



# El Seguro de Dependencia (III): Residencias

Como se comentó en el número 36 (3-2005), se incluye en esta edición la tercera y última parte del artículo sobre "El Seguro de Dependencia".

**José Ramón Campos Dompredo**  
Director Técnico  
MAPFRE QUAVITAE

**“Es importante resaltar la gran variedad de modelos de atención institucional que utilizan la misma denominación (residencia de tercera edad, residencia de ancianos, centro residencial, etc.) para referirse a recursos, que por dependencias, estructura arquitectónica, servicios, profesionales, etc., ofrecen recursos distintos y con capacidad de atención muy diferente a personas con dependencia.”**

## 1. Definición de "Residencia"

Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interdisciplinar en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia.

En relación con esta definición, es importante resaltar la gran variedad de modelos de atención institucional que utilizan la misma denominación (residencia de tercera edad, residencia de ancianos, centro residencial, etc.) para referirse a recursos, que por dependencias, estructura arquitectónica, servicios, profesionales, etc., ofrecen recursos distintos y con capacidad de atención muy diferente a personas con dependencia.

Se puede decir que, en la actualidad, existen "residencias" que únicamente ofrecen atención custodial (alojamiento y manutención); otras ofrecen servicios profesionales (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) que no pueden abarcar ni satisfacer las necesidades de las personas dependientes con la intensidad horaria que desarrollan en el centro, y muy pocas veces los servicios, profesionales y necesidades ambientales del centro pueden responder a las demandas futuras de atención al dependiente.

En la mayoría de los centros residenciales que hoy funcionan, el nivel de servicios y profesionales no podrán atender las necesidades de las personas dependientes.

## 2. Características del recurso

### 2.1. Diferencias entre centros residenciales

- ▶ Existen diferencias (en algunos aspectos significativas) entre los requisitos de autorización de centros residenciales entre las diferentes comunidades autónomas.
- ▶ Las diferencias se centran en aspectos arquitectónicos, de organización y relativos a las necesidades de personal.
- ▶ De lo anterior se concluye que los modelos de atención basados en los profesionales y las diferentes dependencias donde desarrollar su trabajo son diferentes en las diferentes Comunidades Autónomas, aun atendiendo a los mismos perfiles de usuarios.
- ▶ En algunas Comunidades Autónomas no existe una exigencia de profesionales especializados (terapeutas ocupacionales, psicólogos, médicos, etc.) entre los requisitos mínimos para la autorización de apertura de los centros.

### 2.2. Recursos Humanos

- ▶ En su mayoría, las ratios de personal exigidas en las distintas Comunidades Autónomas son de 0,35.
- ▶ Se exige poca intensidad horaria de presencia en los centros a determinados profesionales (médicos, DUEs).
- ▶ Se da una carencia de profesionales con formación específica en geriatría y en atención a personas con dependencia.



- ▶ Existe una gran rotación entre el personal causada por la situación laboral y retributiva del sector.

### 2.3. Perfil de usuarios

- ▶ No existe una clasificación de usuarios relacionada con sus perfiles y con su diferente relación con la dependencia. En la actualidad sólo se clasifican en válidos y asistidos.
- ▶ El perfil de usuario que habitualmente acude a los centros es:
  - Mujeres (3 mujeres/1 hombre).
  - Edad media: 85-86 años, con aumento de los intervalos de edad entre 85-95 años.
  - Pluripatología.
  - Necesidad de ayuda en dos o más ABVD.
  - Necesidad de cuidados médicos y de enfermería continuados (control de patologías, etc.).
  - Apoyo familiar, con visitas frecuentes y demanda de información y prestación de cuidados.
  - El 20-30 por ciento de los residentes presenta deterioro cognitivo moderado-severo.
- ▶ El perfil de usuario que se atiende en los centros es diverso, conviviendo personas con o sin necesidad de ayuda, con o sin deterioro funcional y con o sin deterioro cognitivo.

### 2.4. Modelos de gestión

- ▶ Las residencias que cuentan con autorización administrativa para la atención de personas asistidas pueden atender a cualquier tipo de perfil de usuario, sin diferenciar espacios, profesionales, objetivos, modelos de atención, etc.

## Objetivos de los Centros Residenciales

### Objetivos asistenciales

- ▶ Prevenir la aparición de procesos morbosos y complicaciones relacionadas con la edad que provoquen discapacidad.
- ▶ Establecer los mecanismos asistenciales necesarios que permitan la detección precoz de los factores de riesgo o los signos de alarma relacionados con la dependencia.
- ▶ Conseguir el máximo nivel de independencia y autonomía.
- ▶ Establecer las medidas rehabilitadoras adecuadas en cada caso que mejoren, potencien o mantengan la capacidad funcional de las personas mayores.
- ▶ Realizar una intervención integral, atendiendo las áreas física, funcional, mental y social.

### Objetivos de seguridad y confort

- ▶ Establecer un espacio dotado de las máximas condiciones de seguridad que prevenga accidentes y situaciones de riesgo.
- ▶ Proporcionar un lugar confortable, cálido y manejable.
- ▶ Dotar al centro de las ayudas técnicas y conseguir la necesaria eliminación de barreras arquitectónicas que faciliten la vida de las personas ingresadas en el centro.

### Objetivos relacionados con el ocio

- ▶ Establecer espacios que faciliten el desarrollo de programas de animación socio-cultural de participación colectiva.
- ▶ Proporcionar áreas o zonas diversas que permitan la ocupación del tiempo libre.
- ▶ Dotar al centro de un modelo de atención dirigido tanto a la atención asistencial y a potenciar la ocupación del tiempo libre, como a la relación con el entorno, la integración y la comunicación, etc.

### Objetivos de relación con el medio

- ▶ Crear espacios que fomenten la comunicación y la relación entre residentes.
- ▶ Facilitar espacios diversos que favorezcan la libre elección por parte de los residentes.
- ▶ Crear espacios de relación en zonas ajardinadas y anexas al centro.
- ▶ Favorecer la convivencia y la independencia de la relación (además del espacio privado) entre residentes y familiares.
- ▶ Crear espacios y actividades de encuentro y relación con el medio exterior.

### Objetivos de desarrollo personal

- ▶ Crear espacios y ambientes que se asemejen a su estilo y a su historial vital.
- ▶ Facilitar espacios privados que favorezcan su utilización (tamaño suficiente, sin barreras, etc.).
- ▶ Establecer espacios de gran diversidad (en cuanto a localización, tamaño, variabilidad ambiental, etc.) que permitan el desarrollo personal de los residentes.
- ▶ Adecuar el espacio y el equipamiento para que se asemejen más al aspecto de "casa" que de "centro sanitario".

### Objetivos institucionales

- ▶ Facilitar un espacio funcional tanto para residentes como trabajadores.
- ▶ Crear un espacio que responda a los criterios organizativos y de funcionamiento del modelo de gestión de MAPFRE QUAVITAE.
- ▶ Dotar de suficientes áreas o zonas donde poder desarrollar los programas de intervención, trabajo en equipo, relación e información a residentes y familiares.
- ▶ Crear espacios para las intervenciones individualizada y colectiva.
- ▶ Diseñar espacios que faciliten la relación del medio (familiares, visitas, profesionales, sociedad) con el centro (residentes, profesionales, etc.).

- ▶ No existe un modelo de gestión único, estandarizado y con criterios mínimos de actuación al cual referenciarse.
- ▶ No existen artículos ni estudios de investigación que den a conocer los modelos de gestión, la problemática común, los indicadores, etc., que permitan la evolución del sector.
- ▶ Comienza a aparecer una problemática legal asociada al mundo residencial que condiciona, por un lado, la necesidad de formación y de prácticas de actuación homologadas y dentro del margen legal, y, por otro, el aumento de las denuncias y las reclamaciones que experimentará el sector.
- ▶ La cartera de servicios de un centro residencial se establece en relación a los servicios básicos (atención en ABVD, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, servicios generales, manutención, lavandería, etc.) y a los servicios opcionales (cafetería, peluquería, etc.).

## 2.5. Tamaño de las residencias

- ▶ Existe una gran variedad de tamaños de centros: desde los que cuentan con 12 plazas, hasta los grandes centros de más de 300 plazas.
- ▶ El tamaño del centro tiene una gran relación con el precio, los servicios y el personal. A mayor tamaño, menor precio por plaza, mayor número de profesionales (categorías) y, consecuentemente, de servicios, y menor ritmo de rotación del personal (jornadas completas).

## 2.6. Ubicación

- ▶ La ubicación de los centros se encuentra en las grandes ciudades, con una oferta menos profesionalizada en zonas rurales o poblaciones más pequeñas.

## 2.7. Precio por plaza

- ▶ El precio por plaza tiene una relación directa con los gastos de personal. Por tanto, una mayor dotación de personal (con el que atender las necesidades de

la dependencia) en un centro supondrá un superior precio por plaza.

- ▶ Los costes actuales de un centro se hallan por encima del nivel medio de las pensiones.
- ▶ La financiación de una plaza por parte del usuario se realiza a través de su pensión, sus ahorros y/o la aportación de los hijos.
- ▶ No existe en la sociedad un suficiente conocimiento de la relación entre el precio por plaza y los costes de personal, ni de la diferencia existente entre los diferentes centros a la hora de realizar una elección.
- ▶ Existen diferencias en la “presentación” de los precios en los diferentes centros, estableciéndose aquéllos en función de la clasificación de las personas (de menos a más asistidas) o de si se incluyen o no determinados servicios (de enfermería, de cuidados, etc.).

## 2.8. Indicadores de calidad

- ▶ No existen indicadores de calidad estándar, ni criterios mínimos de actua-





ción que permitan conocer el funcionamiento real de los centros.

- Las actuales certificaciones de calidad responden al modelo que la empresa implanta, sin estar éste homologado ni situarse dentro de los estándares de calidad (inexistentes) del sector.

### 3. Residencias. Necesidades futuras

#### 3.1. Recursos Humanos

- Establecer los requisitos mínimos de personal necesarios para la atención de los diferentes tipos de residentes (demencias, válidos, asistidos funcionales, etc.).
- Establecer la relación entre: nivel de dependencia/perfil de usuario/asociación de deterioro cognitivo/exigencia de profesionales.

#### 3.2. Perfil de usuarios

- Establecimiento de nuevas clasificaciones de los usuarios (basadas en la carga de trabajo, perfil de atención, etc.), de tal manera que se pueda obtener información y definir las prestaciones para los distintos grupos homogéneos.

#### 3.3. Modelos de gestión

- Unificar los criterios de autorización administrativa para la apertura y el funcionamiento de centros residenciales en las diferentes Comunidades Autónomas.
- Establecer un catálogo de requisitos arquitectónicos y funcionales mínimos para el funcionamiento de centros residenciales, que se adapte a la realidad actual de los mismos.

#### Datos más significativos

	Centros residenciales	Número de plazas
Propios	573 (13,78%)	55.289 (25,70%)
Concertados	1.055 (25,37%)	34.673 (16,11%)
Privados	2.530 (60,84%)	125.194 (58,18%)

Fuente IMSERSO, 2002

Índice de cobertura nacional: 3,19.

Crecimiento 1999-2001: 8 por ciento.

Atomización del sector: las 5-10 empresas del sector con mayor número de plazas alcanzan el 10 por ciento de negocio.

El tamaño medio de los centros se sitúa entre 30-50 plazas.

Entre el 10-15 por ciento de las plazas residenciales privadas se encuentra, en la actualidad, sin ocupar.

- Establecimiento de una normativa específica para la atención a personas con demencia, en cuanto a: necesidades arquitectónicas, ambientales, profesionales, modelo de atención, etc.
- Establecimiento de una clasificación de centros en función del nivel de cuidados que pueden prestar y basada en las características de los centros (arquitectónicas, ambientales, etc.), de los profesionales y su intensidad horaria, del modelo de gestión, etc.
- La clasificación de centros permitirá definir cuáles son los que pueden atender a las personas con dependencia que establezca la futura ley.
- Definición de los modelos de gestión (organización y funcionamiento) necesarios en los centros residenciales según los diferentes perfiles de usuarios y la clasificación de los propios centros.
- Establecimiento de los criterios mínimos exigibles a los centros en relación con su organización y su funcionamiento.
- Establecimiento de programas de intervención que den respuesta a la especial situación de cada grupo homogéneo de dependencia.
- Realización de programas de formación específicos para todos los niveles profesionales de cada centro residencial.
- Aparición de nuevas carteras de servicios demandadas por los usuarios.
- Potenciación de los servicios destinados a la prevención y la atención de la dependencia, con el claro objetivo de "favorecer la independencia" (médico, DUE, rehabilitación, etc.).
- Creación de nuevos centros o módulos destinados a la atención a todo tipo de perfiles: personas mayores independientes, convalecencia, rehabilitación, demencia, etc.

- ▶ Concepción de la residencia como un centro gerontológico desde el cual se prestarán diferentes servicios y recursos ambulantes (servicio de ayuda a domicilio, centro de día, etc.).
- ▶ Potenciación de los estudios de investigación relacionados con la atención de la persona mayor, los programas de intervención, los modelos de gestión, la organización y funcionamiento, etc.
- ▶ Surgimiento de otras ofertas de productos a nivel residencial (convalecencia, paliativos, rehabilitación, ocio, etc.).
- ▶ Necesidad de información y de comprensión por parte de la sociedad del cambio de los centros residenciales.

### 3.4. Precio por plaza

- ▶ Puesta en relación de las “nuevas exigencias” y “nuevos perfiles” con la financiación pública de las plazas (precios de concertación, seguro de dependencia, etc.).
- ▶ Surgimiento de otras fórmulas de financiación de plazas: hipotecas inversas, productos aseguradores, etc.

### 3.5. Indicadores de calidad

- ▶ Definición de indicadores de calidad (organización, programas, satisfacción, etc.), que fijen el nivel de atención prestado en el centro.

### 3.6. Regularización del sector

- ▶ Revisión del convenio del sector residencial.
- ▶ Unificación del convenio en las distintas Comunidades Autónomas.
- ▶ Apuesta por la mejora salarial.

- ▶ Potenciación de la inspección de centros.
- ▶ Verificación del cumplimiento de las condiciones exigidas.
- ▶ Creación de unidades independientes para la clasificación, la definición de perfiles y el control de los centros.

## 4. Residencia y aseguradora

---

- ▶ Relación con empresas de acreditada solvencia técnica y con aseguramiento de la calidad.
- ▶ Concepto de estancias de estabilización o rehabilitación de procesos con el objetivo de prevenir la dependencia, y necesidad de asignar los recursos de manera más intensa.
- ▶ Asociación de productos relacionados con la “prevención de la dependencia” en pólizas sanitarias.
- ▶ Los centros residenciales deberán contar con un equipo asistencial mínimo que garantice la atención suficiente de los distintos niveles de dependencia que se determinen.

- ▶ Necesidad de contar con empresas externas que garanticen el nivel de cumplimiento de las exigencias y las condiciones establecidas.
- ▶ Establecer indicadores e información de control de la actividad realizada en los centros.

- ▶ Necesidad de contar con centros residenciales que posibiliten la atención a los diferentes perfiles de usuarios, estableciendo la atención modular mediante la definición de los modelos de intervención para cada uno de los perfiles de los usuarios.

- ▶ Dada la demanda del recurso a nivel nacional (inclusive en poblaciones pequeñas y alejadas de núcleos urbanos), será necesario establecer una concertación con grupos que alcance la mayoría del territorio nacional.
- ▶ El aseguramiento del alcance territorial podrá realizarse a través de los grandes grupos (evaluando y controlando la concertación con otros centros), o bien a través de empresas externas independientes.
- ▶ Podrá complementarse con otros recursos: SAD, TAD, centros de día.
- ▶ Utilización del recurso en diferentes tipos de estancias: rehabilitación, convalecencia, paliativos, temporales, permanentes, etc.
- ▶ Valoración positiva de las acciones preventivas incorporadas al recurso.
- ▶ Posibilidad de establecer (como medida preventiva o como consecuencia de la intervención realizada) mejoras que permitan la asignación de un recurso de menor intensidad (centros de día, SAD, etc.).
- ▶ Necesidad de establecer programas de intervención y atención a familiares y/o cuidadores como complemento a la atención residencial, y con la finalidad de trabajar en soluciones futuras.
- ▶ Necesidad de complementar la atención en los centros de la dependencia con otros servicios de valor añadido: odontología, asesoramiento legal, nuevas tecnologías, ocio y tiempo libre, etc.
- ▶ Evaluación continuada de las empresas prestadoras del servicio.
- ▶ Búsqueda de proveedores integrales (para su complementación con otros recursos y para facilitar la continuidad del servicio y de la relación con el cliente). ■