



boletín

sobre el envejecimiento

# perfiles y tendencias

Nº 49

MAYO 2011

## Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias

### EDITORIAL

En los últimos años, la oferta de servicios sociales dirigidos a las personas mayores ha experimentado un considerable incremento y, en menos de una década, casi se ha duplicado el porcentaje de mayores que reciben atención a través de los servicios residenciales, los centros de día o del servicio de ayuda a domicilio.

Acontecimientos como la aprobación de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia* o la importancia creciente que están adquiriendo cuestiones, como la calidad de los servicios, el envejecimiento activo, la satisfacción de los usuarios con la atención recibida o el respeto de los derechos de los mayores, nos hace ser más exigentes, de manera que no nos conformemos únicamente con ver cómo crece la oferta de servicios, sino que busquemos servicios que respondan cada vez más a las necesidades de las personas mayores. Los servicios sociales no deben limitarse a ofrecer asistencia social, sino que han de ser espacios en donde se hagan valer los derechos de los mayores.

Por otro lado, la diversificación de la oferta y la existencia de diferentes alternativas, si bien facilita el ejercicio del derecho de elección de los usuarios, puede ser fuente de confusión entre los mismos, que no siempre tie-

nen claro cuál es la opción que responde mejor a sus necesidades ni qué criterios deben tenerse en cuenta al elegir entre estas opciones.

En este contexto, aparecen los indicadores de calidad, que pueden entenderse como criterios que definen y miden la excelencia de los servicios. En los últimos tiempos, a lo largo de toda la Unión Europea, están proliferando estándares de calidad aplicables a la atención de la dependencia (*long-term care*, cuidados de larga duración), sin que, todavía, se haya llegado a un consenso sobre qué se entiende por calidad. Y, así, hoy en día existe un sinnúmero de indicadores de calidad que miden aspectos muy diferentes entre sí. La necesidad de contar con un concepto de calidad aceptado por todos ha llevado a la Unión Europea a promover el proyecto «*Gestión de Calidad mediante Indicadores orientados a resultados - Hacia una evaluación comparativa de los cuidados residenciales de las personas mayores*». Este proyecto, que está cofinanciado por la Comisión Europea, en el marco del programa PROGRESS, persigue la promoción de la calidad de los servicios sociales de manera sistemática y estandarizada, haciendo especial hincapié en la calidad de vida.

En este boletín se describe este proyecto europeo. Como se puede apre-

ciar, los países participantes estaban especialmente interesados en elaborar indicadores de calidad que respondieran a los criterios científicos de fiabilidad, validez, sensibilidad para detectar cambios, usabilidad y que fueran cuantificables. Además, dado que se buscaban indicadores que suscitaban el consenso, se optó por utilizar el Método Delphi, contando con diez expertos por cada país participante (Alemania, Austria, Italia, Reino Unido, Eslovenia, los Países Bajos y Luxemburgo), así como la formación de talleres de trabajo en los que participaron expertos de 25 residencias de tres países (Alemania, Austria y Luxemburgo) que elaboraron el método a seguir en la aplicación y validación de los indicadores seleccionados. El resultado final de este proyecto ha sido la elaboración de 94 indicadores englobados en cinco dominios (calidad de los cuidados, calidad de vida, liderazgo, rendimiento económico y contexto).

Pensamos, que, salvando las diferencias que pueda haber entre estos países y España, los indicadores de calidad aquí presentados pueden ser útiles para todos los agentes implicados en la gestión de residencias, con independencia de que provengan del sector público o privado.

**Observatorio de Personas Mayores**



Observatorio  
de personas Mayores

**Autores y asociados del proyecto**

- Centro Europeo para las Políticas de Bienestar Social e Investigación (Coordinador)
- E-Qalin GmbH

Viena  
Austria  
Bad Schallerbach  
Austria

Frédérique Hoffmann  
Flipp Maas/Ricardo Rodrigues  
Adelheid Bruckmüller  
Simon Gross  
Andreas Kattnigg  
Kai Leichsenring  
Wilfried Schlüter  
Heidmarie Stafflinger  
Eckart Schnabel

- Technische Universität Dortmund  
Forschungsgesellschaft für Gerontologie  
[Instituto de Gerontología de la Universidad Técnica de Dortmund]

Dortmund  
Alemania

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)  
[Servicio Médico Asesor de la Asociación Federal de Seguros de Salud]

Essen  
Alemania

Uwe Brucker

- Ministerio de Sanidad, Igualdad, Atención y Envejecimiento del Estado de Renania del Norte-Westfalia

Düsseldorf  
Alemania

Andreas Burkert  
Hans Braun  
Daniela Grobe  
Julienne Meyer

- City University [Universidad de la Ciudad de Londres]

Londres  
Reino Unido  
Utrecht  
Holanda

Mirella Minkman  
Ruth Pel  
Sabina Mak

- Vilans  
Centro del Conocimiento para los Cuidados de Larga Duración

**Diseño y revisión**

- Centro Europeo para las Políticas de Bienestar Social e Investigación

Viena  
Austria

Katrin Gasior  
Willem Stamatou

El propósito explícito de este manual es ser reproducido y difundido lo más ampliamente posible. Hay copias disponibles a través de:

Willem Stamatou  
[stamatou@euro.centre.org](mailto:stamatou@euro.centre.org)

Centro Europeo para las Políticas de Bienestar Social e Investigación Berggasse 17, A-1090 Viena, Austria



El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

Coordinación: Frederique Hoffmann, Flipp Maas y Ricardo Rodríguez (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Viena, Austria)

Traducción: José Ignacio Calleja Miranda y María Cruz González de Caldas Méndez (Nur Trade, S.L.)

Revisión: Ana Madrigal Muñoz. Observatorio de Personas Mayores del Imserso

Diseño de la colección: Onoff Imagen y Comunicación

Edición: 1ª

Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
Secretaría General de Política Social y Consumo  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)  
Avda. de la Ilustración, s/n., c/v a Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid  
Tel.: 91 7033935 - Fax: 91 7033880  
E-mail: [publicaciones@imserso.es](mailto:publicaciones@imserso.es)  
<http://www.imserso.es>

Catálogo general de publicaciones oficiales  
<http://www.060.es>

NIPO: 866-11-004-3

© IMSERSO, 2011

## CONTENIDOS

<b>1. Sección 1: Antecedentes e introducción</b> .....	3
<b>2. Sección 2: El trabajo con indicadores de rendimiento basados en resultados: Planteamientos y prácticas en las residencias</b> .....	10
<b>3. Sección 3: El reto de los indicadores que miden la calidad de vida</b> .....	18
<b>4. Sección 4: Lista de los indicadores principales de rendimiento clasificados por dominio:</b> .....	28
Dominio 1: Calidad de los cuidados .....	28
Dominio 2: Calidad de vida.....	40
Dominio 3: Liderazgo .....	64
Dominio 4: Rendimiento económico .....	74
Dominio 5: Contexto.....	77
<b>5. Referencias</b> .....	79

## Reconocimiento

---

Este Manual es el resultado del proyecto «Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people» [Gestión de calidad mediante indicadores orientados a resultados: Hacia una evaluación comparativa de los cuidados residenciales de las personas mayores] que está cofinanciado por la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea en el marco del Programa PROGRESS. De la coordinación del proyecto se encargó el Centro Europeo para las Políticas de Bienestar Social e Investigación (Austria) y su desarrollo se llevó a cabo con socios de Alemania (el Instituto de Gerontología de la Universidad Técnica de Dortmund, el Ministerio de Sanidad, Igualdad, Atención y Envejecimiento del Estado de Renania del Norte-Westfalia, y el Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, MDS [Servicio Médico Asesor de la Asociación Federal de Seguros de Salud]), de Holanda (la organización Vilans), y de Inglaterra (la City University London [Universidad de la Ciudad de Londres]), así como con E-Qalin Ltd. representando a asociados de Austria, Alemania, Italia, Luxemburgo y Eslovenia.

Damos las gracias especialmente a los más de cien expertos y profesionales que participaron en el Estudio Delphi, organizado por Vilans, nuestra asociada en el proyecto y/o en los seminarios de validación que organizó E-Qalin. Sus aportaciones y comentarios en-

riquecieron de manera fundamental nuestros conocimientos y la lista de indicadores.

Los autores quieren agradecer particularmente a Susan Blasko (de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Zwickau de Alemania), Rehka Elaswarapu (de la Care Quality Commission [Comisión para la Calidad en la Asistencia] de Inglaterra), Simon Gross (de RBS – Center fir Altersfroen de Luxemburgo), Nadine Hastert (de Servior, Luxemburgo), Bernd Marin (del Centro Europeo para las Políticas de Bienestar Social e Investigación, de Austria), Inge Rasser (del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes de Holanda) y a Christine Wondrak-Dreitler (SeneCura Sozialzentrum Purkersdorf de Austria) por sus valiosos comentarios y aportaciones sobre una versión anterior de los indicadores, de lo que nos beneficiamos enormemente.

También quisiéramos agradecer a Karin Gasior su paciente apoyo durante la preparación y el diseño del Manual; a Andrea Hovenier por su probada eficiencia respecto a la organización de varias reuniones del equipo del proyecto (en Viena, Utrecht, Dortmund y Londres); y finalmente a Willem Stamatiou, quien hizo la corrección de estilo con su acostumbrada atención y profesionalidad, y que también fue el responsable de la preparación de la edición de las tres versiones del Manual.

Viena, octubre de 2010.

# 1. Sección 1.

## 1. Antecedentes e introducción

---

El envejecimiento demográfico da lugar a un incremento del número de personas que necesitan asistencia, lo que requiere cambios estructurales en los sistemas de cuidados actuales y en los que van apareciendo en Europa. Una de las estrategias usadas para controlar el incremento de la demanda y de la oferta fue convertir los sistemas que antes eran públicos en sistemas de cuasi-mercado, complementando los servicios públicos con nuevos proveedores (empresas privadas y organizaciones sin ánimo de lucro). Una de las pretensiones de la aplicación del «New Public Management» [Nueva Gestión Pública] a los servicios sociales y sanitarios fue, ciertamente, aumentar su eficiencia y efectividad, con el propósito final de reducir los costes en estos sistemas que, cada vez más, están dirigidos por el mercado. Estos desarrollos son importantes motores para la implantación de sistemas de gestión obligatorios, o cuando menos voluntarios, y para la mejora de las medidas de control externo (de certificación o de inspección).

Si aparecen nuevos proveedores en el mercado los compradores públicos tienen que saber qué están comprando y en quién pueden confiar. Una mayor transparencia, una descripción de los servicios definida con claridad y unos mecanismos de control de calidad, que estén basados al menos en indicadores mutuamente acordados, son factores que se están convirtiendo en una condición previa para la gobernabilidad de los cuasi-mercados, de forma que se puedan evaluar, comparar, controlar y apoyar los esfuerzos del sector para obtener unos resultados más adecuados a las necesidades de los usuarios.

En el nivel de los proveedores de servicios, las residencias deben aumentar su transparencia, no solo debido a los cambios en los modos de gobernanza (concursos de licitación, contratos con proveedores, etc.), sino también por los cambios en las expectativas de los residentes y sus familias respecto a la calidad de los cuidados. Entre las estrategias encaminadas a superar las deficiencias existentes en el sector, se incluyen los intentos de acertar mejor con las ne-

cesidades de los usuarios, de hacer partícipe al público, así como de aumentar la calidad en las residencias desde el punto de vista ejecutivo, tanto en los procesos como en los resultados, por medio de la aplicación de la gestión de calidad y de los correspondientes criterios e indicadores. Los proveedores de servicios pueden ver la gestión de calidad también como una forma de lograr mayor efectividad organizativa en la prestación de los servicios de cuidados o en la mejora del bienestar de sus usuarios.

Los controles de calidad, así como el desarrollo de estándares en los cuidados de larga duración, han captado cada vez más atención en el ámbito de la UE. En el contexto del debate sobre la modernización de los servicios sociales de interés general, y en el marco del Método Abierto de Coordinación (MAC) en el campo de la seguridad social, el deseo de una normativa europea para el control de calidad de los servicios sociales ha ganado terreno últimamente. Este proyecto de «Gestión de Calidad mediante Indicadores de Resultados: Hacia una Evaluación Comparativa de los Cuidados Residenciales de las Personas Mayores», en el marco del programa PROGRESS es, parcialmente, el resultado de este interés de la UE, que destaca «la necesidad de apoyar la promoción de la calidad de los servicios sociales de una forma más sistemática» (Comisión, 2007:16).

En la última década, las compañías de seguros, los servicios, las organizaciones y los proyectos de investigación han abordado esta materia con una amplia gama de medidas e iniciativas, y se ha realizado un gran esfuerzo en mejorar el desarrollo de la calidad. Sin embargo, por la diversidad de las ideas, de los planteamientos organizativos y culturales, así como de los conceptos y los modelos, no ha sido posible crear una definición uniforme y aceptada en general de la calidad que pudiera reunir los diversos puntos de vista de los actores para establecer un consenso. A la luz de esta situación, no es sorprendente que el principal énfasis de las actividades prácticas siga estando situado en las estructuras y en los procesos. Si bien es cierto

que el control y la mejora del marco dentro del que se prestan los servicios, así como la base funcional y profesional de la prestación, merecen esta atención, la calidad de los resultados finales continúa siendo un área desafiante. Como ocurre con los servicios personales, es difícil desenmarañar los diferentes aspectos que producen un resultado específico y ponerse de acuerdo sobre un marco común.

El proyecto de «Gestión de Calidad mediante Indicadores de Resultados: Hacia una Evaluación Comparativa de los Cuidados Residenciales para las Personas Mayores», pretende, por consiguiente, analizar y evaluar indicadores de calidad basados en resultados en el ámbito organizativo de las residencias, valiéndose del intercambio de experiencias entre los Estados Miembros seleccionados. Además de la calidad de los cuidados, se puso una particular atención en el aspecto de la «calidad de vida». El rendimiento económico, las cuestiones de liderazgo y el contexto social complementaron los campos utilizados para definir, medir y evaluar la calidad de los resultados en las residencias. Es más, uno de los objetivos era investigar y obtener experiencias sobre la metodología, sobre cómo trabajar con estos indicadores basados en resultados y sobre cómo entrenar a los directores de las residencias para que abordaran sus particulares desafíos.

## 1.1. Puntos de Partida

Utilizando las directrices y los marcos de gestión de calidad existentes en los países representados en el proyecto (así como los Minimum Dataset (MDS) [Conjuntos Mínimos de Datos] de los EE UU), el equipo del proyecto reunió una lista inicial de indicadores de rendimiento teniendo en cuenta distintas perspectivas, incluyendo las de los residentes, los familiares, el personal, la administración y las de otros que trabajan en el contexto social y político (por ejemplo, los legisladores y los inspectores). Los siguientes marcos de calidad forman parte del núcleo del proyecto:

- *Referenzmodell* [Modelo de Referencia] en Alemania (Renania del Norte-Westfalia): el proyecto de los «Modelos de Referencia para la Promoción del Desarrollo de la Calidad en las Residencias» fue

desarrollado por el Instituto de Gerontología de la Universidad Técnica de Dortmund, el Instituto de Enfermería de la Universidad de Bielefeld y el Instituto de Trabajo Social de Frankfurt. Su principal objetivo fue la especificación de los servicios sociales y de asistencia, y el desarrollo y evaluación de los criterios de calidad y su implantación en los cuidados residenciales cotidianos para mejorar, tanto la calidad de la atención como la calidad de vida de los residentes. Los componentes del proyecto se implementaron en 20 residencias (modelos de referencia) de Renania del Norte-Westfalia. Para la validación de la implantación y la identificación de los elementos conceptuales centrales, se desarrolló una evaluación exhaustiva, que integraba, entre otras cosas, información estructurada sobre las residencias, encuestas a los residentes y entrevistas al personal en grupos focales. Se consiguieron avances en reivindicaciones fundamentales sobre la calidad de los servicios como, por ejemplo, el fomento de la movilidad o una mayor atención a los problemas psicosociales. Los principales logros del proyecto constituyen una guía para las residencias, pues ofrecen criterios de calidad para los servicios más relevantes y una guía estructurada de implementación que abarca diferentes tipos de organización en las residencias. Los resultados del proyecto representan una base válida para el futuro desarrollo, definición y medición de la calidad en los cuidados de larga duración, particularmente en relación a los indicadores de resultados, que tienen en cuenta la orientación al usuario, la transparencia, la transferibilidad y la capacidad de respuesta de los servicios prestados.

- «Marco de Calidad para una Asistencia Responsable» en Holanda: Este marco y grupo de indicadores los desarrolló la organización nacional coordinadora que engloba a los proveedores de cuidados, conjuntamente con los usuarios de los cuidados de larga duración, los profesionales, los proveedores de atención sanitaria y los inspectores nacionales de la atención sanitaria. Está basada, en parte, en el Índice de Calidad del Consumidor (Índice CQ) que, a su vez, se fundamenta en los American Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Indicators [Indicadores de Evaluación del Consumidor Americano de los Proveedores y Sistemas de Cuidados] (CAHPS). Ade-

más, se incorporaron varios indicadores internacionales, utilizados frecuentemente, basados en resultados objetivos. Son un grupo de indicadores que actualmente se están implementando en todo el sector de cuidados de larga duración. Las primeras mediciones se realizaron en todas las residencias. Sus resultados se publicaron en julio de 2008 en una web nacional de consumidores y se incluyeron, además, en el informe anual preceptivo sobre Responsabilidad Social de septiembre de 2008. Este grupo de indicadores constituye la base para la supervisión que efectúa la inspección de calidad de los cuidados, para las contrataciones realizadas por las compañías de seguros sanitarios y para la mejora de la calidad en los equipos internos de gestión de calidad, en diálogo con los usuarios de los servicios y/o sus representantes. Además, este Marco aporta una base para los procesos comparativos y de elección de los consumidores. A la par que este Marco, existen un programa nacional de mejora y una red de apoyo que están orientados a la optimización de resultados. El programa se rige por el principio de colaboración. Hasta ahora, unas 350 organizaciones proveedoras de servicios han participado en este programa y se han logrado algunas mejoras significativas (los resultados negativos se han reducido de un 30% a un 50%). En el 2010 se llevo a cabo una revisión de este Marco.

- El Sistema E-Qalin de Gestión de Calidad es el resultado de un exitoso proyecto denominado Leonardo da Vinci (2004 – 2007), financiado por la Comisión Europea y llevado a cabo con asociados de Austria, Alemania, Italia, Luxemburgo y Eslovenia. Está basado en la formación de los gestores del proceso E-Qalin y en un proceso de autoevaluación, durante el cual se evalúan 66 criterios en el área de las «estructuras y procesos», y 25 objetivos en el área de los «resultados». Como es habitual en la gestión de calidad, el procedimiento de autoevaluación E-Qalin se basa en el ciclo de gestión PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) [Planificar, Hacer, Comprobar y Actuar] pero presta una atención especial a la evaluación de los actores relevantes en la planificación, la implementación, el control y la mejora de los procedimientos y estructuras. De este modo, se toma conciencia de las características específicas de los Servicios Sociales de Interés

General (SSIG) en los que los usuarios siempre son coproductores de los servicios. En el área de «resultados» el modelo E-Qalin incluye una lista de ejemplos de indicadores clave de rendimiento, entre los que pueden elegir las residencias, a no ser que hayan identificado otros más apropiados de otra procedencia. Cada uno de estos indicadores de rendimiento, que fueron seleccionados teniendo en cuenta los 25 objetivos, se analiza siguiendo un plan de evaluación sistemático: ¿Son reales los valores recopilados? ¿Se han definido los valores objetivo y, si la respuesta es sí, se han cumplido los objetivos? ¿Qué tendencia se puede determinar a partir de los valores reales (si, al menos, se informa de dos valores reales)? ¿Cómo deben interpretarse los resultados? ¿Cuáles son los factores que influyen los resultados? ¿Qué «estructuras y procedimientos» tuvieron impacto sobre los resultados? ¿Qué medidas de ajuste deberían considerarse para lograr los objetivos que no se han logrado? ¿Qué «estructuras y procesos» deben cambiarse o perfeccionarse para conseguir mayores mejoras? ¿Cuáles son los factores críticos para lograr el éxito? Mediante la participación de todos los interesados en los procesos de autoevaluación y de mejora continua de la calidad, E-Qalin pretende fortalecer la responsabilidad individual de los trabajadores y su capacidad de cooperación, más allá de las fronteras profesionales y jerárquicas. Los intentos que se están llevando a cabo para desarrollar e incluir la evaluación de datos fundamentales desde el punto de vista de los resultados y aplicarlos en la práctica en más de 100 residencias de los países participantes, han puesto de manifiesto la necesidad de un trabajo más profundo para elaborar la descripción y la definición de los resultados en los cuidados de larga duración.

- National Minimum Standards [Estándares Mínimos Nacionales] y Key Lines of Regulatory Assessment [Líneas Clave para la Evaluación Reglamentaria] (KLORA) en Inglaterra. La Comisión for Social Care Inspection [Comisión para la Inspección de los Servicios Sociales] (CSCI) es una entidad independiente establecida por el Gobierno para promover las mejoras en la asistencia social, y para inspeccionar y analizar todos los servicios de asistencia social (con las residencias incluidas) de los sectores público, privado y voluntario de Inglate-

rra. Ha desarrollado un marco de normalización (KLORA) basándose en las Normas Mínimas Nacionales del Departamento de Salud para las Residencias. La finalidad de KLORA es la valoración de las instalaciones residenciales de cuidados en relación a 7 grupos de resultados desarrollados por el Departamento de Salud del Gobierno, consultando a las personas mayores y al sector de la asistencia en las residencias. Bajo cada uno de estos grupos de resultados hay una serie de normas que las residencias deben cumplir. Además de KLORA, la mayoría de los inspectores hacen uso de una herramienta denominada SOFI (Short Observational Tool for Inspection [Procedimiento Abreviado de Observación para la Inspección]) que ayuda a evaluar los resultados de las personas con demencia. En el 2008, la CSCI introdujo nuevas categorías de calidad para todos los proveedores de cuidados, que van desde la ausencia de estrellas («insuficiente») hasta las tres estrellas («excelente»). A pesar de estar desbordados por las numerosas iniciativas impuestas desde arriba por el Gobierno, el sector de las residencias, en general, ha acogido muy bien este sistema, aunque con cierta preocupación por la eliminación de las inspecciones habituales y porque la «auto-normalización» pueda conducir al establecimiento de malas prácticas que puedan no ser detectadas oportunamente y, por lo tanto, no tengan la oportunidad de reaccionar con suficiente rapidez. Desde el mes de abril de 2009, la Health and Social Care Bill [Ley de Atención Social y Sanitaria] estableció la Care Quality Commission [Comisión para la Calidad en la Atención] (CQC), que asumía las funciones de la CSCI, la Healthcare Commission [Comisión de Atención a la Salud] y la Mental Health Act Commission [Comisión de la Ley de Salud Mental] (MHAC). La nueva comisión ha desarrollado su propia metodología y sus propios criterios para valorar el cumplimiento de los requisitos y ha establecido un nuevo sistema de inscripción desde abril de 2010. Mientras que el área de aplicación de la CSCI (ahora CQC) es Inglaterra, se están produciendo continuos cambios en las normas de todo el Reino Unido.

- Programa My Home Life [Mi vida en Casa] (MHL) en el Reino Unido. En respuesta a una consulta sobre el Framework for Registration of Health and Adult Social Care Providers [Marco para el Registro

de los Proveedores de Atención Social y de Salud para Adultos], el programa MHL ([www.myhome-life.org.uk](http://www.myhome-life.org.uk)) defendió que una normativa para los cuidados en las residencias, orientada a resultados y con base en evidencias, debía incorporar los 8 temas basados en la evidencia y centrados en las relaciones personales, que están identificados como parte del concepto de buenas prácticas que tienen todas las principales organizaciones que representan a las residencias en todo el Reino Unido. Estas cuestiones están estrechamente vinculadas a KLORA (Key Lines of Regulatory Assessment [Líneas Clave de Evaluación Normativa]) y se consideran de gran relevancia en los debates actuales sobre la personalización de la práctica de los cuidados en las residencias y sobre el trabajo por la dignidad en los cuidados. El programa MHL es una iniciativa que abarca a todo el Reino Unido, está dirigido por Help the Aged [Ayuda a los Mayores] en colaboración con el National Care Forum [Foro Nacional de la Atención] que representa a las residencias sin ánimo de lucro en todo el país y con la City University, y reúne a los proveedores de los cuidados en las residencias, a las organizaciones de voluntarios, a las agencias oficiales, a los residentes y a sus familiares, para promover la calidad de vida. MHL está reconocida por CSCI (ahora CQC) como un valioso programa que tiene una importante visión basada en resultados y orientada a las relaciones personales. También tiene potencial para ejercer su influencia sobre otras entidades reguladoras del Reino Unido. Por ejemplo, en Escocia, la organización reguladora equivalente (Care Commission [Comisión para la Atención]) ha integrado los principios y los argumentos de My Home Life en su propio marco de calidad. También se están llevando a cabo debates similares en Gales e Irlanda del Norte. My Home Life ofrece una nueva visión basada en resultados y centrada en las relaciones personales que ha surgido y está fomentada por el propio entorno de los cuidados residenciales, lo que constituye un factor importante cuando se habla de un sector que se siente más como un objeto que como el sujeto partícipe de los procesos.

- La introducción del seguro de cuidados de larga duración en Alemania ha concedido mucha más preeminencia al control de calidad de los servicios

de enfermería y de los centros de cuidados. En este contexto, el control de calidad está basado en los principios y estándares de calidad que se acordaron entre el seguro de cuidados de larga duración en su función reguladora y la federación de proveedores de las residencias. El control de calidad interno en los centros de cuidados residenciales se complementa con las inspecciones que lleva a cabo el Medizinischer Dienst der Krankenkassen [Servicio Asesor Médico] (MDK). Hasta el final de 2009, el MDK llevó a cabo más de 50.000 inspecciones en residencias y servicios de cuidados comunitarios. Estas inspecciones se orientaron sobre todo a los aspectos profesionales de la calidad de la atención desde el punto de vista de los procesos y los resultados. Sin embargo, mediante la evaluación de las condiciones de cada residente se pudieron identificar importantes factores determinantes de la calidad en los procedimientos que tenían una influencia directa sobre la calidad de los resultados. Durante los años más recientes se ha incrementado el desarrollo de estos determinantes para completar una lista exhaustiva de los indicadores de calidad según los resultados.

## 1.2. Metodología y definiciones

Partiendo de la separación clásica entre la calidad inherente a los procesos y a los resultados, los indicadores seleccionados están relacionados tanto con el «proceso» como con los «resultados». Por lo tanto, es útil distinguir entre los dos (Zimmerman et al, 1995):

- «Los indicadores de proceso representan el contenido, las acciones y los procedimientos propuestos por el proveedor en respuesta a la condición evaluada del residente. La calidad del proceso incluye aquellas actividades que se desarrollan en y entre los profesionales sanitarios y los residentes.»
- «Las medidas de los resultados representan el resultado de los procesos aplicados.»

Mientras que en 1995, Zimmerman et al. y otros con anterioridad (Donabedian, 1980) orientaron la medición de los resultados a los cambios en el estado de salud, el concepto utilizado en este proyecto tiene un

carácter más amplio. Los indicadores seleccionados están concebidos como categorías de medición que son capaces de verificar hasta qué punto se han alcanzado los resultados de calidad en los distintos dominios de una residencia. Aparte de poner un énfasis especial en la calidad de vida, la calidad de la atención y la calidad de la dirección, la lista de los indicadores también tiene en cuenta las diferentes perspectivas de los residentes, del personal, de la dirección, además del contexto social (compradores, familiares, otros participantes externos). Los indicadores seleccionados no son normas definitorias. En primer lugar, deberían ser un apoyo para los diferentes participantes que tratan con ellos para que empiecen a trabajar con datos que hacen más transparentes sus esfuerzos, no solo para ellos, sino también para otros, y que hacen más visible el éxito o el fracaso, con la finalidad de poner de manifiesto las oportunidades y desarrollar proactivamente las medidas para mejorar.

Los indicadores basados en resultados procuran definir objetivos y normas en el ámbito de una residencia individual o en el de un grupo de residencias, en un contexto regional o nacional. Por esta razón no definimos las normas para cada uno de los indicadores. Solamente después de analizar hasta qué punto se han logrado los objetivos, se anima a los participantes a pensar sobre la relación entre los procesos y las estructuras, sobre las respectivas medidas de mejora y la implementación de medidas tangibles que impacten directa o indirectamente sobre los resultados del indicador individual.

Para seleccionar cada uno de los indicadores basados en resultados, se acordó que debían cumplir las siguientes condiciones:

- **Habilidad para dirigir el cambio:** El grupo de indicadores debería constituir una herramienta que los participantes que trabajan, visitan y viven en las residencias, puedan usarla para generar mejoras. Los indicadores son relevantes para pilotar los cambios si permiten verificar hasta dónde ha llegado la organización respectiva en su recorrido para lograr un objetivo definido.
- **Fiabilidad/Validez/Consistencia:** Los indicadores deberían basarse en un conjunto de evidencias lo sufi-

cientemente sólidas como para descartar las dudas sobre su impacto en la calidad de vida de los residentes.

- **Viabilidad:** Se debería prestar atención a los recursos necesarios para recabar la información adecuada para construir el indicador, pues el tiempo, los recursos económicos y las consideraciones éticas condicionan la disponibilidad de la información.
- **Usabilidad general:** Lo ideal sería que los indicadores orientados a resultados se aplicaran en todas las residencias de Europa. Esta condición podría no mantenerse en todos los Estados Miembros debido a las diferencias políticas, culturales y estructurales entre los diversos países e incluso dentro de un mismo país. La selección debe hacerse individualmente en los países, regiones o residencias respectivas.
- **Cuantificable:** Incluso en los casos basados en información cualitativa, los indicadores deben ser cuantificables para facilitar el proceso de evaluación comparativa y poder validar el progreso.

Una vez hecha la lista inicial de indicadores de acuerdo con los criterios que arriba se describen, la segunda fase del proyecto (de septiembre de 2009 a abril de 2010) se dedicó a la aplicación y validación de los indicadores, lo que se logró, por un lado, mediante el consenso de los expertos en este campo (Método Delphi) y, por el otro, por los gestores y médicos de las residencias.

- Para llevar a cabo el estudio Delphi, se invitó a diez expertos de cada país participante (N=70). Se trataba de diseñadores de políticas, inspectores, contratistas, proveedores de servicios y representantes de las organizaciones de usuarios, así como investigadores de los siete Estados Miembros (Austria, Alemania, Italia, Luxemburgo, Holanda Reino Unido y Eslovenia), que fueron seleccionados siguiendo ciertos criterios, como la orientación de sus trabajos de investigación y su experiencia práctica con los marcos nacionales. Durante tres rondas de reuniones anónimas se les pidió a los expertos que reflexionaran sobre el marco general y sobre cada indicador individual. Los expertos deba-

tieron sobre la importancia del indicador y su viabilidad e hicieron sugerencias para perfeccionarlos y/o para otros indicadores adicionales. El equipo del proyecto analizaba los resultados de cada reunión y preparaba las aportaciones para la siguiente. Se desarrolló una herramienta en la web para facilitar esta tarea a los participantes. La organización asociada holandesa Vilans se encargó de organizar la encuesta y analizar los resultados.

- Para facilitar el proceso de validación, representantes de aproximadamente 25 residencias pertenecientes a tres países (Austria, Alemania y Luxemburgo) participaron en talleres (dos veces, durante dos días) diseñados con el propósito de elaborar métodos para trabajar con los indicadores y evaluar si eran aplicables en las residencias. Estos talleres fueron organizados por E-Qalin Ltd. y sus asociados en Austria, Alemania y Luxemburgo. Las razones por las que se invitó principalmente a los profesionales que están aplicando el sistema de gestión de calidad E-Qalin en sus residencias eran tres. En primer lugar, E-Qalin Ltd., como asociado en el proyecto, estaba preparado para organizar los talleres y para desarrollar su diseño; en segundo lugar, los gestores y el personal de estas residencias llevaban ya varios años trabajando con indicadores de resultados, de manera que les era posible trabajar con ellos sin tener que empezar desde cero; y por último, y a pesar de ello, se había puesto de manifiesto durante este periodo la necesidad de una formación más profunda y una reflexión adicional sobre el trabajo con indicadores basados en resultados en las residencias.

Los indicadores para los que no se logró ningún consenso durante las tres primeras reuniones del proceso Delphi, ni tampoco en los talleres de E-Qalin en Austria, Alemania y Luxemburgo, fueron debatidos más tarde durante otra reunión del proyecto que incluyó a expertos de Delphi, a participantes de los talleres de E-Qalin y al equipo del proyecto. Los indicadores para los que no había habido consenso y los nuevos indicadores que se habían sugerido durante esta fase fueron definitivamente incluidos o excluidos durante esta reunión.

Este Manual contiene en la actualidad una lista validada de 94 indicadores de calidad basados en resul-

tados (Sección 4). También contiene anotaciones y comentarios sobre cómo utilizar los indicadores en la práctica (Sección 2), particularmente en cómo aplicarlos con una orientación a la mejora de la calidad de vida de los residentes y de los otros participantes en las residencias (Sección 3). De este modo, este

Manual está dirigido a todas las partes interesadas relevantes que viven, visitan y trabajan en o con las residencias: a los gestores, al personal, a los residentes y sus familiares, así como a las autoridades públicas, a las agencias de inspección y a los diseñadores de políticas.

## 2. Sección 2. El trabajo con indicadores de rendimiento basados en resultados: Planteamientos y prácticas en las residencias

### 2.1. Introducción

Los indicadores de rendimiento se están sobrevalorando e infravalorando al mismo tiempo. Los sobrevaloran aquellos que creen que pueden expresar la calidad de los cuidados en las residencias solamente mediante índices y calificaciones simplificadas. Y al mismo tiempo, los infravaloran muchos gestores y miembros del personal de los servicios sociales y sanitarios que desearían escapar de la competitividad, de la prestación transparente de servicios, de la calidad de la gestión y de las comparativas de rendimiento.

Ambas motivaciones están reclamando la utilización de estos indicadores. Mientras que las comparativas y las calificaciones tienen que estar basadas en métodos definidos, indicadores validados y mutuamente acordados, además de en un conjunto de datos bien estructurados, los gestores y el personal de las residencias, por su parte, deben demostrar a los compradores públicos, a los residentes y a un público cada vez más crítico, cómo se está usando el dinero público, por qué su residencia es preferible a otras y la fiabilidad de sus servicios. Las autoridades públicas y otros reguladores están tendiendo a asumir el papel de compradores de servicios, para lo que requieren unas descripciones claras de las condiciones y de los productos. Por tanto, las organizaciones de proveedores tienen que seleccionar los indicadores y ofrecer los estándares correspondientes, pero muchos de los gestores de las residencias, con frecuencia, asumen esta tarea más para complacer a la entidad que les financia que para mejorar el desempeño. Más aún, las normas mínimas legalmente definidas y los criterios de acreditación atienden principalmente a la calidad de las estructuras (ratios de personal, superficie por residente, etc.), algunas veces a los procesos de calidad (como la viabilidad de los procedimientos para gestionar las reclamaciones, los planes individuales de cuidados in situ, etc.), pero rara vez a la calidad de los resultados. De este modo siempre es cuestionable si estos estándares mínimos son los apropiados para

hacer justicia a un contexto continuamente alterado social y económicamente, a los cambios en las expectativas de los posibles residentes y de los familiares, y a las enormes transformaciones de los mercados laborales. Sin embargo, las normas mínimas prescritas legalmente siempre definirán la realidad principal de la calidad en las residencias.

Aun así, también podemos observar otras tendencias diferentes: muchos de los proveedores han empezado a introducir sistemas de gestión de calidad en el sector de la atención sociosanitaria que originalmente se desarrollaron para la industria manufacturera (Evers et al, 1997) y a buscar instrumentos apropiados de medición de la calidad de los resultados. Las administraciones públicas, por su parte, están encargando proyectos de desarrollo de indicadores de resultados para el sector de los servicios sociales, y la Comisión Europea está promoviendo directrices de calidad en el área de los servicios sociales de interés general.

Los indicadores de rendimiento basados en resultados por sí solos únicamente aportan un testimonio limitado de la calidad de una residencia. Pueden indicar las fortalezas y, también, las debilidades específicas de un centro, así como las áreas con problemas potenciales que requieran un análisis y un estudio más profundo. Nada más pero, también, nada menos (cfr. Bullen, 1991).

La recopilación de datos para los indicadores de rendimiento específicos constituye el punto de partida para dirigir los procedimientos de mejoras a todas las partes participantes en los procesos y en los aspectos relacionados con la prestación de los servicios (Einsenreich et al., 2004). Uno de los criterios clave para cribar y validar la presente lista de indicadores de rendimiento fue si eran pertinentes para pilotar la mejora de la calidad en las residencias. Un indicador de rendimiento se define como pertinente para pilotar la calidad si constituye una ayuda para evaluar hasta

dónde ha llegado una organización en su trayecto hacia la consecución de un objetivo que ha sido definido por la dirección. Esto significa que estamos promoviendo el desarrollo de la mejora de calidad desde una perspectiva organizativa, en vez de desde la perspectiva de una serie de normas establecidas y/o un planteamiento para medir el rendimiento de los sistemas de cuidados de larga duración por entero (véase Challis et al., 2006).

Trabajar con indicadores de rendimiento a nivel organizativo, por lo tanto, está irremediamente vinculado al control, es decir, a la función administrativa que proporciona los instrumentos/métodos y la información en la que se basa la toma de decisiones para planificar y controlar los procesos más eficientemente. Trabajar con los indicadores de rendimiento en las residencias, sin embargo, va más allá de las definiciones económicas clásicas y de las funciones de control. La complejidad de las residencias requiere una dirección que tenga en cuenta la calidad en la atención, la cultura organizacional y las redes de relaciones, así como la calidad de vida de los residentes, de sus familiares y de los empleados de la residencia.

## 2.2. Planificación

Durante los procesos de desarrollo de las estrategias o durante la introducción de un sistema de gestión de calidad es cuando hay que planificar el trabajo con indicadores de rendimiento. En cualquier caso, es importante determinar con claridad los objetivos, elegir los indicadores apropiados y definir los valores objetivo. En este punto, también será útil analizar si la organización está «cualificada para ejercer el control» (véase el Cuadro) y para implementar los indicadores de rendimiento.

Los indicadores definidos y sus respectivos valores objetivo constituyen, hasta ahora, el marco y las bases para futuras decisiones de gestión. Por tanto, debe garantizarse que sean cuantitativos (numéricos), guías pertinentes, válidos y factibles en el contexto de la organización.

Los indicadores de rendimiento orientados a los resultados son los indicadores del rendimiento de una residencia, pero nunca podrán mostrar todos los lo-

gos y cualidades de una organización. Por un lado, es inútil hasta cierto punto reunir datos para cientos de indicadores (por ejemplo, para todos los indicadores presentados en este Manual), ya que no se pueden controlar y dirigir simultáneamente. Se perdería flexibilidad y el personal estaría abrumado por la cantidad excesiva de datos que tendrían que recopilar. Por otro lado, si se dispone de pocos indicadores, entonces constituyen un marco insuficiente para introducir las mejoras en los procesos. Por ejemplo, para empezar, una residencia podría contemplar la utilización de entre 10 y 15 indicadores para el control continuo de las áreas más importantes a supervisar y dirigir. Después, se podrían aplicar otros indicadores adicionales en el nivel de los departamentos para la elaboración de los informes anuales, sean prescritos por ley o de carácter voluntario. Aun más, podría contarse con otros indicadores suplementarios que no se evaluaran ni mensual ni cuatrimestralmente como, por ejemplo, los que se basaran en encuestas que se hacen solo una vez al año o con intervalos de tiempo aún más largos (véase «calidad de vida»). No obstante, hay que decir que no hay una base de evidencia establecida para prescribir en este proyecto cuál es la mejor forma de usar los indicadores.

Otras cuestiones de la planificación atañen a la distribución de responsabilidades para la toma de datos, la documentación, el análisis y los informes. Por ejemplo, es importante considerar si el diseño, la realización de las encuestas y sus análisis deberían encargarse o no a personas u organizaciones externas.

### ¿Aptos para controlar?

El control solo será efectivo si su función es aceptada y utilizada por los gestores, y esto solo se consigue si existe una idea compartida en el seno de la organización de las potencialidades de los procesos de control y sus funciones. Esta situación general se puede evaluar mediante una lista de comprobación que permita analizar críticamente las siguientes cuestiones:

- *Marco de condiciones propicias:* ¿Se han convenido de mutuo acuerdo los principios de la gestión y la dirección, y se han comunicado dentro de la organización? ¿Están realizando los gesto-

res las funciones de planificación y control en sus áreas de responsabilidad?

- *Identidad definida:* ¿Tienen los miembros del personal una imagen general sobre lo que puede implicar un proceso de control y su funcionamiento?
- *Procesos de dirección estandarizados:* ¿Se han definido cuáles son los procesos sistemáticos y estandarizados para la planificación y el control, y se están implementando en la práctica?
- *Instrumentos apropiados:* ¿Los métodos e instrumentos de control son fáciles de utilizar y compatibles con otros instrumentos? ¿Es fácil trabajar con los indicadores? ¿Ha recibido el personal una formación apropiada para trabajar con estos instrumentos?
- *La gestión y su potencial:* ¿El personal directivo está preparado, autorizado y dispuesto a trabajar con los instrumentos de control?
- *Perfiles funcionales:* ¿El controlador designado está suficientemente cualificado y se le acepta como tal? ¿Están claras las responsabilidades de quién debe hacer las tareas de control (en caso de que no haya un controlador a tiempo completo)?
- *Posición organizativa:* ¿Hay un espacio claro para los procesos de control en el organigrama de la empresa?

Fuente: Se puede obtener la lista completa de comprobación en [www.bvmba.net](http://www.bvmba.net)

## 2.3. Control

La planificación sin control no tiene sentido. Solamente por medio del control se pueden garantizar las siguientes funciones del trabajo con indicadores:

- Crear objetivos tangibles y realizables.
- Documentar el rendimiento mediante valores numéricos.

- Seguir el grado de cumplimiento de los objetivos definidos mediante la comparación entre objetivos y resultados (valores reales).
- Ser transparentes con los residentes, sus familiares y amigos, con el personal, así como con los participantes exteriores (compradores, prestadores de servicios, público).
- Establecer un sistema de alerta precoz por medio del control continuo de los valores seleccionados.
- Identificar las oportunidades para las mejoras mediante la realización de comparativas internas de los objetivos con los valores reales a lo largo del tiempo, tanto internamente como, eventualmente, con otras residencias.

Un proceso sistemático de control, por tanto, tiene que decidir y valorar cuáles son los indicadores que hay que usar y por qué razón (con una definición clara). Además, hay que decidir formalmente quién será el responsable de reunir los datos (persona de contacto, apoyo administrativo), cómo se va reunir la información (calendario, TI), cuándo y con qué frecuencia, y a quién se le debe informar. También es esencial que esté claro el grupo de personas con el que se llevarán a cabo los debates de evaluación, por ejemplo, «el equipo de trabajo de los indicadores». En general, se debe estar especialmente atento para evitar la frustración del personal por tener que reunir datos dos veces, por ejemplo, o por la imprecisión de las comunicaciones sobre qué decisiones e intervenciones concretas se tomaron como consecuencia de los resultados.

## 2.4. Procesos de dirección y de mejora

Los indicadores de rendimiento basados en resultados son solamente una pequeña parte de una gestión de calidad que se haya diseñado para describir, evaluar y mejorar los resultados de los servicios en una residencia. Los datos raramente hablan por sí mismos. Por esa razón son de un valor fundamental los siguientes pasos:

- Un análisis detallado para debatir las tendencias y las discrepancias entre los objetivos y los valores

reales. Un debate de esas características necesita, preferentemente, de una atmosfera de confianza y de un diálogo que no persiga los ataques personales y las justificaciones correspondientes. Este tipo de debates de evaluación se debe hacer cuando sea oportuno dentro del «equipo de trabajo de los indicadores» o en reuniones celebradas cara a cara entre el gestor y el miembro de la plantilla que haya sido seleccionado previamente como responsable del indicador en cuestión. El objetivo es identificar en la residencia las estructuras y los procesos (que sean factores críticos para el éxito) que pudieran haber influido en que se haya alcanzado o no el resultado.

- Además de identificar los impedimentos para el logro de los objetivos, es necesario plantearse después qué clase de actividades se pueden desarrollar que den origen a un mayor avance hacia las mejoras o, cuando menos, que eviten un mayor incumplimiento de los objetivos definidos.

## 2.5. Indicadores de rendimiento en la práctica

La inclusión sistemática de indicadores de rendimiento basados en resultados como una parte integrante de las tareas de gestión en las residencias ha comenzado muy recientemente. La planificación y la dirección se basan en la contabilidad de costes, en el mejor de los casos. Las encuestas y el análisis de indicadores cualitativos tomados desde la perspectiva de los residentes o de sus familiares (para la calidad en la atención y en la asistencia, para la calidad de vida) o en relación con la calidad en las condiciones de trabajo, representan nuevas fronteras todavía. Esto es verdad, particularmente, cuando se trata de estrategias originadas por ellas y de los procesos correspondientes de mejoras.

Una de las razones por las que este planteamiento continua quedándose atrás es, ciertamente, el hecho de que los servicios sociales personales se han orientado durante mucho tiempo exclusivamente a la

ética profesional y a la calidad en las relaciones, más que a la eficiencia económica y a la calidad de los resultados. En este contexto de disminución de los presupuestos para los servicios sociales, de ascenso de la orientación al mercado (palabra clave: Nueva Administración Pública) y de aumento de las expectativas de los usuarios, desde este momento, los proveedores y los compradores de servicios sociales se enfrentan a nuevos retos que demandan el control, la eficiencia y los indicadores basados en evidencias. No obstante, se les ha solicitado a los proveedores de servicios sociales que «no tiren también al niño con el agua de la bañera», cuando ahora dirijan todas sus energías a los criterios económicos y se olviden de las características de los servicios sociales personales. Estas especificidades tienen que llegar a formar parte integrante de los sistemas de gestión de calidad, a la vez que están sustentados por datos y números, como los indicadores de rendimiento basados en resultados, entre otros. Solo sobre esta base será posible enmarcar las negociaciones con los compradores sobre los precios y la calidad y, quizás, encaminarse así hacia la transparencia y los planes de pagos «basados en la calidad».

Antes de que alcancemos ese punto, se tendrán que llenar un montón de pizarras en los seminarios con gráficos y palabras clave, pero algunos planteamientos ya se han puesto en marcha en varios de los Estados Miembros, y están reclamando redes de cooperación y e intercambio de experiencias. El «Proyecto de gestión de calidad mediante indicadores de rendimiento basados en resultados» responde de varias maneras a esta demanda. Una de ellas ha sido la organización de talleres de validación con directores de residencias y gestores de calidad en Austria, Alemania y Luxemburgo. Estos talleres tenían dos propósitos principales: antes que nada, fomentar y llevar a cabo un intercambio nacional y transnacional de las cuestiones prácticas que podían ser nuevas y faltar en el trabajo con indicadores de rendimiento. Segundo, la implicación de los participantes en la validación de la lista preliminar de los indicadores de rendimiento con la finalidad del intercambio práctico desde una perspectiva Europea.

## **Talleres para desarrollar y validar los indicadores de rendimiento para las residencias**

### **Objetivos**

- Definir y reflexionar sobre los indicadores de rendimiento basados en resultados: ¿qué indicadores son pertinentes para conducir el desarrollo de la calidad en las residencias?
- Identificar dentro de las residencias las tareas relevantes de dirección: ¿hasta qué punto pueden apoyar los indicadores las mejoras en la dirección?
- Intercambiar las experiencias con los indicadores clave.
- Familiarizarse con nuevos indicadores que se aplican internacionalmente: ¿cuál es su relevancia para las residencias de mi país?
- Desarrollar criterios para validar los indicadores dependiendo de las condiciones en diferentes contextos.

### **Grupo objetivo**

Directores de las residencias y personal gestor con experiencia en el manejo de los indicadores de rendimiento basados en resultados, particularmente aquellos que tengan conocimientos sobre los procesos de control.

### **Métodos**

Taller interactivo, facilitación, grupos de trabajo, herramientas de validación.

### **Taller 1 (2 días)**

- Presentación del proyecto e información sobre las tareas; expectativas de los participantes.
- Definiciones: principales indicadores de rendimiento basados en resultados, calidad, dirección, trabajar con indicadores, control e indicadores, la dirección con indicadores.
- Identificación de las tareas de dirección en las residencias e indicadores relevantes.
- Intercambio de experiencias de trabajo con los principales indicadores de rendimiento.
- Presentación de indicadores adicionales basados en la experiencia internacional.
- Tareas y criterios para validar los indicadores entre los dos talleres.

### **Taller 2 (2 días).**

- Feedback de los participantes sobre la relevancia de los indicadores presentados.
- Reflexiones sobre los criterios y su relevancia en diferentes condiciones, según el contexto.
- Elección de los 10 o 15 mejores indicadores para las residencias (dependiendo del contexto) y elaboración de un plan sobre cómo trabajar con estos indicadores que se implementarán en las residencias respectivas.

Una de las primeras conclusiones de los talleres fue que, durante la práctica cotidiana, el control sistemático de los indicadores se lleva a cabo de una manera rudimentaria en el mejor de los casos: la recopilación de la información y las encuestas de satisfacción son raras, a la vez que está muy generalizada la resistencia entre el personal, pues temen perder autonomía y control y tienen, además, una gran aprehensión hacia

las comparativas y la transparencia. La supervisión de la calidad en los resultados y el control de calidad en el contexto de las inspecciones anuales se utiliza, principalmente, para satisfacer al legislador, pero la implantación de sistemas de gestión de calidad ha comenzado a aumentar la concienciación en relación al desarrollo de la calidad, también por medio de la planificación estratégica en las residencias (véase Tabla 1).

**Tabla 1. VISIÓN GENERAL DE DIFERENTES CONTEXTOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO BASADOS EN RESULTADOS**

Contexto objetivo	Control sistemático en la práctica cotidiana	Supervisión de la calidad de los resultados y control de calidad	Planificación estratégica
Rango de indicadores	10 a 15 indicadores principales de rendimiento	20 a 25 indicadores, respectivamente los previstos en el marco correspondiente de gestión de calidad	Revisión y selección de los indicadores apropiados para la dirección y el control
Fuente principal o método	Documentación continua; recopilación de información pertinente	Documentación continua; encuestas especiales, auditoría externa o inspección	Evaluación del trabajo con indicadores; análisis de los instrumentos de control
Frecuencia	Diaria, semanal, mensual, cuatrimestral	Anualmente (cada 2 años)	Cada 3 ó 4 años

## 2.6. Experiencias

Los participantes en los talleres de validación eran, principalmente, jefes directivos de los grupos de residencias, gerentes de residencias, jefes de enfermería, gestores de calidad y controladores de residencias privadas, cuasi públicas y de organizaciones privadas sin ánimo de lucro. Identificaron una serie de posibilidades de trabajar con indicadores de rendimiento que hasta ahora se habían postergado o que casi no se habían explotado. Casos así podían incluir el seguimiento de las tendencias durante periodos de tiempo más largos, las comparativas entre grupos de residencias y también con las de otros proveedores, así como dar los primeros pasos hacia las comparaciones de ámbito regional.

Aparentemente existe un desafío específico, casi insoluble, para el personal directivo, que consiste en el miedo a no elegir el «indicador correcto», con lo que casi prefieren no escoger ninguno. En consecuencia, es importante debatir la relevancia de los indicadores en diferentes contextos, especialmente cuando se va más allá de la mera información del negocio. En el transcurso del primer taller, los participantes concluyeron que los indicadores no son ni «buenos» ni «malos» por sí mismos, sino que sirven para analizar los problemas potenciales y ayudan a pilotar las medidas de mejora. Trabajar con indicadores significa que las metas se deben establecer de forma que sean mensurables y que puedan tener un seguimiento, ya

sea en el área de enfermería, en el apoyo a la calidad de vida de los residentes y el personal, en la dirección o el área económica, o en la relación con las familias, los asociados y los proveedores. Solamente si los datos sobre «los porcentajes de residentes con úlceras por presión que se iniciaron en la residencia» se han recogido y solo si se han definido los valores objetivo, se podrá controlar en el tiempo si los objetivos se han cumplido realmente. Únicamente si se llevan a cabo encuestas periódicas de satisfacción entre los residentes, los familiares y los empleados, es posible reflexionar sobre los resultados y diseñar las correcciones. Solo a través de un análisis adecuado sobre por qué no se han cumplido los objetivos, se pueden desarrollar e implantar medidas para mejorar.

Los procesos continuos de mejora pueden ponerse en marcha en las residencias, centrándose en 10 o 15 indicadores de rendimiento, junto con el control sistemático y el diálogo sobre las cuestiones relacionadas con la práctica del día a día. Cuando los empleados y la dirección hayan comenzado a asumir este planteamiento, será más fácil elegir los indicadores de rendimiento apropiados y distinguirlos de otros que tengan que ser supervisados.

Al principio del segundo taller los participantes hicieron sus observaciones sobre la lista preliminar de indicadores usando un sistema de «semáforo» (útil para todos, útil bajo condiciones específicas, de ninguna utilidad). Más adelante categorizaron también

los indicadores de manera que solamente quedaran unos 15, aquellos que consideraron más relevantes o útiles. La planificación correspondiente y los primeros pasos hacia la implementación ocuparon el lugar prioritario durante el segundo día, con los grupos trabajando sobre dos indicadores cada uno.

En resumen, los participantes salieron de los talleres muy entusiasmados, llevándose sugerencias para su práctica cotidiana y métodos e instrumentos para trabajar con los indicadores. Además de elegir los indicadores, definir claramente qué son y cómo operar con ellos, el siguiente reto para los gestores es identificar los factores críticos para el éxito y vincular los análisis y los procesos de dirección con la práctica diaria. En cualquier caso, los talleres han contribuido a la reducción del temor al control burocrático y a los correctivos en el trabajo con indicadores de rendimiento.

## 2.7. Recomendaciones

Los talleres de validación de los indicadores clave de rendimiento han identificado aspectos fundamentales relacionados con los indicadores en las residencias en diferentes ámbitos:

- Hay mucho interés en los indicadores de rendimiento basados en resultados si la transparencia no se establece ni se experimenta como una mera obligación externa. La MDS de Alemania también informa que el personal y la dirección perciben las inspecciones basadas en indicadores como una forma de animar y reconocer su rendimiento.
- Estos indicadores no son un fin en sí mismos, sino un instrumento para iniciar la reflexión y el diálogo

dentro de las organizaciones sobre las causas y las consecuencias potenciales de las intervenciones.

- Trabajar con indicadores puede facilitar la mejora de la calidad en las residencias, independientemente del sistema de gestión de calidad que se esté aplicando. Sin embargo, su impacto será mayor si se hace de acuerdo a los propósitos de la gestión de calidad, implicando al personal que está en la primera línea de los servicios, creando lazos con otras partes interesadas y vinculando las medidas de rendimiento con las decisiones estratégicas de gestión.
- El control sistemático y la identificación de los factores de éxito relacionados con los indicadores de rendimiento tienen que estar sustentados por mecanismos que lo hagan posible como, por ejemplo, la formación y la preparación apropiada del personal.
- La base de evidencias para la elección y el análisis apropiado de los indicadores y de los respectivos estándares para las residencias es relativamente escasa y requiere de una mayor investigación.

Para concluir, un paso importante para difundir y promocionar mejor el trabajo con estos indicadores en las residencias consistiría ciertamente en establecer un diálogo entre proveedores y compradores, los respectivos equipos de inspección y las organizaciones que representan a los (potenciales) residentes. El propósito sería llegar a un acuerdo común sobre el alcance y el significado de los indicadores de rendimiento, su elección y el grado de transparencia que se considerara adecuada y aceptable para todas las partes interesadas.

### ***Posibles contenidos de la formación sobre indicadores de rendimiento basados en resultados en las residencias***

- Definiciones: indicadores de rendimiento, indicadores de rendimiento basados en resultados, pilotando la calidad, el trabajo con indicadores, procesos de control e indicadores de resultados, liderazgo e indicadores.
- Identificación de las tareas de dirección en las residencias y de indicadores relevantes de rendimiento basados en resultados.
- Intercambio de las experiencias con indicadores durante la práctica cotidiana.
- Desarrollo propio de indicadores, basados en los que se presentan en este Manual, por ejemplo.
- Presentación de los indicadores (véase la Sección 4).
- Reflexión sobre los criterios respecto a la relevancia de los indicadores en diferentes circunstancias contextuales: diferenciación entre indicadores de rendimiento, indicadores de resultados, indicadores clave de rendimiento e indicadores clave de resultados.
- Selección de entre 10 a 15 indicadores clave de rendimiento para las propias organizaciones de los participantes, para empezar la implementación del control sistemático en la práctica diaria.
- Planificación de la implantación de sistemas de control basados en resultados en las residencias: marco de las condiciones propicias, planificación, responsabilidades y dirección sistemática.

## 3. Sección 3. El reto de la medición de la calidad de vida con indicadores

### 3.1. Introducción

La orientación principal de las iniciativas de calidad se dirige habitualmente a la calidad en las estructuras y en los procesos. Ello es debido, en primer lugar, a la profesionalización de los cuidados de larga duración, con un enfoque particularmente fuerte, procedente del pasado, sobre los requisitos de cualificación del personal, y con un énfasis sobre el incremento de la calidad en los procesos de los cuidados. El segundo punto es que se está retrasando en Europa la transición a la perspectiva de orientación al usuario y de participación que se requiere para que se extienda más firmemente la orientación a los resultados, sobre todo en los aspectos que se refieren a la calidad de vida. Por el contrario, todavía se pasan por alto con frecuencia durante la práctica del trabajo, aunque recientemente hayan estado recibiendo mucha más atención de los expertos en este campo. Además, no hay acuerdo sobre el peso que se deba asignar a los varios y diferentes aspectos de un resultado potencial. Esto se pone especialmente de manifiesto en el debate sobre la noción de calidad de vida que, en muchos sentidos, tiene más un papel simbólico que cuando ese concepto, teóricamente bien fundado, es plenamente operacional y se implementa en la práctica diaria. Los resultados de las intervenciones de cuidados, a menudo, carecen de evidencias satisfactorias y de indicadores fiables, pero esto es aún más cierto cuando se aplica a la calidad de vida, particularmente en su evaluación desde la perspectiva de los usuarios y receptores de los cuidados.

El estudio de la calidad de vida no cuenta con ninguna tradición investigadora acorde. Por consiguiente, no debe sorprender que los términos «calidad de vida», «satisfacción» o «bienestar» que se usan en este contexto los hayan adoptado varias ramas de la investigación, pero sin integrarlos en una comprensión conceptual general de lo que los mayores desean o esperan de la calidad de vida en las residencias. El término «calidad de vida» está íntima-

mente relacionado con el de «asistencia social». En consecuencia, la calidad de vida es un concepto complejo, multidimensional, que comprende a la vez aspectos de la asistencia social tangibles e intangibles, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos, con el acento colocado en «mejor» en vez de en «más». Desde los años setenta la investigación sobre la asistencia social se ha dirigido mucho más al aspecto parcial de la dimensión subjetiva, conocida como «el bienestar subjetivo». Además de esta rama de la investigación, la investigación orientada al bienestar psicológico y de la salud (Abele/Becker, 1991; Mayring, 1987) también atribuye un gran significado a los aspectos subjetivos de la calidad de vida. Aunque la ciencia del envejecimiento no ha podido establecer una comprensión conceptual uniforme de la calidad de vida en la vejez, ha identificado el «bienestar» y la «satisfacción» como indicadores clave en los procesos del envejecimiento saludable. En lo concerniente a la investigación sobre las personas mayores cabe destacar que ha sido la medición de la calidad de vida subjetiva y objetiva respecto a las áreas relacionadas con la salud, con el entorno del hogar y con aspectos de la participación y el apoyo social, donde se han hecho progresos durante los últimos años. Sin embargo, la investigación sobre calidad de vida para los mayores en los servicios de salud y en las instituciones de cuidados de larga duración está necesitando todavía de un mayor desarrollo. La investigación respecto a la calidad de vida en las edades muy avanzadas, en las que se incluyen también a las personas mayores con demencia, es muy rudimentaria aún en la actualidad.

### 3.2. El concepto de «calidad de vida»

En consecuencia, la calidad de vida esencialmente comprende una dimensión subjetiva y otra objetiva. Esta última puede medirse utilizando indicadores «objetivos» apropiados para los aspectos de la situación del individuo en la vida. Aquí, los aspectos que

importan son el estatus económico, el hogar y su entorno, las relaciones y los apoyos sociales, además del grado de participación en la vida de la comunidad. Sin embargo, se puede decir que estamos ante una presuposición de que éstas son las características que le importan a ese individuo en particular, si han sido identificadas por él como tales. La atención del elemento individual aquí está más centrada en la evaluación individual de la situación que en las percepciones sobre la calidad de vida en ésta y otras áreas, e incluye aspectos cognitivos, emocionales y de comportamiento. En este contexto es importante subrayar que las percepciones individuales de la calidad de vida no solo incluyen áreas significativas de la vida, sino también otros valores intangibles y colectivos, como «libertad», «justicia» o el grado de «autonomía» que experimenta la persona. Lo que tiene una especial importancia para la calidad de vida de los internos en las residencias, puesto que sus posibilidades para determinar e influenciar en su propio entorno objetivo de vida son limitadas, y también porque destaca el significado de otros componentes intangibles tales como «dignidad», «privacidad» o «seguridad».

El acuerdo entre ambas perspectivas, en los casos positivos («buenas» condiciones objetivas y valoraciones subjetivas) puede tomarse como indicador de una calidad de vida alta o buena, mientras que en los casos negativos («pobres» condiciones objetivas y valoraciones subjetivas) la calidad de vida se puede considerar baja o «pobre». Pero, con frecuencia, la conexión entre la calidad de vida subjetiva y los criterios objetivos es precaria (Kane, 2003, entre otros), un fenómeno que se conoce también como la «paradoja del envejecimiento», como indican algunas investigaciones en las que, especialmente los mayores con recursos objetivos decrecientes, muestran un alto nivel de satisfacción (Mayring, 1987; Smith et al., 1996; Staudinger, 2000). Sin embargo, no todos los investigadores de la calidad de vida consideran este fenómeno empírico verificable como una paradoja, sino que a veces también lo interpretan como un efecto de la plasticidad de la vejez (Lehr, 1997) y/o una estrategia exitosa para afrontar la situación. En el fondo, estos hallazgos también plantean invariablemente la validación (la validez) de las respuestas de los residentes. Kane (2003) describe la validación del fenómeno subjetivo como uno de los retos fun-

damentales en la investigación sobre la calidad de vida, a pesar de que no exista una respuesta concluyente a esta cuestión.

Sin embargo, la restricción de las investigaciones al análisis de la calidad exclusivamente con criterios objetivos nos conduciría, en consecuencia, a la exclusión de un aspecto que es esencial, especialmente desde que las conclusiones de los estudios relacionados con la salud y la calidad de vida (entre otros Idler, 1993; Filipp/Mayer, 2002; Lehr, 1997; Lehr/Thomae, 1987; Mossey/Shapiro, 1982) han demostrado abrumadoramente la trascendencia de los aspectos subjetivos.

Hay un acuerdo más o menos general en lo que concierne a los conceptos generales y a la distinción entre los componentes subjetivo y objetivo. Sin embargo, cuando se trata de medir la calidad de vida desde la perspectiva subjetiva, existen visiones diferentes acerca de los planteamientos y los métodos. Por ejemplo, aquí se hace una distinción entre el componente cognitivo de «satisfacción» y el componente emocional de «felicidad». Otra aproximación diferente a la conceptualización que sigue a Lawton (Lawton, 1984), distingue cuatro aspectos en la calidad de vida subjetiva:

- Un factor emocional negativo.
- Un factor emocional positivo.
- La felicidad como una convicción de que, a largo plazo, las emociones positivas existen.
- La congruencia de las metas, es decir, la convicción de que se han alcanzado los propios objetivos personales.

Aquí la felicidad constituye un importante factor de bienestar, que comprende tanto el bienestar del presente (un estado) como el bienestar habitual (una tendencia). El bienestar del presente incluye las experiencias actuales de la persona, las emociones positivas, los estados de ánimo y las sensaciones físicas, así como la ausencia de incomodidad (Abele/Becker, 1991:13). El bienestar habitual abarca las «afirmaciones sobre el bienestar que son típicas en una persona, es decir, la valoración de un conjunto de expe-

riencias emocionales». Nótese que el término «bienestar» en este contexto se debe entender de acuerdo a los estándares (positivos).

Muy a menudo se debate la conexión entre calidad de vida y cuidados de larga duración. La investigación experimental no aporta una respuesta uniforme a la cuestión de cómo se interrelacionan la calidad en la prestación de cuidados y la calidad de vida. En la teoría habitual se asume que hay una correlación positiva entre la calidad de vida del residente y la calidad en la prestación de cuidados. De acuerdo con estas suposiciones, la calidad de vida podría servir de indicador para la calidad de los cuidados. Los resultados disponibles de la investigación sobre este tema son insuficientes, y presentan un cuadro inconsistente según qué aspectos de la calidad de vida y de los cuidados se hayan investigado. Sin embargo, los estudios que se han hecho hasta ahora, con frecuencia, no muestran ninguna conexión entre la calidad en la prestación de cuidados y la calidad de vida (Challinger et al., 1996; Rubinstein, 2000; Sowarka, 2000). La relación entre calidad en la prestación de cuidados y la calidad de vida está vinculada a la cuestión de qué se entiende por calidad de vida y cómo se define. Si calidad de vida se entiende como sinónimo de condiciones (de vida), entonces es una aportación al análisis (Veenhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002). En ese caso, la calidad de vida está considerada una condición que depende de la calidad en la prestación de los cuidados. Por el contrario, si la calidad de vida se define como un punto de vista subjetivo e individual de la persona (Veerhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002), la conexión entre calidad de vida y cuidados no existe necesariamente.

### 3.3. Dimensiones de la calidad de vida en las residencias

A la investigación sobre la calidad de vida en las residencias se le concedió durante muchos años una prioridad bastante baja, a causa de los planteamientos de la investigación que se orientaban sobre todo a temas «tradicionales» relativos a la calidad de los cuidados, así como también por una cierta aversión a la ciencia y a las mediciones por aquellos que eran los responsables de mejorar la calidad de vida en la práctica (Kane, 2003).

Las dimensiones de la calidad de vida que se van a describir mediante indicadores objetivos no se pueden aplicar de la misma forma a todas las edades. Esto es particularmente cierto para los internos de las residencias. Además, en la literatura aparecen diferentes conceptualizaciones de la calidad de vida. Para nuestro trabajo seleccionamos los siguientes conceptos que, por un lado, representan diferentes maneras de conceptualizar la calidad de vida en las residencias y, por otro lado, contienen cuestiones, aspectos y perspectivas que se solapan.

Como firme representante de la corriente empírica, Kane (2003) define los siguientes factores como aspectos importantes de la calidad de vida para las personas mayores en las residencias, que se derivan de extensos estudios sobre la perspectiva del usuario.

Kane puntualiza que muchas residencias se centran en la calidad de la asistencia y en aspectos específicos de las enfermedades y no tienen en cuenta suficientemente los aspectos de la calidad de vida. Ella aboga por investigaciones directas y sistemáticas, y consi-

**TABLA 2: FACTORES RELEVANTES DE LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL RESIDENTE**

• Capacidades físicas	• Dolor/molestias
• Auto-cuidado (autonomía)	• Energía, fatiga
• Actividades cotidianas	• Autoestima
• Funciones sociales	• Sensación de dominio
• Sexualidad e intimidad	• Salud subjetiva
• Bienestar y malestar psicológicos	• Satisfacción con la vida
• Capacidades cognitivas	

Fuente: Kane, 2003.

dera que el reto principal está en la necesidad de que se produzca un cambio en la cultura de las residencias.

Otro planteamiento procedente del Reino Unido, que ha influenciado ampliamente el desarrollo de una iniciativa nacional para mejorar la calidad de vida en las residencias para las personas mayores (el programa My Home Life; para conocer más detalles, véase [www.myhomelife.org.uk](http://www.myhomelife.org.uk)), está más orientado a otras perspectivas diferentes y tiene en cuenta los puntos de vista de los residentes, del personal y de los familiares (Foro NCHR&D, 2007 – National Care Home Research and Development [Investigación y Desarrollo Nacional en las Residencias]).

Esta revisión de las publicaciones era una puesta al día de otra anterior llevada a cabo por Davies (2001) sobre las necesidades de cuidados de los mayores y de los cuidadores familiares que desempeñan continuamente tareas de cuidados. Para el propósito de

este proyecto, las materias objeto de estudio fueron seleccionadas entre los campos de la enfermería, salud, medicina, servicios auxiliares de salud, gerontología social, trabajo social y psicología. Esta síntesis de una bibliografía tan diversa, se centra en las experiencias de los residentes, de los cuidadores familiares y del personal, para identificar las estrategias que puedan utilizar los profesionales para mejorar la calidad de vida de los internos en las residencias, mientras se les brinda apoyo a los cuidadores de la mejor manera posible. Las investigaciones adoptaron un afortunado punto de vista, el de tener en cuenta (Cooperrider, et al., 2003) los mensajes positivos más que las prácticas deficientes. Donde era posible, se les pidió a los revisores que expresaran positivamente sus mensajes, que identificaran ejemplos de buenas prácticas y que se aseguraran de que las voces de las personas mayores eran un elemento central en el trabajo.

El programa My Home Life (MHL) está sustentado por ocho cuestiones basadas en la evidencia y cen-

**Tabla 3. MY HOME LIFE: TEMAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS (FORO NCHR&D, 2007)**

<b>Mantener la identidad (Personalización)</b>	Trabajar creativamente con los residentes para mantener su sentido de identidad personal y su participación en actividades con sentido para ellos.
<b>Crear comunidad (Personalización)</b>	Optimizar las relaciones entre y con el personal, los residentes, los familiares, las amistades y la comunidad local en general. Fomentar el sentido de seguridad, de continuidad, de pertenencia, de propósito, de logro y de trascendencia para todos.
<b>Compartir la toma de decisiones (Personalización)</b>	Facilitar la toma de riesgos calculados y la participación con los residentes, los familiares y el personal, compartiendo la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida en la residencia.
<b>Gestionar el cambio (Navegación)</b>	Apoyar a las personas para que manejen la pérdida y el trastorno asociados con el ingreso en una residencia y para que sigan adelante.
<b>Mejorar la salud y la atención sanitaria (Navegación)</b>	Garantizar el acceso a los servicios sanitarios y promover la salud para optimizar la calidad de vida de los residentes.
<b>Apoyar un buen final de la vida (Navegación)</b>	Evaluar el vivir y el morir en una residencia, y ayudar a los residentes a prepararse para una «buena muerte» con el apoyo de sus familias.
<b>Mantener la fuerza de trabajo a punto para el objetivo (Transformación)</b>	Identificar y afrontar las necesidades de formación, siempre cambiantes, del personal de cuidados en las residencias.
<b>Promocionar una cultura positiva (Transformación)</b>	Crear liderazgo, gestores y expertos para lograr una cultura de los cuidados donde las residencias se vean como una opción positiva.

tradas en las relaciones personales. Tres de ellas tratan sobre el enfoque de los cuidados (Personalización) e incluyen «Mantener la identidad», «Compartir la toma de decisiones» y «Crear comunidad». Otras tres de ellas (Navegación) atienden a lo que el personal tiene que hacer para apoyar a los residentes y a los familiares en el recorrido de los cuidados, e incluyen «Gestionar los cambios», «Mejorar la salud y la atención sanitaria» y «Apoyar un buen final de la vida». Los dos temas restantes tratan sobre la «Transformación» y se ocupan de lo que los gestores tienen que hacer para ayudar a su personal a poner en práctica las otras seis cuestiones («Mantener la fuerza de trabajo a punto para el objetivo» y «Promover una cultura positiva»). Véase la siguiente tabla para una mayor explicación de cada uno de los ocho temas.

My Home Life aporta un marco conceptual para la promoción de la calidad de vida en las residencias para los mayores que se fundamenta en la Relationship-Centred Care (RCC Network) [Red para los Cuidados Centrados en las Relaciones Personales] (Tresloni and Pew-Fetzer Task Force [Tresloni y el Grupo de Trabajo Pew-Fetzer], 1994) y en el Senses Framework [Marco de los Sentidos] (Nolan et al., 2006). Basándose en la investigación empírica llevada a cabo en las residencias, con preguntas a los mayores, a los familiares y al personal sobre lo que era importante para ellos, Nolan et al, (ibíd.) sugiere que la satisfacción de seis de los sentidos (seguridad, pertenencia, continuidad, propósito, logro y trascendencia) es esencial para unas buenas relaciones personales en este contexto (véase la Tabla 4 para una explicación mayor de cada uno de los seis sentidos).

**TABLA 4: EL MARCO DE LOS SENTIDOS (NOLAN ET AL., 2006)**

<b>Sentido de la seguridad</b>	• Sentirse seguro
<b>Sentido de pertenencia</b>	• Sentirse parte de las cosas
<b>Sentido de continuidad</b>	• Experimentar vínculos y conexiones
<b>Sentido de propósito</b>	• Tener un objetivo que alcanzar
<b>Sentido del logro</b>	• Progresar hacia esos objetivos
<b>Sentido de la trascendencia</b>	• Sentir que importas como persona

Basándose en las investigaciones de Nolan, se han producido intentos de construir herramientas (Perfiles CARE) para medir la calidad de vida desde la perspectiva de los residentes mayores, de los familiares y del personal en las residencias (Faulkner et al., 2006). Los perfiles CARE se desarrollaron, se pusieron a prueba y se adoptó un instrumento denominado Event Frequency Approach [Método de Frecuencia de Eventos] para crear tres cuestionarios (para los residentes, los familiares y el personal), conteniendo cada uno 30 eventos consensuados y validados positivamente. El contenido temático de estos eventos se ponderó para cada cuestionario utilizando el Marco de los Sentidos como modelo teórico. Una vez completados, los Perfiles Care se probaron en cuatro residencias. Pero los Perfiles son útiles para la medición de la calidad de vida en las residencias, no solo desde la perspectiva de los residentes sino también desde la de los familiares y del personal. Si las experiencias de los resi-

dentos con problemas cognitivos se incluyen en el proceso de evaluación, será necesario desarrollar más ampliamente estos perfiles.

Schalock (Schalock, 2006) identificó, en diferentes meta análisis, ocho dominios nucleares de la calidad de vida y los tres indicadores más comunes para cada uno de los principales dominios calidad de vida (Quality of Life [Calidad de Vida]). Esta conceptualización puede ayudar a que sean operativos los dominios generales y a formular preguntas específicas sobre la calidad de vida de los residentes.

### 3.4. Resumen de las cuestiones

La investigación con las personas mayores y los internos de las residencias sobre su calidad de vida ha traído las siguientes cuestiones clave (Schönberg, 2006), entre otros aspectos:

**Tabla 5. DOMINIOS CALIDAD DE VIDA E INDICADORES (SCHALOCK, 2006)**

Dominios Calidad de vida	Indicador y Descriptores
<b>Bienestar emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contento (satisfacción, estado de ánimo, disfrute).</li> <li>• Concepto de uno mismo (identidad, amor propio, autoestima).</li> <li>• Ausencia de estrés (previsibilidad y control).</li> </ul>
<b>Relaciones interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacciones (redes sociales, contactos sociales).</li> <li>• Relaciones (familiares, amigos, compañeros).</li> <li>• Apoyos (emocionales, físicos, económicos, retroalimentación).</li> </ul>
<b>Bienestar material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatus económico (ingresos, prestaciones).</li> <li>• Vivienda (tipo de residencia, propiedad).</li> </ul>
<b>Bienestar físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud (funciones, síntomas, forma física, nutrición).</li> <li>• Actividades cotidianas (capacidad para los auto-cuidados, nutrición).</li> <li>• Ocio (diversión, aficiones).</li> </ul>
<b>Desarrollo personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad personal (cognitiva, social, empírica).</li> <li>• Rendimiento (éxito, logro, productividad).</li> </ul>
<b>Autodeterminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía/autocontrol (independencia).</li> <li>• Objetivos y valores personales (deseos, expectativas).</li> <li>• Elecciones (oportunidades, opciones, preferencias).</li> </ul>
<b>Inclusión social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración y participación en la comunidad.</li> <li>• Apoyos sociales (redes de apoyo, servicios).</li> </ul>
<b>Derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos (respeto, dignidad, igualdad)</li> <li>• Legales (ciudadanía, acceso, protección legal)</li> </ul>

1. *La trascendencia de varios aspectos de la vida dependen de la edad de las personas.*

El resultado de la encuesta sobre el bienestar social, por ejemplo, muestra grados específicos de trascendencia en las diferentes áreas de la vida según las edades. Las áreas de «salud», «fe religiosa» y «protección contra el crimen» tienen un mayor significado para los mayores que para otros grupos de edades más jóvenes.

2. *La evaluación subjetiva de una situación de la vida es más importante que sus criterios objetivos.*

Las condiciones objetivas de la vida tienen un efecto indirecto sobre el bienestar subjetivo pero no existe una conexión directa entre ambos. El concepto de calidad de vida siempre requiere un juicio de valor con respecto a la pregunta «¿Qué es una buena vida?», lo que en el contexto de nuestro trabajo requiere principalmente un punto

de vista subjetivo. Por ejemplo, independientemente de una evaluación objetiva de la salud, la salud subjetiva en particular constituye un factor vital para la calidad de vida, e incluso puede servir de vaticinador de la mortalidad (Idler, 1993; Mossey/Shapiro, 1982).

3. *Los internos de las residencias tienen una peor calidad de vida que otras personas.*

Este resultado fue demostrado empíricamente por el estudio BASE. Respecto a la calidad de vida de los internos de las residencias, se puso de manifiesto que este grupo constituye «un subgrupo de personas mayores con un mayor riesgo de pérdida del bienestar» (Smith et al., 1996; 511). «(Sin embargo)... es extremadamente importante puntualizar que esta diferencia negativa puede haber existido desde antes de que ingresaran en una residencia» (Smith et al., 1996: 512).

Estos resultados señalan varios aspectos de la calidad de vida de las personas mayores que viven en las residencias que están necesitando una investigación más extensa. Por ejemplo, aparece la pregunta de cómo los residentes «(...) ajustan su propia jerarquía de valores cuando su espacio vital se restringe cada vez más» (Sowarka, 2000: 79).

Por último, pero no menos importante, los hallazgos sobre la calidad de vida de los residentes con demencia solo han aparecido en los últimos años y necesitarán de una mayor investigación. Sin embargo, se ha demostrado que, hasta cierto punto, las personas con demencia también pueden proporcionar información personal sobre su calidad de vida. (Kane, 2003).

### 3.5. Indicadores de calidad de vida: retos metodológicos y posibles soluciones

Tal como se ha demostrado, la evaluación de la calidad de vida es una categoría esencial, especialmente para aquellos que tienen necesidad de cuidados de larga duración. Por esto, además de la calidad en la atención, una parte fundamental para que esté completo cualquier conjunto de indicadores es una evaluación de la calidad de vida.

Es necesario cumplimentar una serie de requerimientos para que, en el futuro, el desarrollo de los indicadores esté respaldado por una base de conocimientos fiables, y para que la transparencia y las comparativas contribuyan a garantizar una provisión satisfactoria de servicios para las personas con necesidad de cuidados de larga duración:

- Los criterios y los indicadores de calidad se tienen que desarrollar basándose en evidencias, es decir, en «el uso escrupuloso, explícito y razonable de las mejores evidencias científicas actuales externas para apoyar las decisiones en la prestación de servicios médicos a pacientes individuales» (Red de Medicina basada en Evidencias de Alemania, 2008). Los principios respectivos también son relevantes para los cuidados de larga duración: ¿Qué beneficio demostrable está asociado con las intervenciones específicas y cómo debería medirse?
- El desarrollo de los indicadores debería llevarse a cabo sobre una base interdisciplinar. Los expertos en la ciencia de los cuidados, la gerontología y el trabajo social deberían reunirse con los profesionales de los cuidados de larga duración para garantizar que el centro de atención no se restringa a las clásicas áreas de enfermería, y que implique las perspectivas de la calidad de vida para obtener un panorama que sea lo más amplio posible.
- Para mejorar la prestación de cuidados de larga duración, el desarrollo de los indicadores de calidad de vida debería estar vinculado al desarrollo organizativo de los servicios y de las instituciones. Las referencias y aspectos de los cuidados de larga duración y de calidad de vida mencionados, podrían utilizarse para iniciar unas medidas de reorganización que tengan en cuenta las preocupaciones de los residentes, los familiares y el personal.
- Los indicadores deben responder a los criterios científicos de calidad: objetividad, fiabilidad y validez. La fiabilidad se utiliza para describir el grado de precisión con el que se evalúa la característica que se está midiendo. Hay varios procedimientos estadísticos que pueden utilizarse aquí: son importantes tanto el cálculo de *la consistencia interna* (el índice Alfa de Cronbach) y, particularmente, *la fiabilidad de la repetición del ensayo*. Este último nos indica si los resultados obtenidos en dos ocasiones para la misma persona guardan una correlación. La validez de la medición revela hasta qué punto un instrumento mide aquello que se supone que tiene que medir. En este contexto, la validez de contenido y concurrente son particularmente importantes, ya que permiten extraer conclusiones sobre la calidad del instrumento y sobre si han sido cubiertos todos los aspectos relevantes de los resultados para la calidad. Otros procedimientos establecidos que se utilizan para medir la validez concordante miden características similares pero no idénticas.
- El ajuste de riesgo de los indicadores (como también la eliminación del riesgo) tiene una especial trascendencia para las comparativas de los servicios y las instituciones. El ajuste de riesgos implica excluir factores que no dependen del servicio llevado a cabo por la institución, pero que, en cual-

quier caso, influyen en la medición del indicador (por ejemplo, la edad, las enfermedades anteriores y el perfil de las necesidades de cuidados). El efecto de «neutralización» del ajuste de riesgo puede evitar, por ejemplo, que instituciones en las que la mayoría de sus residentes tienen un alto grado de necesidad de cuidados u otras circunstancias (por ejemplo, un alto porcentaje de personas con demencia) muestren peores resultados que las que tienen residentes con menor necesidad de cuidados y asistencia. El ajuste de riesgos va a ser un reto aún más importante para el futuro desarrollo de indicadores de calidad de vida, porque la definición de los riesgos en los dominios pertinentes se presenta como una tarea todavía más compleja que en el dominio de la «calidad de la atención».

### 3.6. La medición de la calidad de vida en las residencias

Hay una necesidad especial de garantizar la transparencia de los indicadores y los instrumentos de medición de la calidad de vida, que se puedan entender con facilidad y que sean amigables con el usuario, tanto para el personal como, especialmente, para los receptores de los cuidados y sus familias, para darles la oportunidad de expresar sus necesidades y apoyarles en su búsqueda de las opciones apropiadas.

Hay varios métodos empíricos de investigación social que se aplican en la investigación sobre la calidad de vida en las residencias:

- Entrevistas directas con los residentes.
- Entrevistas a representantes de los familiares cercanos y/o del personal de enfermería.
- Observación del comportamiento de los residentes.
- Recogida de información objetiva sobre aspectos físicos, sociales y ambientales.

Cada uno de estos métodos tiene sus ventajas e inconvenientes. Cuando se entrevista directamente a los residentes se da el «problema del testigo», es de-

cir, las evaluaciones subjetivas no permiten sacar conclusiones respecto a hechos objetivos. Las entrevistas con representantes sobre la calidad de vida del residente han mostrado que sus evaluaciones, frecuentemente, se desvían de la evaluación de los propios residentes (el «problema de los representantes», Cohn/Sugar, 1991; Lavizzo-Mourey et al., 1992).

El método preferido para crear indicadores, frecuentemente, es recabar información sobre hechos objetivos en la calidad de la atención. Sin embargo, es muy difícil hacer cualquier afirmación sobre la calidad de vida del individuo sobre la base de estos datos, a pesar de la importancia que tienen, como ya se ha mencionado.

Los resultados personales se pueden analizar en el nivel individual, agregándolos a los del nivel de la organización o del sistema, complementándolos con otras mediciones del rendimiento, tales como los indicadores de salud y seguridad, los del patrón de movilidad de los usuarios, los de rotación del personal y los de los costes unitarios (Gardner/Carran, 2005; Human Services Research Institute (HSRI) [Instituto de Investigación de Servicios Humanos] y National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services [Asociación Nacional de Directores de Servicios Estatales para las Discapacidades del Desarrollo], 2003).

También puede ser adecuado usar un cuestionario más corto centrado en una o dos cuestiones, en vez de tratar de implantar un instrumento que podría sobrecargar a la institución. Tanto las entrevistas como la recogida de los datos se deben hacer externamente (Schalock et al., 2008), ya que al personal, por regla general, no le gusta trabajar con ellos, no tienen formación sobre análisis de datos y/o tienen miedo de una información que, con frecuencia, se asocia negativamente con la evaluación y sus posibles consecuencias para las licencias, las certificaciones de la financiación o la investigación.

En el pasado, la gestión de los datos con frecuencia, no se ha tratado correctamente, lo que tiene su efecto en cómo admite la organización la información y sobre su voluntad de actuar según la misma. Algunas formas de solucionarlo podrían ser las siguientes (Schalock et al., 2008):

- Ayudar al personal a comprender los factores contextuales que afectan a los resultados obtenidos y a apoyar la interpretación adecuada.
- Proporcionar al personal consejos específicos sobre cómo pueden usarse los datos para mejorar los resultados individuales u otros indicadores de rendimiento.
- Puntualizar que el principal objetivo de la recogida y análisis de datos tiene que ver con la calidad de vida, y no con la evaluación de la bondad/maldad del programa/servicios proporcionados.
- Enfatizar que la evaluación representa solamente un punto en el proceso temporal, y que el uso de la información para la calidad de vida es un proceso continuo que requiere de un compromiso a largo plazo.

### 3.7. Interpretación de los resultados

Tal como se ha visto, la medición de los indicadores de calidad basados en resultados para las residencias requiere tanto de la perspectiva de la calidad en la asistencia como la de la calidad de vida. Según esto, cuando llegamos a la implantación de los procedimientos apropiados y a la utilización de los resultados para la mejora de los procesos, hay algunas cuestiones generales referentes a las posibilidades y los límites que hay que tener a la vista (Schönberg, 2006):

- *No existe un «indicador global» que funcione como «una señal de aviso general» en cuanto a la calidad de las instituciones.* Aparte de la falta de causalidad entre varias dimensiones de resultados, tampoco hay una conexión directa entre los diferentes aspectos de la calidad de los resultados. Los buenos resultados respecto a un indicador (como el de las escaras) no implican necesariamente que se repitan en otras áreas. Y esto también es cierto para los indicadores de la calidad de vida.
- *Los residentes son corresponsables de los resultados de la calidad.* La calidad de las relaciones entre paciente y cuidador influye en los resultados (Bond/Thomas, 1991). En este sentido, los receptores de los cuidados son coproductores de la prestación de la asistencia.
- *No es posible una evaluación general de los estándares de calidad mediante indicadores.* En el proceso del desarrollo de la calidad y del control de calidad, los indicadores se consideran señales, pero no es posible una evaluación general de calidad para una institución en concreto por medio de indicadores (Faust, 2003; Gebert/Kneubüler, 2003; Halfon et al., 2000). Sin embargo, la medición por medio de indicadores de calidad puede ser un punto de partida para una evaluación más extensa, por ejemplo, allí donde un indicador señala una deficiencia. En este sentido, los indicadores funcionan como «centinelas de eventos» (Höwer, 2002:19), cuya incidencia la deben explicar las instituciones.
- *Los resultados basados en los indicadores necesitan una interpretación.* Se deben interpretar los resultados de las mediciones de los indicadores (Donabedian, 1992, Faust, 2003, Höwer, 2002). El problema es que esos resultados «tientan» a los investigadores a sacar conclusiones que no son admisibles sobre la base de esas mismas mediciones. Así, que haya una gran incidencia de escaras en una institución puede conducir a la conclusión de que es necesario un análisis más detallado del desempeño de la prestación de los cuidados, o de que se requiere una explicación de la institución. Sin embargo, no es posible extraer conclusiones directamente del número de escaras acerca de la calidad general de la asistencia en esa institución. «Los resultados como indicadores de la calidad en la atención están (...) abiertos a la mala interpretación y al mal entendimiento del público si no se entiende la causalidad múltiple» (Donabedian, 1992:359).
- *Las limitaciones técnicas de la recopilación de indicadores que es posible en las residencias.* El resumen de los datos de los indicadores requiere recopilar la información individual de los receptores de los cuidados, que se sintetiza después a nivel institucional. Esto, a su vez, requiere unas rutinas de recogida de datos y un adecuado equipamiento técnico, así como experiencia en el análisis y la interpretación.

### 3.8. Conclusiones

El debate acerca de los resultados mensurables y los indicadores relevantes en la atención a la salud y en los servicios de cuidados de larga duración abarca también la perspectiva de la calidad de vida de manera cada vez más extensa. Es el reflejo de la tendencia general, que no solo pretende el estudio de la estructura y los atributos de los procesos de enfermería y de los cuidados de larga duración para hacer de ellos una cuestión del desarrollo de la calidad, sino que también reconoce a la perspectiva del usuario como un componente indispensable del desarrollo de la calidad.

Sin embargo, también hay que señalar que, aunque los indicadores son esenciales, solo son una parte de la evaluación de la calidad, lo que constituye una limitación crucial impuesta sobre la recopilación de indicadores y las expectativas asociadas a ellos. Pero, en cambio, señalan los aspectos problemáticos en las áreas relevantes que necesitan recibir más atención en el transcurso del desarrollo y de la gestión de calidad. Aunque no haya una correlación monocausal entre la calidad de la estructura, de los procedimientos y de los resultados, de manera que los indicadores de resultados no permiten sacar conclusiones sobre los niveles de calidad de la estructura y los procesos, sí que nos aportan información relevante. Además, los propios residentes también son responsables, en parte, de la calidad de los resultados de la prestación de los cuidados, de manera que los indicadores se pueden utilizar en instituciones para medir los resultados de los que éstas son solo parcialmente responsables.

No obstante, el uso de los indicadores ofrece una serie de oportunidades, por otra parte, que se pueden resumir en los siguientes términos:

- Establecimiento de la transparencia.
- Establecimiento de una base para la investigación científica de los cuidados de larga duración.
- Posibilidades de referenciarlos y compararlos institucionalmente.
- Posibilidad de dirigir el desarrollo de la calidad en las instituciones.

Si bien, últimamente, el interés por utilizar indicadores para medir y analizar la calidad de los resultados se ha elevado de forma drástica en los países de Europa en comparación con los Estados Unidos, especialmente en lo referente a los cuidados de los pacientes ingresados, el debate sobre indicadores bien fundamentados, fiables y de calidad ha llegado a Europa tardíamente, y tal como se pone de manifiesto en el enfoque de las principales iniciativas sobre la calidad, parece tener todavía una importancia secundaria. La búsqueda y la exploración de los indicadores para la calidad de los resultados en las residencias, con la intención de garantizar unos cuidados de larga duración que sean compatibles con la dignidad humana, es un tópico que, de ninguna manera, ha recibido la atención que merece, y por último, pero no menos importante, tampoco desde la perspectiva del usuario. Sin embargo, los indicadores constituyen una vía importante para medir la calidad desde el punto de vista del usuario, poniéndolo además a disposición del desarrollo cualitativo de los servicios y de las instituciones. Ellos solos no pueden garantizar la calidad, pero son parte de un contexto que abarca la eficacia y la eficiencia de los servicios en los cuidados de larga duración.

## 4. Sección 4. Lista de indicadores de rendimiento basados en resultados por dominios

La selección de indicadores de rendimiento basados en resultados se centra en cinco dominios que son relevantes para las residencias. La reflexión sobre los resultados requiere la consideración de diferen-

tes perspectivas de los interesados implicados: residentes, familia y amigos, personal, dirección, financiadores, además de los legisladores y otros grupos sociales.

Dominios	Perspectivas <sup>1</sup>	Indicadores
1. Calidad de los cuidados	Residentes, personal	1 – 24
2. Calidad de vida	Residentes, familiares, amigos, personal	25 – 70
3. Liderazgo	Dirección, personal	71 – 87
4. Rendimiento económico	Dirección, financiadores	88 – 91
5. Contexto	Financiadores, legislador, proveedores, público en general	92 – 94

Cada indicador se presentará siguiendo una terminología común y se basará en el siguiente esquema:

Definición	Definición del indicador
<b>Operacionalización</b>	Temas prácticos respecto a su aplicación o el tipo de recogida de datos que se necesita.
<b>Cálculos / Formulación</b>	Medidas, definición de los valores en el numerador y en el denominador del indicador.
<b>Uso / Objetivo</b>	Uso y fundamento del indicador en la medición, evaluando y mejorando la calidad de los resultados en las residencias. Comentarios generales respecto al contexto nacional, si es apropiado.
<b>Perspectiva</b>	¿Desde la perspectiva de qué participante es especialmente relevante el indicador?
<b>Cuestiones</b>	¿Qué temas y cuestiones pertinentes para las residencias son abordados por el indicador?
<b>Fuente</b>	Fuente, marco de calidad o contexto donde el indicador ya se utiliza o en el que se inspiró el indicador.

### 4.1. Dominio 1: Calidad de los cuidados

Los indicadores de este primer dominio son concernientes a la calidad de la atención, siendo éste el aspecto más importante para todas las partes involucradas. Las personas mayores ingresan en una residencia por sus problemas de salud, su necesidad de

cuidados o sus circunstancias personales, y/o cuando ya no tienen más opciones para permanecer viviendo en sus casas. A menudo, los residentes dependen todos los días de los cuidadores para sus cuidados físicos.

Los cuidadores en las residencias se ocupan principalmente en atender, en lo posible, los problemas de sa-

<sup>1</sup> En términos generales, las mejoras deberían siempre orientarse a los internos de las residencias; sin embargo, algunos indicadores se dirigen a otras partes interesadas, por ejemplo, al personal o a los gestores, en primera instancia.

lud ya existentes y en prevenir la posibilidad de nuevas discapacidades y de otras complicaciones.

El foco principal del interés en este dominio es la calidad y la seguridad de los cuidados. Una parte esencial de la gestión de calidad de la asistencia es comprender las necesidades de los cuidados, de las complicaciones y de los eventos adversos. Por ejemplo, el registro de las escaras, de los errores de medicación o de las caídas, debe incluirse en la documentación del residente, ya sea en su historial o en su plan de cuidados personales. Solamente entonces podrán los proveedores y los cuidadores evaluar los resultados y encaminarse hacia la mejora de la calidad. Los indicadores también se pueden utilizar para controlar el éxito de los programas de mejoras y para establecer prioridades para nuevas acciones.

Los indicadores en el dominio «Calidad de los Cuidados» están descritos, sobre todo, desde la perspectiva de los residentes. Cuando se usan los indicadores se debería utilizar la información que consta en el historial del paciente o en su plan de cuidados. Frecuentemente se puede elegir entre hacer la medición en un día determinado (por ejemplo, la medición en el punto de prevalencia) o mantener un registro con-

tinuo. El indicador de las escaras puede ser más adecuado para una medición de prevalencia mientras que el indicador de las incidencias de caídas es más adecuado para un registro continuo.

La mayoría de los indicadores en este dominio surgieron de los sistemas de gestión de calidad existentes en proyectos de los países participantes, y también de los sistemas de gestión de calidad en los Estados Unidos. Ningún indicador de este dominio proviene de un país no participante. Estos indicadores fueron considerados como críticos en varios de los países representados en este proyecto, por lo que algunos estaban presentes en más de uno de los sistemas de gestión de calidad o en sus directrices.

Los indicadores del número 19 al 24 no surgieron de ningún sistema de gestión de calidad, sino que se debieron a los expertos internacionales del panel Delphi o de los talleres de validación de E-Qalin. En un taller con representantes de los expertos de Delphi y E-Qalin, así como con el equipo de PROGRESS, se propusieron nuevos indicadores que fueron debatidos, y los que se seleccionaron, finalmente, se agregaron a los ya existentes en el dominio de «Calidad de la atención».

INDICADOR N.º 1	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que sufren escaras nivel 2 – 4 y que se originaron en la residencia
<b>Operacionalización</b>	Para medir este indicador primero se necesita una valoración de las escaras en el momento del ingreso. Las de nivel 1 se excluyen debido a la dificultad de medición, lo que causa falta de confianza. Este indicador se mide en un día determinado una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, puede basarse en un historial continuo de asistencia.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes con escaras de nivel 2 a 4. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El propósito de este indicador es mejorar las estrategias para prevenir las escaras, principalmente cambiando de posición regularmente al enfermo en la cama para aliviar la presión sobre las mismas partes de la piel. Las escaras no solo son dolorosas y debilitadoras sino que pueden tener un impacto devastador a largo plazo sobre la salud y la calidad de vida de los residentes.
<b>Perspectiva</b>	Residentes
<b>Tema</b>	Calidad y seguridad de los cuidados
<b>Fuente</b>	Inspirado en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); E-QALIN (2009); MDS (2009); US DHHS (2008); CSCI (2008).

INDICADOR N.º 2	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que tienen intertrigo.
<b>Operacionalización</b>	El intertrigo es una enfermedad de la piel (especialmente se da en los pliegues de la piel) que causa enrojecimiento y dolor. Es común en personas obesas. Frecuentemente se encuentra debajo de los pechos, en las ingles y en las hendiduras anales de los residentes. Este indicador se mide en un día determinado una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, puede basarse en su historial continuo de asistencia.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que tienen intertrigo. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es detectar los pliegues de la piel y prevenirlos. La consideración cuidadosa de los pliegues ayuda a su prevención. El tratamiento efectivo y/o la atención a los factores subyacentes, como la incontinencia, también ayudan a prevenir este tipo de enfermedad.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad de los cuidados
<b>Fuente</b>	Inspirado en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); LPZ (2009) y MDS (2009).

INDICADOR N.º 3	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes con errores en la medicación informados en los últimos 30 días
<b>Operacionalización</b>	Se pueden utilizar muchas fuentes para medir este indicador: el historial del residente, los informes del personal/residentes y el registro formal de las incidencias, como en el sistema Holandés. La mala utilización de los medicamentos incluye las siguientes incidencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se administró un medicamento prescrito,</li> <li>• Se administró una dosis equivocada,</li> <li>• La medicación se administró a una hora incorrecta,</li> <li>• Los residentes no se tomaron la medicina,</li> <li>• Se administró una medicina incorrecta,</li> <li>• Una combinación inapropiada de medicamentos.</li> </ul> No se debe medir con los residentes que toman medicamentos por sí mismos (mídase solamente con los residentes a quienes se les administran los medicamentos).
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Numero de residentes con los que se han cometido errores y que hayan sido registrados en los últimos 30 días. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es prevenir los errores en la administración de medicamentos. Por ejemplo, una sobredosis puede ser dañina para el residente al que se le prescribió el medicamento, y una dosis inferior también puede alterar negativamente los resultados del tratamiento. El indicador es útil también para llegar a la comprensión de la cultura del liderazgo en las residencias. Si los informes de errores en los medicamentos solamente se utilizan para culpabilizar o castigar, en vez de utilizarlos como punto de partida de una mejora en los procedimientos y en la estructura de los cuidados el personal, entonces, no querrá dar la información en el futuro,.
<b>Perspectiva</b>	El personal y los residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia, y la calidad de los recursos humanos.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008) y CSCI (2008).

INDICADOR N.º 5	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que han sufrido una relativa pérdida de peso en el último mes, sin que sea intencionada o forme parte del tratamiento del residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide por el peso del residente. La pérdida de más de 3 kgs. de peso total en el último mes o de más de 6 kgs. en los últimos seis meses. No debe medirse con residentes que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reciben cuidados terminales o que están en fase terminal de una enfermedad.</li> <li>• No quieren que se les controle el peso.</li> </ul>
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Numero de residentes que han tenido una pérdida de peso relativa en el último mes sin que fuese intencional y que no formaba parte del tratamiento previsto. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es prevenir las pérdidas de peso no intencionadas. Los residentes mayores que tienen una pérdida de peso no intencionada tienen un mayor riesgo de infección, de depresión y de muerte.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia (gestión del riesgo).
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008); MDS (2009).

INDICADOR N.º 6	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes con síntomas de deshidratación.
<b>Operacionalización</b>	Un residente está deshidratado si hay una pérdida de peso aguda de más del 3% del total de su peso o de más de 1 kg. diario. Otros síntomas tales como el aspecto de la piel, la sequedad de las membranas mucosas y la lengua seca también son indicativos, aunque puedan ser causadas por otros factores, como el uso de medicamentos Este indicador generalmente se basa en el historial continuo del residente. No debe medirse en residentes que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reciben cuidados terminales o que están en fase terminal de una enfermedad.</li> <li>• Que no quieren que se les revise.</li> </ul>
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Numero de residentes con síntomas de deshidratación. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	La deshidratación se considera un evento centinela de la salud. Conlleva una serie de complicaciones, por ejemplo, la desorientación, la pérdida del apetito, la pérdida de energía y de vitalidad. En las personas que sufren de demencia, la deshidratación es una de las principales causas de muerte, aparte de la malnutrición y la neumonía.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia (gestión del riesgo).
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); US DHHS (2008); Schols et al. (2009); MDS (2009).

INDICADOR N.º 7	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que han tenido una caída en los últimos 30 días.
<b>Operacionalización</b>	Se pueden utilizar múltiples fuentes para medir este indicador: el historial del residente, los registros del personal/residentes y los informes de incidencias. Los informes de caídas realizados directamente por el residente deben ser incluidos. También se recomienda registrar el lugar donde sucedió la caída y las consecuencias que tuvo para el residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Numero de residentes que han tenido una caída en el último mes. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber cuántas caídas han ocurrido en la residencia para prevenirlas. Las caídas son una de las causas principales de mortalidad entre las personas mayores.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008); MDS (2009); CMS-RAI (2002); E-Qalin (2009); MDS (2009).

INDICADOR N.º 8	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que han manifestado signos de un comportamiento agresivo hacia el personal y/o otros residentes durante los últimos siete días.
<b>Operacionalización</b>	Se miden los siguientes síntomas de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento verbal agresivo: el residente grita, amenaza o maldice a otras personas.</li> <li>• Comportamiento físicamente agresivo: el residente pega, empuja, araña o intimida a otras personas.</li> <li>• Comportamiento socialmente inaceptable: el residente hace ruidos molestos, grita, se maltrata a sí mismo/a, tiene un comportamiento sexual perturbador o exhibicionista, se unta con comida o con excrementos, acumula pertenencias ajenas o fisga en las pertenencias de otros.</li> <li>• No acepta los cuidados: no admite las inyecciones o la medicación, rechaza la comida y no participa en las actividades.</li> </ul>
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que han manifestado comportamiento agresivo hacia el personal u otros residentes durante los últimos siete días. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber con qué frecuencia los residentes manifiestan comportamientos problemáticos y controlar la forma en la que responde el personal a este reto. Si se ha detectado una tendencia hacia el incremento de este tipo de comportamiento, el equipo gestor y el personal podrían considerar recibir formación adicional sobre la forma de tratar esos casos.
<b>Perspectiva</b>	El personal y los residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia, la calidad en los recursos humanos.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008); CMS-RAI (2002).

INDICADOR N.º 9	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que fueron físicamente inmovilizados en los últimos siete días.
<b>Operacionalización</b>	La inmovilización física se limita a: el cinturón Sueco (cinturón con llave que inmoviliza por la cintura), un sillón profundo para que sea difícil levantarse o la cubierta de una mesa que está adherida a una silla frente a la persona para que le impida levantarse. Se puede medir mediante la observación y debería informarse de ello en el historial del residente. En la mayoría de los países se necesita una autorización médica o judicial para la inmovilización, de manera que el indicador puede basarse en la documentación respectiva. El uso de las medidas de inmovilización física (los ejemplos dados arriba no incluyen todas las que se utilizan en las residencias) deben minimizarse lo más posible, ya que existen muchas alternativas disponibles no restrictivas físicamente en los cuidados de larga duración.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que han sido físicamente inmovilizados en los últimos siete días. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber cuántos residentes han sido inmovilizados físicamente. Si el porcentaje es muy alto, quizás los residentes están siendo inmovilizados prematuramente. Estas medidas pueden incrementar el riesgo de caídas. Tratando de soltarse, los residentes terminan haciéndose más daño que si no hubieran estado inmovilizados y también los daños son mayores. Se debe estimular al personal para que piense en medidas alternativas que garanticen la seguridad de los residentes.
<b>Perspectiva</b>	Los residentes, el personal.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia, la calidad en los recursos humanos.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008); MDS (2009).

INDICADOR N.º 10	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que tienen incontinencia urinaria al menos una vez a la semana.
<b>Operacionalización</b>	Incontinencia urinaria significa cualquier tipo de pérdida de orina. La retención de la orina no es incontinencia. Este indicador se mide en un día determinado una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que tienen incontinencia urinaria al menos una vez a la semana. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es conocer cuántos residentes tienen incontinencia en la residencia y prevenirla. La incontinencia puede ser un síntoma de infección en el tracto urinario, puede causar vergüenza y reducir la calidad de vida. En Holanda, el 75% de los residentes con incontinencia urinaria no saben qué tipo de trastorno tienen porque nunca han sido diagnosticados. Poniendo más atención en el diagnóstico se pueden curar más pacientes o, por lo menos, reducir su incomodidad. (LPZ, 2008)
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008).

INDICADOR N.º 11	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes con un catéter de larga duración insertado durante más de 14 días.
<b>Operacionalización</b>	No se debe medir a residentes que ya llevaban un catéter de este tipo cuando llegaron a la residencia. La elección de un periodo de 14 días es para hacer una diferenciación entre el catéter para problemas agudos y para los crónicos. Por ejemplo, el uso de un catéter agudo está indicado para los residentes que reciben cuidados paliativos o que padecen un dolor agudo por una fractura de cadera (aún no operada). Este indicador generalmente está basado en el historial.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes con un catéter de larga duración, insertado durante más de 14 días. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber cuántos residentes hay con un catéter de larga duración. Si el porcentaje es demasiado alto, quizás se pongan muy prematuramente. Los problemas relacionados con el uso de las sondas urinarias pueden incluir infecciones, obstrucciones y fugas.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); US DHHS (2008).

INDICADOR N.º 12	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que sufren dolor en los últimos 30 días.
<b>Operacionalización</b>	La medición del dolor en las residencias es un reto especial, aunque hay diferentes métodos para medirlo (escalas) (por ejemplo, Van Herk et al. (2009a); Closs et al. (2004); <a href="http://www.schmerzskala.de">www.schmerzskala.de</a> ). Hay un grupo numeroso de residentes para los que es imposible la medición del dolor con los métodos habituales debido a los problemas de comunicación o del declive cognitivo. Para esos casos, las personas que sufren de demencia, por ejemplo, se sugiere la escala MOBID de observación del dolor (Husebo et al., 2007). Sin embargo, no es oportuno pedir a los familiares que estimen el dolor del residente, (Van Herk et al., 2000b).
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que han sufrido dolor en los últimos 30 días Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	Una de las principales causas de las deficiencias en la gestión del dolor es la ausencia de un registro sistemático. En las residencias existe el registro del dolor, que se hace, por ejemplo, con un instrumento de medición fácil como la escala numérica del dolor, pero su aplicación no está generalizada. La investigación muestra que el 66% de los internos en las residencias experimentan dolor (Boerlage et al. (2007)). El porcentaje de residentes con bastante dolor (> 4 en una escala de 0 a 10) durante la última semana es aún más alto: >75%. Más del 25% de los residentes en este grupo NO reciben analgésicos. Más del 50% solamente reciben medicamentos del paso 1 del plan de analgésicos de la OMS (paracetamol, AINEs (Fármacos Anti Inflamatorios No Esteroideos <sup>2</sup> ). En las residencias donde un gran porcentaje de los residentes experimentan dolor, el dolor no se registra casi nunca. Y para residentes con problemas de comunicación es aún peor.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: CSCI (2008); US DHHS (2008).

<sup>2</sup> Nota del T.: En inglés NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

INDICADOR N.º 13	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que utilizan medicación antipsicótica.
<b>Operacionalización</b>	No se debe medir a los residentes que toman la medicación por sí mismos. Cuando el residente sigue siendo responsable de su medicación y la guarda consigo, implica que el personal no sabe si el residente toma la medicación según la prescripción. Este indicador se debe considerar en conjunto con el indicador 9 sobre la inmovilización. La frecuencia de las mediciones de prevalencia puede ser variable.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que utilizan medicación antipsicótica. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber si el porcentaje de residentes que utilizan medicamentos antipsicóticos en un momento determinado es muy alto. Otro de sus propósitos es conocer si el número de residentes que están diagnosticados con alguna enfermedad mental es igual al número que utilizan psicofármacos.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007); KVZ-VVT (2010); US DHHS (2008).

INDICADOR N.º 14	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes con demencia que utilizan neurolépticos.
<b>Operacionalización</b>	Porcentaje de residentes con demencia que han recibido neurolépticos en el transcurso de la semana anterior.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes con demencia que han recibido neurolépticos en el transcurso de la semana anterior. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	Hay muchas cuestiones que surgen al utilizar múltiples medicamentos para las personas que sufren demencia. El Comité Alemán de Expertos para la Evaluación del Desarrollo de la Atención a la Salud ha señalado últimamente los altos riesgos que subyacen en el uso de los neurolépticos, los cuales, particularmente en combinación con sedantes (benzodiazepinas), pueden reducir mucho las capacidades cognitivas: «Por lo tanto, una prescripción burda, sin matizar, de sedantes para las personas mayores no puede ser una estrategia aceptable para compensar la falta de personal de atención sociosanitaria (...) Particularmente, la prescripción de neurolépticos debe ser considerada con mucho cuidado, puesto que puede incrementar la mortalidad (...) en casos excepcionales, una aplicación a corto plazo es aceptable si existen otros riesgos para el paciente o su entorno» (Arznei-telegramm (2008), cit. Sachverständigenrat (2009): 471).
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Sachverständigenrat (2009).

INDICADOR N.º 15	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que utilizan antidepresivos.
<b>Operacionalización</b>	No se debe medir a los residentes que toman la medicación por sí mismos. Cuando el residente es el responsable de su medicación y la mantiene en su poder, implica que el personal no sabe si el residente toma la medicación según la prescripción. El uso de antidepresivos se considerará en relación a la prevalencia de la depresión entre los residentes. La frecuencia de las mediciones de prevalencia puede ser variable.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que utilizan antidepresivos. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber si el porcentaje de residentes que están diagnosticados con depresión es igual al número de los que utilizan los antidepresivos.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007).

INDICADOR N.º 16	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes a los que se les ha diagnosticado depresión en un momento determinado.
<b>Operacionalización</b>	Basándonos en el GDS (Geriatric Depression Scale) [Escala de Depresión Geriátrica] proponemos preguntar a los residentes cómo se han sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. La GDS la desarrollaron en 1982 J.A. Yesavage y otros (Brink/Yesavage (1982); Yesavage et al. (1982)). Se ha convertido en una norma de oro internacionalmente como instrumento validado: <a href="http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html">http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html</a> (GDS en todos los idiomas) o <a href="http://www.stanford.edu/~yesavage/Testing.htm">http://www.stanford.edu/~yesavage/Testing.htm</a> (versión corta en inglés con escala). La GDS es una de las técnicas; sin embargo, puede haber otras que pueden utilizarse en las residencias.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que han sido diagnosticados con síntomas depresivos en un momento dado. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es saber cuántos residentes muestran señales depresivas. Es muy importante detectar los indicios de una depresión, diagnosticarla y comenzar su tratamiento.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia
<b>Fuente</b>	Inspirados en: KVZ-VVT (2007 y 2010); US DHHS (2008); CMS-RAI (2002).

INDICADOR N.º 17	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes con deficiencias dentales y orales.
<b>Operacionalización</b>	Examinar los problemas orales (mucosa oral, dientes y dentaduras postizas). Los residentes con capacidad reducida de autocuidados tienen transformaciones en su cavidad bucal. Los que están en riesgo son los siguientes: Residentes con disfunciones para masticar y tragar: el consumo de ciertos medicamentos (por ejemplo, antidepresivos, antihipertónicos) que reducen la saliva también tendrán efectos en la microflora bucal (antibióticos, corticoides), Los residentes que están bajo tratamiento con oxígeno o los que solamente pueden respirar por la boca y, Los residentes con un estado nutricional reducido o con deshidratación. Este indicador se mide en un día determinado una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, puede basarse en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que tienen deficiencias bucales o dentales. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es gestionar la calidad de los cuidados para aquellos residentes con problemas orales. A los cuidados orales o dentales, frecuentemente, no se les presta la suficiente atención y tienen una influencia importante en el bienestar del residente.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Salud física y bienestar.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: MDS (2009).
INDICADOR N.º 18	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes diagnosticados con necesidades de cuidados debido a enfermedades geronto-psiquiátricas.
<b>Operacionalización</b>	Diagnóstico de un especialista o de un médico general; registrarlo en el historial, incluyendo biografía, contactos con los familiares, actividades cotidianas personales, etc.; evaluación de los cuidados y de las pruebas. La frecuencia de la medición de prevalencia puede variar.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que tienen registrados cuidados por enfermedades geronto-psiquiátricas. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los residentes que sufren problemas cognitivos (especialmente por demencia) necesitan cuidados y atenciones especiales. Por lo tanto, el personal debe estar entrenado para diferentes tratamientos. Los cuidados de los residentes con trastornos cognitivos conducen a que se produzcan cambios en los diferentes niveles de una residencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de los cuidados.</li> <li>• Formación del personal.</li> <li>• Organización y gestión de los cuidados (día y noche).</li> <li>• Impactos arquitectónicos (dentro y fuera de los edificios).</li> </ul>
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad y seguridad de la salud y de los cuidados.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: MDS (2009).

INDICADOR N.º 19	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que están satisfechos con sus cuidados personales.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre los residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Porcentaje de residentes que están satisfechos con sus cuidados personales. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es valorar si la opinión de los residentes sobre sus cuidados personales corresponde a los resultados de los otros indicadores de los cuidados. Combinando los puntos de vista «objetivos» y «subjetivos» se puede llegar a una visión más holística y se pueden detectar las necesidades potenciales de mejorar los cuidados.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Salud física y bienestar.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 20	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que sufren trombosis.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide en un día preestablecido una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que sufren de trombosis. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es gestionar la prevención de las trombosis.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 21	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que sufren contracturas.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide en un día preestablecido una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que sufren contracturas. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es gestionar la prevención de las contracturas.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 22	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que están permanentemente encamados.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide en un día preestablecido una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que están permanentemente encamados. Denominador: Número de residentes que han sido evaluados.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es establecer cuántas personas están permanentemente encamadas y mejorar las estrategias para prevenir la inmovilidad permanente. La inmovilidad conduce a varios problemas de salud, como la pérdida de masa muscular, el estreñimiento, la incontinencia, las úlceras por presión y la regresión cognitiva.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad en la asistencia.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 23	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que son alimentados con una sonda enteral <sup>3</sup> .
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide en un día preestablecido una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que están alimentados por sonda enteral. Denominador: Número de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Muchos de los residentes en estados avanzados de deterioro cognitivo y/o problemas para tragar, tienen riesgo de malnutrición. En esos casos, les puede beneficiar la alimentación mediante una sonda. En situaciones prolongadas, este procedimiento de alimentación es preferible al de la sonda nasal. Para los residentes es menos agobiante y el riesgo de complicaciones es menor. Por otro lado, este indicador se puede utilizar para comprobar si la alimentación por sonda se utiliza con demasiada frecuencia (en caso de una tendencia al alza) y se prescribe prematuramente para ahorrar tiempo de trabajo (en la alimentación manual se emplea más tiempo que mediante una sonda).
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad de los cuidados.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

<sup>3</sup> Nota del T.: en Inglés PEG-tube (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy).

INDICADOR N.º 24	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que han sido evaluados, con autonomía para alimentarse y/o los riesgos relacionados.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se mide en un día preestablecido una vez al año como medida de prevalencia. Alternativamente, se puede basar en el historial del residente.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que están evaluados. Denominador: Número de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Es importante revisar que cada residente esté capacitado para alimentarse individualmente; si no, este indicador debería dirigir aquellas medidas en la residencia para garantizar su correcta alimentación, por ejemplo, a través de una sonda enteral.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	La calidad y la seguridad de los cuidados.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: PROGRESS (2010).

## 4.2. Dominio 2: Calidad de vida

La calidad de vida se confunde con frecuencia con calidad en los cuidados. A pesar de que las dos, a menudo, están interrelacionadas, no se deberían considerar iguales. La calidad de vida puede ser elevada y al mismo tiempo la calidad de los servicios ser baja: es decir, las personas se pueden sentir bien, satisfechas con sus vidas o incluso felices aunque los cuidados que reciban sean pobres. Y por el contrario, pueden tener una asistencia de calidad elevada, que cumpla todos los estándares, y sin embargo tener una calidad de vida baja. La calidad de vida es algo difícil de definir, ya que está determinada por las preferencias individuales, que pueden incluir aspectos físicos, sociales y psicológicos. Los modelos universales de calidad de vida puede que sean más fáciles de usar en la práctica, pero no reflejan las diferencias individuales. También es importante reconocer que no hay evidencias de que la calidad de vida de los internos en las residencias sea fundamentalmente diferente a la de cualquier otra persona (Gerritsen et al. (2004): 612). En cualquier caso, si se utilizan modelos universales es elemental que estén contruidos contando con la participación, al menos cuando sea posible, de aquellos a quienes pretenden representar. Curiosamente solo unos cuantos de los indicadores de calidad de

vida han surgido de los marcos existentes de las revisiones de calidad que, por lo general, están orientadas a los aspectos de los cuidados.

Por consiguiente, los indicadores de calidad de vida basados en evidencias se obtuvieron de otras fuentes, de los indicadores universales de las investigaciones basadas en las manifestaciones de los residentes, sus familiares y el personal acerca de lo que era importante para ellos en relación a la calidad de vida en las residencias. Los indicadores emanados de estas fuentes se redactaron de tal forma que las conclusiones que provinieran de ellos estuvieran basadas sobre las experiencias subjetivas de los individuos (encuestas). Dos de las principales fuentes que inspiraron estos indicadores fueron el análisis de las publicaciones que sustenta al programa My Home Life (NCHR&D (2007); [www.myhomelife.org.uk](http://www.myhomelife.org.uk)), y la evaluación combinada de los perfiles de los entornos residenciales (CARE) (Faulkner et al. (2006)). My Home Life es una iniciativa nacional en el Reino Unido que promueve la calidad de vida en las residencias para las personas mayores, y que cuenta con el apoyo de la Relatives and Residents Association [Asociación de Residentes y Familiares] y de todas las organizaciones de proveedores que representan a las residencias a nivel nacional en el Reino Unido, así

como dos prestigiosas entidades benéficas interesadas en el bienestar de los mayores (Age UK y la Joseph Rountree Foundation). La base de evidencias para la My Home Life fue desarrollada en colaboración por más de 60 investigadores académicos de las universidades de todo el Reino Unido, y forman parte del National Care Home Research and Development Forum [Foro Nacional de Investigación y Desarrollo de las Residencias].

El programa My Home Life (MHL) está estructurado alrededor de ocho temas, dos de los cuales están dirigidos a los directores para ayudarlos a apoyar al personal en la aplicación de los otros seis temas. Estos dos temas tratan sobre la **Transformación** e incluyen *Mantener la fuerza de trabajo preparada para el objetivo* y *Promover las culturas positivas*. Tres de los seis temas dirigidos al personal tratan sobre la orientación de los cuidados (**Personalización**) e incluyen *Mantener la identidad*, *Compartir la toma de decisiones* y *Crear comunidad*. Los res-

tantes tres temas (**Navegación**) se orientan a lo que necesita hacer el personal para apoyar a los residentes y a sus familiares cuando desempeñan los cuidados, e incluyen *Gestionar el cambio*, *Mejorar la salud y la atención sanitaria* y *Apoyar un buen final de la vida*. El programa My Home Life se fundamenta en la Relationship-Centred Care (RCC Network) [Red para los Cuidados Centrados en las Relaciones Personales] (Tresloni and The Pew-Fetzer Task Force, [Tresloni y el Grupo de Trabajo Pew-Fetzer] (1994)) y en el Marco de los Sentidos (Nolan et al. (2006)), que destacan la importancia de las relaciones entre los residentes, los familiares y el personal, así como la necesidad de considerar lo que a cada persona le aporta sensación de seguridad, de pertenencia, de continuidad, de propósito, de logro y de trascendencia. Como consecuencia de la revisión de las publicaciones realizadas por MHL se construyeron 24 indicadores, uno para cada tema desde el punto de vista de los residentes, sus familiares y el personal.

INDICADOR N.º 25	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que se sienten emocionalmente apoyados para manejar su sensación de pérdida.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que se sienten emocionalmente apoyados. Denominador: Número de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Hay diversas fuentes desde las que puede surgir el sentido de pérdida para los internos en las residencias, como el abandono de su propio hogar, la disminución de sus contactos sociales, el aumento de la fragilidad y el advenimiento del fin de la vida. Se puede apoyar a los residentes para que afronten estos cambios cuando tienen acceso a la información relacionada con sus cuidados y se les anima a que mantengan el dominio de sus propias decisiones sobre sus cuidados. Cuando los residentes reciben apoyo emocional de manera que puedan manejar efectivamente los episodios de pérdidas, puede surgir como resultado una mejora de su calidad de vida. Este indicador contribuye a la supervisión del apoyo emocional. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, Gestión de la pérdida..
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 26	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten emocionalmente apoyados.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas a familiares/amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que se sienten emocionalmente apoyados. Denominador: Número de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Además de los residentes, es importante que los familiares y amigos tengan la sensación de ser apoyados emocionalmente por el personal. Los familiares y amigos a menudo tienen su propio sentido de pérdida, además del de su ser querido. Frecuentemente pueden sentirse culpables por haberlo ingresado en una residencia. El apoyo emocional puede aliviar la carga que soportan los familiares y amigos, y puede contribuir a mejorar la participación de la familia en la prestación de los cuidados. Este indicador puede aportar información acerca de si los familiares y amigos están recibiendo un apoyo eficaz por parte del personal.
<b>Perspectiva</b>	Familiares/amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, gestión de la pérdida..
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 27	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que se siente emocionalmente apoyado en el contacto continuo que tienen en su puesto de trabajo con la pérdida y el luto.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que se sienten emocionalmente apoyados. Denominador: Número de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	El personal puede sentir pérdida y dolor durante el trabajo, especialmente cuando se enfrenta con la muerte de algún residente. El personal necesita apoyo para manejar estos sentimientos, lo que podría mejorar la calidad de vida de los empleados y mantendría el equipo de trabajo preparado para el objetivo. Este indicador contribuirá a la estimación de la eficacia del apoyo que reciben los empleados para manejar la pérdida.
<b>Perspectiva</b>	Empleados.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, Gestión de la pérdida.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 28	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que el personal de su unidad conoce la historia de su vida.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que el personal conoce la historia de su vida. Denominador: Número de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La capacidad de conocer la historia de la vida de un residente se aumenta asignando siempre los mismos empleados a los mismos residentes. Que el personal conozca la historia de la vida de los residentes es vital para el mantenimiento de la identidad del residente. Los residentes que pueden mantener su identidad, tienen experiencias más positivas, pudiendo mejorar su calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo en adaptar las preguntas para las personas que sufren de deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, mantenimiento de la identidad.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 29	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que cree que el personal sabe quiénes son.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con familiares/amigos
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que cree que el personal sabe quiénes son. Denominador: Número de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos que creen que el personal sabe quiénes son como personas, experimentan una mejora en su sensación de comunidad en las residencias. Esta creencia garantiza que los familiares y amigos sientan que se confía en ellos como fuentes fidedignas de información sobre su ser querido. Sentirse parte de la comunidad permite compartir entendimientos que pueden reducir sentimientos negativos entre el personal y los familiares y amigos sobre los cuidados. Este indicador controla hasta qué punto el personal conoce a los familiares y amigos como personas.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, creación de comunidad.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 30	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que siente que sus colegas reconocen sus capacidades.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que sus colegas reconocen sus capacidades. Denominador: Número de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los empleados a los que se les reconocen sus capacidades pueden experimentar una sensación de empoderamiento y valoración. Las tareas de los trabajadores de los cuidados son difíciles con frecuencia y, sin embargo, los profesionales de los cuidados continúan desempeñándolas porque tienen un profundo sentido del compromiso de ayudar a otros. Cuando se les da el reconocimiento por lo que han hecho, constituye una valoración de su dura labor y mantiene al equipo de trabajo a punto para su propósito, infundiéndole al personal un deseo mayor de permanecer en sus puestos. Este indicador controla el reconocimiento del personal.
<b>Perspectiva</b>	El personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, reconocimiento de la contribución del personal.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 31	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten bienvenidos en la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que se sienten bienvenidos. Denominador: Número de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	El desarrollo de las relaciones personales es vital para garantizar la creación de una comunidad en la residencia. Un sentido de comunidad puede conllevar una comprensión mutua y sentimientos de valoración. Creerse bienvenidos en una residencia puede ser propiciado por un entorno en el que los espacios faciliten el sentimiento de pertenencia, lo que puede mejorar la satisfacción de los familiares y amigos con los cuidados. Este indicador supervisa si la comunidad se ha establecido bien.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, creación de la comunidad.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 32	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes, familiares y empleados que creen que la residencia es parte de su comunidad local.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con residentes, familiares y amigos y empleados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes, familiares y amigos y empleados que se sienten parte de la comunidad local. Denominador: Número de residentes, familiares y amigos y empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Las residencias que forman parte de una comunidad mayor tienen acceso a recursos que pueden mejorar la atención. Además, esta comunidad mayor permite a los residentes mantenerse conectados a sus anteriores relaciones y actividades, y así, aliviar el sentimiento de pérdida que pudieran tener ellos o sus familiares y amigos cuando llega el ingreso en una residencia. Este indicador controla el sentimiento de conexión con la comunidad local.
<b>Perspectiva</b>	Residentes, familiares y amigos y personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, creación de la comunidad.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 33	
<b>Definición</b>	Porcentaje de decisiones implementadas por la dirección de la residencia basándose en las decisiones del consejo de residentes.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se genera mediante la cuidadosa revisión de la documentación del consejo de residentes y otros documentos de la entidad que describen las decisiones de la dirección.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de sugerencias del consejo de residentes que han sido implementadas. Denominador: Número total de sugerencias del consejo de residentes para cambios en las instalaciones.
<b>Uso / Propósito</b>	La participación en las decisiones que conciernen a la mejora de las condiciones de vida en la residencia, en cuanto a aspectos principales (por ejemplo, alojamiento, actividades recreativas, orden en las residencias), es parte de la participación equitativa en la vida social. Las condiciones generales de la participación democrática y la determinación de los residentes se miden mediante este indicador. La residencia tendrá que acordar cómo definir si una decisión se ha tomado basada en la aportación del consejo de residentes.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, participación.
<b>Fuente</b>	Inspirados en CSCI (2008); NRW Act of housing and participation [Ley de vivienda y participación] (WTG); BMFSFJ (2009) (Carta Alemana de Derechos de las personas con necesidades de cuidados).

INDICADOR N.º 34	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que sus derechos se reconocen y se tienen en cuenta.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que sus derechos se tienen en cuenta. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Compartir la toma de decisiones es un elemento esencial para la calidad de vida de las residencias y se mide mediante este indicador. Hay que tener en cuenta a los residentes, incluyendo a los que sufren deterioro cognitivo, en la toma de decisiones sobre los aspectos cotidianos de la atención, a través de un procedimiento de negociación que equilibre los derechos y los riesgos de los residentes. Incluir a los residentes en la toma de decisiones aumenta la sensación de control que los residentes tienen sobre su vida cotidiana y, así, mejora su calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo en adaptar las preguntas para las personas que sufren de deterioro cognitivo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, compartir la toma de decisiones.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 35	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten implicados en la toma de decisiones acerca de los cuidados que recibe su familiar residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que se sienten participantes. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos han identificado repetidamente la necesidad de compartir la toma de decisiones sobre los cuidados de los residentes. Esta participación puede mejorar las relaciones entre el residente, los familiares y el personal, y así mejorar la calidad de vida. Este indicador controla la participación de los familiares/amigos.
<b>Perspectiva</b>	Familiares/Amigos
<b>Tema</b>	Calidad de vida, compartir la toma de decisiones, sentido de propósito.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 36	
<b>Definición</b>	Porcentaje de empleados que creen que pueden asumir riesgos calculados en la atención a los residentes.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los empleados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que creen que pueden asumir riesgos calculados. Denominador: Número total del personal encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los empleados que desean ser innovadores y creativos al responder a las necesidades de los residentes y sus preferencias, necesitan tener la capacidad para asumir riesgos calculados durante la prestación de los cuidados. La sensación de empoderamiento en las decisiones de trabajo, derivada de ello, puede mejorar la moral de los trabajadores, reducir la rotación de personal y mantenerlo a punto para el objetivo. Este indicador controla la capacidad del personal para tomar decisiones sobre el trabajo y la asistencia.
<b>Perspectiva</b>	El personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, compartir la toma de decisiones.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 37	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que se fomenta su salud para optimizar su calidad de vida.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que se optimiza su salud. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador destaca la importancia de garantizar un acceso adecuado a los servicios de salud, tanto a los de carácter general como a los especializados según se requiera, y de promover la salud para optimizar la calidad de vida. La promoción de la salud es posible cuando el residente participa en actividades significativas, como las actividades sociales y el aprendizaje. La salud es fundamental para la calidad de vida y sin ella no se puede lograr. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, promoción de la salud.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 38	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que su residente tiene un acceso adecuado a los servicios sanitarios.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que opinan que su residente tiene acceso a los servicios de salud. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador da una perspectiva alternativa sobre la capacidad de los residentes de recibir los servicios de salud que necesiten para mejorar su funcionamiento general y su estado de salud y, en consecuencia, su calidad de vida.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos
<b>Tema</b>	Calidad de vida, promoción de la salud.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 39	
<b>Definición</b>	Porcentaje de empleados que opinan que su propia salud y bienestar se valoran en el trabajo.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con la plantilla.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que opinan que su propia salud se valora en su lugar de trabajo. Denominador: Número total de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La atención al bienestar físico y mental de los empleados puede mejorar sus sensaciones de que son considerados y valorados en su trabajo. El apoyo a las necesidades sociales del personal en este entorno, como pueden ser las relaciones entre ellos y con el supervisor en particular, muchas veces se ha señalado como un elemento crítico para la satisfacción del personal con su trabajo. Esto puede contribuir a reducir la rotación del personal y a mantener a la fuerza de trabajo a punto para el objetivo. Este indicador controla la salud y el bienestar del personal.
<b>Perspectiva</b>	El personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, promoción de la salud.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 40	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que se sienten capaces de hablar con el personal sobre la muerte y el proceso de morir, cuando lo deseen.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que opinan que pueden hablar sobre la muerte y el proceso de morir. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Las residencias son sistemas complejos en los que las personas viven y mueren. Hay una necesidad de crear una cultura de los cuidados en la que se valoren por igual la vida y la muerte de las personas mayores. Los cuidados centrados en las relaciones, con énfasis sobre la dignidad individual y las necesidades, pueden ser fundamentales para el apoyo de los residentes cuando comentan la muerte. Estos comentarios pueden mejorar la posibilidad de que los residentes tengan una muerte de acuerdo con sus deseos. Este indicador controla el confort de los residentes al hablar de la muerte. Debe tenerse en cuenta preguntar a todos los residentes, adaptando las preguntas para las personas que sufran deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, la muerte y los cuidados al final de la vida.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 41	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que han comentado con el personal los planes para cuando muera su residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que han comentado el fin de la vida de su residente con el personal. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Conversar con los familiares y amigos sobre la muerte del residente es importante para fomentar un entendimiento, tanto de los familiares y amigos como del residente, sobre sus deseos y preferencias referentes a su muerte. Compartir este entendimiento puede mejorar la experiencia de la muerte con los familiares y amigos y aportar unión, cercanía y sentimientos de aceptación. Este indicador incluye a los familiares y amigos en los debates del fin de la vida.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, la muerte y los cuidados al final de la vida.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 42	
<b>Definición</b>	Porcentaje de empleados que se sienten emocionalmente apoyados cuando muere un residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los empleados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que se sienten emocionalmente apoyados cuando muere un residente. Denominador: Número total de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Además de los familiares y amigos, los empleados frecuentemente sienten una profunda pérdida cuando los residentes mueren, debido a la cercanía de su trabajo y a las relaciones que forman con ellos. Es habitual que el personal necesite apoyo después de una muerte, que puede tomar la forma, por ejemplo, de conversar abiertamente sobre el acontecimiento o asistir a los funerales. El apoyo durante el duelo puede aumentar la capacidad del personal para llegar a la aceptación y al cierre del proceso. Este indicador controla el apoyo emocional al personal.
<b>Perspectiva</b>	El personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, el final de la vida.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 43	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que no hay suficientes empleados disponibles para atender sus necesidades.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que no hay suficientes empleados disponibles para atender sus necesidades. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador trata de la necesidad de tener un personal capacitado adecuadamente para responder a las necesidades de los residentes. La sensación de que el personal disponible es insuficiente puede ser consecuencia, bien de una insuficiencia numérica, bien de deficiencias en la capacitación, especialmente en el entendimiento y/o la atención de las necesidades de los residentes. El personal que cuenta con formación en los cuidados centrados en las relaciones personales y sistemáticamente se les asigna a los mismos residentes, por ejemplo, pueden afrontar adecuadamente las necesidades de los residentes porque tienen los conocimientos esenciales sobre sus necesidades y rutinas. La sensación de que hay personal suficiente puede contribuir a los sentimientos de los residentes sobre su propia valoración e importancia como individuos y, así, mejorar su calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 44	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que el personal es competente para cuidar a su familiar residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que opinan que el personal es competente. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos a menudo desean continuar realizando algunas de las tareas de cuidados cuando ingresan a su familiar en la residencia. Muchas veces no están seguros de cuál puede ser su papel en los cuidados después del ingreso. Las negociaciones sobre las tareas de cuidados entre los familiares y amigos y el personal son importantes para la satisfacción sobre la orientación de la asistencia y sobre los cuidados permanentes. Lo cual puede requerir la formación, no solamente del personal sino también de los familiares y amigos.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, participación de familiares y amigos en los cuidados.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 45	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que opina que se atienden sus necesidades de formación para cuidar adecuadamente a los residentes.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los empleados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que opinan que se da respuesta a sus necesidades de formación. Denominador: Número total de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La atención a las personas mayores o a las personas con demencia puede requerir unos conocimientos especializados. Muchos de los trabajadores de las residencias no tienen la capacitación necesaria para afrontar las necesidades, cada vez más complejas, de los internos de las residencias. La formación, acompañada de directrices prácticas y de apoyo para la transferencia de conocimientos, es un componente crítico para asegurar la habilidad práctica deseable en el personal. Este indicador puede ayudar a medir si el personal opina que están preparados adecuadamente para cumplir con sus deberes.
<b>Perspectiva</b>	Personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, formación y capacitación del personal.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 46	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que opinan que hay un ambiente positivo en la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que opinan que hay un ambiente positivo en la residencia. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Se puede contribuir a la creación de un ambiente positivo en la residencia mediante una dirección y administración segura y firme; hay un ambiente positivo cuando el personal, los residentes y los familiares y amigos son capaces de adaptarse continuamente para afrontar las necesidades cambiantes y mejorar la práctica de los cuidados. Una atmósfera positiva fomenta en los residentes las experiencias positivas que contribuyen a mejorar la calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, contexto organizativo.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 47	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que sus sugerencias son bienvenidas por el personal.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que opinan que sus sugerencias son bienvenidas. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	En un ambiente positivo se valora el conocimiento de cada uno de los individuos. A los familiares y amigos se les considera parte integrante del «equipo» para mejorar la calidad. Con frecuencia tienen valiosas percepciones acerca de la prestación de los cuidados y pueden aportar soluciones creativas concernientes a ellos. Recibir sus sugerencias puede crear una sensación de asociación y de sentido compartida respecto a las prácticas de los cuidados en las residencias, que contribuirá, a su vez, a los sentimientos de satisfacción sobre los cuidados y la calidad de vida. Este indicador controla la inclusión de los familiares y amigos en el equipo.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	La calidad de vida, la participación de familiares y amigos en los cuidados.
<b>Fuente</b>	Foro NCHR&D (2007).

INDICADOR N.º 48	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que se sienten seguros, protegidos y a salvo en la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o en las entrevistas cualitativas con los residentes o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que se sienten seguros y protegidos en la residencia. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de seguridad y protección en la residencia se identifica como positiva por los internos de las residencias, lo que puede mejorar su calidad de vida. Este indicador controla esta sensación. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sensación de seguridad.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 49	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que opinan que el personal es amable con ellos.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anuales, los perfiles CARE (ítem N°3), o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o con sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que opinan que el personal es amable con ellos. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de que el personal es amable con los residentes se ha identificado como un evento positivo en las residencias. Ser recibidos por el personal de forma amable puede suscitar un sentido de pertenencia que puede mejorar la calidad de vida de los residentes. Este indicador controla esta sensación. Hay que hacer un esfuerzo para encuestar a todos los residentes adaptando las preguntas a los individuos con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de pertenencia.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 50	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que pueden tener visitantes cuando lo deseen.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anual, los perfiles CARE (ítem N°5), o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o con sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que pueden tener visitantes cuando lo deseen. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de que pueden tener visitantes cuando lo deseen ha sido identificada como un evento positivo en las residencias. Recibir visitas puede suscitar un sentimiento de continuidad, lo que puede mejorar la calidad de vida de los residentes. Este indicador controla esta sensación. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo. Este indicador puede no ser relevante en las residencias en las que los visitantes pueden entrar en cualquier momento.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de continuidad.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 51	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que el personal les anima a ser autosuficientes
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anual, los perfiles CARE (ítem N° 25), o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o con sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que el personal les anima a ser autosuficientes. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Animar a los residentes a que sean autosuficientes les permite conservar sus capacidades y tener un sentido de propósito en sus vidas, reduciendo su dependencia del personal para todos los aspectos de la asistencia. Un sentido de propósito puede conducir a dar significado a su vida en la residencia y mejorar su calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de propósito.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 52	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que el personal les concede tiempo para que hagan cosas por sí mismos.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anual, los perfiles CARE (ítem N° 18), o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o con sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que el personal les concede tiempo. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de que el personal les concede tiempo para que hagan cosas por sí mismos se ha identificado como un evento positivo en las residencias. Los residentes a los que se les da ese tiempo y la oportunidad de hacer cosas por sí mismos albergan un sentido de logro que puede dar un significado a sus vidas y mejorar su calidad de vida. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de logro.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 53	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que opinan que el personal respeta sus pertenencias.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anual, los perfiles CARE (ítem N° 20), o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o con sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que opinan que el personal respeta sus pertenencias. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	El respeto a las pertenencias personales se ha identificado como un evento positivo por los residentes. Este respeto puede darles una sensación de importancia como personas. Cuando los residentes sienten que ellos, y por extensión, sus pertenencias son importantes, aumenta su calidad de vida. Este indicador controla este sentido. Hay que hacer un esfuerzo para que todos los residentes puedan responder a las preguntas, adaptándolas a las personas con deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de trascendencia.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 54	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que cree que las familias de los residentes confían en ellos.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas de satisfacción anual o las entrevistas cualitativas con los empleados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de empleados que creen que las familias confían en ellos. Denominador: Número total de empleados encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	El personal que cree que las familias confían en ellos y en su capacidad para administrar cuidados a los residentes alberga un sentido de logro que puede mejorar su satisfacción con el trabajo. Este indicador controla este sentido.
<b>Perspectiva</b>	Personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de logro.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 55	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal responde rápidamente cuando su familiar pide ayuda.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N°19) o las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que creen que el personal responde rápidamente. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de que el personal responde rápidamente se ha identificado como un evento positivo en las residencias por los familiares y amigos. La rapidez en la respuesta puede contribuir a que los familiares y amigos tengan una sensación de seguridad que es clave para su calidad de vida. Este indicador controla este sentido.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sensación de seguridad.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 56	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que su residente parece feliz en la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N.º 7) o las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que opinan que su residente está feliz. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos han identificado como un evento positivo la sensación de que sus residentes estén contentos en las residencias. Cuando sus residentes parecen felices, los familiares y amigos tienen un sentido de pertenencia que es clave para su calidad de vida. Este indicador controla este sentido.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de pertenencia.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 57	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que la residencia huele bien.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N.º 1) o las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que opinan que la residencia huele bien. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos han refrendado la sensación de que la residencia huele bien como un ítem de particular importancia, reflejo de un evento positivo en la residencia que tiene la capacidad de mejorar la satisfacción con los cuidados. Este indicador controla la satisfacción de los familiares y amigos con el entorno físico de la residencia.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, satisfacción con los cuidados.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 58	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten implicados en las decisiones acerca de los cuidados de su residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N.º 2) o las entrevistas cualitativas con los familiares/amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que se sienten implicados. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los familiares y amigos han identificado la sensación de estar implicados en las decisiones sobre los cuidados como un evento positivo que puede mejorar la satisfacción y el disfrute con los cuidados. Esta sensación puede fomentar el sentido de propósito entre los familiares y amigos. Este indicador controla este sentido.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, implicación de los familiares y amigos en los cuidados.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 59	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal valora su aportación a los cuidados del residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N.º 16) o las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que creen que el personal valora su aportación. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Crear que el personal valora sus aportaciones en las residencias es un evento positivo que puede mejorar la satisfacción y el disfrute con los cuidados. Realizar esas aportaciones también puede proporcionar a los familiares y amigos un significativo sentido del logro. Este indicador controla el sentido del logro entre los familiares y amigos.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido del logro
<b>Fuente</b>	Inspirado en Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 60	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares y amigos que creen que se les mantiene informados sobre los cambios que afectan a su residente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción, los perfiles CARE (ítem N°15) o las entrevistas cualitativas con los familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de familiares y amigos que creen que se les mantiene informados. Denominador: Número total de familiares y amigos encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	La creencia de estar informados sobre los cambios que afectan a sus residentes es un evento positivo que puede mejorar la satisfacción y el disfrute con los cuidados. Estar informados también puede dar a los familiares y amigos un sentido de significado. Este indicador controla esta sensación.
<b>Perspectiva</b>	Familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, sentido de significado.
<b>Fuente</b>	Inspirado en Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 61	
<b>Definición</b>	Número de iniciativas que hacen participar positivamente a los residentes, a los familiares y al personal en las actividades de la comunidad externa en el último año.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se genera a través del seguimiento de la asistencia a los eventos e iniciativas.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Número de iniciativas en el último año.
<b>Uso / Propósito</b>	Este es un indicador del apoyo que se les proporciona a los residentes para ayudarlos a desarrollar y mantener relaciones con personas de fuera de la residencia. Mantener la relación con familiares y amigos facilita el sentimiento de pertenencia y de significación de los residentes. Los vínculos y la participación en los eventos de la comunidad promueven un sentido de propósito.
<b>Perspectiva</b>	Residentes, familiares y amigos, personal.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, conexión con la comunidad.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009); MAGS NRW (2006).

INDICADOR N.º 62	
<b>Definición</b>	Porcentaje de participación voluntaria de los residentes en actividades sociales organizadas durante un periodo determinado.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador lo genera el seguimiento de la asistencia a los eventos e iniciativas.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de veces que los residentes participan en actividades sociales. Denominador: Número total de actividades ofrecidas u organizadas.
<b>Uso / Propósito</b>	Este es un indicador del apoyo que se les proporciona a los residentes para que desarrollen y mantengan relaciones con personas dentro de la residencia. Crear relaciones dentro de la residencia puede contribuir al sentido de pertenencia y de significación. Los vínculos y la participación en los eventos de la comunidad pueden fomentar también el sentido de propósito. Este indicador controla la implicación social de los residentes.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, actividades sociales.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009).

INDICADOR N.º 63	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que su privacidad está adecuadamente protegida.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador está concebido como un ítem elaborado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que se protege su privacidad. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Los estudios de preferencias del usuario han puesto de manifiesto que las posibilidades y el grado en el que experimentan su privacidad e intimidad son muy importantes para la percepción individual de la autonomía y de la calidad de vida. El control personal sobre la interacción privada juega un papel significativo en este contexto. Este indicador controla el confort del residente respecto a los niveles de privacidad.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009); Kane (2003).

INDICADOR N.º 64	
<b>Definición</b>	Porcentaje de familiares con quienes se mantuvieron, al menos, dos reuniones de revisión de los cuidados durante el transcurso de un año.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador lo genera el seguimiento del número de entrevistas de evaluación por cada residente con un familiar o representante, al menos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes cuyos cuidados se han revisado al menos dos veces al año mediante una entrevista de evaluación con un familiar o representante. Denominador: Número total de residentes con, al menos, un familiar o representante.
<b>Uso / Propósito</b>	Las reuniones con los familiares para la revisión de los cuidados (entrevistas de evaluación) deben abordar las cuestiones concernientes al periodo último en cuanto a la satisfacción de los familiares, su percepción de los cuidados, el desarrollo del familiar que vive en la residencia, información de antecedentes o biografía, quejas, etc. Después, las propuestas y planes para el periodo siguiente que deberían abarcar las necesidades especiales que han de satisfacerse, incluyendo tanto la calidad en la asistencia como la calidad de vida, los planes e intenciones del personal, etc. A los residentes que no tengan familia se les debe asignar un representante. Este indicador controla la cantidad de revisiones de cuidados del residente.
<b>Perspectiva</b>	Residentes, familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, implicación de los familiares y amigos en los cuidados.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009).

INDICADOR N.º 65	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes (y sus familiares) con un trabajador asignado específicamente.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador lo produce la revisión cuidadosa de la documentación de los cuidados y/o un ítem creado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción a los residentes y sus familiares.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes con un trabajador asignado. Denominador: Número de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Se ha constatado como positiva la experiencia de asignar empleados específicos que sirvan como referencia para los residentes, particularmente para aquellos que padecen demencia o deterioro cognitivo y sus familiares. Si se les asigna para que actúen como el contacto establecido para un número de residentes, el personal de atención sociosanitaria tiene una posición mejor para crear una relación positiva con ellos, para incrementar sus conocimientos sobre sus antecedentes biográficos y para desarrollar las intervenciones pertinentes. Este indicador evalúa el grado de asignación de personal clave, que en algunos países se ha convertido en un estándar obligatorio.
<b>Perspectiva</b>	Residentes, personal.
<b>Tema</b>	Calidad de la atención, calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Magee et al. (2008); Lind (2000).

INDICADOR N.º 66	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que recibieron cuidados paliativos profesionales durante el transcurso del último año.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador lo genera la revisión cuidadosa de la documentación de los cuidados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que recibieron cuidados paliativos profesionales al final de su vida. Denominador: Número total de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Los cuidados adecuados del final de la vida son una de las tareas más importantes en una residencia, y los centros tienen que ofrecer un marco adecuado para la disposición del proceso de la muerte, incluyendo el apoyo a los familiares. El objetivo de este indicador es controlar el proceso de la muerte con la atención puesta en los residentes y los familiares, e incluyendo las necesidades religiosas, culturales y médicas, como unos cuidados paliativos adecuados.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Inspirado en los Reference Models 3, las Quality Standards for Residential Care, V1.0 y la CSCI (2008).

INDICADOR N.º 67	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes cuyas necesidades y preferencias culturales están satisfechas.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se produce como un ítem en las encuestas anuales de satisfacción a los residentes y/o su historial incluyendo los requisitos dietéticos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que ven satisfechas sus preferencias culturales. Denominador: Número total de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador trata sobre si el personal ha sido preparado adecuadamente para satisfacer las necesidades religiosas, espirituales y dietéticas de los diferentes grupos étnicos, y determina si los residentes y las familias tienen la oportunidad de participar en la evaluación y el desarrollo de los planes de cuidados. El indicador puede ser más pertinente en algunos países que en otros.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, actividades sociales.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009); MDS (2009); DoH (2008).

INDICADOR N.º 68	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que tienen un plan de cuidados al día y acorde con sus preferencias para el final de su vida.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se produce mediante la recopilación de datos de la documentación de cuidados, que debe incluir las instrucciones del Advance Care Planning <sup>4</sup> , [Plan Anticipado de Cuidados] (ACP) de los residentes, así como la elección del lugar de su muerte.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que tienen un plan de cuidados puesto al día. Denominador: Número total de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador ayuda a controlar el grado de personalización que ofrece la residencia. Se les pide a la dirección y al personal que definan los objetivos, que los comparen con los resultados reales, que reflexionen sobre la tendencia general y que reflexionen sobre qué cambios son convenientes para lograr los objetivos definidos.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Inspirado en CSCI (2008); E-Qalin (2009); MDS (2009); DoH (2008).

INDICADOR N.º 69	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que están satisfechos con el sabor y la calidad de las comidas.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se genera como un ítem creado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o entrevistas cualitativas con los residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes satisfechos con las comidas. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Las comidas constituyen un evento social importante. Representan los valores y la cultura que los residentes compartían con familiares y amigos antes del ingreso en la residencia. El disfrute de las comidas puede mejorar la calidad de vida. Este indicador controla la satisfacción de los residentes con las comidas. Hay que hacer un esfuerzo para encuestar a todos los residentes y adaptar las preguntas para las personas que sufren deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, comida.
<b>Fuente</b>	Inspirado en Kane (2003).

<sup>4</sup> Nota del T.: el Advance Care Planning (ACP) es un proceso de planificación para las posibles decisiones sobre los cuidados sanitarios que puedan surgir en el futuro, particularmente las relacionadas con los cuidados al final de la vida. Este proceso implica contar con información adecuada para que pueda tener lugar la revisión y la discusión sobre las alternativas posibles entre los individuos, sus familias y los profesionales sociosanitarios. La ACP es un proceso continuo y no una sesión extraordinaria. Las decisiones que surjan de ella tienen que ser registradas, sobre todo por escrito, aunque se pueden expresar también oralmente y ser registradas adecuadamente.

INDICADOR N.º 70	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que creen que tienen suficiente control sobre su vida cotidiana.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se produce como un ítem creado para este propósito en las encuestas anuales de satisfacción o las entrevistas cualitativas con los residentes y/o sus representantes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes que creen que tienen ese control. Denominador: Número total de residentes encuestados.
<b>Uso / Propósito</b>	Tener control sobre la vida cotidiana puede aumentar la calidad de vida del residente. Las vías por las que los residentes pueden controlar su vida cotidiana comprenden las áreas de los cuidados alrededor de los ciclos del despertar/dormir, la cena, el baño, etc. Este indicador verifica el acceso del residente al control. Hay que hacer un esfuerzo para encuestar a todos los residentes y adaptar las preguntas para las personas que sufren deterioro cognitivo.
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, autonomía.
<b>Fuente</b>	Inspirado en Kane (2003).

### 4.3. Dominio 3: Liderazgo.

La administración de las residencias es una tarea compleja que demanda, en el contexto de las políticas sociales y la asistencia sanitaria, ciertas habilidades que afectan, de manera general, al trabajo en colaboración, a la contratación eficaz, al compromiso con las comunidades, los usuarios y los cuidadores, además de una orientación permanente al rendimiento, a los resultados de la innovación y al entusiasmo por la prestación de servicios. Estas exigencias sugieren la sustitución del modelo de liderazgo tradicional jerárquico por planteamientos de creación de redes y de formas participativas de dirección y de control. Respecto al nivel personal y organizativo, estos planteamientos tienen que tener su complemento en el diálogo interno, el trabajo en equipo, el empoderamiento y el bienestar del personal.

Una de las características de las residencias es que la dirección, el personal, los residentes y otros participantes trabajan y viven juntos las 24 horas del día durante los 7 días de la semana y los 365 días

del año. Estas particularidades requieren una cultura organizacional participativa que trabaje para, con, y hacia el bienestar de los residentes, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del personal, de los familiares y amigos, y también las de los compradores públicos o las de los proveedores.

Los indicadores definidos en el dominio de «liderazgo» son, por un lado, combinaciones de encuestas de satisfacción entre el personal, los familiares y amigos y los representantes para controlar los puntos de vista «subjetivos» relacionados con el «clima» organizativo y con la satisfacción de las familias con los resultados de los cuidados. Por otro lado, se definieron otros indicadores cuantitativos y de carácter más «objetivo» para la supervisión de:

- El grado de conformidad con los estándares acordados internamente o definidos externamente como, por ejemplo, los relativos a los planes definidos de cuidados individuales.
- Los posibles obstáculos y estrés del personal como,

por ejemplo, la prolongación del horario de trabajo por ausencias prolongadas debidas a bajas por enfermedad.

La prevención de deficiencias, por ejemplo, combinando la configuración de las necesidades de los residentes con datos reales en procesos de formación obtenidos del trato con los residentes que sufren de demencia.

La elección de indicadores clave para valorar, debatir y mejorar los resultados del rendimiento de la gestión es una tarea que requiere apertura y transparencia hacia los colaboradores y los socios externos. Es responsabilidad de la dirección decidir la amplitud de la transparencia, pero su elección y su propia extensión siempre será un indicador del tipo de liderazgo que hay en una residencia determinada, de su «clima» organizacional y de la credibilidad y la reputación de sus gestores.

INDICADOR N.º 71	
<b>Definición</b>	Porcentaje de quejas de las partes interesadas que han sido adecuadamente atendidas en el marco del sistema de gestión de quejas.
<b>Operacionalización</b>	Para este indicador, es muy importante acordar una definición de «atendidas adecuadamente» dentro de los procedimientos de gestión de quejas. Además, debería haber un miembro del personal gestor asignado como responsable de recopilar las quejas individuales, documentarlas e iniciar las medidas correspondientes.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de quejas adecuadamente atendidas. Denominador: Número total de quejas.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador tiene un valor doble según se interprete, tanto desde el punto de vista del residente como de la dirección. El debate sobre los problemas de los residentes ayuda a las residencias a entender los problemas y las maneras de mejorar la calidad, pues recoge la información sobre las experiencias de varias de las partes interesadas (residente, personal y familiares).
<b>Perspectiva</b>	Residentes, dirección.
<b>Tema</b>	Gestión de las quejas, perfeccionamiento.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009); Ley de vivienda y participación NRW (§ 8 WTG)

INDICADOR N.º 72	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes que han tenido planes definidos de cuidados que se actualizan con regularidad y que se evalúan con medidas específicas de acuerdo con las necesidades individuales.
<b>Operacionalización</b>	Datos recogidos de la documentación de cuidados. Revisión de la evaluación de las necesidades de cuidados. También deben revisarse para ponerlos al día y definir la periodicidad de los cuidados después del ingreso y durante los periodos de actualización.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de residentes con planes definidos de cuidados acordes con sus necesidades. Denominador: Número total de residentes.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador puede que no sea útil en los países donde las normas legales exigen que los planes individuales de cuidados se definan y actualicen regularmente. Sin embargo, incluso cuando el indicador tiene que estar al 100%, puede ser útil controlar el grado de individualización que ofrece la residencia. Se requiere que la dirección y el personal definan sus objetivos para compararlos con los resultados reales, reflejarlos en la tendencia general y elaborar qué hay que cambiar para lograr los objetivos durante el próximo año, por ejemplo, «poner énfasis en un mayor número de planes de cuidados individuales mediante la participación de terapeutas especializados y geriatras».
<b>Perspectiva</b>	Residentes.
<b>Tema</b>	Procedimientos de cuidados, cuidados individuales.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009); MDS (2009).

INDICADOR N.º 73	
<b>Definición</b>	Estimación de los familiares, amigos y representantes en relación a su satisfacción con la calidad de los cuidados.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas y estimaciones acordes con las culturas de cada nación.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Valoración promedio de acuerdo con una escala definida (se podría analizar por grupo objetivo, por departamento, etc.)
<b>Uso / Propósito</b>	Como todos los datos sobre la satisfacción del usuario, este indicador tiene que ser evaluado e interpretado con cuidado. Se invita a la dirección y al personal a realizar al menos una encuesta cada año para fijar los objetivos (los niveles que hay que alcanzar), a comparar las estimaciones que se habían definido con las reales, a reflexionar sobre la tendencia general y sobre las medidas que se deben adoptar para lograr los objetivos definidos durante el siguiente periodo, por ejemplo, más participación de los familiares, mejor información, etc.
<b>Perspectiva</b>	Familiares, amigos y representantes.
<b>Tema</b>	Satisfacción de los familiares.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009).

INDICADOR N.º 74	
<b>Definición</b>	Porcentaje promedio de las horas extras de trabajo (incluidas las horas no remuneradas).
<b>Operacionalización</b>	Registros de la HRM (Human Resource Management) [Gestión de Recursos Humanos]: promedio de horas extras trabajadas por los diferentes departamentos (sectores profesionales) como un porcentaje del total de las horas regulares de trabajo.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Suma del porcentaje individual de horas extras de cada empleado (véase abajo). Denominador: Número de empleados. Porcentaje individual de horas extras trabajadas. Numerador: Total de horas extras trabajadas en un año (incluyendo las horas que no se pagan) por el empleado x. Denominador: Total de horas trabajadas en un año por el empleado x.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador debe analizarse tanto desde la perspectiva de la dirección como de la plantilla. Las horas extras pueden contribuir a una mayor satisfacción de la plantilla (por el incremento de los ingresos) pero también a la aparición de estrés debido a la sobrecarga de trabajo. Se invita a la dirección y a los empleados a fijar los objetivos, a comparar los datos definidos con los reales, a reflexionar sobre la tendencia general y sobre las mejoras para lograr los objetivos fijados para el siguiente periodo, particularmente combinando los datos correspondientes con los datos de satisfacción de la plantilla, las bajas por enfermedad o las rotaciones del personal.
<b>Perspectiva</b>	Personal, dirección.
<b>Tema</b>	Satisfacción de la plantilla, relaciones humanas, clima del trabajo
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009).
INDICADOR N.º 75	
<b>Definición</b>	Porcentaje promedio de horas de trabajo perdidas debido a bajas por enfermedad de los empleados.
<b>Operacionalización</b>	Registros del Departamento de Recursos Humanos. Debe calcularse como un porcentaje del tiempo total de horas trabajadas anualmente. También se podría calcular sobre una base cuatrimestral. Detallarlo por profesiones podría aportar un valor añadido.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Suma del porcentaje individual de horas perdidas por cada empleado debido a baja por enfermedad (véase abajo). Denominador: Número de empleados. Porcentaje individual de horas extras trabajadas. Numerador: Total de horas perdidas por el trabajador x debido a bajas por enfermedad durante el año. Denominador: Total de horas trabajadas del trabajador x en el año. Las horas de trabajo perdidas por enfermedad también deben incluir las no cubiertas por el seguro de enfermedad de la seguridad social. Por ejemplo, si hay un periodo de demora antes de recibir los subsidios, los resultados se pueden desglosar por «baja por enfermedad de corta duración» (periodo de demora) y baja de larga duración por enfermedad.
<b>Uso / Propósito</b>	Este es otro indicador clásico de Recursos Humanos concerniente a la satisfacción del personal, pero su interpretación siempre debe reflejar el contexto general y las especificidades culturales; por ejemplo, los datos deben compararse con las estadísticas generales (como las regionales o las nacionales, por sectores). Se invita a la dirección y al personal a establecer objetivos, a comparar los datos definidos con los reales, a reflexionar sobre la tendencia general y sobre las mejoras para lograr los objetivos fijados durante el siguiente periodo. El indicador debe combinarse con otros, como por ejemplo, los datos de satisfacción del personal, la rotación del personal (véase arriba) o los datos sobre la participación en las actividades preventivas y de promoción de la salud.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de las condiciones de trabajo, salud/enfermedad.

INDICADOR N.º 76	
<b>Definición</b>	Promedio de recursos financieros directos disponibles, relacionados con la promoción de la salud, para la formación, las reuniones y las infraestructuras, por cada miembro de la plantilla.
<b>Operacionalización</b>	Datos económicos, sistema de contabilidad. Debe calcularse por año, con referencia a los equivalentes a tiempo completo o, alternativamente, al promedio de los recursos financieros directos. Puede calcularse como un porcentaje del total del presupuesto operativo anual.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: La suma de los recursos financieros gastados en la formación, las reuniones y las infraestructuras, relacionados con la promoción de la salud, durante el año. Denominador: Presupuesto operativo total anual.
<b>Uso / Propósito</b>	Ha habido varias iniciativas orientadas al tema de la promoción de la salud en los hospitales en los últimos años. El apoyo económico es un importante prerrequisito para el desarrollo de la «promoción de la salud en las residencias». Se invita a la dirección y al personal a evaluar los datos básicos, a establecer objetivos y controlar los resultados para el desarrollo de las mejoras.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, personal.
<b>Tema</b>	Calidad de las condiciones de trabajo, la salud/enfermedad.
<b>Fuente</b>	WHO (2004); EUPIDH (2001).

INDICADOR N.º 77	
<b>Definición</b>	Porcentaje de la plantilla con formación avanzada sobre el tratamiento de la demencia y el deterioro cognitivo.
<b>Operacionalización</b>	Registros; personal que tiene una cualificación o ha recibido formación específica. La formación específica también supone el reconocimiento de la demencia entre los residentes. Solamente debe aplicarse a las enfermeras/as y a los trabajadores sociales. Puede expresarse en horas de formación o como un porcentaje de las horas trabajadas por el personal de cuidados.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla (solamente los que proporcionan cuidados y los trabajadores sociales) con formación avanzada sobre la demencia. Denominador: Número de empleados (solo los que proporcionan los cuidados y los trabajadores sociales).
<b>Uso / Propósito</b>	El personal que proporciona los cuidados a las personas mayores está tan orientado a los problemas médicos agudos que, con frecuencia, puede no percatarse de los síntomas del deterioro cognitivo. En su informe anual del 2006, Alzheimer Europe señala la posible subestimación del número de personas con demencia debido a las dificultades para identificar la enfermedad. Como el porcentaje de internos en las residencias con demencia es significativamente alto, una formación adecuada para reconocerla y tratar con ella va a convertirse con seguridad en una cuestión de necesidad acuciante.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, personal.
<b>Tema</b>	Salud mental, Calidad de vida, formación del personal.
<b>Fuente</b>	Inspirado en E-Qalin (2009); Ley de Vivienda y Participación NRW (§ 12 WtG); CSCI (2008).

INDICADOR N.º 78	
<b>Definición</b>	Número de horas promedio de formación por cada miembro de la plantilla, por profesiones.
<b>Operacionalización</b>	Registros; la información se debe poder desglosar por género, profesión y/o por nivel jerárquico. Además, el indicador podría estar más afinado y desglosarse por tipo y contenido de la formación.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de horas de formación formal por año, por cada miembro de la plantilla. Denominador: Número de miembros de la plantilla (por profesión).
<b>Uso / Propósito</b>	El indicador muestra hasta qué punto puede ofrecer la residencia formación complementaria. Se invita a la dirección y al personal a identificar los datos básicos, establecer objetivos, comparar los datos definidos con los reales, reflexionar sobre la tendencia general y las medidas para lograr los objetivos fijados para el siguiente periodo. Puede combinarse con el índice de retención, el número de solicitantes de trabajo y la satisfacción del personal.
<b>Perspectiva</b>	Dirección.
<b>Tema</b>	Desarrollo, formación permanente, capacitación.
<b>Fuente</b>	Inspirado en el Manual E-Qalin (2009); CSCI (2008).

INDICADOR N.º 79	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que en la residencia se practican unos estándares elevados de movilización y actuación.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de empleados que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	La sensación de «seguridad» es esencial para la calidad de vida en las residencias. El personal ha identificado este indicador como uno de los factores más importantes para tener una sensación de seguridad en el ámbito de la residencia. El indicador proporciona una visión del clima de la organización y del equipo, y sus resultados pueden suponer la realización de iniciativas orientadas a mejorar el trabajo en equipo y la confianza mutua.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de cuidados, calidad de vida, clima en el equipo de trabajo.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 80	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que sus compañeros trabajan con ellos como parte de un equipo.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de empleados que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	A pesar de los consabidos beneficios que tienen los eventos positivos para el bienestar subjetivo, poco se sabe sobre la naturaleza de los eventos positivos experimentados por los residentes, los familiares y el personal de las residencias. El indicador es una herramienta útil para revisar los sentimientos del personal en cuanto a la sensación de «pertenecer» a un equipo y a la residencia en general. Los resultados implicarán una reflexión sobre las posibles medidas para mejorar este sentido de pertenencia y el trabajo en equipo en general.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de vida, trabajo en equipo.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 81	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que los historiales se mantienen actualizados en su residencia.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de empleados que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	Tener un sentimiento de «continuidad» es clave para la calidad de vida en las residencias. La plantilla ha identificado este indicador como uno de los factores más importantes en el ámbito de la residencia. Si los registros no se mantienen al día, puede constituir un peligro para la continuidad de los cuidados. Sin embargo, la reflexión sobre los resultados de este indicador se tiene que enfocar en las mejoras potenciales y en los factores que pueden habilitar al personal para cumplir con lo que serían los estándares generales de la profesión, y no en un factor para culpabilizar a miembros concretos de la plantilla y crear un clima de control burocrático.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de los cuidados, calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 82	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que es un objetivo de su residencia el proporcionar los mayores estándares de calidad en la asistencia.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de empleados que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	El personal ha identificado este indicador como uno de los factores más importantes para su sentido de propósito en la residencia. La reflexión sobre los resultados de este indicador invita a la dirección y a la plantilla a prestar atención a los diferentes factores que influyen en la prestación de estándares de cuidados de alta calidad y cómo se pueden mejorar estos factores.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de los cuidados, calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 83	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que se valoran por igual las funciones específicas desempeñadas por los distintos miembros del organismo.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre el personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de empleados que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador es similar al anterior en cuanto a que aborda el sentido de propósito personal de cada uno de los miembros de la plantilla. Muestra hasta qué punto la plantilla se siente valorada por igual dentro de la organización y señala las deficiencias potenciales en relación al respeto mutuo y al clima general de trabajo. En combinación con los índices de fluctuación o de absentismo debido a las bajas por enfermedad, sería deseable que la dirección y la plantilla reflexionaran sobre las medidas que puedan influir positivamente en los resultados para prevenir el deterioro.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Calidad de los cuidados, calidad de vida.
<b>Fuente</b>	Faulkner et al. (2006).

INDICADOR N.º 84	
<b>Definición</b>	Porcentaje de residentes, familiares y amigos que están de acuerdo con la declaración de que se les proporcionó información relevante al ingresar en la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre los residentes, familiares y amigos.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de residentes, familiares y amigos que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de residentes, familiares y amigos que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	El ingreso en una residencia es una etapa crucial para los residentes, sus familias y sus amigos. Por consiguiente, una información correcta durante esta fase es importante para apoyar las elecciones y expectativas de todas las personas involucradas durante esta etapa de transición. Se invita a la dirección y al personal a reflexionar sobre los factores que pueden influir y mejorar los procedimientos de información.
<b>Perspectiva</b>	Residentes, familiares y amigos.
<b>Tema</b>	Satisfacción de residentes, familiares y amigos.
<b>Fuente</b>	PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 85	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la declaración de que en sus residencias las decisiones se adoptan basándose en la calidad de los cuidados en vez de en los recursos económicos solamente.
<b>Operacionalización</b>	Encuestas de satisfacción entre los miembros de la plantilla.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de miembros de la plantilla que están de acuerdo con la declaración. Denominador: Número de miembros de la plantilla que respondieron a la encuesta. Alternativa: Calificación promedio (en los casos en que se utiliza una escala en la encuesta).
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador puede ayudar a especificar el grado en el que la plantilla está convencida de que la calidad es un importante impulsor de las decisiones en la residencia. Si, por el contrario, la plantilla cree que las decisiones se toman más bien teniendo en cuenta el punto de vista financiero, la dirección y el personal podrían reflexionar sobre las consecuencias de esta tendencia y desarrollar medidas para mejorar en caso necesario.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Satisfacción de la plantilla.
<b>Fuente</b>	PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 86	
<b>Definición</b>	Porcentaje de horas de absentismo (enfermedad, vacaciones, otros) y horas de tareas adicionales (reuniones, formación, etc.) en relación al tiempo total de trabajo.
<b>Operacionalización</b>	Datos de la HRM (Gestión de Recursos Humanos). Es indispensable para definir con exactitud las categorías del tiempo de absentismo que se deben incluir en el numerador, por ejemplo, reflexionando sobre el grado hasta el que la dirección y el personal pueden/deberían influir en los tipos de ausencias.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Tiempo total de absentismo (por categorías: enfermedad, vacaciones, reuniones, formación, otros) por año. Denominador: Tiempo total de trabajo por año (basado en los contratos existentes).
<b>Uso / Propósito</b>	Los resultados de este indicador pueden proporcionar puntos de vista interesantes en lo que respecta al uso del tiempo y a la pérdida de tiempo de trabajo debida a varios tipos de absentismo. Sin embargo, aunque algunas de las categorías de absentismo pueden interpretarse como claramente perjudiciales para el rendimiento general de la residencia (por ejemplo, las bajas por enfermedad), otros tipos de ausencias o de tiempo empleado en tareas adicionales pueden entenderse como generadoras de bienestar (por ejemplo, si las vacaciones se toman de forma regular) o de mejora del servicio (por ejemplo, la formación, las reuniones de coordinación). Por otro lado, los casos de absentismo demasiado extenso podrían tener consecuencias negativas sobre la relación entre residente y cuidador y sobre la satisfacción del residente. Se invita a la dirección y a la plantilla a reflexionar sobre el impacto de los picos de absentismo ordenados por categorías y a relacionar estos datos con otros indicadores, como los resultados de las encuestas sobre la satisfacción de los residentes y del personal.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Sostenibilidad, satisfacción del personal, satisfacción del residente.
<b>Fuente</b>	PROGRESS (2010).

INDICADOR N.º 87	
<b>Definición</b>	Porcentaje del personal por grupos de edad (grupos profesionales).
<b>Operacionalización</b>	Datos de la HRM (Gestión de Recursos Humanos). Los mismos datos se pueden utilizar para identificar los porcentajes del personal por grupos profesionales para la vigilancia externa (legal) o interna de las normas establecidas sobre la dotación de personal.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Personal por grupos de edad (por ejemplo, 16-19, 20-29,30-40, etc.) Denominador: Número total de empleados.
<b>Uso / Propósito</b>	Aunque se puede cuestionar si este indicador está orientado a resultados, puesto que refleja la estructura del personal, es importante controlar el promedio de edad (también por grupos profesionales) para evitar las carencias de personal y fomentar la mezcla generacional en el personal de la residencia. Se invita a la dirección y al personal a que reflexionen sobre la estructura «ideal» de personal y controlen, por ejemplo, si hay un alto porcentaje de personal que vaya a llegar a la edad de jubilación en los siguientes 5 años. Se podrían tomar las medidas pertinentes para encontrar soluciones oportunamente y de forma preventiva.
<b>Perspectiva</b>	Personal y dirección.
<b>Tema</b>	Sostenibilidad, cumplimiento de la normativa legal.
<b>Fuente</b>	PROGRESS, 2010.

#### 4.4. Dominio 4: Rendimiento económico

Los indicadores presentados bajo este dominio reflejan una noción más amplia de la calidad en los servicios de cuidados que incluye el concepto de «sostenibilidad», el cual se encuentra en el núcleo del Open Method of Coordination (OMC) [Método Abierto de Coordinación]<sup>5</sup> de la UE respecto a los cuidados de larga duración. La continuidad uniforme de la prestación de los servicios tiene que estar garantizada a lo largo del tiempo, lo que significa que la gestión de los recursos económicos debe garantizar la viabilidad de la residencia a largo plazo. No hacerlo impactaría de forma negativa en la calidad de los cuidados y conllevaría el incremento de la rotación del personal, por ejemplo, o a la reducción del mismo por debajo de los niveles óptimos. Por último, el cierre de una residencia y la consiguiente necesidad de desplazar a los residentes tendría, con toda probabilidad, consecuencias adversas para ellos.

Además, dado que los recursos disponibles son escasos, la provisión de servicios de cuidados debe organizarse de forma eficaz para producir el mejor resultado para los residentes con los recursos disponibles. Sin embargo, es importante destacar que la contención de los costes no es el objetivo de las mediciones de rendimiento económico de los indicadores que aquí se presentan. El objetivo es más bien lograr un

mejor uso de los recursos disponibles mediante la mejora de los índices de resultados y así garantizar la continuidad de los cuidados a largo plazo.

Continuar el camino hacia la eficacia y la efectividad en la provisión de los servicios sociales y sanitarios es también incorporar el rendimiento económico en la lista de indicadores clave, que es una de las características del proceso continuo de modernización que incluye la introducción de las ideas de la Nueva Administración Pública también en el área de los cuidados de larga duración (Huber et al., 2008). En este contexto, los indicadores de rendimiento económico presentados aquí, que ponen el énfasis en la medición del rendimiento, permitirán que las residencias trabajen con el objetivo de realizar comparativas de su desempeño a lo largo del tiempo y, a medio plazo, entre organizaciones individuales o grupos de residencias.

A pesar del énfasis renovado sobre la eficacia y la eficiencia de los servicios de cuidados, los indicadores de rendimiento económico estaban prácticamente ausentes de varios marcos nacionales de calidad que forman la base de los indicadores de este proyecto. Muchos de los indicadores que aquí se presentan pertenecen al sistema de gestión de calidad E-Qalin, o fueron creados en el marco de los diversos talleres de validación E-Qalin llevados a cabo en el transcurso de este proyecto.

<sup>5</sup> Nota del T.: el OMC, en español MAC (Método Abierto de Coordinación) es un instrumento de coordinación de políticas entre los Estados Miembros de la UE en las áreas de protección e inclusión social. Permite actuar a nivel europeo en áreas en las cuales la UE no puede legislar, ya que no son de su competencia. Este método se basa en el intercambio de buenas prácticas y en la realización de evaluaciones por pares. El MAC está orientado a la convergencia entre las políticas nacionales para lograr objetivos comunes en los ámbitos de empleo, protección social, inclusión social, educación, juventud y formación.

A partir de este método los países miembros identifican y definen objetivos comunes, fijan indicadores comunes para la medición del progreso de estos objetivos y realizan una evaluación comparativa, o sea, una comparación entre los resultados obtenidos y un intercambio de buenas prácticas.

INDICADOR N.º 88	
<b>Definición</b>	Coste por residente en la residencia, por año.
<b>Operacionalización</b>	<p>Este indicador se basa en los datos económicos existentes en la contabilidad (indicar si se tuvo en cuenta la depreciación del capital).</p> <p>El número promedio de residentes se calcula mediante los promedios mensuales por la posible variación que se pueda producir en el número de residentes a lo largo del año.</p> <p>El desglose de los costes (de personal, por cada unidad de alojamiento, etc.) aportaría un valor añadido.</p> <p>Se deben tener en cuenta los niveles de necesidad de cuidados de los residentes, que deben medirse de acuerdo con las escalas locales de evaluación.</p>
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	<p>Numerador: Coste total de la residencia.</p> <p>Denominador: Número total de residentes (promedio mensual).</p>
<b>Uso / Propósito</b>	La valoración económica considera los costes y los beneficios de las medidas o de las políticas, reconociendo que los recursos disponibles son limitados y, por lo tanto, buscando la forma más rentable de lograr los objetivos previstos. Este indicador ayudaría a introducir en las residencias la curva de producción, lo que permitiría el análisis de los costes y la sostenibilidad económica de los procesos a través del tiempo.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, diseñadores de políticas (compradores).
<b>Tema</b>	Sostenibilidad económica.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009); Sefton (2000); Drummond et al. (2005).

INDICADOR N.º 89	
<b>Definición</b>	Costes de personal por días de cuidados.
<b>Operacionalización</b>	<p>Datos financieros, sistema de contabilidad.</p> <p>Un día de cuidados se calcula por el total de las horas de cuidados de todos los residentes divididas entre 24.</p> <p>Este indicador también se puede combinar con la utilización del índice de ocupación para tener en cuenta los alojamientos vacíos en la residencia. También se debe tener en cuenta el nivel de las necesidades de cuidados de los residentes, que deben medirse de acuerdo con la escala de valoración local.</p>
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	<p>Numerador: Coste total del personal.</p> <p>Denominador: Número de días de cuidados.</p>
<b>Uso / Propósito</b>	La valoración económica considera los costes y los beneficios de las medidas o de las políticas, reconociendo que los recursos disponibles son limitados y, por lo tanto, buscando la forma más eficaz respecto a los costes de lograr los objetivos previstos. Este indicador clave solo es útil si se aplica regularmente y cuando se comparara con la evaluación de las necesidades de cuidados de los residentes. También puede señalar la importancia de los sobrecostes.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, diseñadores de políticas (compradores).
<b>Tema</b>	Sostenibilidad económica.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009); Einsenreich et al. (2004): 59.

INDICADOR N.º 90	
<b>Definición</b>	Promedio de tiempo utilizado en los cuidados por día y por residente.
<b>Operacionalización</b>	Encuesta o control de los cuidados directos proporcionados individualmente durante una semana. También puede ser útil desglosarlos por profesiones y por día y noche.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de horas de cuidados directos proporcionados por profesionales a cada residente (por tipo de profesión). Denominador: Número total de residentes durante la semana de la encuesta.
<b>Uso / Propósito</b>	El objetivo de este indicador es evaluar el tiempo utilizado por el personal en contacto directo con los residentes para proporcionales cuidados personales y asistencia. Este tiempo también se puede considerar en relación con las horas totales de trabajo. Los resultados pueden ponerse en relación con las encuestas de satisfacción de los residentes y las medidas directivas deben encaminarse al establecimiento de objetivos para el dimensionamiento «óptimo» de los cuidados directos y los respectivos procesos que permitan al personal incrementar el tiempo promedio para los cuidados directos. Esto supone una reflexión sobre los procesos de los cuidados y sobre otros procesos y tareas que deben cumplir el personal de los cuidados.
<b>Perspectiva</b>	Personal y liderazgo.
<b>Tema</b>	Proceso de cuidados.
<b>Fuente</b>	Inspirados en: MAGS (2006).

INDICADOR N.º 91	
<b>Definición</b>	Grado de utilización de la capacidad de la residencia.
<b>Operacionalización</b>	Este indicador se basa en los datos existentes sobre los residentes en un mes determinado. Se puede complementar con información sobre la casuística de los residentes. La definición de capacidad es el número total de plazas con las que está autorizada la residencia para operar.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de días facturables para los residentes hospedados durante el mes anterior (por el nivel individual de cuidados de acuerdo con las definiciones nacionales/regionales) Denominador: Número total de plazas para las que está autorizada la residencia a operar multiplicado por el número de días en el mes respectivo.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador muestra la extensión de la capacidad no utilizada, señalando así la capacidad infrautilizada que podría ser potencialmente perjudicial para la sostenibilidad a largo plazo de la residencia. Esta capacidad infrautilizada puede causar una mala imagen de la residencia, pero también puede ser un dato del sobredimensionamiento de las plazas en las residencias de la región respectiva. Los datos agregados de las residencias podrían convertirse, de esta forma, en una herramienta muy útil para que los diseñadores de las políticas gestionen las políticas regionales o locales. Para los gestores de las residencias individuales será importante definir objetivos realistas y factibles y desarrollar estrategias para reducir la capacidad infrautilizada.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, diseñadores de políticas
<b>Tema</b>	Sostenibilidad económica.
<b>Fuente</b>	PROGRESS (2010).

## 4.5. Dominio 5: El contexto

Una de las dificultades de las comparativas en este sector, sin hablar del «benchmarking» [referencia y comparación], seguramente es que el rendimiento de la residencia está profundamente influenciado por el contexto en el que opera. En él se incluyen, por ejemplo, el marco legal, las regulaciones del mercado laboral y la situación económica, así como los valores culturales dominantes. Como las residencias existen dentro de una comunidad establecida de la que se derivan los recursos, es importante medir el rendimiento de la residencia en relación a los medios disponibles en su comunidad, especialmente los recursos humanos (el personal y los voluntarios) que las residencias deben atraer para garantizar la continuidad de su prestación de cuidados.

Como los indicadores clave de rendimiento se seleccionaron sobre la base de su capacidad de encauzar los cambios dentro de la residencia, se seleccionaron muy pocos indicadores para este dominio porque el marco legal que gobierna su funcionamiento se establece a nivel nacional y, por lo tanto, no se adapta a los cambios en la pequeña escala. Por supuesto que, aunque la residencia pueda tener dificultades en encontrar y retener al personal cualificado, no tiene influencia alguna sobre la cuota de enfermeras cualificadas con la que necesita contar conforme a los requisitos legales.

Aun así, se pueden dar casos en los que los resultados de un indicador clave de rendimiento del dominio del «contexto»

puedan dar lugar a cambios y a la mejora de ciertos procesos dentro de las residencias. Por ejemplo, aunque la rotación del personal (muy frecuente debido a las características del trabajo, que está mal pagado y tiene un estatus bajo) es un reto sistémico en toda Europa como en otros lugares, sin embargo puede haber otras razones adicionales para una rotación tan alta, que puede deberse a deficiencias específicas de la residencia (por ejemplo, la falta de acción disciplinaria cuando el personal se enfrenta a comportamientos abusivos, aunque, nuevamente, el marco legal varíe de un país a otro). Las medidas dirigidas a reducir este nivel de rotación podrían incluir entrevistas frecuentes de evaluación con todos los miembros de la plantilla, medidas para prevenir que se «queme» el personal o entrevistas a los que se marchan para conocer las razones de su salida.

Además, una importante tarea de la dirección es contribuir a que la residencia tenga una imagen positiva, y también a la gestión de las relaciones con sus socios externos, con los proveedores y las redes comunitarias. Por ejemplo, la integración de una residencia en una comunidad local se pone de manifiesto por el número de voluntarios que es capaz de atraer. Las medidas directivas pueden incluir actividades orientadas al barrio de la residencia, incluyendo una búsqueda proactiva de voluntarios. Una forma adicional de mejorar la aceptación y la participación del público local puede ser abrir la residencia al público, alquilando el salón de actos a las asociaciones locales, por ejemplo, o instalando un café abierto al público en general con conferencias y ocasiones para que las familias y los amigos se encuentren con los residentes.

INDICADOR N.º 92	
<b>Definición</b>	Promedio de horas aportadas por los voluntarios a la residencia (por año y por residente).
<b>Operacionalización</b>	Uno de los miembros de la plantilla (en muchas residencias se trata del «Coordinador de Voluntarios») será el responsable de llevar los registros y pedir a los voluntarios que fichen a la entrada y a la salida de sus actividades. Debe acordarse si se incluyen o no las horas de trabajo voluntario proporcionadas con exclusividad por los familiares a su residente. También se pueden calcular como un porcentaje del total de horas trabajadas por el personal (el denominador entonces se convertiría en «número de horas trabajadas por el personal», véase la fórmula de medición/cálculo más abajo).
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Número de horas proporcionadas por los voluntarios. Denominador: Número de residentes (promedio mensual).
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador muestra hasta qué punto la residencia puede implicar a los interesados externos como voluntarios para que complementen los servicios profesionales. También indica hasta qué punto puede crear vínculos con la comunidad externa y proporcionar así a los residentes la oportunidad de mantener relaciones sociales con personas de fuera de la residencia.
<b>Perspectiva</b>	Dirección.
<b>Tema</b>	Desarrollo, redes de contactos.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009).

INDICADOR N.º 93	
<b>Definición</b>	Promedio de la duración del empleo por miembro de la plantilla en la residencia en un momento determinado del año (por ejemplo, el 31 de diciembre).
<b>Operacionalización</b>	Registros de la Gestión de Recursos Humanos. El promedio de la duración del empleo se refiere a la residencia solamente, no a los empleos previos o a las residencias previas. Toda la información debe ser desglosada por profesiones. Además de la duración del empleo, también se debe calcular la desviación estándar, porque indica hasta qué punto la duración del empleo de los miembros de la plantilla tiende a ser muy cercana al mismo valor (promedio) o más dispersa.
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: La suma de la duración individual del empleo (número de meses) de cada miembro de la plantilla a 31 de diciembre. Denominador: Número de miembros de la plantilla el 31 de diciembre. La medida para la desviación estándar es: $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}$ Donde N es el número de empleados, xi es la duración del empleo del empleado i, μ es el promedio de la duración del empleo de todos los empleados y Σ representa la suma.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador muestra hasta qué punto la residencia puede hacer partícipes a las partes interesadas externas como voluntarios para complementar los servicios profesionales. También indica hasta dónde puede crear vínculos con la comunidad externa y proporcionar a los residentes la oportunidad de mantener relaciones sociales con personas de fuera de la residencia.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, personal.
<b>Tema</b>	Desarrollo, redes de contacto.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009).

INDICADOR N.º 94	
<b>Definición</b>	Promedio de tiempo (días) que se necesita para cubrir una plaza con el mismo nivel de cualificación.
<b>Operacionalización</b>	Registros de Gestión de Recursos Humanos. En referencia a todas las plazas vacantes en el transcurso de un año (medir en un punto determinado en el tiempo).
<b>Medición / Fórmula de cálculo</b>	Numerador: Suma del número de días que se necesitaron para cubrir cada una de las plazas vacantes durante el año anterior. Denominador: Número de vacantes en el año pasado.
<b>Uso / Propósito</b>	Este indicador intenta cuantificar las posibles dificultades de contratación de personal, que puede dar lugar a escasez de personal o a desajustes en la composición del personal de cuidados que posiblemente puedan tener un impacto sobre la calidad.
<b>Perspectiva</b>	Dirección, diseñadores de políticas.
<b>Tema</b>	Personal, gestión de recursos humanos.
<b>Fuente</b>	E-Qalin (2009).

## Referencias

---

- Abele, A. & P. Becker (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. München: Juventa.
- Bond, S. & L.H. Thomas (1991). 'Issues in Measuring Outcomes of Nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1492-1502.
- Brink, T.L. & J.A. Yesavage (1982). 'Somatoform Disorders: Differentiation of Conversion, Hypochondriacal, Psychophysiologic, and Related Disorders', *Postgraduate Medicine*, 72 (1): 189-94, 196, 198.
- Bullen, P. (1991). 'Performance Indicators. New Management Jargon, Political Marketing, or One Small Element in Developing Quality Services?', *Caring, the Association of Children's Welfare Agencies Newsletter* (Editorial Comment), September Issue – disponible en: <http://www.mapl.com.au/>.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) / Bundesministerium für Gesundheit (2009)<sup>6</sup> *Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: BMFSFJ – disponible en: <http://www.pflege-charta.de>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2002). *MDS 2.0 for Nursing Homes. Manuals and Forms* – disponible en: [https://146.123.140.205/NursingHomeQualityInits/20\\_NHQIMDS20.asp](https://146.123.140.205/NursingHomeQualityInits/20_NHQIMDS20.asp)
- Challinger, Y., Julious, S., Watson, R. & I. Philip (1996). 'Quality of Care, Quality of Life and The Relationship between Them in Long-Term Care Institutions for the Elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1: 883-888.
- Challis, D., Clarkson, P. & R. Warburton (2006). *Performance Indicators in Social Care for Older People*. Aldershot: Ashgate.
- Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & K. Seers (2004). 'A Comparison of Five Pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment', *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (3): 196-205.
- Cohn, J. & J. Sugar (1991). 'Determinants of Quality of Life in Institutions. Perceptions of Frail Elderly Older Residents, Staff and Families', pp. 28-49 in: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly*. San Diego, CA. Academic Press.
- Commission for Social Care Inspection/CSCI (2008). *Annual Quality Assurance Assessment. Care Homes for Older People Guidance*. London: CSCI.
- Commission of the European Communities (2007). *Services of General Interest, Including Social Services of General Interest: A New European Commitment (Accompanying the Communication on 'A Single Market for 21st Century Europe')*. Brussels: Commission [COM (2007) 724 final].
- Cooperrider, D. L., Whitney, D. L. & J. Stavros (2003). *Appreciative Inquiry Handbook: The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change*. Lakeshore Communications.
- Davies, S. (2001). 'The Care Needs of Older People and Family Caregivers in Continuing Care Settings', chapter 5 in: M. Nolan, S. Davies & G. Grant (eds) *Working with Older People and Their Families*. Buckingham: Open University Press.
- Department of Health (2001). *National Service Framework for Older People*. London: DoH.
- Department of Health (2008). *Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff*. London: DoH.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

- Donabedian, A. (1992). 'The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance', *Quality Review Bulletin*, 18 (11): 356-360.
- Donabedian, A. (1966). 'Evaluating the Quality of Medical Care', *Milbank Found Quarterly*, 2: 166-206.
- Drummond, M. F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J. & G. L. Stoddart (2005)<sup>3</sup>. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- DZA (=Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) (2005). Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe II – Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der stationären Betreuung und Pflege. September 2005. <http://www.dza.de>.
- Eisenreich, T., Halfar, B. & G. Moos (Hg) (2004). *Steuerung sozialer Betriebe und Unternehmen mit Kennzahlen*. Baden-Baden: Nomos.
- E-Qalin (2009). *Manual United Kingdom, Version 3.0*. Bad Schallerbach: E-Qalin GmbH.
- EUPIDH (2001). The Development of a European Health Promotion Monitoring System (The EUHPID Project) – disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_03\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_03_en.pdf)
- Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & G. Wistow (eds) (1997). *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.
- Faulkner, M. (2001). 'A Measure of Patient Empowerment in Hospital Environments Catering for Older People', *Journal of Advanced Nursing* 34 (5): 676-686.
- Faulkner, M., Davies, S., Nolan, M. & C. Brown-Wilson (2006). 'Development of the Combined Assessment of Residential Environments (CARE) Profiles', *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6): 664-677.
- Faust, R. (2003). Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen. Messung und Risikobereinigung ausgewählter RAI MDS basierter Qualitätsindikatoren. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main.
- Filipp, S.H. & A. K. Mayer (2002). 'Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer', pp. 315-415 in: DZA (Hrsg). *Expertisen zum 4. Altenbericht der Bundesregierung. Band I. Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Gardner, J. F., Carran, D. T. & S. J. Taylor (2005). 'Attainment of Personal Outcomes by People With Developmental Disabilities', *Mental Retardation*, 43 (3): 157-174.
- Gebert, A. & H.U. Kneubühler (2003). *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. & M.W Ribbe.(2004). 'Finding A Useful Conceptual Basis for Enhancing the Quality of Life of Nursing Home Residents', *Quality of Life Research*, 13: 611-624.
- Halfon, P., Luthi, J.C. & J. P. Vader (2000). 'Worauf es bei der Ergebnismessung ankommt. Ergebnismessung in den kantonalen stationären Einrichtungen im Waadtland (CHUV)', *Managed Care* 4: 26-28.
- Höwer, O. (2002). Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main – disponible en <http://www.diplomarbeit.de>
- Huber, M., Maucher, M. & B. Sak (2008). *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Vienna/Brussels: European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC.
- Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B., Snow, A.L. & A.E. Ljunggren (2007). 'Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and Validation of a Nurse-Administered Pain Assessment Tool for Use in Dementia', *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1): 67-80.

- Idler, C. E. (1993). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnson, M., Maas, M. & S. Moorhead (Hrsg) (2002). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Toronto: Mosby.
- Kane, R. A. (2003). 'Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable practice, Research, and Policy Agenda', *The Gerontologist*, 43, Special Issue II: 28-36.
- Kane, R. A. (2001). 'Long-term Care and Good Quality of Life. Bringing Them Closer Together', *The Gerontologist*, 41 (3): 293-304.
- Kane, R. A., Kane, R. L. & R. C. Ladd (1998). *The Heart of Long-term Care*. New York, Oxford: Academic Press.
- Keith, K., D., & G. S. Bonham (2005). 'The Use of Quality of Life Data at the Organization and Systems Level', *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10): 799-805.
- Kruzich, J.M. (2000). 'Correlates of Nursing Home Satisfaction', pp. S. 76-100 in: Cohen-Mansfield J., Ejaz, F.K., Werner, P. (Hrsg), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Kruzich, J. M., Clinton, J. F. & S. T. Kelber (1992). 'Personal and Environmental Influences in Nursing Home Satisfaction', *The Gerontologist*, 32: 342-350.
- KVZ-VVT, 2007 = ActiZ et al. (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg)* – disponible en: [http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/Kwaliteitskader\\_Verantwoorde\\_Zorg\\_VVT\\_2007.pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/Kwaliteitskader_Verantwoorde_Zorg_VVT_2007.pdf).
- KVZ-VVT, 2010 = ActiZ, et al. (2010). *Verbeterd Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging & Thuiszorg* – disponible en: [http://zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%0VZ%20VV&T\\_2010.pdf](http://zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%0VZ%20VV&T_2010.pdf)
- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen/LPZ (2008). *National Prevalence Measurement of Care Problems*. Maastricht: Maastricht University – disponible en: [http://www.lpz-um.eu/media/text/Brochure\\_LPZ\\_ENG\\_2008\\_At\\_a\\_Glance.pdf](http://www.lpz-um.eu/media/text/Brochure_LPZ_ENG_2008_At_a_Glance.pdf)
- Lavizzo-Mourey, R. J., Zinn, J. & L. Taylor (1992). 'Ability of Surrogates to Represent Satisfaction of Nursing Home Residents with Quality of Care', *Journal of the American Geriatrics Society*, 40: 39-4.
- Lawton, M. P. (1984). 'The Varieties of Well-being', in: C. Z. Malatesta & C. E. Izard (Eds.), *Emotion in Adult Development*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lehr, U. (1997). 'Gesundheit und Lebensqualität im Alter', pp. 51-64 in: R. M. Schütz, W. Ries & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern in Gesundheit und Krankheit. 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*. Schriftenreihe der Internationalen Homecare Stiftung Band 13. Bibliomed Verlagsgesellschaft.
- Lehr, U. & H. Thomae (1987). *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke.
- Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung.
- LPZ, 2009 = Halfens, R.J.G./Meijers, J.M.M./Neyens, J.C.L. & J.M.G.A. Schols (2009). *Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009*. Maastricht: Maastricht University – disponible en: <http://www.lpz-um.eu/media/text/LPZ%20rapport%202009.pdf>.
- Magee, H., Parsons, S., & Askham, J. (2008). *Measuring Dignity in Care for Older People: A Research Report for Help the Aged*. London: Help the Aged.
- Mayring, P. (1987). 'Subjektives Wohlbefinden im Alter'. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung', *Zeitschrift für Gerontologie*, 20: 367-376.
- Mayring, P. (1991). 'Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens', pp. 51-70 in: A. Abele & P. Becker (Hrsg), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. München. Juventa.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/MDS (2009). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung*. Essen: MDS.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2006). Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006 – Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege – Version 1.0. Düsseldorf: MAGS NRW.
- Mossey, J. M. & E. Shapiro (1982). 'Self-rated Health. A Predictor of Mortality Among the Elderly', *American Journal of Public Health*, 72: 800-808.
- Mukamel, D. B. & C. A. Brower (1998). 'The Influence of Risk Adjustment Methods on Conclusions About Quality of Care in Nursing Homes Based on Outcome Measures', *The Gerontologist*, 38: 695-703.
- NCHR&D Forum (2007). *My Home Life: Quality of Life in Care Homes – A Review of the Literature*. London: Help the Aged ([www.myhomelife.org.uk](http://www.myhomelife.org.uk)).
- Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. & J. Keady. (2006). *The Senses Framework: Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. University of Sheffield. ISBN 1-902411-44-7.
- Noll, H. H. (1997). 'Wohlstand, Lebensqualität und Wohlbefinden in den Ländern der Europäischen Union', in: S. Hradil & S. Immerfall (Hrsg.), *Die Westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Noll, H. H. & A. Schäub (2002). *Lebensqualität im Alter; Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Experten zum 4. Altenbericht der Bundesregierung, Band 1. Konzepte, Forschungsfelder*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Owens, D. J. & C. Batchelor (1996). 'Patient Satisfaction and the Elderly', *Social Science and Medicine*, 11: 1483-1491.
- Porell, F. & F. G. Caro (1998). 'Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes', *The Gerontologist*, 38: 665,668,673.
- PROGRESS (2010). Examples and suggestions of result-oriented quality indicators from the project team as well as from the experts who took part in the DELPHI Study and/or the participants of the E-Qalin validation workshops in the framework of the PROGRESS project 'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People'. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Rubinstein, R. L. (2000). 'Resident Satisfaction, Quality of Life, and „Lived Experience,, as Domains to Be Assessed in Long-term Care', pp. 13-28 in: J. Cohen-Mansfield, F. K. Ejaz, P. Werner (Hrsg.). *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration ? Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Baden-Baden: Nomos.
- Schalock, R. L. (2006). *Quality of Life as an Objective of Catalan Social Services: Implications for Policy and Practice*. Catalan Institute for Assistance and Social Services and Department of Welfare and Family Services, Barcelona Workshops and Presentations.
- Schalock, R. L., Bonham, G., S. & M. A. Verdugo (2008). 'The Conceptualization and Measurement of Quality of Life: Implications for Program Planning and Evaluation in the Field of Intellectual Disabilities', *Evaluation and Program Planning* 31: 181-190.
- Schnabel, E. & F. Schönberg (2003). 'Qualitätssicherung und Nutzerperspektive', pp. 168-190 in: E. Schnabel und F. Schönberg (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. Münster: Lit Verlag.

- Schnabel, E. (2009). 'Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege', in: Gaertner et al. (Hrsg.), *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*.
- Schols, J. M. G. A., De Groot, C. P. G. M., Van Der Cammen T. J. M. & M. G. M. Olde Rikkert (2009). 'Preventing and Treating Dehydration in the Elderly during Periods of Illness and Warm Weather', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 (2): 150-157.
- Schönberg, F. (2005a). Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen: Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen. Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) im Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften und Soziologie der Universität Dortmund.
- Schönberg, F. (2005b). Instrumente der internen Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten. Bestand und Evaluation. Untersuchung im Auftrag des BMFSFJ. Unveröffentlichter Forschungsbericht Dortmund.
- Schönberg, F. (2006). Indikatoren für die Erfassung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag des BmFSFJ.
- Sefton, T. (2000). *Getting Less for More: Economic Evaluation in the Social Welfare Field*. London: London School of Economics (CASE paper no. 44).
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselmann, B., Settersten, R. & U. Kunzmann (1996). 'Wohlbefinden im hohen Alter. Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung', S. 497-523 in: K. U. Meyer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Sowarka, D. (2000). 'Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen', S. 69-82 in: H. Entzian, K. I. Giercke, Th. Klie & Schmidt (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Staudinger, U. M. (2000). 'Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut. das Paradox des subjektiven Wohlbefindens', *Psychologische Rundschau*, 54: 185-197.
- Staudinger, U. M. & A. Freund (1998). 'Krank und „arm“ im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit', *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27: 78-85.
- Tackenberg, P. & A. Abt-Zegelin (2001). *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Tresloni, C.P. & the Pew-Fetzer Task Force (1994). *Health Professions Education and Relationshipcentered Care: a report of the Pew-Fetzer taskforce on advancing psychosocial education*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.
- US Department of Health and Human Services (US DHHS) (2008). MDS 2.0 Public Quality Indicator and Resident Reports – disponible en:  
[http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02\\_qmreport.asp?qtr=13&isSubmitted=qm2](http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02_qmreport.asp?qtr=13&isSubmitted=qm2)
- Van Herk, R., Boerlage, A., Van Dijk, M., Baar, F.P., Tibboel, D. & R. de Wit (2009). 'Pain Management in Dutch Nursing Homes Leaves Much to Be Desired', *Pain Management Nursing*, 10 (1): 32-39.
- Van Herk, R., Van Dijk, M., Biemold, N., Tibboel, D., Baar, F.P. & R. de Wit (2009). 'Assessment of Pain: Can Caregivers or Relatives Rate Pain in Nursing Home Residents?', *Journal of Clinical Nursing*, 18 (17): 2478-2485.
- Veenhoven, R. (1997). 'Die Lebenszufriedenheit der Bürger. Ein Indikator für die «Lebbarkeit» von Gesellschaften?', S. 267-293 in: H. H. Noll (Hrsg.), *Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen*. Weinheim. Juventa.
- Weidekamp-Maicher, M. (2002). Lebensqualität im Alter. Dortmund (Unveröffentlichte Expertise).

- Weidekamp-Maicher, M. (2008). Materielles Wohlbefinden im späten Erwachsenenalter und Alter. Eine explorative Studie zur Bedeutung von Einkommen, Lebensstandard und Konsum für Lebensqualität. Berlin: Dissertation.de Verlag im Internet.
- Wettstein, A., Bielak A., Knecht R., Christen L., & S. Christen (1998). 'Erfolgreiche Bewältigung abnehmender objektiver Lebensbedingungen institutionalisierter Langzeitpatienten', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 3: 222-228.
- WHO (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool*. Copenhagen: WHO – disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e84988.pdf>
- Wingefeld, K. & Schaeffer, D. (2001). 'Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34: 140-146.
- Wingefeld, K. (2003). *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege*. Bielefeld.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & V.O. Leirer (1982). 'Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report', *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1): 37-49.
- Zimmerman, D., Karon, S. L., Arling, G., Clark, B. R., Collins, T., Ross, R. & F. Sainfort (1995). 'Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators', *Health Care Financing Review*, 16: 107-127.

Este manual está dirigido sobre todo a las principales partes interesadas de las residencias, entre las que se encuentran la dirección, el personal, los clientes y sus familiares, además de los diseñadores de políticas, los reguladores y los patrocinadores. El manual contiene un conjunto de 94 indicadores elegidos que se han desarrollado sobre la base del intercambio de las experiencias y las herramientas existentes en los Estados Miembros de la UE seleccionados.

El interés de este conjunto de indicadores se centra en la cuestión de cómo las residencias pueden medir y gestionar las mejoras en la calidad de vida de los clientes, y las cuestiones relacionadas de la calidad en la asistencia, la dirección, el rendimiento económico y las relaciones con los interesados externos. La descripción de los indicadores, por consiguiente, también abarca las propuestas acerca de cómo aplicarlos y los instrumentos para su uso.

El Manual está disponible en tres idiomas: inglés, alemán y holandés. El manual es uno de los resultados del proyecto «La Gestión de Calidad con Indicadores Orientados a Resultados: Hacia una Comparativa de los Cuidados en las Residencias para Personas Mayores», que ha sido cofinanciado por la Comisión Europea, la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades en el marco del Programa Progress.

#### PROGRESS

El programa de la UE para el empleo y la solidaridad social 2007-2013

## OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.
16. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.
17. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado.
18. y 19. Redes y programas europeos de investigación.
20. Las consecuencias del envejecimiento de la población.
21. Envejecer en el Siglo XXI.
22. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2005.
23. La situación de los Sistemas de Formación y Cualificación en la atención a los mayores dependientes.
24. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética.
25. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Su situación actual.
26. Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.
27. Uso del tiempo entre las personas mayores.
28. La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Retos y apuntes para una reflexión del Estado.
29. Redes y Programas Europeos de Investigación.
30. El proyecto SHARE: la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa.
31. Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario.
32. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2007.
33. Prejubilación y desvinculación laboral después de los 50 años.
34. Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevas propuestas.
35. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores.
36. Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida.

37. Documentos internacionales. Envejecimiento de la población europea: la felicidad, la protección de la dignidad y el envejecimiento saludable.
38. Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores.
39. Proyecto red mundial de ciudades amigables con personas mayores.
40. Edadismo en Estados Unidos.
41. Desarrollo de políticas sobre envejecimiento en Suecia.
42. Necesidades de vivienda y atención de las personas mayores en las áreas rurales de Inglaterra.
43. Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2009.
44. Envejecimiento activo de las personas mayores inmigrantes. Buenas prácticas en Europa.
45. «Cerca de Ti»: interviniendo con las personas mayores para paliar su soledad.
46. «La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible».
- 47 y 48. Nadie les escucha. El impacto de los servicios de cuidados eventuales en las personas mayores residentes en viviendas tuteladas.

## **Observatorio de Personas Mayores**

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación  
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58  
28029 MADRID

Tlfno: +34 917 033 526

Fax: +34 917 033 595

E-mail: [opm@imserso.es](mailto:opm@imserso.es)

**VISITE PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>**