumentos para evaluar la atención centrada en la persona en gerontología, *Psicothema* 28 (2), 114-121.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016). *Spanish validation of the person-centered care assessment tool (P-CAT)*. *Aging & mental health*, 20(5), 550-558.
- Maslach C., Jackson S.E., & Leiter M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Masotti, P., McColl, M. A., & Green, M. (2010). *Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature*. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 115-125.
- McGilton K.S., McGillis Hall L., Boscart V., & Brown M. (2007). *Effects of director of care support on job stress and job satisfaction among long-term care nurse supervisors*. *Canadian Nursing Leadership* 20(3), 52-66.
- McGilton K.S., McGillis Hall L., Wodchis W., & Petroz U. (2007). *Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff*. *Journal of Nursing Administration*, 37, 366-372.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, *Social Science and Medicine*, 51(7):1087-110.
- Montorio Cerrato, I.G., Llorente, G., Hernández López, J. M., Guerrero de Juan, M., Fernández Ballesteros, R., & Izal Fernández de Trocóniz, M. (1996). Sistema de evaluación de residencias de ancianos, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicio Sociales, España.
- Moos, R. H., & Lemke, S. (1979). *Multiphase Environmental Assessment Procedure: Preliminary manual*. Stanford: Veterans Administration Medical Center and Stanford University School of Medicine.
- Moos, R. H., & Lemke, S. (1996). *Evaluating Residential Facilities*. Thousand Oaks: Sage Publishers.
- Morley, J. E., & Thomas, D. R. (1999). *Anorexia and aging: pathophysiology*. *Nutrition*, 15(6), 499-503.

- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S., Murphy, K., Drugovich, M. & Friedlob, A. S. (1990). *Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. The Gerontologist, 30(3), 293-307.*
- Mostyn, M. M., Race, K. E., Seibert, J. H. & Johnson, M. (2000). *Quality assessment in nursing home facilities: Measuring customer satisfaction. American Journal of Medical Quality, 15(2), 54-61.*
- Murakami, Y., & Colombo, F. (2013). *Measuring quality in long-term care. In A. L. Cercel (ed) A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care (pp. 53), OECD Publishing, Francia.*
- Murphy, K. (2007a). *A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. Journal of clinical nursing, 16(3), 477-485.*
- Murphy, K. (2007b). *Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing, 16 (5), 873-884.*
- Naciones Unidas (1982). Plan de Acción de Viena sobre envejecimiento.
- Naciones Unidas (1998). Año Internacional de las Personas de Edad, 1999.
- Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007). *Pressure Ulcer Stages/Categories.* NPUAP Washington, DC.
- Nazarko L. (1998). *Quality of care in nursing homes. Nursing Management 5, 17-20*
- Niksirat, P. (2022). *Developing a Standard on Long-Term Care Homes. Standardization: Journal of Research and Innovation, 1(2), 1-3.*
- Nolan M., Grant G., & Nolan J. (1995). *Busy doing nothing: activity and interaction levels amongst differing populations of elderly patients. Journal of Advanced Nursing 22, 528-538.*
- Norton, P. G., van Maris, B., Soberman, L. & Murray, M. (1996). *Satisfaction of residents and families in long-term care: I. Construction and application of an instrument. Quality Management in Health Care, 43, 38-46.*
- O. E. C. D. (2013). *A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Organization for Economic Cooperation & Development.*
- OEA (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., Nikolaus, T., Tosato, M., Liperoti, R., Landi, F., & Bernabei, R. (2012). *Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC health services research, 12(1), 1-10.*
- Phillips, C. D., Hawes, C., Spry, K., & Rose, M. (2000). *Residents leaving assisted living: Descriptive and analytic results from a national survey. Beachwood, OH: Myers Research Institute.*

- Pinazo-Hernandis, S., & Olivera Pueyo, J. (2022). Aprender a observar, comprender y afrontar conductas difíciles en las personas con demencia. En P. Rodríguez Rodríguez, El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. (pp. 71-86) Colección Papeles de la Fundación N.º 8. Castilla y León: Fundación Pilares.
- Puurveen, G., Maumbusch, J., & Gandhi, P. (2018). *From family involvement to family inclusion in nursing home settings: A critical interpretive synthesis*. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 60–85.
- Rajamohan, S., Porock, D., & Chang, Y. (2019). *Journal of Nursing Scholarship*, 51 (5) , 560–568.
- Redfern S., Hannan S., Norman I., & Martin F. (2002). *Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home*. *Health and Social Care in the Community* 10, 512–519.
- Resolución N° 559 (2001). INSSJP-PAMI Reglamento del Registro de Prestadores de Geriátria. Boletín Oficial.
- Resolución Ministerial N° 612 (2015) de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Rhoades L., & Eisenberger R. (2002). *Perceived organizational support: a review of the literature*. *Journal of Applied Psychology* 87(4), 698–714.
- Riordan C.M., & Weatherly E.W. (1999). *Defining and measuring employes identification with their work groups*. *Educational and Psychological Measurement* 59(2), 310–324.
- Rodriguez Rodriguez, P. (2007). Residencias y otros alojamientos para personas mayores, Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Rodriguez Rodriguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. Informes Portal Mayores, N° 106. Recuperado en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pil ar-atencion-01.pdf>
- Rodriguez Rodriguez, P. (2021). Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido, Catarata, Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2022). La evolución del modelo de residencias hacia la atención integral y centrada en la persona (AICP) y los valores superiores de dignidad y derechos. En P. Rodríguez Rodríguez, El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. (pp.10-13) Colección Papeles de la Fundación N.º 8. Castilla y León: Fundación Pilares.
- Røen, I., Kirkevold, O, Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2018). *Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: A cross-sectional survey*. *International Psychogeriatrics*, 30(9), 1279-1290. doi:10.1017/S1041610217002708
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, London, Constable.
- Roque, M., Fassio, A., Arias, C., & Croas, R. (2015). Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina. Relevamiento y evaluación. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

- Royal Commission into Aged Care Quality and Safety (2021). *Final Report: Care, Dignity and Respect, volume 1*. Commonwealth of Australia.
- Saturno, P. (2005). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria. Opina la Universidad. Modelos de calidad asistencial en atención primaria, 2.
- Scott-Cawiezell J., Schenkman M., Moore L., Vojir, C., Connolly, R., Pratt, M., & Palmer, L., (2004). *Exploring nursing home staff perceptions of communication and leadership to facilitate quality improvement. Journal of Nursing Care Quality 19(3), 242–252.*
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, E., & Thomas, E. J. (2006). *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC health services research, 6(1), 1-10.*
- Shippee, T. P., Henning-Smith, C., Gaugler, J. E., Held, R., & Kane, R. L. (2017). *Family satisfaction with nursing home care: The role of facility characteristics and resident quality-of-life scores. Research on Aging, 39(3), 418–442.*
- Smith, M. A. (2000). Satisfaction. In R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons: Measures, meaning, and practical applications* (pp. 261–299), New York, Oxford University Press.
- Stearns S. C. & D'Arcy L. P. (2008). *Staying the course: facility and profession retention among nursing assistants in nursing homes. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences, 63(3), S113–S121.*
- Steffen, T. M., Nystrom, P. C., & O'Connor, S. J. (1996). *Satisfaction with nursing homes. The design of employees' jobs can ultimately influence family members' perspectives. Journal of Health Care Marketing, 16(3), 34-38.*
- Temkin-Greener H., Zheng N., Katz P., Zhao H., & Mukamel D.B. (2009). *Measuring work environment and performance in nursing homes. Medical Care 47(4), 482–491.*
- Tourangeau A., & McGilton K. (2004). Measuring leadership practices of nurses using the leadership practices inventory. *Nursing Research, 53(3), 182–189.*
- Tourangeau, A., Cranley, L, Spence Laschinger, H., & Pachis, J. (2010). *Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. Journal of nursing management, 18 (8), 1060-1072.*
- van den Berg T.I., Landeweerd J.A., Tummers G.E., & van Merode G.G. (2006). *A comparative study of organizational characteristics, work characteristics and nurses psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. International Journal of Nursing Studies, 43, 491–505.*
- Van den Tooren M. & de Jonge J. (2008). *Managing job stress in nursing: what kind of resources do we need? Journal of Advanced Nursing, 63(1), 75–84.*
- Van Nes, M. C., Herrmann, F. R., Gold, G., Michel, J. P., & Rizzoli, R. (2001). *Does the mini nutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people? Age and ageing, 30(3), 221-226.*
- Verho, H. & Arnetz, J. E. (2003). *Validation and application of an instrument for measuring patient relatives' perception of quality of geriatric care. International Journal for Quality in Health Care, 15(3), 197-206.*

- Vila, J. Villar, F., Celdrán, M., & Fernández, E. (2012). El modelo de atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales, *Aloma*, 30 (1), 109-117
- Wakefield, B., Buckwalter, K. C., & Collins, C. E. (1997). *Assessing family satisfaction with care for persons with dementia*, *Balance*, 1(1), 16-17, 40-42.
- White D L, Newton-Curtis L, & Lyons K S. (2008). *Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care*, *Gerontologist*; 48(1):114-123.
- World Health Organization (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2019). *Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. Copenhagen: WHO.
- Yoon, J. (2018). *Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: A cross-sectional survey study*. *International Psychogeriatrics*, 30(10), 1519-1530. doi:10.1017/S1041610218000194
- Yusta Tirado, R. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo Social hoy*, 84, 45-62.



Calidad de Atención en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores

Instrumento para medir calidad con enfoque de Derechos Humanos y la Promoción del Buentrato



ISBN 978-987-48963-5-3



9 789874 896353