

# MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS

**De los cuidados a los apoyos y la inclusión en la  
comunidad: la atención centrada en la persona**







# **De los cuidados a los apoyos y la inclusión en la comunidad: la atención centrada en la persona**

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS



## Índice

<b>01. Presentación</b>	<b>05</b>
<i>Maite Peña, Diputada de Cuidados y Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa</i>	
<b>02. De la innovación a la experiencia: impulsando la Agenda 2030 y el Libro Verde de Gipuzkoa, el futuro de los cuidados</b>	<b>09</b>
<i>Irene Galarraga. Dirección General de Gestión Integral de Centros. Diputación Foral de Gipuzkoa</i>	
<b>03. Orientaciones, innovaciones y buenas prácticas en materia de políticas sociales</b>	<b>19</b>
<i>SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía Careaga</i>	
<b>04. Estrategia CuidAs. Apoyar y evaluar la calidad continua de la atención</b>	<b>51</b>
<i>Teresa Martínez Rodríguez. Coordinadora técnica de la Estrategia y Red CuidAs. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.</i>	
<b>05. Definición de buena práctica y ficha estandarizada de recogida de datos</b>	<b>65</b>
<b>06. Experiencias de personalización en cuidados, apoyos y comunidad</b>	<b>67</b>
6.1. Buenas prácticas en centros: la personalización en el recorrido vital de las personas . . . . .	68
Preparación del proceso de cambio de hogar	
<i>Centro Petra Lekuona. Oiartzun. Fundación Matía. . . . .</i>	71
Implicación de las familias y grupos de apoyo en la vida cotidiana de los centros	
<i>Fundación Zorroaga. . . . .</i>	75
La Historia de Vida en una planificación basada en la persona	
<i>San Martín. Oñati. Aita Menni. Kabia. . . . .</i>	81
Intervención personalizada en los últimos momentos de la vida	
<i>Sta. María Magdalena. Hernani. Kabia. . . . .</i>	86
6.2. Buenas prácticas en acompañamiento y servicios comunitarios . . . . .	92
Servicio Foral de Apoyo Comarcal para la inclusión	
<i>Fundación Social Emaús. . . . .</i>	93
Bagara	
<i>Gureak. . . . .</i>	98
Vuelta a Casa. Atención integral frente al retorno a domicilio	
<i>Cruz Roja San Sebastián. . . . .</i>	107
Intervención domiciliaria en personas con trastorno mental severo	
<i>Hospital Aita Menni. . . . .</i>	112
<b>07. Reconocimiento de buenas prácticas</b>	<b>119</b>





## [0.1]

**Presentación****Maite Peña,***Diputada de Cuidados y Políticas Sociales*

Este Manual de Buenas Prácticas sobre los cuidados, los apoyos, la inclusión en la comunidad y la atención centrada en la persona recoge las aportaciones técnicas y algunas de las buenas prácticas de los centros y servicios de atención secundaria del Territorio Histórico de Gipuzkoa recogidas a lo largo del año 2024, que se presentaron en la Jornada de Buenas Prácticas del 13 de Diciembre de 2024: *"De los cuidados a los apoyos y la inclusión en la comunidad: la atención centrada en la persona"*.

Estas Jornadas de Buenas Prácticas que se vienen impulsando por la Diputación Foral de Gipuzkoa desde 2018 tienen como finalidad reconocer y aprender de las buenas prácticas que las entidades vinculadas al Departamento de Cuidados y Políticas Sociales llevan a cabo en las organizaciones.

En 2024, se ha celebrado la quinta edición de estas jornadas y podemos decir que se ha convertido en una cita esperada por todas las personas que colaboramos en la atención a las personas con necesidades de apoyos y cuidados.



En ediciones anteriores, hemos tratado las siguientes cuestiones:

- En 2018, las I Jornadas giraron en torno a la gestión interna de diferentes organizaciones para la intervención en el ámbito social, en coherencia con el modelo de gobernanza abierto y colaborativo que se venía impulsando por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- En 2019, las II Jornadas se orientaron a la intervención con las personas participantes en los diferentes recursos y programas. Pretendían servir de base para compartir experiencias y conocimientos, generando sinergias que ayudaran a realizar intervenciones más adaptadas a las necesidades de las personas.
- En 2021, la tercera edición de estas jornadas se centró en la innovación en las políticas sociales y en los modelos de atención. Mientras que algunas experiencias se focalizaron en la gestión o la coordinación e integración de servicios, otras se centraron en el ámbito de la investigación. No obstante, todas ellas ponían en el centro nuevas formas de hacer, como herramientas para avanzar en la innovación de los servicios sociales.
- En 2022, la cuarta edición puso el foco en la promoción de la igualdad en las organizaciones. Se trataron experiencias dirigidas al fomento de la igualdad entre mujeres y hombres, al empoderamiento de las mujeres tanto a nivel individual como colectivo o a la prevención del acoso y la violencia machista.

- En 2024, el tema escogido ha sido “De los cuidados a los apoyos y la inclusión en la comunidad: la atención centrada en la persona”, para reflexionar y compartir conocimientos sobre cómo fortalecer los cuidados, los apoyos, la participación y la inclusión comunitaria. Estos temas tienen una importancia vital en el marco del Libro Verde de Transformación de los Centros.

Este documento no solo marca el inicio de un proceso de transformación, sino que subraya la necesidad de situar a las personas en el centro de nuestras políticas, garantizando que reciban la atención y los cuidados que merecen, en un entorno que promueva su autonomía y dignidad.

Gipuzkoa enfrenta una serie de retos que no podemos pasar por alto: la transformación demográfica y social, el avance hacia una mayor igualdad, diversidad e inclusión, y la mejora de hábitos sociales, salud mental y bienestar.

El objetivo es mejorar el bienestar social mediante políticas centradas en las personas, priorizando la calidad de los cuidados y la atención a sus necesidades, y fomentando la participación activa de la comunidad. Este enfoque busca crear un equilibrio y aprovechar las oportunidades que refuercen el tejido social.

Para abordar esos retos, la Diputación Foral ha establecido la Agenda 20>30, una hoja de ruta ambiciosa para transformar el modelo de cuidados durante esta década. Esta agenda busca responder a desafíos como el envejecimiento de la población, la integración de personas migrantes y la reconfiguración del mercado laboral de los cuidados, sin olvidar la necesidad de adaptarse a los avances tecnológicos y garantizar una gestión eficiente de los centros de atención.

El horizonte estratégico de esta transformación es el modelo de Gipuzkoa Zaintza Lurraldea, que sitúa a las personas y a las comunidades en el núcleo del sistema de cuidados y apoyos. Este enfoque se sustenta en cinco pilares clave: derechos sociales, prevención, personalización, proximidad y participación. Además, se cimenta sobre principios rectores como el bienestar social y la calidad de vida, la sostenibilidad institucional, la transversalidad de los servicios, la equidad social, la igualdad de género y los derechos lingüísticos. La aplicación de estos principios y pilares se plasma en una serie de objetivos y actuaciones concretas que buscan impulsar la transición de este modelo.

La Agenda 20>30 establece cinco objetivos operativos y cuarenta actuaciones para garantizar una transformación integral. Entre estos objetivos se incluyen la promoción de la anticipación y la prevención, la innovación y personalización de los servicios, el fortalecimiento de la gobernanza y la participación, la monitorización y evaluación del modelo, y la creación de redes de cooperación y aprendizaje. Cada uno de estos elementos contribuye a construir un sistema de cuidados que, además de ser más humano y adaptado a las necesidades de la población, sea sostenible y eficiente.

En este sentido, este manual recopilatorio es, al igual que la jornada mencionada, un espacio para reconocer y compartir las buenas prácticas que se están llevando a cabo, para aprender de ellas y para seguir avanzando en la construcción de un modelo de cuidados que refleje los valores de inclusión, igualdad y participación activa de todas las personas.

Tanto los capítulos iniciales como las experiencias compartidas demuestran cómo la colaboración y el intercambio de conocimientos pueden transformar el panorama de los cuidados y apoyos a las personas en nuestra comunidad.

Las buenas prácticas compartidas en este manual son un claro ejemplo del impacto positivo que se logra cuando la atención y los servicios se diseñan y se gestionan de manera inclusiva, participativa y centrada en la persona.

Estas experiencias nos demuestran que la innovación no solo se trata de nuevos enfoques tecnológicos, sino también de cambiar la forma en que pensamos, organizamos y prestamos apoyo, generando resultados concretos que enriquecen la vida de las personas y sus comunidades.

Es esencial que los centros, las organizaciones colaboradoras y las personas que hacen posible el desarrollo de este sector compartan la motivación y las herramientas para aplicar y adaptar estas buenas prácticas.



La integración de estas ideas no solo mejora la calidad de los servicios, sino que también fortalece la autonomía, la dignidad y la participación activa de las personas en su propio cuidado.

Como hemos podido comprobar, al poner en marcha estas prácticas, los centros, los servicios, los equipos y en definitiva las personas se convierten en agentes de cambio, capaces de influir positivamente en la vida de quienes atienden y en la cohesión de la comunidad.

Quisiera recordar la importancia de no quedarnos solo en la reflexión, sino de llevar estos aprendizajes a la acción. Las buenas prácticas que compartimos en este documento son una invitación a avanzar en la transformación de nuestros modelos de cuidado hacia entornos más humanos, inclusivos y sostenibles.

Os animo a todos los centros y profesionales a seguir explorando, adaptando e innovando, siempre poniendo en el centro a la persona y sus necesidades, para asegurar que nuestras políticas y servicios sean cada vez más eficaces y significativos.

Gracias por vuestra dedicación y por contribuir a esta red de colaboración y aprendizaje.

Juntas y juntos, podemos y debemos seguir construyendo un modelo de cuidados que promueva la inclusión, el bienestar y la calidad de vida de todas y todos, haciendo de Gipuzkoa un territorio inclusivo de apoyos y cuidados.

Esta Diputación siempre estará en esa apuesta.





## [0.2]

### De la innovación a la experiencia: impulsando la Agenda 2030 y el Libro Verde de Gipuzkoa, el futuro de los cuidados

**Irene Galarraga.**

*Dirección General de Gestión Integral de Centros, Diputación Foral de Gipuzkoa.*

#### [0.2.1]

##### Introducción: un territorio comprometido con el bienestar

El reto de Gipuzkoa es aumentar el nivel de bienestar social de las personas, situándolas en el centro de las políticas, mejorando el cuidado y la atención ofrecida y fortaleciendo la participación de la comunidad. Por ello, el primer pilar del Plan Estratégico de la Diputación Foral de Gipuzkoa es el bienestar, la salud, la protección y la igualdad de las personas.

Tal y como se recoge en el Plan, Gipuzkoa es un territorio en el que todas las personas pueden desarrollar sus proyectos de vida en igualdad, siendo sujeto de todos sus derechos, como parte del pacto social que materializa nuestra condición de ciudadanía. Es una comunidad que protege el bienestar de las personas, donde todas tenemos derecho a tener servicios, redes y herramientas de calidad que garanticen la máxima protección. El bienestar de las personas es el objetivo último de las políticas públicas. Ese bienestar se define como un estado de salud y un pleno desarrollo, como un proceso constante para alcanzarlo. Incluye aspectos de salud física y mental, emocional, social y cognitivo, así como aspectos materiales, sociales, espirituales y culturales.

*¿Cuál es el horizonte que queremos alcanzar en materia de cuidados? Gipuzkoa territorio de cuidados.*

#### [0.2.2]

##### Gipuzkoa territorio de cuidados y Agenda 20>30

Gipuzkoa territorio de cuidados explica el futuro estratégico del modelo de cuidados. En concreto, **Gipuzkoa Zaintza Lurraldea** constituye la estrategia del Departamento de Cuidados y Políticas Sociales para impulsar la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos en el Territorio de Gipuzkoa. Su núcleo son las personas y la comunidad, y en torno a ellas se organiza el sistema de atención, cuidado y apoyo.

Esta estrategia se basa en **cinco pilares** fundamentales que constituyen la base sobre la cual se desarrolla la atención, cuidados y apoyos que reciben las personas y las comunidades: derechos sociales, prevención, personalización, proximidad y participación. Además, se desarrolla bajo seis principios rectores que establecen el marco para el desarrollo y gestión de las políticas sociales de transición: bienestar social y calidad de vida, sostenibilidad institucional, transversalidad de los servicios, equidad social, igualdad de género y derechos lingüísticos. Sobre esta base, se impulsan políticas sociales centradas en la transición del modelo, destacando aspectos como la gobernanza, la innovación, la evaluación y la escalabilidad.

Como **hoja de ruta** para alcanzar este horizonte estratégico constituido por pilares, principios y políticas, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales ha consensuado la **Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 20>30**: una década para transformar el modelo de cuidados. Una hoja de ruta diseñada para guiar la transformación del modelo de **atención, cuidados y apoyos** que reciben las personas en el Territorio.

En un contexto cultural en constante cambio, caracterizado por el auge del individualismo, el aumento de los problemas de salud mental, las soledades no deseadas y las transformaciones en el modelo

familiar, la Agenda se enfrenta a los siguientes retos significativos a medio y largo plazo:

- el envejecimiento de la población;
- la integración de personas migrantes;
- la reconfiguración del mercado laboral de los cuidados;
- el impacto de las nuevas tecnologías;
- la necesidad de mejorar la gestión en los centros de atención; y
- la eficiencia en los servicios públicos.

La Agenda establece cinco objetivos operativos, doce líneas de acción y cuarenta actuaciones concretas para impulsar la transición del modelo de cuidados. Los objetivos son los siguientes:

- **Anticipar y prevenir.** Realizar diagnósticos, identificar tendencias y proyectar las demandas futuras de servicios con el fin de anticipar impactos y fomentar la prevención individual, social e institucional.
- **Personalización e innovación.** Promover el cambio y la transformación de los servicios para su personalización y el impulso de comunidades de cuidados.
- **Gobernanza y participación.** Facilitar la participación de las personas usuarias, familiares, personas profesionales y comunidades y estructurar la coordinación institucional, organizacional y la colaboración territorial.
- **Monitorización y evaluación.** Monitorizar los avances en cambio de modelo y evaluar la calidad de los servicios, el impacto social y calidad de vida de la Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 20<30.
- **Escalado y Comunicación.** Fomentar la sistematización y transferencia de innovaciones con impacto, así como sensibilizar y comunicar sobre los avances y resultados obtenidos en la transformación del modelo de cuidados.

Estos objetivos y las actuaciones concretas persiguen beneficiar a las personas, sin distinción de colectivos. En particular, buscan apoyar a personas mayores frágiles y dependientes, personas con discapacidad, mujeres víctimas de violencia machista, menores y jóvenes en situación de desprotección, personas en vulnerabilidad social y las propias personas profesionales del ámbito de los cuidados.

Los retos de los cuidados en Gipuzkoa son:

- 01. El reto de la prevención.** Impulsar la prevención en los cuidados tiene como desafío desarrollar y consolidar una cultura de la anticipación en tres niveles: individual, social e institucional.
- 02. El reto de la personalización de la atención, cuidados y apoyos.** Fortalecer la autonomía, capacidad de elección y preferencias sobre cómo las personas quieren ser atendidas y cuidadas es una demanda social bien documentada. La personalización aún es un proceso incompleto, un reto que exige desplegar una estrategia integral que combine diversos tipos de innovaciones sociales, institucionales, tecnológicas, organizacionales y culturales que favorezcan la personalización de los servicios sociales con integración comunitaria.
- 03. El reto de la participación de la comunidad.** La personalización de los cuidados exige la participación de las personas usuarias de servicios sociales, familiares, personas profesionales y la comunidad. El reto de la participación consiste en consolidar los espacios y herramientas que faciliten la participación en todo el ciclo de cuidados (diseño, implementación y evaluación).
- 04. El reto de la migración.** En un contexto de creciente presión migratoria, tiene como desafío garantizar derechos y fortalecer la integración social y cultural, cuando las personas migrantes demandan atención, cuidados y apoyos y también como proveedoras de los mismos.



- 05. El reto de cuidar a las personas cuidadoras.** Cuidar a las personas que cuidan es relevante para dar soporte afectivo y acampamiento emocional a las personas cuidadas. El cuidado a las personas cuidadoras tiene el desafío de cuidar simultáneamente a las familias, las personas profesionales y no profesionales, creando adecuadas condiciones de contexto y laborales.
- 06. El reto de los continuos de cuidados.** Garantizar y gestionar el continuo de los cuidados tiene el desafío de consolidar espacios de coordinación entre la atención en el domicilio, centros de día, centros residenciales y otros recursos, para lo cual es relevante disponer eficaces herramientas que permitan gestionar una multiplicidad de itinerarios de atención y cuidados en todos los servicios sociales.
- 07. El reto de la transversalidad de las políticas.** La eficacia de un modelo personalizado de atención, cuidados y apoyos tiene el desafío de consolidar eficientes sistemas de coordinación sociosanitaria y comunitaria basado en una normativa adaptada, protocolos de gestión eficientes y tecnologías facilitadoras.
- 08. El reto de la desfemenización.** En la actualidad la mayor carga del cuidado recae en las mujeres. La desfemenización de los cuidados afronta el desafío de un cambio cultural profundo, pero también de unas políticas sociales que promuevan la equidad de género y la visibilización de la carga de los cuidados.
- 09. El reto de la evaluación y sostenibilidad de los cuidados.** La evaluación es clave para producir información relevante y tomar decisiones basadas en la evidencia. El desafío de la evaluación consiste en consolidar equipos, conocimientos y herramientas para fortalecer la evaluación la calidad de los servicios y la evaluación de la calidad de vida.
- 10. El reto de la comunicación social, valorización y visibilizarían de los cuidados.** La comunicación es intrínseca al cuidado. El desafío consiste en consolidar una estrategia relativa a la información y la transparencia sobre cómo avanza la transición hacia un modelo personalizado de los cuidados.

Desde la Diputación Foral de Gipuzkoa contamos con varias herramientas clave para la implementación de la Agenda, como el *Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2024-2030*. Entre otras actuaciones de carácter estratégico, está la apertura de 1.553 nuevas plazas para atender la demanda del territorio. Este ambicioso proyecto tendrá un impacto económico estimado en 250,9 millones de euros, distribuidos de la siguiente manera: 82,2 millones para dependencia; 62,1 millones en inversiones; 45,3 millones para discapacidad; 33,5 millones destinados a exclusión social y víctimas de violencia machista; y 27,2 millones para menores.

Asimismo, en el marco de la transformación del modelo de cuidados de la Agenda, y para avanzar específicamente en la transición del modelo de cuidados y apoyos en los servicios, desde la Diputación Foral de Gipuzkoa hemos definido y contrastado el Libro Verde para la Transformación de Centros.

### [0.2.3]

#### **Libro Verde para la Transformación de Centros**

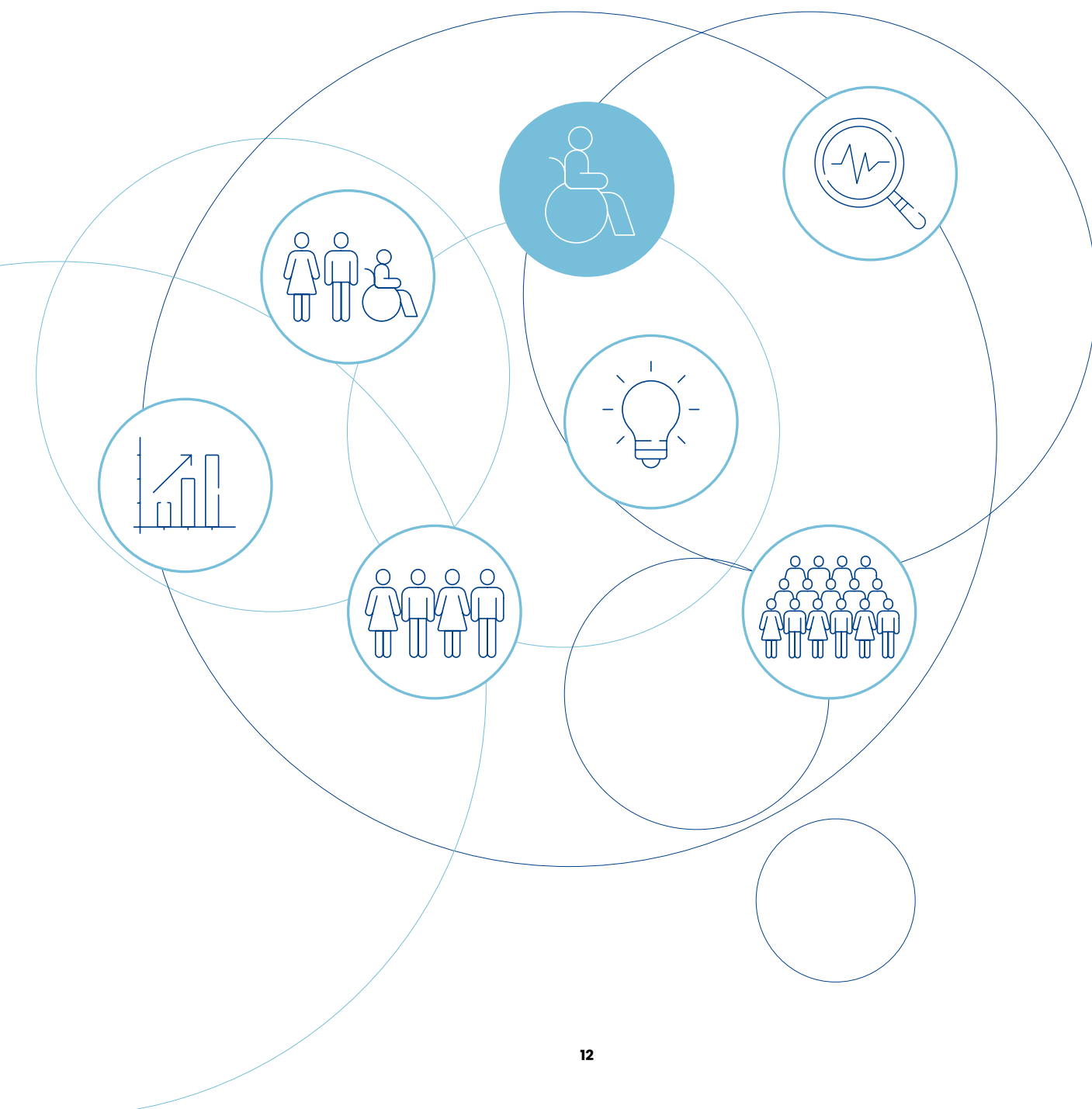
El Libro Verde se basa en la personalización y calidad de atención y cuidados, sobre la que ya se consensuó la *"Guía para la personalización de los servicios sociales de Gipuzkoa"*<sup>1</sup> y se realizó el documento *"Personalización 2030. Guía de indicadores de personalización de los servicios sociales de Gipuzkoa"*<sup>2</sup>. El Libro Verde también se basa en la gobernanza colaborativa, el modelo de gestión, la financiación, la participación de la persona usuaria y el desarrollo normativo, formación para la transición, experimentación e innovación, evaluación para la transformación, igualdad de género y comunicación estratégica.

<sup>1</sup> SIIS-Servicio de Información e Investigación Social Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa. Elementos y recomendaciones para transitar hacia servicios más personalizados. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021, 130 p.

<sup>2</sup> Personalización 2030. Guía de indicadores de personalización de los servicios sociales de Gipuzkoa = Pertsonalizazioa 2030. Gipuzkoako Gizarte zerbitzuak pertsonalizatzeko adierazleen gida. Donostia-San Sebastián, Gipuzkoako Foru Aldundia - Diputación Foral de Gipuzkoa, 2023, 78 p., or.

El Libro Verde de Gipuzkoa, de manera somera, puede decirse que:

- Es una guía para la transición que ofrece una perspectiva sobre el cambio de modelo de atención y cuidados en centros. En un inicio, su foco han sido los centros residenciales, con previsión de incorporar otro tipo de servicios.
- Se basa en la gestión de *transiciones*.
- Define una perspectiva del cambio y ofrece un conjunto de líneas de acción para impulsar el cambio a través de un itinerario de mejoras paulatinas.
- Ofrece una metodología de participación y colaboración que facilita la integración de diferentes perspectivas y recomendaciones.
- Es una guía dinámica que se va monitorizando periódicamente.



## Retos, objetivos y principios del Libro Verde

Como se ha indicado, el Libro Verde inicia su trayectoria con los centros residenciales, donde se identifican los siguientes retos en materia de apoyos y cuidados:

- 01. El nuevo perfil de la demanda.** El envejecimiento de la población presionará por nuevas plazas residenciales según nuevos perfiles de personas mayores: a) personas con alto nivel de estudios, hábitos diferentes y mayor exigencia cultural por nuevos modelos de cuidados; b) personas con edad avanzada, polimorbilidad e importante deterioro cognitivo).
- 02. Como en casa, la preferencia por el domicilio.** El 82% de las personas mayores de 65 años prefieren envejecer en sus hogares. En la actualidad el 3.1% del total de personas mayores de Gipuzkoa reside en centros para personas mayores y el objetivo es que se sientan en los centros residenciales como en su casa.
- 03. La calidad y personalización de la atención.** La calidad de la atención y los cuidados se entiende como una combinación adecuada entre el bienestar material, bienestar físico y bienestar psicosocial de las personas residentes. El 74% de las personas residentes consideran que los centros poseen una calidad aceptable o buena y debemos continuar en el camino de la mejora para ofrecer una calidad de excelencia y sostenible.
- 04. La intensidad de los apoyos y cuidados en los centros residenciales.** Las ratios de personal están regulados por el Decreto Foral 38/2007 y por el Decreto 126/2019 (Gobierno Vasco). Los datos actuales indican que el 80% de la ocupación de los centros residenciales en Gipuzkoa (2022) posee un grado de dependencia II- III, que son exigentes en cuanto a la atención y cuidados demandados. Actualmente, esta demanda de cuidados exige cambios en el modelo de apoyos y cuidados para atender la demanda actual de atención y, sobre todo, la futura demanda.
- 05. Las condiciones laborales en los centros residenciales.** Las condiciones laborales constituyen un factor clave del cuidado en la medida en que afecta al clima organizacional y la calidad de la atención. Disponer de condiciones laborales adecuadas ayudan a la captación y retención de talento y, por tanto, la transición hacia un nuevo modelo de cuidados.
- 06. El ambiente, la arquitectura y los espacios físicos.** El ambiente y la arquitectura representa un dispositivo clave para la personalización de los cuidados tanto en cuanto que los centros dispongan de habitaciones individuales y personalizadas, espacios de convivencia diseñados para facilitar el encuentro y la socialización no lleva a lograr avances en el objetivo de la personalización de los apoyos y cuidados.
- 07. El incremento de la demanda.** El envejecimiento de la población planteará nuevas presiones para el sistema de atención y cuidados. Tanto en el domicilio y centros residenciales.
- 08. Límites de la familia como proveedora asistencial.** La transición demográfica está impactando en la configuración social de las familias (reducción del tamaño, por ejemplo) y en la cultura del cuidado.
- 09. La coordinación sociosanitaria.** La coordinación sociosanitaria tiene el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados en los centros residenciales (atención sanitaria / cuidados sociales). La mejora de la coordinación efectiva entre el sector sanitario y los centros residenciales es clave y necesaria y necesita de modelos y herramientas estandarizadas de coordinación.
- 10. La sostenibilidad del sistema** residencial. En el marco de la actual transición demográfica, la sostenibilidad económica del actual modelo residencial puede estar cuestionada en vistas a las demandas futuras de servicios residenciales. Es necesario abordar el desarrollo de nuevos modelos de financiación de los centros residenciales.

- 11. La inspección y las capacidades de evaluación.** La inspección de los centros residenciales tiene funciones de vigilancia, control y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de atención y cuidados. En la actualidad se hace necesario modernizar y reorientar el modelo de inspección hacia un modelo de evaluación propositivo de mejoras que contribuya a la transición hacia el nuevo modelo de cuidados y evaluar el impacto de las actuaciones del Libro Verde y el grado de respuesta a los retos identificados.
- 12. La atracción, formación y retención de profesionales.** El sector residencial posee diferentes desafíos en materia de formación. Así, es necesario mejorar la capacidad de atracción del sector para el desarrollo de una carrera profesional, impulsar la formación vocacional por el cuidado, y mejorar la oferta en la formación universitaria para fomentar el incremento de profesionales en el sector. Asimismo, debemos mejorar las capacidades de retención del personal y continuar en la formación del nuevo modelo de atención y cuidados. También es necesario comunicar a la sociedad y valorizar la labor de las personas profesionales de los cuidados.
- 13. El carácter relativamente marginal de la innovación.** La innovación entendida como nuevos productos, servicios y métodos para mejorar la calidad y personalización del cuidado debe formar parte de las actividades centrales de los centros residenciales. La innovación es una clave fundamental para cambiar el modelo de cuidados.
- 14. El reto de la desfeminización.** Profundizar en la igualdad de mujeres y hombres en el diseño y prestación de servicios en la atención a personas mayores y/o con discapacidad adaptando la red de recursos a las necesidades de las mujeres atendidas.
- 15. Las debilidades en los procesos de comunicación.** La pandemia de la covid-19 y su impacto en los centros residenciales demostró la necesidad de mejorar la comunicación interna (con las personas residentes y familias) así como la comunicación externa (con la sociedad). Es necesario mejorar las estrategias de comunicación de los centros residenciales.

Ante estos retos, a través de un proceso participativo se han consensuado **ocho objetivos o palancas** del Libro Verde:

- 01.** Impulsar el bienestar de las personas mayores a partir de la personalización de la atención, cuidados y apoyos en los centros residenciales. Promover el cambio y la transformación del modelo de gestión y atención de los centros para su personalización y el impulso de comunidades de cuidados.
- 02.** Profundizar en la gobernanza colaborativa y anticipatoria. Facilitar la participación de las personas usuarias, profesionales y agentes y la coordinación institucional y la colaboración territorial para avanzar en una gestión en red.
- 03.** Transformar el modelo de financiación mediante la actualización y renovación de la normativa. Transformar el modelo de gestión de los centros, así como el modelo de financiación y participación económica de las personas usuarias actualizando la normativa.
- 04.** Adaptar y promover de forma planificada la formación para la transformación del modelo. Fortalecer la formación en la personalización e innovación de la atención y cuidados para profesionales y familiares e impulsar programas de formación reglada para cubrir las necesidades de los perfiles profesionales futuros.
- 05.** Impulsar la innovación y la experimentación orientada a resultados e impacto para transferir y escalar aprendizajes y lograr la transformación del modelo de apoyos y cuidados. Impulsar la innovación y experimentación social, ambiental y tecnológica evaluando su impacto, transferencia y escalabilidad.



- 06.** Promover la igualdad de hombres y mujeres en la atención. Profundizar en la igualdad de mujeres y hombres en el diseño y prestación de servicios en la atención a personas mayores y/o con discapacidad adaptando la red de recursos a las necesidades de las mujeres atendidas.
- 07.** Monitorización, acompañamiento, actualización y evaluación. Monitorización continua de los avances en la transición del modelo de atención y cuidados, acompañar en el despliegue de las actuaciones del Libro Verde, transformar el actual modelo de inspección hacia un modelo propositivo de mejoras y evaluar el impacto de las actuaciones del Libro Verde y el grado de respuesta a los retos identificados.
- 08.** Transformar el modelo de comunicación hacia la sensibilización social desde y en euskera. Sensibilizar y comunicar sobre los avances y resultados obtenidos en la transformación del modelo de cuidados a todos los grupos de interés (personas usuarias, familiares, personas profesionales, sindicatos, patronales, consejo de personas mayores) desde el liderazgo y la ejemplaridad desde y en euskera.

Este nuevo modelo de cuidados requiere una nueva organización, y ejemplos de ello en el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales son la creación de la Dirección de Agenda, Innovación y Evaluación, así como la Dirección de Gestión Integral de Centros.

Entre las funciones de la Dirección de Gestión Integral de Centros se incluyen:

- Integrar los distintos servicios en la gestión de los centros.
- Transformar los centros hacia un modelo basado en derechos, apoyos, inclusión y comunidad, orientado a lograr resultados en calidad de vida dentro del ecosistema local.
- Avanzar en la planificación y atención basada en la persona, la referencialidad y la gestión de casos.
- Gestionar en red y en colaboración.
- Apoyar a la red y a los centros en este proceso.
- Impulsar la mejora de los centros y la atención ofrecida en ellos.

Hemos comenzado con las residencias de personas mayores, estamos incorporando los centros de día y, a futuro, el objetivo es incluir los centros y servicios dirigidos a personas con discapacidad, entre otros.

Nuestro enfoque se basa en los derechos de las personas, en los apoyos y los cuidados de larga duración, desde la planificación y atención centrada en la persona, para lograr resultados en calidad de vida. Nos enfocamos en la participación, la inclusión comunitaria, el empoderamiento, la seguridad y los derechos en entornos adaptados, con el fin de avanzar en la autodeterminación y la calidad de vida, ofreciendo apoyos en casa o como en casa, basados en la comunidad desde una perspectiva de inclusión y desinstitucionalización. Todo ello contando con los diferentes agentes: las personas y familias o grupos de apoyo, los equipos y profesionales, las entidades colaboradoras, así como el resto de las instituciones involucradas.

Este modelo se concreta en los siguientes cinco principios orientadores y cuatro dimensiones, que sirven de palancas para el cambio o transformación:

Cuadro 1.  
Principios y dimensiones del Libro Verde

PRINCIPIOS	DIMENSIONES
1. Derechos y vida digna	1. Buen trato y acompañamiento en proyectos de vida
2. Personalización (conocer y reconocer a la persona)	2. Cultura organizacional: roles profesionales, liderazgo y dinámicas organizativas
3. Participación y control (autodeterminación)	3. Entornos y ambientes para la vida significativa
4. Bienestar y seguridad	4. Relaciones interpersonales
5. Inclusión e integración en la comunidad	

## Hacia una gestión en red: innovación, gobernanza colaborativa y mejora continua en los cuidados y apoyos

Tal como se ha señalado previamente, la Dirección de Gestión Integral de Centros tiene entre sus principales funciones la gestión en red y en colaboración, el acompañamiento a la red y a los centros en su proceso de transformación, así como la mejora continua tanto en la gestión de los centros como en la calidad de la atención prestada.

En este marco, la jornada sobre buenas prácticas y el presente manual representan dos de las iniciativas promovidas por esta Dirección en el contexto del Libro Verde, contribuyendo tanto a su implementación específica como a la transición global hacia un nuevo modelo de cuidados y apoyos.

En particular, las jornadas de buenas prácticas y este manual se han estructurado en torno a dos ejes fundamentales:

Por un lado, promover la reflexión y el aprendizaje sobre la relevancia de la **gobernanza colaborativa, la mejora continua y la evaluación** como herramientas clave en la transformación de los centros. En este sentido, durante las jornadas se abordaron *"Orientaciones, innovaciones y buenas prácticas en materia de políticas sociales"* por parte del SIIS y se presentó la *Estrategia CuidAS*, desarrollada en conjunto con la *Red Cuidas*, cuyo objetivo es fortalecer el apoyo y la evaluación continua de la calidad de la atención. Esta iniciativa del Principado de Asturias se alinea con dos de los principales objetivos del Libro Verde:

- Profundizar en la gobernanza colaborativa y anticipatoria. Facilitar la participación de las personas usuarias, profesionales y agentes y la coordinación institucional y la colaboración territorial para avanzar en una gestión en red.
- Monitorización, acompañamiento, actualización y evaluación. Monitorización continua de los avances en la transición del modelo de atención y cuidados, acompañar en el despliegue de las actuaciones del Libro Verde, transformar el actual modelo de inspección hacia un modelo propositivo de mejoras y evaluar el impacto de las actuaciones del Libro Verde y el grado de respuesta a los retos identificados.

Por otro lado, el segundo eje de trabajo se ha centrado en la **difusión y valorización de buenas prácticas** desarrolladas en el territorio, vinculadas a la personalización de la atención, tanto en centros como en servicios comunitarios y de acompañamiento. A través de este eje, también se ha promovido la reflexión sobre la gestión en red, en el marco de una gobernanza colaborativa y la **gestión del conocimiento, fomentando el aprendizaje y la formación** para impulsar la transformación de los centros, la atención personalizada y la inclusión en la comunidad. Este enfoque se alinea estrechamente con el objetivo del Libro Verde de *impulsar la innovación y la experimentación orientada a resultados e impacto para transferir y escalar aprendizajes y lograr la transformación del modelo de apoyos y cuidados*.

En las jornadas y en este manual, se presentan algunas de las experiencias y buenas prácticas implementadas en centros y servicios de Gipuzkoa. Se abordan aspectos clave como los apoyos proporcionados desde los servicios, el acceso y salida de los centros, así como la oferta de apoyos en la comunidad, entre otros. Desde esta perspectiva, se ha apostado por un enfoque centrado en personas y servicios, apoyos, participación, inclusión y protección, es decir, en objetivos de nuestro sistema de servicios sociales. Así, se ha buscado evitar una visión basada exclusivamente en las contingencias, como la dependencia, la discapacidad o la exclusión.

En el marco del Libro Verde, se puso en marcha un proceso de identificación y mapeo de buenas prácticas en centros, a través de una metodología y un documento diseñados ad hoc para su recopilación y análisis. Como resultado, 11 organizaciones y centros residenciales presentaron un total de 37 buenas prácticas, de las cuales 10 fueron seleccionadas por el Departamento por su carácter innovador y su relevancia. Estas fueron compartidas con el Grupo de Contraste del Libro Verde, con el objetivo de analizarlas y establecer prioridades estratégicas.

La capacidad de identificar buenas prácticas permite también detectar innovaciones que, en muchas ocasiones, no se reconocen como tales. En el imaginario colectivo, la innovación suele asociarse exclusivamente con el ámbito tecnológico. Sin embargo, la innovación también se manifiesta en procesos, metodologías y técnicas, así como en enfoques normativos y organizativos. En esencia, innovar implica implementar cambios significativos que generen valor y mejoren la atención y el bienestar de las personas.

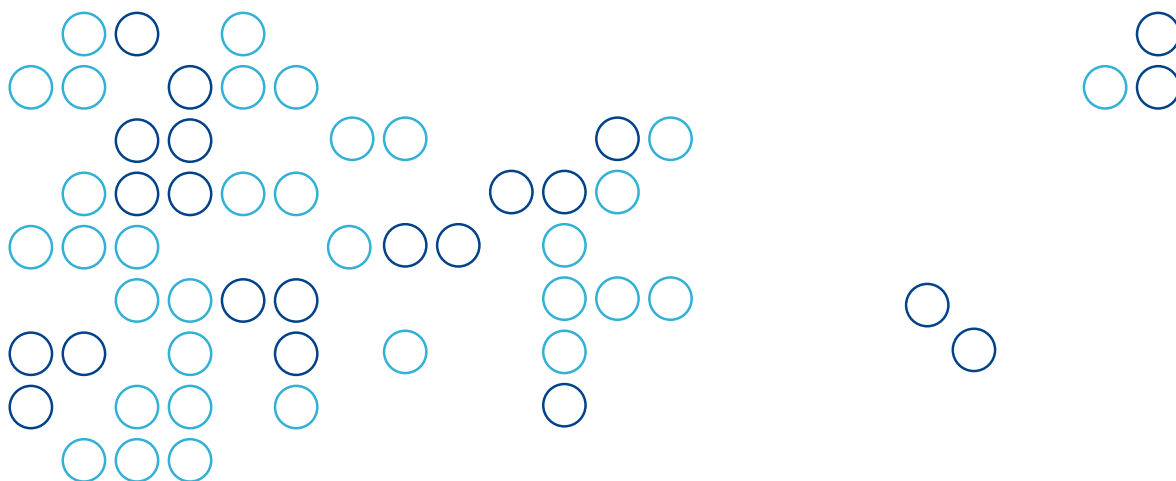
Por ello, es fundamental que las buenas prácticas en el ámbito de los cuidados y apoyos a las personas sean identificadas, compartidas y reconocidas, de manera que toda la red pueda beneficiarse de la experiencia acumulada y los aprendizajes generados.

En este contexto, el propósito central de esta jornada y del presente manual es impulsar y consolidar redes de transferencia de innovaciones con impacto, favoreciendo la escalabilidad de buenas prácticas que han sido probadas y evaluadas. Con esto, damos un paso más hacia este objetivo estratégico, promoviendo un modelo de atención basado en la mejora continua y la transformación del sistema de cuidados.

Miramos al futuro, y ese futuro es colectivo. Solo mediante la cooperación, con inteligencia y estrategia, podremos afrontar los desafíos que nos esperan. Visualizamos el futuro de Gipuzkoa como un Territorio inclusivo de bienestar, cuidados y apoyos.

### **Agradecimiento**

*Desde esta Dirección, queremos agradecer a todos los centros que participaron en compartir su trabajo y realizar sus contribuciones. Y, mirando hacia adelante, extendemos la invitación a otros, animándolos a compartir sus buenas prácticas.*







## [0.3]

### **Orientaciones, innovaciones y buenas prácticas en materia de políticas sociales**

SIIS Servicio de Información e Investigación Social,  
Fundación Eguía Careaga

#### [0.3.1]

##### **Introducción**

Este texto es una adaptación de un trabajo más amplio sobre experiencias y buenas prácticas en materia de bienestar, salud, protección social e igualdad desarrollado por el SIIS para la Diputación Foral de Gipuzkoa en 2024.

El texto se divide en dos partes: la primera resume algunas orientaciones y enfoques de interés desarrolladas en los países de nuestro entorno con relación a la personalización de la atención que se ofrece en el ámbito de los Servicios Sociales a las personas mayores o con discapacidad que precisan cuidados. La segunda parte recoge una selección de experiencias y buenas prácticas desarrolladas en nuestro entorno y que materializan, en la práctica, los enfoques y las orientaciones previamente señalados.

Desde el punto de vista metodológico, el texto se basa en una revisión de la literatura publicada sobre estas cuestiones, así como en diversos trabajos previamente realizados por el SIIS para diversas instituciones.

#### [0.3.2]

##### **Orientaciones y enfoques de interés**

En este apartado se describen, de forma genérica, las tendencias o estrategias más relevantes que se pueden identificar en lo que se refiere a la orientación de los sistemas de cuidados a personas mayores o con discapacidad hacia la personalización. Se ha optado por recoger, en primer lugar, cuatro paradigmas<sup>3</sup>, tendencias de cambios o estrategias –estrechamente relacionadas entre sí– que se vienen impulsando en el ámbito de los cuidados: la personalización, la desinstitucionalización, las nuevas arquitecturas de cuidado y la atención centrada en las relaciones.

##### **a) Personalización y atención centrada en la persona<sup>4</sup>**

Históricamente, los servicios sociales han estado basados en la idea de la caridad y la beneficencia y, desde otra perspectiva, en objetivos de rehabilitación, reeducación y disciplinamiento social. Durante siglos, los servicios públicos o semi-públicos prestados a las personas mayores dependientes, a las personas con enfermedad mental o con discapacidad, a la infancia en situación de desprotección y, en general, a las personas que precisan cuidados o apoyos para su inclusión social han antepuesto las necesidades organizativas a las necesidades individuales de las personas usuarias, se han articulado alrededor de grandes instituciones despersonalizadas, han priorizado la visión y la autoridad de las personas profesionales y han prestado poca –o ninguna– atención a los derechos individuales de las personas usuarias: asilos, casas de misericordia, orfanatos y manicomios, junto al socorro domiciliario de los pobres, fueron hasta bien entrado el siglo XX la principal forma de dar respuesta a las necesidades de estos colectivos.

<sup>3</sup> En el ámbito de la atención a las personas, ya sea social o sanitaria, referirse a un nuevo paradigma significa referirse a una forma de concebir la atención que supone un giro significativo con respecto a enfoques o filosofías que, hasta ese momento, servían de fundamento al marco asistencial. Esto no quiere decir que se configure, necesariamente, en contraposición o como negación de prismas anteriores, sino como un avance determinante que condiciona la perspectiva desde la que se organiza y presta la atención.

<sup>4</sup> La mayor parte del contenido de este apartado está recogida de la *Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa* (2021), promovido por la Diputación Foral de Gipuzkoa y coordinado por el SIIS.

Sin embargo, a partir de los años 60 y 70 del siglo pasado, con el desarrollo de nuevos paradigmas en el ámbito de la discapacidad y de la salud mental, van adquiriendo carta de naturaleza los conceptos de normalización, integración social, atención comunitaria y vida independiente. Ya en 1982, la primera Ley vasca de Servicios Sociales se plantea como objetivos los de favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación.

Con esos antecedentes, los servicios sociales del siglo XXI –tanto en Gipuzkoa como en los demás territorios de nuestro entorno– han ido incorporando progresivamente una visión más comunitaria y más centrada en la persona y en sus derechos; menos condicional y selectiva: más personalizada. En efecto, durante los últimos años han ido adquiriendo en nuestro entorno un protagonismo creciente una serie de movimientos, tendencias o paradigmas que –si bien tienen objetivos y características diferentes– podemos englobar bajo el paraguas conceptual general de la personalización.

Este paradigma incorpora las perspectivas, los aprendizajes y los planteamientos teóricos que se derivan de otros enfoques o modelos, como el modelo de vida independiente, la planificación centrada en la persona, el modelo de calidad de vida y de apoyos, la atención gerontológica centrada en la persona, el paradigma de reducción de daños e incondicionalidad aplicado en el ámbito de la inclusión social y la salud pública, el modelo de recuperación que se aplica en el ámbito de la salud mental, etc.

La personalización implica reconocer a las personas como individuos con fortalezas y preferencias, y ponerlas en el centro de la atención que reciben: las personas primero. En efecto, el tradicional enfoque centrado en el servicio dificulta a menudo que sea la persona quien defina el tipo de servicio que necesita o el tipo de apoyo que prefiere. Los enfoques personalizados establecen un contexto en el que la persona pueda identificar sus propias necesidades, hacer elecciones y tomar decisiones sobre cómo y dónde recibe los apoyos que precisa. Para poder tomar decisiones informadas, las personas deben poder acceder a la información y comprenderla, así como recibir el asesoramiento y el apoyo como lo necesitan.

En cualquier caso, la personalización no se refiere únicamente a la planificación y la intervención individual –y a los elementos organizativos que la hacen posible–, sino que se refiere también al diseño general de las políticas sociales, a las fórmulas de acceso a los servicios y de asignación de los recursos, y al funcionamiento de las estructuras organizativas que permiten –y determinan– el funcionamiento de los servicios de atención directa. La personalización no puede empezar cuando una persona ha accedido a un centro o a un servicio y/o cuando empieza a ser atendido por sus profesionales.

Esto implica la necesidad de reflexionar sobre las posibilidades para la personalización de los servicios sociales desde tres niveles concéntricos –en cierta medida arbitrarios y en todo caso estrechamente vinculados– que podríamos llamar macro, meso y micro.

- El nivel macro se refiere al diseño general de las políticas sociales y tiene mucho que ver con la definición del catálogo de servicios que se ofrecen a las personas, y con las formas de acceso a ellos, o con la normativa que los regula.
- El nivel meso tiene que ver con aspectos organizativos generales de los centros y servicios, entre los que podría señalarse la ubicación y el diseño arquitectónico de los centros, la normativa interna que regula el funcionamiento de cada servicio, centro o programa, la organización del personal (ratios, cualificaciones, funciones...), las exigencias y las condiciones que se establecen a las personas o las posibilidades de participación de las personas usuarias.
- El nivel micro tiene que ver con la persona y con la intervención individual: con la evaluación de las necesidades de cada persona con la planificación de la atención, con el contenido de las actividades que se realizan, con la organización del día a día, con las herramientas disponibles para recoger la opinión y la perspectiva de las personas usuarias, con los soportes metodológicos necesarios para la evaluación de la intervención, etc.

Obviamente, se trata de cuestiones interrelacionadas, difíciles de encasillar, y que se condicionan mutuamente. En todo caso, el cuadro siguiente puede ayudar, con algunos ejemplos, a distinguir entre las tres dimensiones a las que la personalización hace referencia.

**Cuadro 2.**  
**Los tres niveles de la personalización**

NIVELES	ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN
<b>Personalización en el nivel macro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos organizativos que garanticen la posibilidad de elegir entre diferentes servicios o modalidades</li> <li>• Mecanismos organizativos que garanticen la posibilidad de elegir las entidades proveedoras de los servicios o el centro / servicio al que se quiere acudir</li> <li>• Normativa general respecto a la organización de los servicios, ratios y cualificaciones, y condiciones de acceso</li> <li>• Mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial entre sistemas</li> <li>• Sistemas generales de evaluación y de establecimiento de estándares de calidad</li> </ul>
<b>Personalización en el nivel meso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño arquitectónico y ambiental de los centros y de las viviendas</li> <li>• Cultura organizacional</li> <li>• Organización, dotación y cualificación del personal de cada centro, servicio o vivienda, así como de las cuidadoras familiares y asistentes personales.</li> <li>• Normativa aplicada en cada centro como, por ejemplo, los horarios, los criterios de expulsión del servicio</li> <li>• Sistemas de participación de las personas usuarias</li> </ul>
<b>Personalización en el nivel micro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas individuales de diagnóstico y valoración de necesidades</li> <li>• Soportes metodológicos para la planificación de la atención individual y para la elaboración y el seguimiento de planes individuales de atención</li> <li>• Actividades realizadas u ofrecidas a cada persona</li> <li>• Provisión de cuidados y apoyos</li> </ul>

*Fuente: SIIS-Servicio de Información e Investigación Social. Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa. Elementos y recomendaciones para transitar hacia servicios más personalizados. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021.*

Los principios en los que se basa el paradigma de la personalización se pueden resumir, y agrupar, de la siguiente manera:

- **Dignidad.** La dignidad implica el reconocimiento y el respeto inherente a la condición humana, con independencia de sus circunstancias
- **Derechos.** Preservar la dignidad de las personas lleva implícito integrar en el paradigma de atención el enfoque de los derechos, dando por superado el modelo asistencialista y discrecional.
- **Autodeterminación, elección y control.** La personalización parte del principio de que todas las personas tienen plena capacidad jurídica para tomar decisiones, incluidas las vinculadas con su cuidado y atención -aunque en su caso pueda requerir determinados apoyos, tanto personales como técnicos, para materializar su voluntad- e implica el reconocimiento de la capacidad de elección, de acción o pensamiento independiente, incluyendo la disposición a asumir cierto grado de riesgo razonable y/o calculado.
- **Integralidad.** Las intervenciones que se planifiquen han de contener actuaciones dirigidas a satisfacer el conjunto de necesidades de cada persona: las básicas (salud psicofísica y funcionalidad), las emocionales (afectividad y relaciones personales) y las sociales.
- **Perspectiva de género e interseccionalidad.** La personalización requiere tener en cuenta todas las características individuales de las personas; entre ellas, una de las más relevantes y significativas es el género.
- **Participación.** La autodeterminación implica la participación de las personas usuarias, también a diversos niveles. En el plano individual, la persona usuaria debe poder participar tanto en la identificación y enunciación de necesidades individuales, como en la toma de decisiones sobre el tipo o circunstancias en que desean recibir esos apoyos. Es también importante

hacer partícipes a las personas usuarias de la intervención y fomento de su responsabilidad en los procesos de cambio. En el plano colectivo, las personas usuarias –o sus familiares– deben también participar en la toma de decisiones sobre la organización y la gestión de los centros y programas.

- **Incondicionalidad.** La personalización de la atención implica también la necesidad de adoptar planteamientos incondicionales, en el sentido de evitar la imposición a las personas usuarias de los valores morales de los y las profesionales, de las entidades o incluso del conjunto de la sociedad.
- **Calidad de vida (vida de calidad).** La personalización parte, como antes se ha señalado, del enfoque de calidad de vida, en la medida en que se acepta que los procesos de atención o intervención social tienen por objeto mejorar la calidad de vida de las personas y facilitar que vivan una vida de calidad.
- **Inclusión social.** La atención personalizada implica apostar por la inclusión social, entendida como concepto multidimensional: si la exclusión social es multicausal, la inclusión social es multidimensional y se refiere a las múltiples necesidades de las personas, ya sean materiales, económicas, relacionales, educativas, de salud o de vivienda. Ninguna de las dimensiones de la inclusión –el empleo, la vivienda, la salud, las necesidades de cuidados, las relaciones personales, la educación, etc.– es más importante que otra, salvo que esa mayor importancia se derive de las opciones y prioridades de cada persona
- **Atención en (y por) la comunidad, en entornos ordinarios.** La atención –los cuidados, los apoyos, los acompañamientos– deben preferentemente desarrollarse en la comunidad y, a ser posible, por la comunidad, a partir de la movilización, uso y coordinación de los recursos cercanos a la persona. Los servicios deben darse, además, en la medida de lo posible, en entornos ordinarios y normalizados, y sólo en situaciones determinadas debe optarse por contextos especiales o segregados.
- **Derecho a la orientación y a la información.** En un sistema tan complejo y fragmentado, la atención personalizada debe proporcionar un mapa adecuado sobre las posibilidades, opciones y alternativas que tiene a su alcance la persona y sobre su situación concreta. La capacidad de elección no puede ejercerse sin información, y es preciso ofrecer a las personas el acompañamiento y la orientación que precisan para poder tomar sus decisiones con la suficiente información.

Además de esos principios básicos, una atención personalizada debe tener determinadas características que se derivan –o complementan– los principios señalados. Las características inherentes al enfoque de la personalización son las siguientes:

- **La consideración de la singularidad de cada persona:** valores, proyectos vitales, trayectorias biográficas, hábitos, gustos, preferencias, expectativas. La personalización consiste en reconocer a la persona como única y diferente del resto. A partir de esa idea, el diseño de la intervención y de los servicios tiene que estar basado en los intereses, expectativas, metas y/o deseos reales de las personas, tanto en lo que se refiere a la definición de los objetivos de las intervenciones como en lo que se refiere a su contenido
- **El objeto de la intervención:** cuidar, apoyar, acompañar, educar. Al margen de las necesidades específicas de cada persona, la atención personalizada debe estar orientada a ofrecer tanto cuidados como apoyos, dos términos que no deben ser confundidos<sup>5</sup>.
- **Modelos organizativos y de intervención flexibles y adaptables.** Los apoyos (prestaciones o servicios) han de adaptarse y adecuarse a las personas, y no la persona a los apoyos diseñados

<sup>5</sup> Como explica Plena Inclusión, “hablamos de cuidados cuando las necesidades que se cubren están en la base de la pirámide Maslow: alimentación, higiene o seguridad, por ejemplo. También cuando el foco está en realizar la tarea (asear a la persona cuidada, por ejemplo), más que en su participación, aunque esa participación siempre debe tenerse en cuenta”. Por el contrario, “hablamos de apoyos cuando las necesidades que se cubren están en cualquier parte de la pirámide de Maslow: desde la alimentación o la higiene hasta la participación política, la creación literaria o las relaciones personales. También cuando el foco no está tanto en conseguir algo (votar o asearse), sino en que la persona apoyada participe, tome decisiones y sea más autónoma”.



con carácter general. Los derechos han de ser universales, pero para que sean efectivos, han de ajustarse a las necesidades de cada persona en lo referido a los importes, los requisitos, procesos, etc.

- Apoyos comprometidos y transversales. El círculo de apoyo para poner en marcha las acciones que ayuden a la persona a conseguir sus objetivos debe construirlo la persona.
- La (des)profesionalización de la atención. La personalización de los cuidados y los apoyos precisa un cambio en la forma de entender el papel de los y las profesionales. Se trata de un cambio complejo que implica a la vez una mayor profesionalización –en términos de cualificación, empoderamiento, reconocimiento social y condiciones laborales– y una cierta desprofesionalización –no de la persona profesional, pero sí de la atención– en la medida en que la capacidad de decisión se le atribuye a la persona usuaria y no a la persona profesional. El profesional se reconfigura como acompañante, como compañero o compañera, y no como autoridad
- La continuidad de la atención, el carácter integral de las intervenciones y el concepto de ecología de apoyos. Los apoyos deben tener un carácter transversal, implicando no sólo al sistema de servicios sociales, sino también a otros sistemas (vivienda, formación, empleo, salud, garantía de ingresos, tecnología, etc.), debiendo abordarse desde un enfoque multidisciplinar (social, jurídico, tecnológico), y con la coordinación y colaboración de los diferentes agentes públicos y privados, con especial incidencia en el Tercer Sector Social que representa a las personas que requieren de apoyos.

Aunque la personalización se entiende a menudo como una cuestión exclusivamente relacionada con la atención directa, implica también otros aspectos o dimensiones de la organización del conjunto del sistema, como la determinación del catálogo de servicios y las formas de acceso a los recursos, el papel de los y las profesionales, las dinámicas organizativas de las entidades, el diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros, la normativa que regula la vida en los centros, la planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas, la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones colectivas, o la inclusión en la comunidad.

Desde la perspectiva de las personas usuarias, la personalización puede generar beneficios o posibilidades a diferentes niveles:

- La posibilidad de elegir el tipo de centro, servicio o programa al que cada persona quiere acceder, y la entidad o persona que va a prestar esos servicios.
- La posibilidad de elegir el lugar –o, al menos, el tipo de lugar– en el que cada persona va a residir.
- La posibilidad de elegir las actividades que cada persona realiza en el marco del programa de atención, y de definir los objetivos de su proceso de intervención.
- La posibilidad de adaptar los objetivos y los contenidos de la intervención a los intereses y los valores reales de la persona atendida.
- La posibilidad de elegir con relación a los múltiples aspectos de la vida cotidiana que son objeto de regulación, especialmente en el marco de los servicios residenciales: los horarios, los lugares en los que estar, las compañías, la forma de vestir, las comidas...
- La posibilidad de contar con referentes profesionales cercanos y estables, y con una dotación suficiente de profesionales con capacidad para ofrecer las prestaciones de servicios sociales, de salud, de acompañamiento o de intervención socioeducativa que cada persona requiera.
- La posibilidad de participar en la elaboración del plan individual de atención que se elabora para cada persona, y de que su opinión respecto al plan sea considerada determinante.
- La posibilidad de elegir las relaciones personales que cada persona quiere tener, en la misma medida que el resto de las personas.

- La posibilidad de participar en actividades ordinarias, no segregadas y de carácter comunitario, en la misma medida que el resto de las personas.
- La posibilidad de que la red de soporte primario de la persona cuidada sea a su vez debidamente acompañada y apoyada durante todo el proceso de provisión de cuidados y prestación de apoyos.

En lo que se refiere a su impacto y efectividad, hay evidencia suficiente para decir que la personalización –o, al menos, el desarrollo de los enfoques teóricos y conceptuales en los que se apoya la idea de la personalización– genera beneficios e impactos importantes en la situación de las personas que acceden a los Servicios Sociales. Estos beneficios pueden clasificarse en función de los tres niveles que antes se han señalado (macro, meso y micro).

**Cuadro 3.**  
**Beneficios de la personalización**

NIVELES	BENEFICIOS
<b>Nivel macro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en términos de justicia y cohesión social.</li> <li>• Incremento de la satisfacción de la ciudadanía con relación al funcionamiento del sistema de Servicios Sociales e incremento de los niveles generales de confianza respecto a la administración.</li> <li>• Sistema de servicios sociales de mayor calidad, mejor percibido, y por lo tanto mejor consideración de los agentes que lo componen.</li> <li>• Mayor rentabilidad social de los servicios, en la medida en que tienen mayor eficiencia económica y social.</li> <li>• Adaptabilidad y resiliencia del sistema ante los cambios sociodemográficos que se produzcan en el futuro.</li> <li>• Generación de aprendizajes y conocimiento que ayude al sistema a tomar decisiones de transformación de manera sostenida en el tiempo.</li> <li>• Alineamiento con la Agenda 2030 y aportes concretos a los ODS que abordan los aspectos de la igualdad, cohesión y pobreza.</li> </ul>
<b>Nivel meso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de una cultura de la excelencia en las organizaciones y en los servicios, gestionados bajo principios éticos como el respeto a la dignidad, la autonomía y la autodeterminación.</li> <li>• Mayores posibilidades de orientación de los modelos de gestión y el desarrollo estratégico de las organizaciones hacia los planteamientos filosóficos y conceptuales de la personalización.</li> <li>• Mejor ajuste de los recursos a las necesidades reales de las personas, y no a necesidades organizativas o institucionales.</li> <li>• Mejor alineación del funcionamiento de las entidades y de los servicios que prestan a las necesidades de las personas usuarias.</li> <li>• Mayores cotas de satisfacción e implicación entre las/los profesionales que prestan apoyos al acreditar los grados de empoderamiento e inclusión social alcanzados por las personas que reciben los apoyos: profesionales más satisfechos, más implicados y más motivados.</li> <li>• Posibilidad de avanzar en el desarrollo de metodologías de diagnóstico y herramientas de intervención comunes a diferentes colectivos o contingencias.</li> <li>• Mayor complementariedad entre sistemas y recursos. Permitiría trabajar itinerarios donde los profesionales pueden complementar diferentes recursos y servicios que ofrecen los diferentes sistemas.</li> <li>• Mayores posibilidades para compartir conocimiento sobre recursos y servicios en profesionales y para impulsar el aprendizaje mutuo.</li> </ul>

**Nivel micro**

- Empoderamiento de las personas que requieren de atención/apoyos.
- Mayor capacidad de elección de las personas usuarias.
- Mayor satisfacción de las personas usuarias.
- Orientación del trabajo hacia los resultados personales más valorados por las propias personas.
- Mejora de la calidad de atención.
- Valoración subjetiva de mayor calidad en el trato, atención y acompañamiento en los proyectos vitales.
- Disponibilidad de mejor información sobre las personas atendidas que permita mejorar la calidad y valor añadido de la intervención de cada agente.
- Autogestión de los apoyos.
- Promoción de la autonomía personal.
- Prevención o mitigación de las situaciones de dependencia.
- Dignificación de la persona.
- Responsabilidad y corresponsabilidad de la persona.
- Respeta la individualidad y las diferencias personales.
- Mayor implicación y colaboración de la persona en su proyecto vital y mejora de su satisfacción con la vida.

---

*Fuente: SIIS-Servicio de Información e Investigación Social. Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa. Elementos y recomendaciones para transitar hacia servicios más personalizados. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021.*

Más allá de los beneficios que se le pueden atribuir a la personalización, existe además evidencia suficiente para poder hablar –al menos en algunos ámbitos y en lo que se refiere a algunos tipos de intervenciones– de efectos positivos suficientemente contrastados. Las intervenciones basadas en la planificación centrada en la persona y en la atención centrada en la persona son, probablemente, los tipos de intervención más frecuentemente evaluadas<sup>6</sup> y de los análisis realizados se extraen conclusiones relativamente sólidas con relación a la efectividad de estos enfoques.

En ese sentido, Martínez Rodríguez (2016) ha analizado en detalle la literatura científica disponible con relación a las intervenciones para personas mayores diseñadas desde el modelo de la atención gerontológica centrada en la persona. Se recogen a continuación los principales resultados que se derivan de su revisión, una de las más exhaustivas realizadas en castellano con relación a la efectividad de la atención centrada en la persona.

En lo que se refiere al impacto de estas intervenciones en el funcionamiento de las personas mayores, “si bien no se puede concluir una clara conexión entre la aplicación de modelos de atención ACP, la mejora del funcionamiento cognitivo y el nivel funcional, sí se ha demostrado el incremento del nivel de actividad cotidiana de las personas usuarias y de los niveles de interacción social”. Por otro lado, “en lo que se refiere al bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas mayores –a pesar de que algunos estudios ofrecen resultados diversos y, en consecuencia, sea necesario seguir profundizando en el origen de las divergencias halladas–, puede decirse que cada vez existe mayor evidencia que apoya que las intervenciones orientadas desde la ACP actúan de forma positiva en algunos aspectos del bienestar de las personas y especialmente en la reducción de la agitación de las personas con demencia. La calidad de vida, especialmente las dimensiones relacionadas con dimensiones subjetivas, también parecen obtener ganancias cuanto se aplica este tipo de modelos de atención en contextos residenciales frente a la atención residencial tradicional”.

El modelo de atención centrado en la persona también parece incidir positivamente en el bienestar de los profesionales de atención directa. De acuerdo con esta autora, “los resultados refieren, en primer lugar, cambios producidos en actitudes relacionadas con una mayor humanización de la atención, así como con el desarrollo de prácticas orientadas hacia la personalización y el bienestar de las personas. Además, otros estudios describen cambios en el modo de trabajar, en cuanto a los procedimientos y a la organización del trabajo. Finalmente cabe destacar que algunos resultados indican la asociación entre ACP y efectos positivos para los propios trabajadores como una mayor satisfacción en el trabajo,

---

<sup>6</sup> También hay abundante evidencia sobre el impacto de la incondicionalidad de las prestaciones de garantía de ingresos, una política que, al menos tangencialmente, también se relaciona con la personalización.

así como una reducción en el estrés laboral y en el burnout. Ello cobra una especial relevancia dado que distintos trabajos han señalado que un trato cercano y la relación de confianza entre los profesionales de atención directa y los residentes es un aspecto muy importante en la valoración que las personas mayores realizan sobre la calidad de la atención recibida”.

Finalmente, siempre de acuerdo con esta revisión, “aunque los estudios publicados son menos numerosos que los centrados en las personas usuarias o los profesionales, la aplicación de modelos orientados desde la ACP también se ha asociado a efectos positivos en las familias de las personas usuarias que son atendidas en centros, tanto en relación al incremento de la satisfacción sobre la atención recibida como a su implicación y colaboración en el cuidado”.

Las conclusiones de la revisión realizada por esta autora son claras. Aun reconociendo la existencia de resultados diversos y la necesidad de seguir recabando mayores evidencias en relación a los efectos de la ACP, cabe destacar que la aplicación de estos modelos en centros residenciales, frente a los modelos asistenciales tradicionales, presenta beneficios diversos en relación a las personas usuarias, a las familias y a los profesionales. A modo de resumen se puede señalar lo siguiente:

- Los efectos hallados de las aplicaciones de modelos ACP en las personas usuarias apuntan a que este tipo de intervenciones parecen actuar de forma positiva en un mayor bienestar de las personas, especialmente en la reducción de la agitación de las personas con demencia.
- La ACP también se ha asociado a efectos positivos en las familias de las personas usuarias que son atendidas en centros, tanto con relación al incremento de la satisfacción sobre la atención recibida como a su implicación y colaboración en el cuidado.
- La aplicación de programas de intervención orientados desde la ACP genera cambios en los profesionales (tanto en actitudes como en sus prácticas y en la organización del trabajo) que favorecen una atención más personalizada. Además logra efectos positivos en los propios trabajadores como una mayor satisfacción en el trabajo o la reducción del estrés laboral y del burnout.
- La relación entre ACP y calidad asistencial no está suficientemente clara, lo que pueda deberse, en gran medida, a la variedad de indicadores que se incluyen en estas baterías y a la cuestionable interpretación de algunos de estos indicadores, tal y como vienen siendo formulados, desde estos nuevos modelos de atención.
- Algunas variables parecen actuar facilitando la implementación de estos modelos de atención. El liderazgo de los responsables, el trabajo en equipo; el clima organizacional y la formación y el apoyo a los profesionales de atención directa han sido señaladas como condiciones generales que favorecen el avance hacia la ACP. Variables organizativas más específicas como la estabilidad de los profesionales en el centro, la asignación permanente de los y las gerocultoras con las personas usuarias, las características de las unidades de convivencia y las metodologías facilitadoras de la atención personalizada, también citadas en la literatura consultada como facilitadores de la ACP requieren, no obstante, una mayor investigación.

Son resultados –resume la autora– que apuntan hacia la conclusión de que la ACP consigue efectos positivos en el cuidado y en quienes intervienen en este proceso, pero que, a la vez, muestran la necesidad de contar con evidencias más sólidas así como la de mejorar la calidad metodológica de los trabajos.

No todas las revisiones realizadas obtienen sin embargo resultados tan prometedores. Una reciente revisión de la efectividad de la planificación centrada en la persona para personas con discapacidad (Ratti, 2016) señala por ejemplo que la evidencia respecto a la efectividad de la PCP es limitada y no demuestra que ese enfoque genere transformaciones radicales en la vida de las personas con discapacidad intelectual. Con todo, la revisión realizada por Ratti y sus colaboradores señala que puede hablarse de efectos positivos en lo que se refiere a la participación comunitaria y que puede hablarse de ciertas mejoras en cuanto a calidad de vida, participación en actividades y elección de las actividades de la vida diaria. No se observaron sin embargo efectos reseñables en lo que se refiere a la autodeterminación de las personas usuarias o en el control sobre sus vidas.

## **b) Desinstitucionalización y atención comunitaria**

La desinstitucionalización y la atención comunitaria –en y por la comunidad– constituyen un componente básico del paradigma de la personalización, pero pueden, al mismo tiempo, reconocerse como estrategias o paradigmas diferenciados de la idea de la personalización. Según el Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley de Dependencia y la Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>7</sup>, la desinstitucionalización se refiere al “proceso de cambio social, político y cultural que prevé el tránsito del cuidado en entornos de aislamiento y segregación, identificados genéricamente como instituciones hacia modalidades de prestación de apoyo y cuidado acordes con el enfoque de derechos humanos, que se centren en la persona, respeten sus elecciones, voluntad y preferencias y promuevan la participación social y la inclusión en la comunidad”.

De acuerdo con la European Social Network, la desinstitucionalización o transición hacia la atención basada en la comunidad implica un cambio en el tipo de atención que se presta a las personas vulnerables. Las personas usuarias deben ser valoradas y consultadas, y deben ser atendidas en un espacio alternativo a los grandes equipamientos de tipo institucional, que se adapte a sus necesidades y preferencias, y en el que puedan recibir los apoyos necesarios. No se trata de una serie de cambios puntuales, sino de un proceso que no concluye nunca: no se trata de sacar a la gente de unos edificios llamados instituciones, sino de ayudar a las personas a tener, o a recuperar, el control sobre sus vidas y a sentirse incluidos e incluidas en la sociedad a la que pertenecen.

Según la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030), recientemente aprobada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, la desinstitucionalización implica “transformar el sistema de apoyos y cuidados para que todas las personas, especialmente aquellas que tienen más necesidades de apoyo y cuidados y/o una situación de mayor complejidad, puedan desarrollar sus proyectos de vida elegidos en la comunidad, en igualdad de condiciones que las demás personas y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”.

La Estrategia asume la definición de “institución” y de “asistencia institucional” que aportan las “Directrices comunes europeas sobre la transición de la asistencia institucional a la atención de base comunitaria”, que la definen como aquella en la que se dan algunas de estas situaciones o todas de forma simultánea:

- Las personas viven aisladas de la comunidad y se ven obligadas a vivir segregadas.
- Las personas no tienen control sobre sus vidas y sus decisiones cotidianas.
- Primacía de los requisitos organizativos de la institución sobre las necesidades y preferencias de las personas.

Frente a estos modelos, señala la Estrategia, la desinstitucionalización es un proceso de cambio social, político y cultural que prevé el tránsito del cuidado en entornos de aislamiento y segregación, identificados genéricamente como instituciones hacia, tal y como ha expresado el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, modalidades de prestación de apoyo y cuidado acordes con el enfoque de derechos humanos, que se centren en la persona, respeten sus elecciones, voluntad y preferencias y promuevan la participación social y la inclusión en la comunidad. Comprende, por tanto, la prevención de la institucionalización y la transformación de los contextos, centros y servicios, para asegurar su organización y funcionamiento de acuerdo a un enfoque de derechos, abandonando todos los elementos que componen la cultura institucional asistencialista. Implica también facilitar que las personas puedan salir de las instituciones para pasar a vivir en la comunidad, de acuerdo con su proyecto de vida elegido. En definitiva, la desinstitucionalización es un proceso que se vincula de manera intrínseca con la vida independiente y la inclusión en la comunidad como objetivos.

<sup>7</sup> Anteproyecto de Ley por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española.



Así pues, puede decirse que el objetivo de la desinstitucionalización –tanto en el ámbito de la discapacidad como en relación al resto de las personas atendidas por los servicios sociales– es permitir a las personas atendidas utilizar la misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas que elija cada persona. La atención comunitaria significa:

- Usar un alojamiento situado entre los del resto de la población, que sea adecuado, apropiado y accesible para la persona.
- Usar la gama de opciones de alojamiento normalmente disponible para la población en general.
- Permitir que las personas, en la mayor medida de lo posible, elijan dónde, con quién y cómo van a vivir.
- Prestar toda la ayuda requerida para que las personas participen con éxito en la comunidad.

La desinstitucionalización, en cualquier caso, no se plantea de la misma forma en el caso de todas las personas y necesidades. El objetivo de la desinstitucionalización puede alcanzarse:

- Ofreciendo servicios de apoyo y acompañamiento en viviendas ordinarias e individuales, facilitadas, si las personas atendidas carecen de una vivienda adecuada, por el Sistema Público de Vivienda.
- Fomentando el desarrollo de alternativas residenciales ligeras, a medio camino entre el domicilio y el centro residencial convencional<sup>8</sup>. Las viviendas comunitarias, los apartamentos tutelados, los pisos de acogida, los centros de emancipación y el resto de las modalidades vivienda con apoyo (y de apoyo en la vivienda) deben ser impulsadas, estableciendo límites máximos al tamaño de los centros y fomentando el recurso a residencias de pequeño tamaño, insertas en el tejido urbano ordinario. La normativa que regula los centros residenciales para personas menores de edad contempla, desde hace años, tamaños máximos de hasta 24 plazas en el caso de los centros residenciales para menores en situación de desprotección.
- Fomentando la articulación de los centros residenciales de mayor tamaño mediante unidades de convivencia, que permitan modular los espacios de vida en el interior de las residencias<sup>9</sup>. La efectividad y las características de las unidades de convivencia son bien conocidas (Díaz-Veiga, et al., 2014): suelen estar conformados por un espacio común, que incluye cocina, comedor y sala de estar y en muchos casos se dispone también de una pequeña área exterior, terraza o jardín. Además, cada residente dispone de una habitación propia con baño, que viene a constituir su espacio privativo, su casa. En algunos casos este espacio cuenta con un lugar diferenciado para estar, otro para dormir, y uno pequeño, con un equipamiento básico para calentar comidas sencillas, hacer una infusión, etc. Son espacios y equipamientos que facilitan una relación de calidad con las familias o amistades de las personas que viven allí.

Otra de las dimensiones organizativas que se relacionan de forma prioritaria con la personalización y la desinstitucionalización se refiere al uso de recursos comunitarios, ordinarios y no segregados, para la prestación de los servicios y la realización de las actividades. Si bien no cabe duda de que en algunas ocasiones, o frente a algunas necesidades, el acceso a recursos segregados o especializados puede ser la mejor forma de dar respuesta a las necesidades de las personas, el acceso a los recursos comunitarios ordinarios debe plantearse como un elemento básico de la personalización. En la práctica, el derecho a vivir en la comunidad pasa por la disponibilidad de una serie de servicios de base comunitaria que brinden a las personas el apoyo que necesiten y les permitan participar en la vida cotidiana (Sección General de Empleo, 2011).

8 Como señala Díaz-Veiga (2020), “la ACP coloca en el centro no solo las preferencias del usuario sino también a los profesionales como aseguradores del desarrollo del proyecto de vida de esas personas, estén donde estén y tengan las necesidades que tengan. Por tanto, para llevarlo a cabo, hay que pensar más en viviendas que en el concepto de plazas de residencias. Es más fácil hacer que una persona tenga una vida con sentido en un espacio que reconoce como propio y que, a su vez, sea más seguro, confortable y estimulante”.

9 Se trata de reconvertir los centros en espacios hogareños, en los que convive un número determinado de personas dependiendo de las posibilidades del lugar, combinando espacios privados con otros comunes como el salón, la sala de estar y el comedor, con un equipamiento doméstico similar al de una casa. De manera que este grupo de personas, junto con los auxiliares que les acompaña en su vida cotidiana, va desarrollando su proyecto de convivencia y de vida (Díaz-Veiga, 2020).

Como explica Mansell (2011), el uso del término ‘comunidad’ refleja la importancia que se atribuye a la aceptación y la ayuda por parte de vecinos, amigos, comerciantes o colegas que sostienen a la persona discapacitada mediante relaciones de apoyo que no estén basadas solamente en relaciones mercantiles. Los servicios comunitarios están destinados a apoyar, que no a sustituir, a tales fuentes de ayuda. Sin embargo, reconociendo la dificultad con que tropiezan la mayoría de las comunidades a la hora de sostener a las personas con discapacidades intelectuales (en especial, a las afectadas de discapacidades severas o complejas), y la discriminación y exclusión que se derivan de ello, la atención comunitaria incluye también la prestación de servicios. Esto implica realizar modificaciones en los servicios públicos genéricos (tales como transporte, asistencia sanitaria y educación) para adaptarlos, de forma que las personas afectadas por discapacidades intelectuales reciban un servicio de calidad semejante al que reciben otras personas, y que también presten servicios especializados, como asesoramiento, ayuda práctica y asistencia en actividades de la vida cotidiana.

Al menos en el ámbito de la discapacidad, como recuerda Mansell, la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en mayo de 2008, obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la atención institucional. Al abordar esta tarea, los responsables del diseño de las políticas han de tener presente las pruebas que aporta la investigación, que indican lo siguiente:

- La atención comunitaria ofrece la perspectiva de un mejor estilo de vida y una mejor calidad de vida que la atención institucional para las personas con discapacidad intelectual.
- Esto es aplicable a las instituciones tanto antiguas como nuevas, sea cual fuere su denominación.
- La atención comunitaria no es más costosa que la institucional, una vez que la comparación se hace sobre la base de necesidades comparables y de una calidad de la atención comparable.
- El éxito de la atención comunitaria requiere prestar una especial atención a la forma en que se crean y gestionan los servicios, especialmente a la calidad del apoyo que presta el personal.

Al margen de la cuestión del tipo de alojamiento o servicio residencial que se ofrece a las personas con necesidades de atención residencial, la apuesta por la atención comunitaria implica además:

- Favorecer los modelos de inserción laboral, de ocio y tiempo libre en los equipamientos comunitarios ordinarios, y no en recursos especializados o segregados, siempre que ello sea posible.
- Fomentar alianzas entre los servicios y programas de atención y los recursos comunitarios que existen en cada territorio, en el ámbito de la cultura, el deporte o el ocio.
- Promover las actividades intergeneracionales y la mezcla de usos de las instalaciones en las que se ubican los servicios de atención.
- Impulsar el recurso a la auto-ayuda mutua, el apoyo por pares, los programas de mentoría y los de acogimiento familiar, tanto en el ámbito de la infancia como en otros ámbitos.

### **c) Nuevas arquitecturas de cuidado**

Una parte importante de las medidas relacionadas con la personalización, la desinstitucionalización y la atención comunitaria se relaciona con la remodelación de los espacios y los ambientes, las arquitecturas, en las que se prestan los cuidados. Cabe en ese sentido hablar de “nuevas arquitecturas de cuidado”, que permiten avanzar hacia la personalización y hacia la desinstitucionalización. Desde ambas perspectivas, el diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros de atención –especialmente de aquellos que ofrecen servicios de alojamiento y constituyen, por tanto, el lugar donde viven las personas– es esencial:

- Por una parte, desde el punto de vista arquitectónico y ambiental: la configuración física de los centros es determinante para la personalización de la atención.

- Por otra parte, desde el punto de vista del tipo de alojamientos disponibles, en términos de tamaño, pero, sobre todo, de su naturaleza y ubicación: la personalización implica que la gama de apoyos residenciales y de alojamiento que se ofrecen a las personas atendidas desde los Servicios Sociales deben ser, en la medida de lo posible, ordinarias, normalizadas e independientes.

El impacto del diseño físico de los centros en la calidad de vida de las personas atendidas ha sido particularmente analizado en el caso de las personas mayores y, particularmente de las personas con demencia. Y puede decirse que existe una creciente evidencia científica con relación al impacto del entorno físico en la calidad de vida de las personas mayores que viven en un centro residencial.

Las revisiones de la literatura realizadas en relación al impacto del entorno físico en la calidad de vida de las personas mayores –y, más concretamente, de las personas residencializadas– arrojan resultados concluyentes: la forma en la que se articula el espacio interno y externo de los centros residenciales, junto a la relación de estos con el entorno, juega un papel esencial en numerosos aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas mayores residencializadas, así como en las condiciones de trabajo de los profesionales y la satisfacción de las personas cuidadoras. Desde ese punto de vista, el entorno físico es un componente integral de la atención basada en la persona que se presta en los centros residenciales y su diseño arquitectónico resulta crucial para promover la salud, el bienestar y la personalización de la atención de la población residente<sup>10</sup>.

A partir de esas evidencias, el diseño de entornos terapéuticos se incluye cada vez en mayor medida dentro de los enfoques no farmacológicos para minimizar el efecto que produce el deterioro físico y cognitivo asociado a la edad en las capacidades de las personas: un entorno diseñado específicamente para personas con demencia puede fortalecer y estimular la utilización de las capacidades que se mantienen, ralentizar su pérdida, e ir supliendo aquellas que se van perdiendo. Un entorno pensado, diseñado y ejecutado adecuadamente para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas que lo habitan y/o utilizan puede llegar a ser una herramienta muy útil para aminorar los síntomas asociados a las demencias como la deambulación, desorientación, agitación, retraimiento social y otros.

A partir de la bibliografía existente, de las experiencias acumuladas y de las características del proceso de envejecimiento, se puede considerar que existen cuatro niveles básicos de actuación para garantizar las necesidades de las personas mayores desde el punto de vista del diseño arquitectónico y de ambientes:

- **Accesibilidad.** La accesibilidad universal es un requisito indispensable en un entorno diseñado para dar respuesta a las necesidades de las personas, más aún en los entornos pensados para las personas con cualquier tipo de necesidad especial. A la hora de diseñar y planificar los entornos físicos en los que han de residir las personas mayores o con discapacidad u otras con otras situaciones se debe prestar atención a diferentes dimensiones asociadas a la accesibilidad, como la movilidad, la comunicación, la comprensión o el uso. Estas cuatro dimensiones de la accesibilidad están irremediabilmente relacionadas y son complementarias unas de otras.
- **Seguridad, bienestar y confort.** Los centros de servicios residenciales deben garantizar, entre otros derechos, la seguridad de las personas que residen en ellos. Especialmente en el caso de las personas mayores, los principales riesgos en cuanto a seguridad derivan de los problemas de movilidad y de los problemas conductuales asociados a ciertos síntomas cognitivos. Por ello, las acciones para garantizar la seguridad irán encaminadas a la supresión de elementos u obstáculos susceptibles de ser golpeados, añadir elementos o apoyos que faciliten la movilidad y aumenten la sensación de seguridad, eliminar brillos, destellos, colores estridentes, a propiciar recorridos adecuados para la deambulación y a controlar el riesgo de fuga asociada a la demencia, por ejemplo.

<sup>10</sup> La más reciente y exhaustiva revisión de la literatura publicada en los últimos años en relación a esta cuestión (Joseph, 2016) indica con claridad que la mejora del entorno físico en el que viven las personas se considera, cada vez más, como uno de los factores clave en la mejora de la calidad de vida de las personas. En las tres últimas décadas, la literatura especializada ha demostrado la relación existente entre el diseño de espacios poco acogedores y agradables y el incremento de ciertos síntomas en los pacientes con demencia, como son la desorientación espacial, la ansiedad, la agitación y el retraimiento o aislamiento social. Por el contrario, el cuidado del entorno y el diseño de espacios físicos acogedores ha demostrado ser un factor positivo para la evolución de estos pacientes, dando lugar a una reducción de los síntomas de ansiedad y agitación, potenciando un incremento de las relaciones sociales de estos pacientes y generando una mayor autonomía de los mismos para realizar las actividades de la vida diaria.

- Junto a los aspectos relativos a la seguridad, la búsqueda del máximo grado de bienestar y confort se configura como un elemento clave en lo que se refiere al diseño arquitectónico de los centros residenciales desde la óptica de la calidad de vida de las personas usuarias, su estimulación sensorial, etc. Los aspectos básicos sobre los que, de acuerdo a la literatura científica consultada, se suele intervenir en relación a estos elementos son los relacionados con la iluminación, la temperatura y el ruido; el mobiliario, los accesorios y el equipamiento; y la disponibilidad de zonas exteriores ajardinadas y/o al aire libre.
- Sensación hogareña o escala humana. El ambiente doméstico u hogareño –el sentirse como en casa– y la escala humana de los entornos residenciales son, probablemente, los elementos que en mayor medida se relacionan con la calidad de vida de los entornos residenciales, y con su personalización. Es también uno de los elementos, de todos los relacionados con la definición y el diseño de los centros residenciales, que ha recibido en los últimos años una mayor atención en la literatura científica.

La literatura académica (Rijnaard, 2016) pone de manifiesto que el hecho de sentirse como en casa se relaciona con una serie de aspectos concretos, que se pueden dividir en tres grandes categorías: los factores psicológicos (autonomía, control, reconocimiento, preservación de los hábitos y valores propios), los factores sociales (interacción y relación con el personal, las amistades, la familia y las mascotas), y los factores relacionados con el entorno construido (el espacio privado, el público y el semipúblico, las pertenencias personales, el uso de la tecnología, los elementos estéticos, la ubicación del centro y sus alrededores...). Más concretamente, el ambiente hogareño se relaciona con elementos tales como:

- la definición de los espacios privados, con particular atención al diseño y las características de las habitaciones y de los baños;
- los espacios semipúblicos, que pueden, en función de su diseño contribuir a la generación de espacios hogareños o, por el contrario, a la creación de espacios masificados y despersonalizados, con espacios comunes que se asemejan a salas de espera, en lugar de a salas de estar;
- la posibilidad de disponer y utilizar las pertenencias personales para decorar y amueblar los espacios individuales (lo que se relaciona estrechamente con la personalización);
- la apariencia estética de las instalaciones (arquitectura, diseño interior, limpieza, mantenimiento, color, iluminación, etc.); y
- la ubicación del centro y las características de las zonas circundantes.

Estos elementos provocan mejoras demostrables en la calidad de vida de las personas residentes. De acuerdo a las revisiones realizadas (Chaudhury, 2016), los entornos residenciales que evocan espacios y ambientes hogareños o domésticos (por ejemplo, amplios ventanales, más espacio para muebles y objetos personales en las habitaciones de los pacientes, decoración de los pasillos y zonas comunes, etc.) se asocian con una mejora en el estado emocional y el rendimiento intelectual de las personas usuarias, así como una mayor interacción social, autonomía y participación comunitaria de las mismas. Además, generan una disminución de los comportamientos agitados y las conductas agresivas, físicas y verbales.

- Individualización de los espacios. Con la accesibilidad, la seguridad y el ambiente hogareño, la individualización de los espacios es el cuarto de los niveles básicos de intervención que se plantea en la literatura consultada desde el punto de vista del diseño arquitectónico y ambiental de los centros residenciales. En ese ámbito, es posible identificar cuatro grandes elementos que definen el potencial de personalización de los centros residenciales desde el punto de vista ambiental y arquitectónico: el tamaño o escala humana del centro; la disponibilidad de habitaciones y baños individuales; la posibilidad de decorar y amueblar las habitaciones, y el resto de las instalaciones, con objetos y muebles propios; y la disponibilidad de espacios diversos, en los que desarrollar actividades y mediante los cuales crear un gradiente de usos entre lo público y lo privado.

#### **d) La atención centrada en las relaciones<sup>11</sup>**

Puede decirse que el enfoque de la Atención Centrada en las Relaciones es un cambio de óptica, y una ampliación del foco, con respecto al paradigma de la personalización de la atención, conceptualizado en el paradigma de la Atención Centrada en la Persona. En el marco de este nuevo enfoque, se sostiene que, para garantizar una buena calidad de la atención a la persona usuaria –considerada ésta en su integralidad y en su unicidad–, es indispensable crear un contexto positivo de atención, determinado por la convergencia de tres condiciones básicas:

- La primera es que debe darse protagonismo al elemento relacional como vector «terapéutico», de humanización de la atención, basado en el reconocimiento mutuo y empático de la condición humana y de la unicidad de quienes intervienen en ella. Esto es aplicable a los distintos tipos de relación, es decir, a las relaciones entre dos partes diferenciadas de la intervención (entre personas usuarias y profesionales o entre familiares y profesionales), a las que se establecen entre personas dentro de un mismo grupo (relaciones entre profesionales o relaciones entre personas usuarias) y a las relaciones en las que intervienen las tres partes (personas usuarias, familiares y profesionales).
- La segunda se refiere a la necesidad de tener en cuenta los derechos, necesidades, intereses y valores de todas las personas que intervienen en la atención: sin duda, los de las personas usuarias que, por su mayor vulnerabilidad, deben ser objeto de especial consideración, pero también los de sus familiares o personas allegadas, y los de las personas profesionales, cualquiera que sea su función, todo ello dentro del marco organizativo de un servicio que, por ser una estructura compleja, también presenta intereses propios relacionados con su filosofía de atención y con su viabilidad y eficiencia.
- La tercera condición es reconocer y valorar que, en ese marco relacional, todas las personas son «expertas» en la atención: no sólo lo son las personas profesionales, como sostienen las visiones convencionales de la atención, sino que también las personas usuarias y sus familiares cuentan con conocimientos y experiencias adquiridas desde su posición de receptoras y prestadoras de cuidados, que constituyen una verdadera «competencia» desde la que poder hacer aportaciones valiosas y coparticipar en el diseño y en la práctica de la atención

El Paradigma de la Atención Centrada en las Relaciones propone la creación de contextos positivos, enriquecedores y generadores de mejoras, como resultado directo del protagonismo otorgado a la dimensión relacional. Estos contextos responden a las siguientes características:

- Adoptan una visión humanista de la atención, que se fundamenta en la dignificación de las relaciones de apoyo y cuidado, y se construye sobre el reconocimiento mutuo de la condición humana de quienes intervienen en la relación de cuidado, así como en la valoración de su cualidad de seres humanos únicos, con una historia de vida, una personalidad, unos valores, unas creencias, lo que significa, por decirlo simplemente, que hay que tratar de ver a la persona que se «esconde» detrás del rol que cada quién tiene asignado en el servicio: el de persona usuaria, de profesional o de familiar.
- Tienen presentes las necesidades, intereses, preferencias y valores de todas las personas que intervienen en la atención: usuarias, profesionales y familiares. Sólo así pueden generarse los vínculos relacionales genuinos indispensables para alcanzar la humanización de la atención; sólo ese equilibrio en la ecuación asistencial puede actuar como palanca de cambio de la cultura, porque una relación entre iguales es una fuente significativa de mejora para todas las partes, con un impacto positivo en la calidad de vida de la persona atendida y en el grado de satisfacción de las personas que le atienden, tanto familiares como profesionales.
- Se articulan en torno a relaciones auténticas, recíprocas, empáticas y compasivas.

<sup>11</sup> El contenido de este apartado está extraído del "Manual sobre atención centrada en las relaciones. Aproximación teórica y diseño de un modelo de atención GIZAREA", elaborado por el SIIS e impulsado por la Diputación Foral de Araba.



- Reconocen que todas las personas que intervienen son «expertas» en la relación de cuidado, cada una desde su posición de usuaria, familiar o profesional, y pueden contribuir a enriquecer el contexto de atención.
- Promueven y valoran, de manera efectiva, la implicación directa, activa y significativa en la planificación y en la toma de decisiones de todas las personas intervinientes.
- Capacitan al personal, integrando la dimensión relacional y las habilidades relacionales en su formación inicial y continua.

Para generar esos contextos, la Atención Centrada en las Relaciones se construye en torno a una serie de principios específicos muy estrechamente vinculados entre sí:

- Las relaciones deben integrar la dimensión humana.
- El afecto y las emociones son componentes esenciales de la relación de cuidado.
- Las relaciones ocurren en un contexto de reciprocidad e interdependencia.
- Todas las personas que intervienen son «expertas» en la relación de cuidado.
- Las actividades cotidianas y los tiempos ordinarios son oportunidades para establecer, mantener y reforzar las relaciones.

Estos cinco principios son los que pueden considerarse como específicos de la Atención Centrada en las Relaciones, los que la diferencian de otros enfoques. Además, también adhiere a otra serie de principios, comunes a otras formas de pensar la atención: la continuidad de la atención es uno de ellos, pero pueden citarse también, entre otros, los principios de interdisciplinariedad, de no discriminación desde la igualdad en la diversidad, de tratamiento confidencial de la información, o de mejora continua.

Según la literatura especializada, en los contextos en los que este enfoque se ha aplicado de manera consistente y sostenida en el tiempo, se han obtenido resultados claramente indicativos de su eficacia:

- Mejora el clima asistencial, gracias a una red de relaciones de interdependencia y apoyo mutuo que favorece el bienestar de cada persona y genera una sensación de pertenencia a una comunidad de cuidados.
- Mejora el grado de personalización de la atención, puesto que el vínculo relacional refuerza el conocimiento que las personas tienen las unas de las otras, no sólo en los aspectos directamente vinculados a la atención, sino en su integralidad, en su identidad.
- Mejoran los resultados de las intervenciones, con el consecuente impacto positivo en la calidad de vida de la persona usuaria y de su familiar.
- Aumenta el grado de satisfacción de las personas profesionales con su trabajo, lo que favorece que puedan conectar o volver a conectar con la esencia y la naturaleza compasiva de la función de «cuidar» y con las razones que, en primera instancia, las llevaron al ejercicio de su profesión.
- Favorece la cohesión entre profesionales, mediante el reforzamiento del trabajo en equipo, la creación de espacios de supervisión y apoyo y de mecanismos de toma compartida de decisiones.
- Favorece un espíritu de iniciativa y una mayor disposición al cambio, resultado de un cuestionamiento permanente de las formas de hacer y de una actitud de escucha que permite reconocer y valorar las aportaciones realizadas por las distintas partes que intervienen, cada una desde su conocimiento y su experiencia.
- Mejora el ánimo tanto del personal, como de las personas usuarias y familiares.

### **e) Atención integrada y gestión intensiva de casos**

La atención integrada puede definirse como “un conjunto coherente de métodos y modelos a nivel de financiación, organización, prestación de servicios y niveles clínicos, diseñados para crear la conectividad, la alineación y la colaboración en y entre los diferentes sectores de un sistema o más sistemas a fin de mejorar la atención y el cuidado de las personas. El objetivo de estos métodos o modelos es mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida, incrementar la satisfacción de la persona atendida y la eficiencia del sistema para aquellas personas con necesidades complejas, especialmente de larga duración, a través de múltiples servicios, proveedores y escenarios” (Santaeugenia, 2021). Se ha dicho también que el propósito fundamental de la atención integrada es el de abordar la fragmentación de los servicios de atención y ofrecer cuidados más continuos y coordinados para las personas que padecen enfermedades crónicas o dependencia (Herrera, 2015).

Así pues, puede decirse que la atención integrada no es un fin en sí misma (no tiene sentido si sólo se plantea como un medio de racionalización de recursos), sino un sistema facilitador de la atención centrada en la persona, donde los profesionales velan para alcanzar los resultados percibidos como valiosos por la propia persona y sus necesidades. Por tanto, la atención integrada no tiene por qué ser sinónimo de fusión de los diferentes sistemas u organizaciones. Más allá de los procesos de integración organizativa, la literatura avala la creación de entornos o ecosistemas de prácticas colaborativas entre las diferentes partes.

En el ámbito internacional, las evaluaciones realizadas apuntan a que estos modelos de integración se relacionan con una mayor accesibilidad a los servicios, una mejor valoración de la calidad de la atención y una mayor satisfacción de los pacientes. No se han encontrado sin embargo efectos en otros aspectos como, por ejemplo, la reducción de costes (Baxter, 2018).

A la hora de clasificar las iniciativas relacionadas con la integración de servicios, cabe distinguir diversos niveles de integración, en función de si se establecen a nivel micro, meso o macro, y en función de si generan procesos de integración clínica, profesional, organizativa, sistémica, funcional o normativa. La integración de servicios en el nivel micro –lo que se ha venido a llamar integración clínica– se refieren a las fórmulas para la coordinación de la atención desde una perspectiva individual o de caso. Las características que definen estos modelos micro de atención integrada son:

- La centralidad de las necesidades de la persona usuaria;
- La gestión individualizada de casos;
- La educación de las personas usuarias;
- La satisfacción de las personas usuarias;
- La continuidad;
- La interacción entre los profesionales y las personas usuarias;
- Los planes individuales multidisciplinares;
- La provisión de información a las personas usuarias;
- La diversidad de los servicios ofrecidos;
- La participación de las personas usuarias.

En ese marco, los ejes de la atención integrada son básicamente cinco (Buesa, 2022):

- Integralidad: establecer un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, donde los servicios deben estar organizados, concebidos y prestados de una forma integrada que refleje las necesidades multidimensionales, las capacidades y las preferencias de las personas.

- Continuidad: organizar los servicios de manera que se asegure la continuidad de la atención mientras dure la necesidad y, particularmente, cuando responda a necesidades evolutivas y de larga duración.
- Globalidad. Atención integral a las necesidades y aspiraciones sociales, con especial consideración de los aspectos de prevención, atención, promoción e inserción.
- Coherencia. Relación lógica entre los distintos procesos del programa de intervención, de modo que no se produzca contradicción ni oposición entre ellas.
- Coordinación. Combinar medios técnicos y personas y dirigir sus trabajos para llevar a cabo una acción común.

A partir de estos ejes, los objetivos de estos programas de atención integrada son:

- Aportar valor a la atención de las personas. Mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida. Mejorar la experiencia de Atención de las personas y sus familias y su satisfacción.
- Articular una respuesta conjunta, efectiva y eficiente, entre varios sistemas. Mejorar la eficiencia de los sistemas, a través de múltiples servicios, proveedores y escenarios, y garantizar su sostenibilidad.
- Mejorar la experiencia de las y los profesionales en la prestación de la atención.

La integración, por otra parte, permite trascender los modelos basados en la sectorización y, también, los que están meramente orientados a la cooperación intersectorial.

En todo caso, es importante distinguir dos enfoques o aproximaciones, no necesariamente contradictorias, a la atención integrada en el nivel de caso:

- de una parte, los programas basados en la gestión intersectorial de casos entre diversos profesionales referentes;
- de otra, los programas basados en la articulación de paquetes de servicios, lo que requiere integrar una oferta de servicios diversos, y dispersos, que se adscriben competencialmente a distintos ámbitos (lo público, lo privado, lo comunitario) y administraciones. En estos casos, el gestor de casos o profesional referente puede estar ubicado en uno de los sistemas implicados.

La principal característica de estos modelos es por tanto que permiten compactar o integrar en un paquete conjunto una gama amplia de servicios y apoyos, desde la perspectiva individual y no desde la perspectiva de la integración organizativa o sistémica. El énfasis no se pone, por tanto, prioritariamente, en la coordinación entre profesionales o en la integración de sistemas y organizaciones, sino, fundamentalmente, en la articulación de paquetes de cuidados y apoyos flexibles, diversos y de suficiente intensidad. Se trata en general de intervenciones basadas en modelos de gestión intensiva de casos que permiten articular de forma eficaz los diferentes servicios que precisan las personas dependientes en sus domicilios: servicios de asistencia domiciliaria propiamente dichos, ayudas técnicas, servicios sanitarios y/o de enfermería a domicilio, apoyo a las personas cuidadoras, prestaciones económicas, apoyos comunitarios, etc.

Estos proyectos buscan, en suma, avanzar hacia la construcción de un modelo de atención domiciliaria integrada y centrada en las personas, a partir de la coordinación de todos aquellos servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de estas personas y su entorno familiar, garantizando (Matia Instituto, 2020):

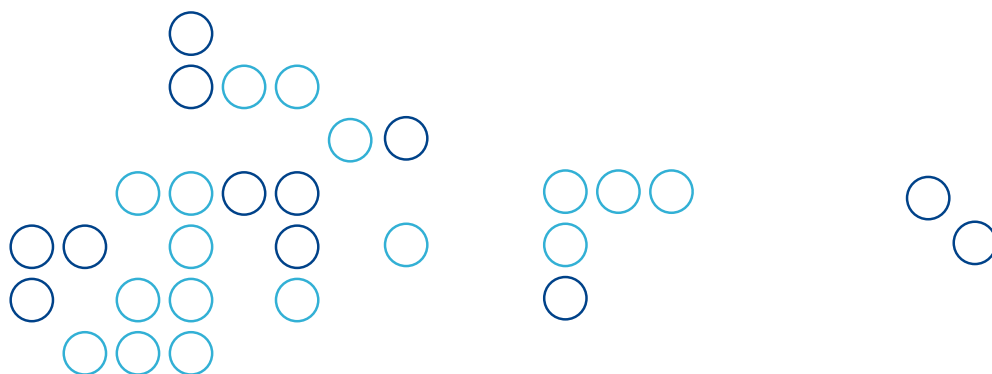
- El cumplimiento de sus deseos y preferencias de vivir en su domicilio en condiciones de dignidad el mayor tiempo posible.
- La promoción de la autonomía y la calidad de vida en la vejez, en el marco del desarrollo de un modelo de atención integral y centrada en las personas en el que se garantice flexibilidad y adaptación ágil de respuestas a necesidades.

- La integración de esfuerzos a través de la figura de la gestora del caso, para que estas personas permanezcan incorporadas a la vida social y comunitaria, como fuente de realización y bienestar para ellas y su entorno cercano.

Se ha dicho que estos programas se caracterizan por cuatro elementos: atención personalizada, profesional referente, enfoque preventivo e intervención interdisciplinar (Buesa, 2022). Desde una óptica parecida, puede decirse que los elementos comunes que caracterizan estos programas de atención sociosanitaria integrada son, al menos, cinco:

- Su desarrollo en el nivel micro, a escala individual, sin que necesariamente se deban producir paralelamente procesos de integración profesional, organizativa, sistémica, funcional o normativa.
- La integración de un catálogo amplio, flexible y diverso de servicios y apoyos, prestados desde diferentes ámbitos –servicios sociales, servicios sanitarios, recursos comunitarios...– en función de las necesidades específicas de cada persona, con el objetivo de hacer posible un apoyo de suficiente intensidad a las personas con dependencia que residen en su domicilio, con una perspectiva integral y desde la óptica de la atención centrada en la persona. En esa línea, estos programas requieren la existencia de una cartera amplia y diversa de servicios, compatibles entre sí, que puedan adaptarse de forma flexible y ágil a las necesidades y prioridades de cada persona.
- El protagonismo de la persona (y de su entorno) a la hora de definir los cuidados y apoyos que precisa, y el desarrollo de metodologías para la planificación individualizada de los planes de apoyo, desde la perspectiva de la atención centrada en la persona.
- El recurso a la figura del gestor/a de casos, con ratios de atención relativamente reducidos, lo que permite, por una parte, una relación de cercanía con la persona atendida y su familia y, por otra, la disponibilidad del tiempo suficiente para la articulación y coordinación del conjunto de los recursos.
- La dimensión comunitaria y territorial de los proyectos, en la medida que los apoyos que el o la gestor/a de casos puede movilizar en el marco del plan individual deben articularse a partir de los recursos comunitarios disponibles en el Territorio.

Dada su diversidad, es difícil encontrar evaluaciones generales de este tipo de enfoques, más allá de las evaluaciones realizadas con relación a experiencias concretas. En todo caso, las revisiones de la literatura que se han realizado con relación a la gestión intensiva de casos orientada a las personas con demencia que residen en sus domicilios plantean resultados moderadamente prometedores. En esa línea, se puede afirmar que este tipo de programas pueden contribuir a retrasar la institucionalización de las personas con demencia, aunque la evidencia disponible al respecto no es suficientemente robusta. Las revisiones realizadas también ponen de manifiesto que estos programas mejoran los trastornos de comportamiento de las personas afectadas y la carga de las personas cuidadoras, que incrementan el uso de servicios comunitarios y que reducen el gasto en servicios hospitalarios. No parece por el contrario existir evidencia suficiente respecto a mejoras –en comparación con los modelos habituales de tratamiento– en cuanto la depresión o las capacidades funcionales o cognitivas de las personas usuarias (Reilly, 2015).



### [0.3.3]

#### Experiencias y buenas prácticas

En este apartado se resumen algunas experiencias concretas mediante las que se aplican los enfoques, tendencias o paradigmas señalados en las páginas anteriores.

##### **a) Territorialización, autogestión y profesionalización de los servicios de cuidado: las super manzanas sociales de Barcelona<sup>12</sup>**

Una de las experiencias de innovación más extendida y conocida en el ámbito de los cuidados a domicilio es la experiencia holandesa de la empresa Buurtzorg, que desde sus inicios en 2006 se ha extendido en más de 25 países (buurtzorg.com). Este modelo incorpora elementos relacionados con la desinstitucionalización y la atención comunitaria. También incorpora elementos relacionados con la territorialización de los cuidados –en el sentido de trabajar a partir de los ecosistemas de cuidados que existen a nivel local– y la profesionalización de la atención, dando mayor capacidad de decisión y autogestión a los y las profesionales.

El modelo Buurtzorg está basado en la idea de la enfermería comunitaria y se basa en la creación de equipos muy reducidos de trabajadores o trabajadoras comunitarias que atienden de forma autogestionada a las personas con fragilidad o dependencia de territorios muy reducidos, lo que implica un nivel de personalización y proximidad muy elevado. Cada equipo, formado por una docena de trabajadores o trabajadoras autogestionados, atiende a entre cuarenta y cincuenta personas usuarias, residentes en ámbitos territoriales no superiores a los 10.000 habitantes. Los resultados de las evaluaciones realizadas parecen confirmar el éxito del modelo, tanto desde el punto de vista de las personas profesionales como de las personas usuarias (Drennan, et al, 2018).

Frente al SAD tradicional, el modelo Buurtzorg está más orientado a la enfermería comunitaria, pero se relaciona con el SAD en el sentido en que ofrece un modelo de atención a domicilio caracterizado por la cercanía territorial, el aprovechamiento de los recursos comunitarios y la autogestión de los y las profesionales<sup>13</sup>. De acuerdo con sus responsables, la aplicación del modelo trae consigo una mejora en la satisfacción y la calidad de vida de las personas usuarias y de las profesionales, una reducción de los costes y del número de horas de atención. Según sus responsables, el éxito del modelo se debe a los siguientes aspectos:

- Atención basada en la persona.
- Dimensión territorial.
- Centralidad de las profesionales de enfermería.
- Activación de los recursos comunitarios.
- Eficiencia en la gestión, autogestión y organización horizontal.
- Utilización de las nuevas tecnologías, mediante el desarrollo de programas de gestión más ágiles, prácticos e intuitivos.
- Estandarización de los procesos.

<sup>12</sup> Este apartado se ha redactado a partir de la "Revisión de experiencias internacionales y estatales de innovación en atención domiciliaria", realizado en 2023 por el SIIS para la Diputación de Barcelona.

<sup>13</sup> Tal y como explican los responsables de la aplicación del modelo en Barcelona (Juan, 2019) "en su modelo de atención y organización las profesionales de atención directa desempeñan un papel central y estratégico; sus márgenes de decisión relativos a la atención a las personas son muy elevados, trabajan en equipo y toman decisiones relativas a la atención pero también a la gestión. La organización se estructura en equipos independientes de máximo doce enfermeras que se responsabilizan de todos los aspectos del cuidado de 50-60 pacientes, su gestión se soporta en sistemas de información que permiten planificar y hacer el seguimiento de los servicios. Los equipos tienen a su disposición *coaches* (asesores de desarrollo) que les ayudan en la resolución de problemas o conflictos, y les capacitan para afrontar solos estas situaciones cuando se repitan. El *backoffice* de esta organización es muy reducido y se ocupa básicamente de aspectos administrativos, encontrándose la toma de decisiones muy distribuida en toda la organización. El objetivo de esta estructura es crear equipos autogestionados de enfermeras que prestan atención médica domiciliaria pero también soporte personal. Se ocupan también de conseguir la sostenibilidad de la comunidad de atención, mantener o recuperar la autonomía de los pacientes, formar a las familias y los pacientes en las autocuras, crear una red de recursos en cada vecindario, y fortalecer la profesión. Buurtzorg ha conseguido que su servicio pivote sobre la calidad de la atención, no sobre el tiempo de atención, sobre las relaciones entre profesionales y pacientes, con la escucha como vector central. Cuando las enfermeras de Buurtzorg acuden a un nuevo domicilio, lo primero que hacen es tomar el té con su paciente, conocerle, a él o ella, de forma singular; sus preocupaciones, sus miedos, pero también sus hobbies, sus relaciones personales, sus motivaciones. Es a través de la escucha que consiguen conocer sus necesidades más íntimas y ayudarles a mantener una vida que les pueda satisfacer".



Las superilles o “supermanzanas sociales” desarrolladas en Barcelona suponen una de las aplicaciones más decididas del modelo Buurtzorg en Cataluña y en el conjunto del Estado español.

De acuerdo con sus responsables (Juan, 2019) “una superisla es un territorio de proximidad, físicamente definido por un conjunto de manzanas del entramado urbano (una superisla del SAD puede aglutinar una superficie del tamaño de entre 3 y 6 manzanas típicas del Distrito del Eixample de Barcelona, aproximadamente). En la superisla la movilidad es fácil, todo está cercano, no existen barreras arquitectónicas en su interior. La superisla tiene una dimensión razonable / abarcable para las personas mayores, que suelen moverse (si pueden) en un radio de 300 metros alrededor de su domicilio. También tienen una dimensión razonable para los equipos de SAD, que pueden trasladarse entre domicilios en desplazamientos cortos (desde cambiar de domicilio dentro de una escalera de vecinos hasta caminar 5 o 10 minutos entre edificios)”.

La superisla es un territorio de proximidad, un vecindario, es la unidad territorial conceptualizada para desarrollar el SAD de proximidad. En cada superisla un equipo presta unas 1.400-1.800 horas /mensuales de servicio, y atiende a entre 60 y 80 personas usuarias. La variable fundamental para definir territorialmente estas superislas son las horas de SAD mensuales que se concentran en el territorio, y es en base a las horas de servicio de esa superisla que se dimensiona el equipo, integrado por profesionales de atención personal y también de ayuda al hogar (suelen ser 1 o 2).

Según sus responsables, “la puesta en práctica de las superislas permite poner en marcha equipos de trabajadores de atención directa de SAD –de entre 10 y 15 profesionales– que sean responsables de la atención de las personas usuarias residentes en una superisla, garantizando su atención personalizada, compatibilizando la atención con jornadas laborales largas o completas y horarios laborales estables, y desarrollando capacidades de trabajo en equipo, de planificación, de seguimiento de personas usuarias, es decir desarrollando una profesión que incorpore más valor, y que permita reducir ciertas cargas intrínsecas al trabajo del cuidado como la soledad y las cargas físicas y emocionales”.

Los cambios más significativos en la atención que se producen en el SAD organizado en superislas son los siguientes:

- El referente del servicio de que disponen las personas usuarias es el equipo, en lugar de un único profesional. Así se reduce la dependencia de un único profesional, y se elimina “la sustitución”. El equipo tiene que garantizar la personalización del servicio, la continuidad, y la proximidad en la atención. Ello supone que las profesionales comparten domicilios, sobre todo los domicilios más complejos o de mayor intensidad de servicio, y se distribuyen cargas de trabajo, físicas pero también emocionales.
- Las jornadas de trabajo de los miembros de los equipos son superiores a las 30 horas semanales, muy por encima de la media del sector. Esto necesariamente comporta reducción de las puntas horarias de los servicios, ya sea redistribuyendo el servicio a lo largo de la semana o del día. El reto de los equipos consiste en reducir las puntas horarias consiguiendo horarios de servicios más estables y compatibles con jornadas laborales más largas, y al mismo tiempo garantizar una atención personalizada. El reto comporta un conocimiento detallado y continuo de las necesidades de las personas usuarias, y capacidades de auto-organización y de comunicación dentro de los equipos.
- Los equipos asumen tareas de replanificación de servicios, de tratamiento de casos por parte del equipo, usan sistemas de información nuevos para ellos, resuelven diariamente incidencias en contacto con los usuarios. Las profesionales asumen nuevas funciones y pueden emprenderlas con éxito porque simultáneamente se genera un proceso de capacitación, asumen más responsabilidad y apoderamiento para ser proactivas. En algunos aspectos, y de forma progresiva, los equipos se autogestionan. El reconocimiento tanto dentro de su organización como por parte de la persona usuaria y de su entorno aparece como consecuencia de su nuevo papel y de la visibilidad que adquieren como grupo en un territorio.

## **b) Programa Rural Care en Castilla y León**

El programa Rural Care, desarrollado en diversas provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, es un proyecto innovador que ofrece a las personas con dependencia, discapacidad o enfer-

medad crónica los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando su proyecto de vida, sus actividades cotidianas, de participación en la comunidad, de cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida. Se trata de una de las materializaciones realizadas en nuestro entorno del modelo de atención integrada previamente señalado.

El modelo RuralCare tiene como finalidad la provisión de cuidados integrados de larga duración, poniendo en el centro de la evaluación y de la planificación de los apoyos a la persona y a su entorno, para prevenir y actuar ante hogares de riesgo de forma proactiva, desde los sistemas de protección públicos, con procesos sociosanitarios integrados, dotando a las personas que vivan en esos hogares de los elementos necesarios para que éstos se consideren como hogares seguros desde la perspectiva de la calidad de vida y puedan permanecer en su domicilio habitual, con independencia de su situación. Sus objetivos son:

- Ofrecer los apoyos sociales, los cuidados sanitarios y las oportunidades de participación en la comunidad necesarios para que las personas puedan permanecer en su domicilio con garantías de seguridad, dignidad y calidad de vida.
- Definir paquetes de servicios flexibles y adecuados a los deseos de cada persona, que tengan capacidad para convertir un HR en HS, con intervenciones y apoyos dirigidos a las personas, sus familias y sus entornos desde la perspectiva de la ética y de los principios de la atención centrada en la persona.
- Investigar la aplicabilidad de la tecnología a los principios de la planificación dirigida por la persona, para favorecer su permanencia en el domicilio según su propio proyecto de vida.
- Impulsar la dinamización territorial, para favorecer entornos rurales facilitadores de la autonomía.

De cara a las personas usuarias, el programa pretende:

- Ofrecer los apoyos sociales, los cuidados sanitarios y las oportunidades de participación en la comunidad necesarios para que las personas puedan permanecer en su domicilio con garantías de seguridad, dignidad y calidad de vida.
- Apoyar al entorno familiar y a otros cuidadores, para el desempeño de sus tareas de cuidado, la conciliación con su vida personal, social y laboral y el autocuidado de su propia salud. Impulsar la dinamización territorial, para favorecer entornos rurales facilitadores de la autonomía de las personas, promover el empleo local, la implicación comunitaria y la cohesión social.

Para ello, el plan se articula mediante un Plan de Apoyos acordado para una vida con sentido, que incluye:

- Un/a profesional coordinador/a de caso, de carácter público.
- Un/a profesional gestor/a de caso, con labores de mediación y de dinamización.
- Un/a profesional de referencia en el hogar y en la comunidad.
- Servicio de asistencia personal en intensidad y cobertura suficientes.
- Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia según cartera de servicios.
- Valoración de la accesibilidad del hogar y, en su caso, adaptación del hogar + ayudas técnicas + teleasistencia básica y avanzada.
- Programa de Apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Programa de participación comunitaria personalizado.
- Formación de los profesionales.

Los principales elementos del proyecto son los siguientes:

- Segmentación de los hogares atendidos en función de su nivel de riesgo, como elemento clave de valoración y planificación de servicios<sup>14</sup>.
- Cambios en los instrumentos técnicos de intervención profesional: Historia de Vida, Proyecto de Vida y Plan de Apoyos al Proyecto de Vida.
- Revisión y reorganización de los roles profesionales.
- Nuevas fórmulas de coordinación entre profesionales.

Junto a estos elementos, el programa se basa en la articulación un catálogo diverso y flexible de servicios:

- Servicios de proximidad y asistencia personal: tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social y, en general para el desarrollo del proyecto de vida, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones.
- Apoyo a las familias y a las personas mayores a través de acciones formativas, grupos de autoayuda, periodos de descanso, etc.
- Centros de Día y Centros Multiservicios, desde los cuales se puedan ofrecer servicios de promoción de la autonomía personal, comedor o catering, lavandería, préstamos de ayudas técnicas, etc.
- Productos tecnológicos de apoyo.
- Servicios sanitarios, incluyendo el seguimiento de enfermería, programado y a demanda y orientación sobre cuidados y pronóstico. Educación para la salud: autocuidado de la persona, información a la familia y a la comunidad.
- Teleasistencia, teleasistencia avanzada y gestión de voluntariado.
- Dinamización del territorio, fomento de la actividad y redes sociales de apoyo.

Uno de los elementos fundamentales del proyecto, además de la gestión intensiva de casos, se refiere a la complementariedad y compatibilidad de diferentes servicios y prestaciones del catálogo de servicios sociales.

Las evaluaciones del programa apuntan a que, tanto por el número de horas de atención necesarias (42 h/mes, por término medio), como por los bajos costes reportados por las adaptaciones del hogar necesarias, las ayudas técnicas y los servicios profesionales, con unos costes medios de 470 €/mes de financiación pública, se configura como un modelo desinstitucionalizador, eficiente, sostenible y de calidad, respetuoso con el territorio, generador de empleo y adaptado a la realidad del medio rural. En lo que se refiere a la generación de empleo en el territorio, se estima una ratio de intervención, por cada 100 personas atendidas, de 60 jornadas completas de profesionales de la asistencia personal, cuatro profesionales con formación universitaria para la gestión de caso, y 12 profesionales con discapacidad en tareas complementarias dentro del servicio de asistencia personal.

Las principales evidencias que pone de manifiesto el pilotaje realizado indican que:

- Se puede garantizar una atención de calidad, basada en el proyecto de vida, a cualquier tipología de cuidados de larga duración.

<sup>14</sup> En el marco de este programa, hogar en riesgo es aquel que, por las personas que lo ocupan, o bien precisan adaptaciones, ayudas técnicas y servicios de proximidad o bien una supervisión ante posibles situaciones de emergencia, por estar compuesto por una persona o varias en situación vulnerable y con necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida por su discapacidad o dependencia. Hogar seguro aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas, así como los servicios de proximidad activados en intensidad y con la rapidez necesarias para que la persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica pueda permanecer en el hogar sin que esto atente contra su seguridad y garantice su estilo de vida.

- Se puede garantizar un sistema de atención con garantía 24/7 completando los apoyos de la comunidad a la persona.
- El resultado de apoyar proyectos de vida en la comunidad es hasta 6,7 veces menos costoso, de media, que la atención en centros residenciales públicos y hasta 3,6 veces más barato que la plaza residencial concertada de menor coste.

### **c) Visitas preventivas y rehabilitación a domicilio en los países nórdicos**

Los países nórdicos, especialmente, vienen desarrollando dos experiencias de interés para complementar y reforzar los servicios de cuidados en el domicilio: de una parte, las visitas sistemáticas a domicilio y, de otra, los servicios domiciliarios de rehabilitación y capacitación.

Desde 1996, una ley estatal obliga a los ayuntamientos daneses a ofrecer, a todas aquellas personas mayores de 75 años que no reciben servicios formales de atención personal, al menos dos visitas domiciliarias preventivas anuales por parte de trabajadores/as sociales o personal de enfermería. A diferencia del resto de servicios de atención a la dependencia, las personas mayores no deben presentar ninguna solicitud para ser beneficiarias del programa de visitas, únicamente tienen que aceptar, de manera voluntaria, la invitación del ayuntamiento para llevar a cabo la visita en su domicilio (SIIS - Servicio de Información e Investigación Social, 2012). Si bien la norma no especifica el contenido de las visitas –lo que ha provocado diferencias entre municipios en materia de interpretación e implementación–, sí establece que su propósito es “fortalecer las actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a las personas de edad.

El objetivo del programa de visitas a domicilio es apoyar el autocuidado de las personas mayores y ayudarles a utilizar sus propios recursos de manera óptima. Aunque las visitas a domicilio se denominan “preventivas”, el objetivo general es llevar a cabo actividades de promoción de la salud, prevenir enfermedades y ayudar a las personas mayores a preservar o restaurar las funciones corporales. En 2020, de acuerdo al Instituto de Estadística de Dinamarca, se realizaron visitas domiciliarias a unas 82.000 personas, que equivalen al 7,0% de la población mayor de 65 años.

Otros países nórdicos –como Noruega– también vienen realizando desde hace décadas este tipo de visitas, si bien no tienen para la administración local carácter obligatorio, como ocurre en el caso de Dinamarca. Una reciente evaluación del programa noruego de visitas a domicilio pone de manifiesto que contribuyen a reducir en un 10% el uso de centros residenciales mientras incrementan el acceso a los servicios de atención domiciliaria. Reducen además en un 8% los ingresos hospitalarios de las personas mayores y en un 4% la mortalidad de las personas mayores de 80 años (Bannenberg, et al., 2019).

Las distintas evaluaciones realizadas con relación a estos programas muestran un efecto positivo de la intervención en las personas mayores. En concreto, los resultados evidencian una disminución de los ingresos hospitalarios y la mejoría del estado físico de las personas mayores beneficiarias del servicio (Bannenberg et al., 2019). En cuanto a su coste-efectividad, si bien las evaluaciones no arrojan conclusiones evidentes, sí sugieren que la intervención resulta neutral en lo referente al coste, de manera que no implica un mayor gasto para las arcas públicas danesas<sup>15</sup>.

Por su parte, los servicios de capacitación o rehabilitación a domicilio constituyen una nueva modalidad de atención domiciliaria desarrollada, en la mayoría de los casos, como una prolongación de los distintos proyectos de atención intermedia puestos en marcha en diversos países de nuestro entorno y, muy fundamentalmente, en el Reino Unido. También en Dinamarca puede hablarse de una amplia extensión de este tipo de servicios, con cerca de 20.000 personas usuarias, que representan en torno al 2% de la población danesa mayor de 65 años, así como en Holanda, donde la provisión de este tipo

<sup>15</sup> El programa “*El Serveis Socials més a prop*” desarrollado por la Diputación de Barcelona responde a esos mismos planteamientos. Se trata de un programa preventivo dirigido a personas mayores de 80 años, que no son usuarias de los servicios sociales básicos. La finalidad del recurso es permitir a los entes locales ampliar el conocimiento sobre la realidad de la población envejecida del municipio y favorecer la planificación de políticas sociales adaptadas a las necesidades de la población. El programa consiste en la realización de entrevistas a domicilio por parte de profesionales del ámbito social en las que se valora, de forma multidimensional, las necesidades personales (autonomía, percepción del estado de la salud, situación de la vivienda, etc.), se detectan situaciones de riesgo o vulnerabilidad y se informa sobre la oferta de prestaciones y servicios del territorio. La intervención incluye recomendaciones sobre el seguimiento que requiere cada persona entrevistada, donde se indican las necesidades de autonomía, percepción del estado de salud, situación de la vivienda, entre otros, y un informe final con datos globales de la situación de las personas mayores de 80 años entrevistadas a cada municipio.

de servicios es cada vez mayor.

A diferencia de los servicios tradicionales de atención domiciliaria, la recapacitación habitualmente es de tiempo limitado (por lo general, de seis a doce semanas) y está orientada a maximizar la independencia mediante una intervención intensiva orientada, personalizada y multidisciplinaria (Cochrane, et al., 2016). Este tipo de programas se enmarcan en un modelo más amplio de intervención basado en la idea de las “Cuatro R-s” –recapacitación, reactivación, rehabilitación y restauración– y se han ido extendiendo a lo largo de los últimos años en muy diversos países. Más allá de la adecuación de la terminología, el amplio corpus de evaluación desarrollado durante los últimos años en relación a este tipo de intervenciones parece apuntar a su utilidad en relación a la orientación de los servicios convencionales de asistencia domiciliaria, si bien la evidencia al respecto dista de ser concluyente<sup>16</sup>.

Los servicios de recapacitación a domicilio se pueden definir como servicios dirigidos a personas con problemas de salud física y/o mental, cuyo objetivo consiste en ayudarles a adaptarse a su enfermedad, aprendiendo o recuperando las capacidades necesarias para la vida diaria. Las características definitorias de estos servicios son las siguientes:

- Una dimensión educativa –de empoderamiento– de las personas usuarias, y un cambio de mentalidad para sustituir la práctica de “hacer las tareas en lugar de la persona usuaria” por la de “ayudar a la persona usuaria a que haga las tareas”.
- Una organización articulada en torno a los objetivos que se deben conseguir para cada persona usuaria, con una duración máxima estipulada. Se trata de definir determinados objetivos y de establecer plazos máximos para conseguirlos, en lugar de simplemente prestar las horas de atención asignadas.
- Funcionar como equipos de valoración sobre el terreno, reconociendo que la asignación de paquetes de atención de larga duración no puede basarse en una única entrevista de valoración, sino que requiere una observación más prolongada de las capacidades de la persona usuaria.

Este tipo de programas han sido sometidos a numerosas evaluaciones y las evidencias sobre su efectividad no son concluyentes.

- Por una parte, una reciente revisión realizada con relación a este tipo de programas (Cochrane, 2016) señala que, si bien pueden identificarse algunos efectos positivos, la calidad metodológica de los estudios realizados no permite asegurar la dimensión o la importancia de estos efectos. Se necesitan más estudios que incluyan más países y situaciones, concluye el informe, antes de poder precisar la efectividad y la seguridad de la recapacitación.
- Otras revisiones similares ofrecen sin embargo conclusiones más alentadoras: para Sims-Gould, et al. (2017), los estudios realizados ofrecen resultados prometedores tanto en términos de coste eficacia como de mejora de los resultados clínicos, si bien no está claro en qué medida esos resultados pueden ser generalizables. En el mismo sentido, Tessier, et al. (2016) identifican resultados mucho más prometedores: de acuerdo con su revisión, diez estudios con un total de 14.742 participantes (incluidos cuatro ensayos aleatorios, la mayoría de excelente o buena calidad) mostraron un impacto positivo, especialmente en lo que se refiere a la calidad de vida relacionada con la salud y la reducción en la utilización de otros servicios. Los autores destacan que el enfoque de la rehabilitación contribuye a las estrategias de mantenimiento en el domicilio, fomenta la implicación de los profesionales y de las familias, mejora la calidad de vida, reduce el uso de otros servicios e incrementa la satisfacción de los/as profesionales.

<sup>16</sup> Los programas de rehabilitación deben centrarse en las personas y apoyarlas en la consecución de sus objetivos, en cuanto a autonomía o participación social. Sin embargo, el rápido crecimiento de estos programas sin pruebas concluyentes respecto a sus posibles efectos y repercusiones, y sin una definición consensuada de lo que los conceptos de rehabilitación o recapacitación significan, puede restar validez a este tipo de desarrollos. La persistente falta de acuerdo sobre lo que es la rehabilitación (y lo que debería lograr) puede dar lugar a programas ineficaces y a una orientación poco clara sobre los resultados que deben medirse (Clotworthy, et al., 2021).



#### d) El desarrollo de viviendas con apoyo en Francia, Alemania o Reino Unido

Uno de los principales cambios estratégicos que requiere el sistema de atención a la dependencia pasa por el desarrollo de un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial convencional. En ese sentido, se ha puesto de manifiesto la necesidad de impulsar un continuo de opciones de alojamiento alternativo para las personas mayores que refuerce específicamente los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y el resto de las opciones de vivienda asistida o con cuidados ya ampliamente desarrolladas en otros países.

En los países de nuestro entorno este tipo de desarrollos tienen ya una amplia trayectoria. Puede hacerse referencia en ese sentido al *extracare housing* británico, las viviendas seguras suecas, las viviendas compartidas o de grupo alemanas o las *résidence autonomie* francesas.

- **El modelo *extracare housing* británico.** Junto a los centros residenciales convencionales –*care homes* y *nursing homes*–, en el Reino Unido existe otra modalidad de centros que entran dentro de la categoría de vivienda con apoyo o con cuidados (*housing with care*) y que resulta equiparable a los apartamentos tutelados o viviendas comunitarias que existen en nuestro entorno. En ese marco, el modelo más relevante es el denominado *extra care housing*, si bien también se utilizan otros términos y denominaciones como *assisted living* (vivienda asistida), *very sheltered housing* (vivienda tutelada), *retirement housing* (viviendas de retiro), etc. Desde el punto de vista normativo, la principal característica de estos centros reside en la separación entre la provisión de la vivienda (cuya regulación no está sometida al ámbito de los servicios sociales) y la provisión de los servicios de apoyo (*personal care*).

Los modelos de *extra care housing* se definen precisamente por la separación entre la atención o los cuidados que recibe cada persona y el alojamiento en el que reside, al que por lo general se accede mediante alquiler o compra. En los centros residenciales convencionales, por el contrario, alojamiento y servicios de apoyo se plantean como un paquete conjunto, sometido a una regulación común. En ese marco, los proveedores de los servicios de atención personal y de alojamiento son diferentes (o, si no lo son, se prestan bajo contratos diferentes), pudiendo las personas usuarias elegir el proveedor de cada servicio de forma separada. En ese marco, las características principales de los modelos de *extra care* son las siguientes:

- Las personas viven en un alojamiento propio e independiente y reciben cuidados y apoyos para mantener su autonomía.
- Los cuidados y apoyos pueden ser continuos o periódicos, y están en todo caso adaptados a las necesidades de cada persona al objeto de mantener el mayor grado posible de independencia.
- Hay una separación real entre la provisión de los cuidados que recibe la persona y la provisión del servicio de alojamiento. La provisión de ambos servicios se realiza mediante acuerdos o contratos diferentes.
- El alojamiento puede realizarse en una amplia gama de edificios o instalaciones, y se concreta en un contrato de compra o alquiler.

En general, estas viviendas se ubican en complejos específicamente destinados a este fin y ofrecen niveles variables de apoyo, sistemas de vigilancia y alarma, personal disponible (aunque no necesariamente in situ) durante las 24 horas del día, equipamientos comunes (lavandería, etc.). El alojamiento se realiza en apartamentos o estudios de una o dos habitaciones, que incluyen una sala de estar y una cocina.

- **Las viviendas de grupo en Alemania.** Con diferentes denominaciones (*wohngruppen*, *pfliegewohngruppen*, *betreutes whonungen* o *wohngemeinschaften*), se trata en todos los casos de viviendas ordinarias en edificios convencionales o construidos *ex-profeso*, con un número reducido de habitaciones individuales y servicios compartidos. Dentro de estas alternativas, pueden diferenciarse al menos dos grandes categorías (Montero, 2018).

- Las viviendas compartidas o de grupo para personas mayores (*wohngruppen, pflege-wohngruppen*) están muy orientadas al empoderamiento y la autodeterminación de las personas usuarias. El principio básico que rigen los pisos compartidos es el de la vida independiente, la descentralización y la normalización de la vida cotidiana, lo que rompe con la lógica de los centros residenciales convencionales, en los que prima la eficacia y el modelo institucional en la atención. El modelo ideal de piso compartido es aquel que logra integrar y recurrir a los recursos de cercanía, es decir, coordinar los diferentes servicios formales e informales del entorno.
- Las viviendas asistidas para mayores (*betreutes whonungen*) comparten la mayor parte de las características de las viviendas de grupo, aunque resulta difícil identificar tipos de viviendas asistidas, ya que no existe una definición unificada y consensuada y el proceso de creación no ha sido controlado o dirigido. En todo caso, como en el caso de las viviendas de grupo, la diferencia principal estriba en la separación entre los servicios de alojamiento y la prestación de cuidados, que se engloban básicamente en el ámbito de la atención domiciliaria a las personas con dependencia. Como explica Montero, “a diferencia de los pisos compartidos, suele ser el proveedor del que parte la iniciativa y que actúa además como proveedor de los servicios, todo ello basado en un contrato entre la persona mayor y el proveedor y financiado al menos parcialmente a través del seguro de cuidados de larga duración”.

Las evaluaciones realizadas sobre las posibilidades de desarrollo de este tipo de fórmulas residenciales y su adecuación a diferentes perfiles ponen de manifiesto que representan una fórmula más flexible y eficiente que las residencias convencionales, si bien –dada la variedad de regulaciones estatales aplicables–, la posibilidad de acceder a ellas de las personas con menores recursos económicos no está siempre garantizada.

- **Las *résidence autonomie* en Francia.** Se trata de centros residenciales con atención de baja o muy baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy reducido de dependencia. La atención sanitaria y social se ofrece en estos centros por profesionales ajenos al propio centro, preferentemente mediante acuerdos con residencias convencionales y/o con entidades prestadoras de Servicios de Atención a Domicilio (SAD). Estos centros se consideran como un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial tradicional y han sido objeto en los últimos años de un esfuerzo notable de expansión, al objeto de reforzar sus funciones preventivas.
- **Las viviendas con servicio y las viviendas seguras en Suecia.** Suecia engloba dentro del concepto de *Särskilt Boende* (SÄBO) o alojamiento especial el conjunto de las plazas residenciales para personas mayores, si bien cabe señalar que en la práctica –debido a sus características arquitecturales y organizativas– estas plazas residenciales pueden estar más cerca de las viviendas asistidas o apartamentos tutelados de nuestro entorno que de los centros residenciales clásicos.

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

Más allá de las características concretas de cada modelo, estas experiencias comparten los siguientes elementos:

- Organización en torno a estudios o apartamentos individuales (o dobles, en el caso de parejas) con servicios comunes, ya sea en edificios ordinarios o en complejos específicamente destinados a estos equipamientos.
- Separación institucional y organizativa entre la provisión de la vivienda o el alojamiento —ya sea en compra o en alquiler— y la provisión de los cuidados (atención personal y atención doméstica).
- Prestación de los cuidados necesarios mediante equipos itinerantes de atención domiciliaria (sin que necesariamente deba existir una presencia asistencial durante 24 horas).

Cabe también destacar, por último, que la reforma de la Ley de Dependencia que está siendo elaborada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 incluye la introducción de un nuevo servicio en el catálogo de la Ley, que se denomina “Servicio de cuidados y apoyos en viviendas”. De acuerdo al borrador del anteproyecto de Ley, el servicio de cuidados y apoyos en viviendas tiene por finalidad ofrecer un hogar en el que las personas, con independencia de su edad y grado de dependencia, puedan desarrollar su proyecto de vida independiente en un entorno de seguridad, confianza y bienestar, y con plena participación en la comunidad. Para ello se contará con los cuidados y apoyos integrales que las personas en situación de dependencia requieran, incluidos los de alta complejidad, que, en todo caso, se prestarán con un enfoque centrado en las personas.

Este servicio, que es distinto a la atención residencial, se podrá prestar a través de dos modalidades:

- Servicio de cuidados y apoyos que se presta en una vivienda, en la que conviven un número reducido de personas en situación de dependencia.
- Servicio de cuidados y apoyos que se presta en viviendas dignas y adecuadas que forman parte de un equipamiento de carácter colectivo, ubicado en un entorno comunitario, y con servicios de cuidados comunes a todas las viviendas.

El borrador del anteproyecto de Ley también incluye la introducción en el catálogo de la Ley de una prestación económica para la cofinanciación de la contratación de estos servicios.

#### **e) Pagos directos, presupuestos personales y apoyos autodirigidos en el Reino Unido<sup>17</sup>**

El Reino Unido viene experimentando desde hace décadas fórmulas alternativas de provisión de los servicios de cuidado mediante el uso de prestaciones económicas, con el objetivo, entre otros, de permitir una mayor flexibilidad y adaptación en la configuración de los paquetes de cuidado. Desde 1996, con la aprobación de la Community Care (Direct Payments) Act las administraciones locales —competentes en materia de servicios sociales— tenían la posibilidad de ofrecer a las personas con discapacidad una prestación económica en sustitución de la oferta de servicios en especie.

A partir del año 2000, Inglaterra extendía esta posibilidad a las personas mayores de 65 años y, en 2014, la ley sobre cuidados sociales, (Social Care Act) consolidaba este enfoque al establecer los presupuestos personales (en los que se incluyen los pagos directos) como la única fórmula de acceso a servicios de cuidados y apoyo provistos por la administración pública. En los últimos años, el modelo de la personalización en el Reino Unido ha desplegado una serie de sistemas y herramientas —apoyo autodirigido, presupuestos personales y pagos directos— para el acceso personalizado a los servicios de cuidados y apoyo.

En cualquier caso, a partir de una base conceptual común, cada uno de los países que conforman el Reino Unido cuenta con un modelo diferente de presupuestos personales, pagos directos y apoyos

<sup>17</sup> La información de este apartado se ha recogido de informe sobre “Personalización del acceso a los servicios de cuidado en el Reino Unido: apoyo autodirigido, pagos directos y presupuestos personales”, realizado en 2024 por el SIIS para el Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Catalunya.

autodirigidos. En ese sentido, los modelos de financiación personalizada de los cuidados desplegados en los cuatro territorios que conforman el Reino Unido se caracterizan por su diversidad y heterogeneidad. Cada territorio ha establecido un marco propio con fórmulas, denominaciones y reglas de funcionamiento muy diversas. El panorama es incluso, en ocasiones, confuso, dada la diversidad de términos, prácticas y conceptos, y las muy diferentes realidades existentes; esta heterogeneidad se deriva tanto de la regulación específica realizada en cada territorio –con prioridades políticas y técnicas y trayectorias institucionales muy diferentes–, como del amplio margen de autonomía que, dentro de cada territorio, tienen las autoridades locales inglesas, galesas, escocesas y norirlandesas.

En todo caso, esa heterogeneidad puede resumirse en dos ideas básicas:

- de una parte, la existencia de un presupuesto personal, un fondo o cuenta económica personal establecida de forma individualizada para cada persona usuaria en función de sus necesidades (personal budget) y que puede destinarse a diversos gastos relacionados con la cobertura de los cuidados de larga duración;
- de otra, la posibilidad de que ese fondo se convierta en una prestación económica en metálico (direct payment) que cada persona administra y gestiona o, alternativamente, la posibilidad de que esa cuenta sea gestionada por una entidad (en general pública, pero en ocasiones también privada), para adquirir los servicios o apoyos necesarios.

Aunque los cuatro territorios difieren en las fórmulas concretas implantadas –Gales, por ejemplo, solo permite la materialización de ese presupuesto personal en un pago directo–, la idea que subyace a los cuatro sistemas es similar y se vincula a la necesidad de reforzar la flexibilidad y la autodeterminación de las personas usuarias a la hora de configurar su paquete de servicios. Las principales características de estos modelos son las siguientes:

- Uso de los fondos. Uno de los elementos básicos del modelo se refiere al tipo de gasto o servicio que puede ser adquirido mediante estos sistemas: en general, se orientan fundamentalmente a la adquisición de ayuda o asistencia personal, aunque también se prevén otros usos (ayudas técnicas, atención diurna, comidas a domicilio, actividades de ocio, servicios de respiro, transportes, etc.). Es importante señalar que, a diferencia de lo que ocurre en Francia o en Alemania, estas prestaciones no están generalmente diseñadas para acceder a servicios residenciales de carácter permanente.
- Tampoco están diseñadas –a diferencia de lo que ocurren en España, Italia o en Alemania– para retribuir a las personas cuidadoras familiares, si bien en algunos de los territorios analizados esta opción no está completamente descartada. En todo caso, la función principal de estos mecanismos se centra en la adquisición de servicios formales y no, como en España, en remuneración de los cuidados familiares.

Definición de las cuantías. Más allá de los usos de la prestación, es importante señalar que no existen unas cuantías fijas garantizadas –como ocurre, por ejemplo, en Alemania o en Francia–, sino que el importe de las cuantías del presupuesto personal y/o del pago directo se establecen de forma individualizada por cada autoridad local en función de las necesidades específicas de las personas usuarias y del plan de apoyo establecido en coordinación con el correspondiente gestor/a de casos. No existen fuentes públicas que recojan la cuantía media o habitual de estas prestaciones, si bien, teniendo en cuenta el gasto realizado y el número de personas usuarias, puede estimarse –muy orientativamente, dadas las diferencias territoriales– que la cuantía de las prestaciones recibidas por las personas usuarias supera por lo general los mil euros mensuales.

- Coste de los servicios a los que se puede acceder mediante la prestación. El coste de los servicios a los que se puede acceder a través de estos mecanismos no está oficialmente establecido, si bien se establecen recomendaciones –en algunos casos de obligado cumplimiento– sobre las tarifas mínimas que deben abonarse a las personas contratadas mediante estas figuras. Los servicios contratados, por otra parte, pueden ser prestados por una amplia gama de entidades (empresas, entidades del Tercer Sector y, en algunos casos, las propias autoridades locales).

En lo que se refiere a la gestión de los pagos y presupuestos, el elemento más importante se refiere a la importancia de los servicios y organizaciones de apoyo a las personas usuarias. El modelo galés de pagos directos, por ejemplo, establece que todos los ayuntamientos deben ofrecer servicios de apoyo, acompañamiento y orientación para las personas usuarias, tanto para el acceso como gestión de estas prestaciones. Estos servicios tienen como objetivo informar, asesorar y orientar a las personas usuarias en el uso de estos sistemas y, en la mayor parte de los casos, asumen un protagonismo destacado en la gestión de los presupuestos o pagos directos, cumpliendo en la práctica funciones de gestión de casos.

Finalmente, cabe hacer referencia al -al menos por el momento- escaso desarrollo que estas fórmulas han alcanzado, especialmente entre la población mayor, que parece orientarse hacia fórmulas más convencionales de acceso a los servicios. En el caso escocés, por ejemplo, el 85% de las personas mayores accede, en el marco del sistema de apoyo autodirigido, a las fórmulas tradicionales de acceso a los servicios contratados por la autoridad local.

El análisis de los estudios que han evaluado estas prestaciones permite señalar que las fórmulas de financiación personalizada de los cuidados, a través de presupuestos personales y pagos directos, aporta una mayor capacidad de elección y control y puede conducir a una mejora de la calidad de vida y satisfacción con los apoyos recibidos de las personas usuarias. En todo caso, la literatura es clara en situar la suficiencia de las cuantías, el acceso a servicios de apoyo y la flexibilidad en el uso de las prestaciones como los elementos que en mayor medida se asocian a un impacto positivo. Por otro lado, las evaluaciones realizadas constatan que la efectividad de estas fórmulas no se distribuye de igual manera entre todos los perfiles poblacionales. Las personas con enfermedad mental y las personas con discapacidad en edad laboral son las que mejores resultados obtienen de estas prestaciones. Por el contrario, la evidencia apunta a que las personas de mayor edad son las que peores resultados presentan cuando acceden a estas herramientas.



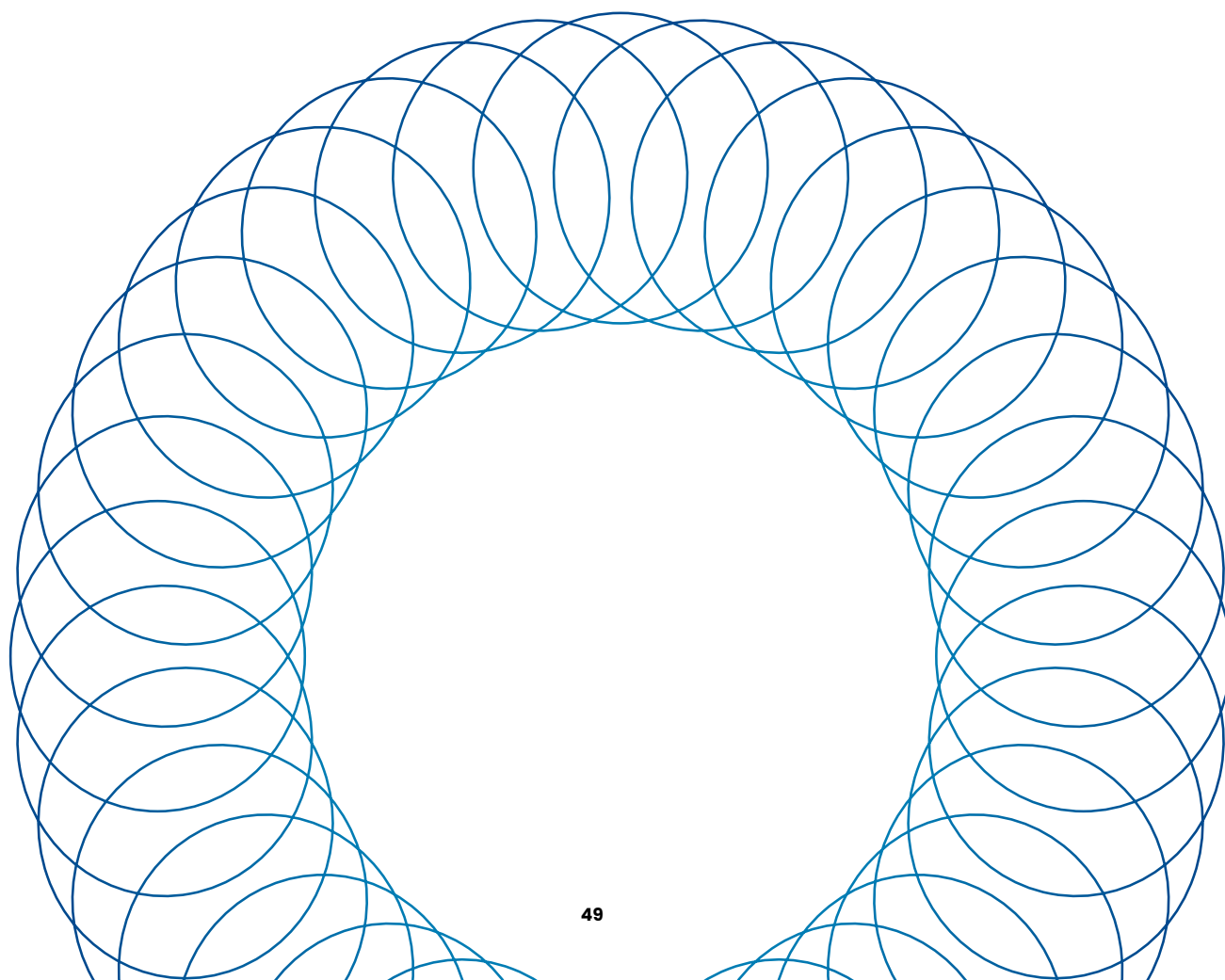


## Bibliografía

- Bannenberg, N., et al. (2019). Preventive Home Visits. Universitaet Duisburg-Essen, Competent in Competition and Health.
- Baxter, S., et al. (2018). "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence". BMC Health Services Research, 18(350).
- Buesa, S. (2022). Atención integrada intersectorial. Servicios Sociales de Cantabria.
- Cochrane, A., et al. (2016). "Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults". The Cochrane Database of Systematic Reviews 10(10).
- Clotworthy, A., et al. (2021). "Reablement through time and space: A scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised". BMC Geriatrics 21(61).
- Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales (2022) "Encuesta de Necesidades Sociales". Gobierno Vasco.
- Díaz-Veiga, P. (2020). El Modelo de Atención Centrada en la Persona: qué es y por dónde empezar. En: Velasco, E (ed.): Informe Cuídemí 2020. Presente y futuro de la atención a los mayores. Cuídemí.
- Díaz-Veiga, P., et al. (2014). Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda / Laguntza behar duten pertsonentzako bizikidetza-unitateak. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos n. 6, (S.L.). Eusko Jaurilaritza-Gobierno Vasco, Fundación Matia.
- Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Comisión Europea (2011). "Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria". Zerbitzuan, nº. 49: 147-160.
- Drennan, V. M., et al. (2018). "Tackling the workforce crisis in district nursing: Can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study". BMJ Open, 8(6).
- European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2024). 2024 Ageing Report. Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022-2070). European Union.
- Herrera, E. (2015). Experiencias de Atención Integrada en España. 2014. OMIS\_Experiencias. Fundación NewHealth.
- Iribar, J., Sancho, M. (2023). "Autonomía y desinstitucionalización en la asistencia personal: el caso de Gipuzkoa". Zerbitzuan, nº 80: 5-17.
- Joseph, A., et al. (2016). "Impact of the physical environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on staff and residents. A systematic review of the literatura". Environment and Behavior, 48(10): 1203-1241.
- Juan, M. (2019). "Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona". Servicios Sociales y Política Social, XXXVI(121): 27-39.
- Koehler, I. (2016). Achieving outcomes based commissioning in home care. The Local Democracy Think Tank.
- Marcos, J.R. (2004). Las Encuestas de Fuerza de Trabajo como fuente del estudio de la Calidad del Empleo: El caso de la C. A. de Euskadi. Eustat.
- Mansell, J., et al. (2011). "Desinstitucionalización y vida en la comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID)". Zerbitzuan, nº 49: 137-146.
- Martínez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Estudios de la Colección 3. Fundación Pílares para la Autonomía Personal.
- Matia Instituto (2020). Etxean Bizi. Informe de resultados / Etxean Bizi. Emaizen Txostena. Diputación Foral de Gipuzkoa-Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024). Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030). Gobierno de España.
- Montero, M. (2018). Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania. En: Rodríguez-Rodríguez, P. (ed.): Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el Siglo XXI. Colección Papeles de la Fundación, n. 3. Fundación Pílares para la Autonomía Personal.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (2019). Health at a Glance: Europe 2019. Organisation for Economic Co-Operation and Development.
- Peña, S., Zalakain, J. (2024). "La personalización del acceso a los servicios de cuidados de larga duración en el Reino Unido: apoyos autodirigidos, presupuestos personales y pagos directos". Zerbitzuan, nº 82: 9-34.
- Ratti, V., et al. (2016). "The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review". Research in Developmental Disabilities, 57: 63-84.



- Reilly, S., et al. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia (Review). The Cochrane Collaboration.
- Santaeugenia, S. (2021). Atención integrada salud y social: definición, retos y techos de vidrio. La gestión importa. Salud y Sociedad. Avances en gestión clínica, 24 de febrero de 2021. Societat Catalana de Gestió Sanitària.
- SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2024). Informe sobre sostenibilidad económica del sistema de cuidados y políticas sociales de Gipuzkoa. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2023). Estrategia de apoyos y cuidados en el domicilio de Gipuzkoa. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2023). Manual sobre atención centrada en las relaciones. Aproximación teórica y diseño de un Modelo de Atención GIZAREA / Harremanetan oinarritutako arretari buruzko eskuliburua. Hurbilpen teorikoa eta GIZAREA Arreta Ereduaren diseinua. Diputación Foral de Araba.
- SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2021). Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa. Elementos y recomendaciones para transitar hacia servicios más personalizados / Gipuzkoan Gizarte Zerbitzuak pertsonalizatzeko gida. Zerbitzu pertsonalizatuago batzuetarantz jotzeko elementu eta gomendioak. Diputación Foral de Gipuzkoa - Gipuzkoako Foru Aldundia.
- SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2012). El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa. Eusko Jaurlaritzako Gobierno Vasco.
- Sims-Gould, J., et al. (2017). "Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review". Journal of the American Medical Directors Association, 18(8): 653-663.
- Tessier, A., et al. (2016). "Effectiveness of Reablement: A Systematic Review", Healthc Policy, 11(4): 49-59.
- Zalakain, J. (2023). Revisió d'experiències internacionals i estatals d'innovació a l'atenció domiciliària. Projectes transformadors nº 14. Diputació de Barcelona.





## [0.4]

### **Estrategia CuidAs.**

#### **Apoyar y evaluar la calidad continua de la atención**

*Teresa Martínez Rodríguez. Coordinadora técnica de la estrategia y red CuidAs. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.*

### **[0.4.1]**

#### **Introducción**

Este artículo reproduce la ponencia impartida en la Jornada de Buenas Prácticas organizada por el departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa el 13 de diciembre de 2024 en Donostia/San Sebastián.

Su objetivo fue presentar la estrategia CuidAs, el marco de planificación que se está desarrollando en por parte de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias para liderar una progresiva transformación en el modelo cuidados de larga duración.

Para ello, en primer lugar, se realiza una breve presentación de la Estrategia CuidAs: cómo surge, su propósito y los tres elementos principales que la integran: el modelo orientador CuidAs, el plan de acción 2021-2027 y la Red CuidAs.

En segundo lugar, se resumen las principales líneas de acción que se están llevando a cabo de una forma complementaria para apoyar la gestión del cambio en centros y servicios: sensibilización y formación, acompañamiento a centros y servicios, difusión y apoyo a las buenas prácticas y transferencia del conocimiento.

Finalmente, se describen las características del sistema de evaluación CuidAs, en fase de construcción, que se pretende poner en marcha en consonancia con este nuevo modo de entender la atención desde la prestación de apoyos personalizados.

### **[0.4.2]**

#### **La Estrategia CuidAs**

La Estrategia CuidAs<sup>18</sup> es el principal instrumento de planificación para liderar en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias un proceso progresivo de transformación del actual sistema de cuidados de larga duración y del modelo de atención existente en centros y servicios.

Surge tras la pandemia ocasionada por la Covid19, situación que permitió visibilizar carencias importantes (conocidas, pero no suficientemente tenidas en cuenta) en el sistema de cuidados de larga duración.

La estrategia CuidAs se alinea con la actual política social nacional y europea, pretendiendo avanzar hacia una atención personalizada que proteja derechos y promueva un cuidado no institucional en la comunidad. Busca esta atención personalizada y vida buena en contacto con la comunidad, evitando que las personas pierdan el control de sus vidas por el mero hecho de precisar apoyos en su vida cotidiana debido a una situación de fragilidad o dependencia.

La estrategia CuidAs se inició a través de un análisis participativo que duró varios meses de la situación de partida, en el cual participaron 83 informantes clave (entidades del tercer sector, proveedores de servicios públicos y privados, asociaciones y profesionales).

<sup>18</sup> Versión completa disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es). Versión abreviada disponible en: [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es)

Desde una mirada crítica, se identificaron tanto fortalezas como debilidades de los distintos recursos y un total de 12 necesidades generales que sirvieron para proponer una serie de recomendaciones, así como orientar el diseño de la Estrategia CuidAs, la cual incluye tres elementos complementarios: a) un modelo orientador que define el modelo de calidad en centros y servicios, b) un primer plan de acción que integra 5 áreas, 20 líneas de acción y 105 medidas y c) la Red CuidAs como espacio para la acción co- participada.

Veámoslos seguidamente con algo más de detalle.

### **El modelo orientador CuidAs, marco de calidad de centros y servicios**

Una de las principales necesidades identificadas en la fase de análisis de la situación de partida fue la de definir un marco de calidad que sirviera para orientar en este cambio al conjunto de centros y servicios que integran el sistema de cuidados de larga duración en Asturias.

El modelo CuidAs se propone como el marco de calidad que, además de orientar el progresivo avance de centros y servicio, guíe el desarrollo de otros elementos importantes en la transformación del sistema de cuidados como son los itinerarios formativos, las nuevas normativas e instrumentos administrativos que regulan el funcionamiento de los recursos y la evaluación periódica de la calidad de la atención.

Este modelo define la calidad de la atención en centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración en un total de 25 criterios que se ordenan en torno a cinco pilares: salud integral, seguridad, atención centrada en la persona, entorno facilitador de vida significativa y cultura, liderazgo y organización (ver Cuadro 4).



**Cuadro 4.**  
**Pilares y criterios de calidad del modelo orientador CuidAs para centros**  
**y servicios que dispensan cuidados de larga duración**

PILARES DEL MODELO DE CALIDAD CUIDAS	CRITERIOS DE CALIDAD
<b>Salud Integral</b>	1. Valoración y atención integral 2. Cuidados básicos de calidad 3. Autocuidado y prevención de la dependencia 4. Apoyo a cuidadores/as 5. Continuidad de la atención y coordinación con la comunidad
<b>Seguridad</b>	6. Espacios seguros y prevención de riesgos colectivos 7. Prácticas seguras y basada en la evidencia 8. Prevención y actuación ante la mala praxis y el mal trato 9. Prevención de riesgos individuales 10. Equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar
<b>Atención centrada en la persona</b>	11. Conocimiento y reconocimiento 12. Apoyo a la autodeterminación 13. Trato respetuoso, adulto y comunicación empoderadora 14. Individualización para el bienestar 15. Protección de la intimidad.
<b>Entorno facilitador de vida significativa</b>	16. Accesibilidad, promoción de la independencia y percepción de control sobre el entorno 17. Actividad cotidiana con sentido <sup>1</sup> 18. Espacio físico hogareño, significativo y agradable 19. Familia y relaciones sociales 20. Rol y vida con la comunidad.
<b>Cultura, liderazgo y organización</b>	21. Elementos clave en el diseño y organización interna de los servicios 22. Liderazgo transformacional y desarrollo organizacional afín al modelo orientador 23. Reconocimiento y apoyo a profesionales y a equipos de trabajo 24. Coordinación con otros sistemas y entorno comunitario 25. Evaluación y participación en la mejora continua del servicio

Estos veinticinco criterios toman como fundamentación el conocimiento existente, asumiendo que el mismo no solo es la evidencia empírica, sino un conjunto más amplio de saberes: la ética, la evidencia científica procedente de distintos campos y disciplinas relacionadas con el envejecimiento, la discapacidad y el cuidado larga duración y, también, el conocimiento experto<sup>19</sup>.

El modelo orientador CuidAs está refrendado por varias resoluciones administrativas<sup>20</sup>, siendo en la actualidad de obligado cumplimiento para el conjunto de centros y servicios públicos dependientes de la consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

<sup>19</sup> El conocimiento experto se refiere tanto al criterio que procede de la experiencia de profesionales como al de las personas que reciben cuidados y familias, quienes son consideradas como "expertas por experiencia".

<sup>20</sup> 1) Resolución del 15 de diciembre de 2021, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por la que se define el Modelo orientador de la Atención en los centros y servicios que ofrecen cuidados/apoyos de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias.

2) Resolución del 4 de junio de 2024, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por la que se implanta el marco general de aplicación del modelo orientador CuidAs en los centros de titularidad pública y se establecen los criterios que han de orientar el buen trato en el cuidado por parte de su sistema organizativo y de sus profesionales.

## El plan de acción 2021–2027

Conscientes de la magnitud de este proceso de transformación, se elaboró un primer plan de acción para un periodo inicial de seis años, actualmente en pleno proceso de implantación, que deberá tener continuidad en las próximas décadas, para lo cual es necesario continuidad, consenso y financiación suficiente.

Este primer plan de acción integra cinco áreas, un total de 20 líneas de acción y 105 medidas. En el Cuadro 5 se muestran las cinco áreas con sus correspondientes líneas de acción<sup>21</sup>.

**Cuadro 5.**  
**Áreas y líneas de acción de la Estrategia CuidAs**  
**(plan de acción 2021–2027)**

<b>Área 1. Sensibilización, comunicación y participación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconocimiento social y una nueva mirada al cuidado.</li> <li>2. Comunicación del nuevo modelo de cuidados.</li> <li>3. Participación y coproducción en la estrategia.</li> </ol>
<b>Área 2. Planificación del sistema de CLD.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Información actualizada e identificación de necesidades.</li> <li>5. Prevención de la dependencia y apoyo a la fragilidad.</li> <li>6. Capacidad de elección y flexibilidad.</li> <li>7. Desinstitucionalización y apoyo al cuidado en casa.</li> <li>8. Refuerzo del papel de la comunidad.</li> <li>9. Coordinación interinstitucional.</li> <li>10. Competencias profesionales afines al modelo orientador.</li> </ol>
<b>Área 3. Apoyo a la gestión del cambio.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Modificación normativa y otras medidas administrativas.</li> <li>12. Formación en el nuevo modelo de atención.</li> <li>13. Acompañamiento en el cambio.</li> <li>14. Preparación y actuación ante situaciones de emergencia.</li> </ol>
<b>Área 4. Innovación y conocimiento.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Innovación y buenas prácticas.</li> <li>16. Investigación.</li> <li>17. Documentación.</li> <li>18. Promoción de la innovación asociada al concepto de salud digital.</li> </ol>
<b>Área 5. Evaluación de la calidad y transparencia.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención.</li> <li>20. Acción inspectora.</li> </ol>

Cabe añadir que cada dos años se realiza una evaluación de su desarrollo, valorando el grado de cumplimiento de sus medidas, así como a través de un cuadro de indicadores, lo que permite conocer su avance, así como los principales logros y los aspectos de mejora.

## La red CuidAs

Es evidente que se afronta un camino de transformación necesario, pero de gran complejidad. Un tránsito que solo se puede realizar en un proceso temporal continuado y contando con la coparticipación de los diferentes actores implicados. Este es el motivo de la creación y puesta en marcha de la Red CuidAs. Un espacio para el encuentro, el intercambio, el apoyo y para promover una acción co-participada.

<sup>21</sup> Las 105 medidas se pueden consultar en las dos versiones de la estrategia Cuidas disponibles en [socialasturias.asturias.es](http://socialasturias.asturias.es)



La red CuidAs se define y regula mediante la correspondiente resolución<sup>22</sup> y posibilita tres modalidades de pertenencia a la misma: a) centros o servicios comprometidos con el modelo orientador CuidAs, b) proyectos innovadores en cuidados de larga duración y c) aliados/as con el cambio, que a su vez pueden ser tanto entidades como profesionales.

Esta red tiene como soporte tecnológico un equipo Teams creado específicamente para este objetivo, el cual, mediante distintos canales, permite el contacto continuado de sus miembros, además de compartir documentación y organizar encuentros diversos.

Inició su funcionamiento en mayo de 2022 y a fecha de enero de 2025 forman parte de ella un total de 528 miembros:

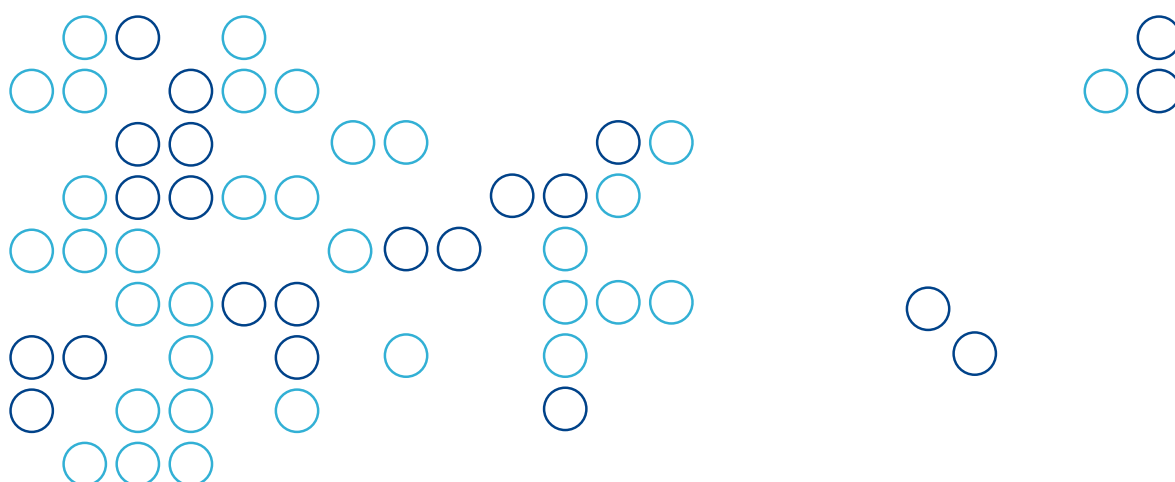
- 150 centros/servicios en proceso de ser centros/servicios comprometidos Cuidas.
- 31 proyectos innovadores.
- 347 aliados: 39 entidades y 308 Profesionales.

Los miembros de la red CuidAs proceden tanto del ámbito público como privado (con y sin ánimo de lucro), es decir, permite la participación el conjunto de servicios que integran el sistema de cuidado del Principado de Asturias.

A lo largo de estos años, la actividad de la Red CuidAs se viene desarrollado desde tres líneas:

- Actividad de continuidad dirigida a informar, compartir documentación de interés y a permitir la comunicación entre los miembros.
- Webinarios dedicados al intercambio de proyectos innovadores, buenas prácticas, formación y reflexión sobre temas de interés identificados por los miembros de la propia red.
- Grupos operativos de elaboración (GOES), implicados activamente en la acción coparticipada de distintas medidas del plan de acción. En el 2023 funcionaron un total de 10 GOES organizados por temáticas generales de interés; en el 2024 se introdujo un giro en la composición de los mismos y se constituyeron un total de 9 grupos dirigidos a generar y compartir conocimientos específicos; la previsión para el 2025 es iniciar otros nuevos grupos.

La actividad de estos grupos (ver Cuadro 6) y la implicación de sus participantes es importante y, permite canalizar, alinear y aprovechar el compromiso que muchas personas vienen manteniendo con este movimiento de cambio en el cuidado de larga duración.



<sup>22</sup> Resolución del 15 de diciembre de 2021, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por la que se crea y regula la Red para la Transformación de los Cuidados de Larga Duración en el Principado de Asturias.

Cuadro 6.  
**Actividad que desarrollan los Grupos Operativos de Elaboración (GOES) de la Red CuidAs**

GOES AÑO 2023	GOES AÑO 2024	GOES AÑO 2025
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOE Evaluación de la calidad de la atención en CLD.</li> <li>• GOE Reorientación y diversificación de la atención diurna.</li> <li>• GOE Reorientación de la atención residencial.</li> <li>• GOE Reorientación del SAD y diversificación de los servicios de apoyo en el domicilio.</li> <li>• GOE Sensibilización social y nueva mirada al CLD<sup>23</sup>.</li> <li>• GOE Comunidad e intergeneracionalidad<sup>24</sup>.</li> <li>• GOE Acompañamiento a centros y servicios comprometidos con el modelo orientador.</li> <li>• GOE Formación en el modelo orientador CLD y rol profesional<sup>25</sup>.</li> <li>• GOE Prevención de la dependencia, fragilidad y adaptación al territorio.</li> <li>• GOE Coordinación interinstitucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOE Kit de materiales para la comunicación del modelo CuidAs.</li> <li>• GOE Estándares de calidad en atención diurna.</li> <li>• GOE Estándares de calidad en el Servicio de Ayuda a Domicilio.</li> <li>• GOE Decálogo para el buen trato en relaciones de cuidado.</li> <li>• GOE Guía CuidAs para Centros residenciales y otros alojamientos.</li> <li>• GOE Guía CuidAs para Centros de atención diurna.</li> <li>• GOE Guía CuidAs “Buenas prácticas en la atención al final de la vida”.</li> <li>• GOE Procedimiento de Buena praxis ante situaciones de difícil manejo en el cuidado.</li> <li>• GOE Identificación de roles, competencias y necesidades profesionales para la aplicación del modelo CuidAs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOE Kit de materiales para la comunicación del modelo CuidAs.</li> <li>• GOE Decálogo para el buen trato en relaciones de cuidado.</li> <li>• GOE Guía CuidAs para Centros residenciales y otros alojamientos.</li> <li>• GOE Guía CuidAs para Centros de atención diurna.</li> <li>• GOE Guía CuidAs “Buenas prácticas en la atención al final de la vida”.</li> <li>• GOE Procedimiento de Buena praxis ante situaciones de difícil manejo en el cuidado.</li> <li>• GOE Elaboración de metodologías para la reflexión y buen uso del lenguaje.</li> <li>• GOE Guía para gestión casos para el apoyo de personas en su domicilio.</li> <li>• GOE Guía para la creación de espacios de reflexión ética en centros y servicios.</li> <li>• GOE Documento de consenso sobre líneas rojas y elementos de progreso en el modelo CuidAs.</li> <li>• GOE Coordinación con la farmacia comunitaria.</li> <li>• GOE Arte y cuidados.</li> <li>• GOE. Como en casa. Marco orientador e itinerarios de cambio para centros residenciales.</li> </ul>

### [0.4.3]

#### **Apoyo a la transformación y a la mejora continua de la atención**

Los centros y servicios precisan apoyos para abordar este proceso de cambio. Muchos de ellos todavía permanecen en modelos de atención altamente asistenciales, con un enfoque institucionalizador, con estructuras verticales y funcionamientos poco colaborativos.

No pueden, en la mayoría de los casos, hacer esta transformación por sí solo. Apoyar la gestión del cambio es reconocer que los centros y servicios son organizaciones complejas que forman parte de un sistema, de este modo los apoyos deben ser diversos, personalizados y continuados.

La estrategia CuidAs asume esta necesidad dedicando el área IV: Apoyo a la gestión del cambio, a ofrecer apoyos a los centros y servicios como: información, sensibilización, formación, acompañamiento a liderazgos y trabajo en equipo, visibilización y desarrollo de buenas prácticas y la generación y transferencia del conocimiento.

A continuación, se resumen algunas de las actividades que se están llevando a cabo.

23 Este GOE ha elaborado el decálogo *Hacia una nueva mirada en el cuidado de larga duración. Desterrando mitos*. Disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).

24 Este GOE ha elaborado el decálogo *Buena praxis en la acción intergeneracional*. Disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).

25 Este GOE ha desarrollado el Kit de herramienta CuidAs, el cual se describe posteriormente.

## Formación CuidAs

Entendiendo que la formación es una pieza básica en este proceso de transformación, se han puesto en marcha distintas iniciativas complementarias para apoyar a los centros y servicios que pretenden avanzar en el marco CuidAs.

### Itinerario formativo CuidAs

El itinerario CuidAs es la ruta formativa básica para que los profesionales de los centros comprometidos CuidAs avancen en este marco de calidad.

Para los profesionales que desarrollan su labor en recursos dependientes de la administración autónoma, esta formación se imparte a través del IAAP Adolfo Posada, entidad pública que tiene este cometido. Para los profesionales del ámbito privado se lleva a cabo a través del COCOEC (Centro de competencia para la economía del cuidado y el envejecimiento activo), inicialmente creado como un Living Lab, el cual es gestionado por las Cámaras de Comercio de Oviedo, Gijón y Avilés.

Este itinerario está pensado, fundamentalmente, para profesionales del cuidado, pero sirve también de orientación para llevar a cabo acciones formativas dirigidas a familiares, voluntariado y otros grupos.

El itinerario formativo CuidAs integra tres niveles complementarios: un primer nivel de acercamiento inicial, un segundo nivel de competencias básicas transversales y un tercer nivel de competencias avanzadas. En el Cuadro 7 se muestran las acciones ordenadas según estos tres niveles.

**Cuadro 7.**  
**Itinerario formativo CuidAs: niveles y acciones formativas**

<b>NIVEL I. ACERCAMIENTO INICIAL. HACIA UNA NUEVA MIRADA AL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN</b>	
El primer nivel tiene un doble objetivo: informar del marco CuidAs y generar una cultura del cuidado orientada desde el buen trato.	Acciones formativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conociendo la estrategia CuidAs</li> <li>• Mirada y personalización en el cuidado</li> <li>• Competencias éticas y relacionales clave en el cuidado"</li> <li>• Espacio reflexivo. Hacia una nueva mirada al cuidado"</li> </ul>
<b>NIVEL II. COMPETENCIAS BÁSICAS TRANSVERSALES PARA FACILITAR EL CAMBIO</b>	
El segundo nivel pretende desarrollar competencias transversales para el conjunto de profesionales dirigidas a profundizar en el conocimiento del modelo CuidAs, saber gestionar el cambio, disponer de metodologías que permitan avanzar en una atención personalizada, así como abordar situaciones de cierta complejidad desde un marco ético.	Acciones formativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El modelo orientador CuidAs.</li> <li>• Atención centrada en la persona y entorno facilitador de vida significativa y bienestar</li> <li>• Metodologías valiosas para una atención personalizada</li> <li>• Liderazgo y equipos.</li> <li>• Conflictos éticos en el cuidado y habilidades deliberativas.</li> <li>• Comunicación y colaboración con familias y personas significativas del entorno cercano.</li> </ul>
<b>NIVEL III. COMPETENCIAS AVANZADAS PARA APOYAR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS</b>	
El tercer nivel del itinerario CuidAs pretende desarrollar competencias más específicas para poder respuesta a algunas situaciones de cuidado que implican mayor especialización en cuanto a conocimientos, habilidades y técnicas. Se dirigen a lograr interacciones que faciliten un mayor bienestar de las personas que reciben cuidados y también de quienes las acompañan. Incluye un total de seis acciones formativas, las cuales, a su vez, incorporan una serie de contenidos básicos on line, así como talleres presenciales para facilitar el desarrollo de ciertas técnicas y o habilidades.	Acciones formativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación y bienestar en personas con demencia.</li> <li>• Comunicación y bienestar en personas con Trastornos del neurodesarrollo, TEA.</li> <li>• Comunicación y bienestar en personas con enfermedad mental grave.</li> <li>• Atención al final de la vida.</li> <li>• Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.</li> <li>• El asistente personal.</li> </ul>

Algunas de estas acciones formativas se desarrollan en colaboración con otras entidades con el objetivo de no duplicar acciones. Además, el diseño de una buena parte de estas acciones formativas se basa en los materiales que integran el Kit herramientas CuidAs elaborados por miembros de la Red que seguidamente se describe.

Además, cabe destacar que este itinerario ha sido validado por un grupo de trabajo de la Red CuidAs, destinado a elaborar un documento de consenso sobre competencias profesionales afines al marco CuidAs, en el cual participan un amplio número de los colegios y asociaciones profesionales de Asturias relacionados con el cuidado de larga duración.

### Kit de Herramientas CuidAs

Es un conjunto de herramientas temáticas que ofrecen diversos recursos didácticos para orientar y utilizar en el diseño y desarrollo de acciones formativas afines al marco de calidad e itinerario formativo CuidAs.

Cada herramienta CuidAs pone a disposición distintos recursos didácticos para facilitar la información, la reflexión y el diseño de acciones formativas en torno a distintos temas o asuntos que se consideran de especial relevancia en la aplicación del modelo CuidAs.

Estas herramientas permiten orientar el diseño de acciones de información y formativas a desarrollar en centros, servicios, entidades y territorios, las cuales deberán ser definidas y desarrolladas por los mismos.

Es importante destacar que no son en sí mismas cursos formativos, son materiales didácticos diseñados para facilitar el diseño de los mismos.

Han sido creadas en un GOE de la Red CuidAs y en la actualidad se dispone de un total de 14 herramientas temáticas (ver Cuadro 8). Cada una de ellas proporciona distintos recursos didácticos (píldoras formativas en formato vídeo, podcasts, contenidos formativos clave en pdf, preguntas para la reflexión, documentos para saber más, etc.).

**Cuadro 8.**  
**El kit de herramientas didácticas CuidAs**

- 
- Herramienta Cuidas nº1: La Estrategia y Red CuidAs.
  - Herramienta Cuidas nº 2: El modelo orientador CuidAs.
  - Herramienta Cuidas nº3: Competencias éticas y relacionales clave en el cuidado.
  - Herramienta Cuidas nº 4: Atención centrada en la persona.
  - Herramienta CuidAs nº 5: Entorno facilitador de vida significativa y bienestar.
  - Herramienta Cuidas nº6: Comunicación y bienestar en personas con demencia.
  - Herramienta Cuidas nº7: Comunicación y bienestar en personas con Trastornos del neurodesarrollo, TEA.
  - Herramienta Cuidas nº8: Comunicación y bienestar en personas con enfermedad mental grave.
  - Herramienta Cuidas nº9: Atención al final de la vida.
  - Herramienta Cuidas nº10: Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.
  - Herramienta Cuidas nº11: La historia de vida en cuidados de larga duración.
  - Herramienta Cuidas nº12: El plan personalizado de atención/apoyos en cuidados de larga duración.
  - Herramienta Cuidas nº13: El profesional de referencia en centros.
  - Herramienta Cuidas nº14: El asistente personal.
- 

### Webinarios CuidAs

Como se ha mencionado anteriormente, desde la Red CuidAs se organizan webinarios sobre distintos temas de interés para avanzar en este marco de calidad. En el Cuadro 9 se muestran los webinarios realizados y la programación prevista para el año 2025. Los temas de los webinarios surgen de los intereses y propuestas de los miembros de la red.

## Cuadro 9. Webinarios celebrados en la Red CuidAs y programación 2025

### Webinarios Red CuidAs celebrados (2023-2024)

- Intercambio proyectos innovadores I.
- Intercambio proyectos innovadores II.
- Manejo Teams.
- El asistente personal.
- La historia de vida, metodología valiosa en la atención personalizada.
- Tejiendo redes contra las soledades.
- Derechos sanitarios al final de la vida.
- Balance del funcionamiento de la Red Cuidas en sus dos primeros años.

### Webinarios Red CuidAs programados 2025

- La figura del intérprete vital.
- La figura del profesional de referencia en centros.
- Evaluación y diseño ambiental para personas con necesidades intensas de apoyos.
- Autonomía vs seguridad.
- Actividad significativa.
- Cuidar sin sujeciones.
- Consideraciones éticas sobre las nuevas tecnologías en el cuidado.
- Cuidados, comunidad e intergeneracionalidad.

## El proyecto “Centros y servicios comprometidos CuidAs”

### En qué consiste

El proyecto “Centros y servicios comprometidos CuidAs” busca el compromiso de los recursos en avanzar hacia el modelo de calidad propuesto. Es, a su vez, una modalidad de adherencia a la red CuidAs, lo que permite al centro que opta por este compromiso y proceso de mejorar obtener apoyos diversos.

La adhesión a esta condición, para los centros privados o no dependientes de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar es voluntaria. Como se ha señalado previamente, desde el año 2024, para los centros y servicios que dependen de esta consejería es un proceso obligado.

Para lograr el reconocimiento de Centro/servicio comprometido CuidAs se exigen tres condiciones: a) realizar una auto-evaluación participativa sobre los 25 criterios del modelo orientador Cuidas; b) elaborar y poner en marcha de un plan de mejora para avanzar hacia este modelo y c) habilitar un Punto de Voz que permita la participación de personas usuarias y familias de los servicios en la mejora del centro y en la Estrategia CuidAs.

En la actualidad se han adherido a la red CuidAs en la modalidad de centros/servicios comprometidos un total de 150 recursos. De ellos 33 ya cuentan con el diploma que les reconoce como “Centros/servicios comprometidos CuidAs”, lo cual, les permite lograr un certificado y un logo que acredite su pertenencia a la red CuidAs en esta modalidad.

### Apoyos a lo largo de este proceso

Como ya se ha dicho, los centros y servicios precisan de apoyos para liderar este proceso de mejora o transformación. En estos tres años se han ido creando de forma progresiva distintos apoyos. En la actualidad se ofrecen de forma complementaria las siguientes actuaciones de apoyo para aquellos centros y servicios comprometidos en este proceso.

- a) *Guías CuidAs*. En el inicio de este proyecto se elaboraron un total de cinco guías para que los centros y servicios pudieran tener documentos que guiaran las actuaciones que debían emprender. Concretamente existen un total de cinco guías que orientan este proceso<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Guía 1. Cómo liderar el cambio. Avanzando hacia el modelo orientador; Guía 2. La autoevaluación participativa del centro o servicio; Guía 3. El plan de mejora del centro o servicio; Guía 4. Puntos de voz en el cuidado. Disponibles en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).

- b) *Asesoramiento y seguimiento* por parte de varios técnicos de los servicios de inspección y calidad.
- c) *Talleres de apoyo para el desarrollo de habilidades*. En el año 2025 se ofrecen tres talleres: Taller 1 “Cómo realizar la autoevaluación participativa” (3 horas); Taller 2 “Cómo redactar un plan de mejora” (2 horas); Taller 3 “Avanzar, herramienta para la revisión participativa de las prácticas cotidianas desde el marco de la atención centrada en la persona” (3 horas).
- d) *Espacios de encuentro e intercambio*. En el año 2025 se van a organizar espacios presenciales para que los profesionales puedan intercambiar experiencias, logros y dificultades en el proceso de avance en torno a temas específicos.
- e) *Programas de facilitación en liderazgo y equipos*. Se están desarrollando, de forma progresiva actuaciones dirigidas a los grupos motores de centros y servicios dirigidas a dispensar conocimientos básicos y habilidades en relación al liderazgo y el trabajo en equipo.

## El catálogo de Buenas Prácticas CuidAs

El Catálogo de Buenas Prácticas CuidAs<sup>27</sup> tiene el propósito de identificar, reconocer y difundir las actuaciones valiosas realizadas en centros, servicios y entidades relacionadas con el cuidado de larga duración en Asturias. Su visibilidad, además de poner en valor el trabajo bien realizado, contribuye a transferir conocimiento a otros entornos y recursos.

Existe un procedimiento que regula el envío, valoración y aceptación de las iniciativas que se van presentando. La valoración se realiza a través de una comisión técnica que cuenta con la participación de aliados/as de la red CuidAs. Las prácticas mejor puntuadas tienen la opción de posteriormente ser evaluadas por la comisión de Conocimiento de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar con la posibilidad de ser certificadas como prácticas excelentes.

Es un catálogo abierto que se actualiza según se van recibiendo iniciativas y en la actualidad figuran en el mismo un total de 34 Buenas Prácticas. Las prácticas se muestran en un formato abreviado y de fácil lectura. Para quienes posteriormente deseen conocer con mayor detalle la experiencia se facilitan los datos de una persona de contacto con el centro, servicio o entidad.

## Documentación CuidAs

El conocimiento que se va creando en el marco de transformación que promueve la Estrategia CuidAs es documentado y es difundido no solo a los miembros de la Red CuidAs sino de forma abierta a través del CDSSA<sup>28</sup>. Es un conocimiento que se genera mayoritariamente, aunque no exclusivamente, en los grupos de trabajo de la Red CuidAs.

Se comparten diferentes tipos de publicaciones:

- a) *Guías CuidAs*. Son documentos a modo de manual, de extensión variable, para orientar a equipos ante ciertas actuaciones que propone el marco CuidAs. En la actualidad hay disponibles un total de 5 guías<sup>29</sup> y otras se encuentran en proceso de elaboración por parte de diferentes GOES.
- b) *Decálogos CuidAs*. Se trata de documentos breves que recogen una serie de consideraciones básicas sobre temas que se consideran relevantes diseñados, especialmente, para sensibilizar y facilitar una primera reflexión sobre el tópico que abordan. Actualmente se han editado dos decálogos: *Hacia una nueva mirada en el cuidado, desterrando mitos*<sup>30</sup> y *Buena praxis en la acción intergeneracional*<sup>31</sup>.

27 Catálogo de Buenas Prácticas CuidAs disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).

28 Centro de documentación de servicios sociales de Asturias, dependiente de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. <https://socialasturias.asturias.es/cdssa>

29 Guías CuidAs disponibles en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es): Guía 1. Cómo liderar el cambio. Avanzando hacia el modelo orientador; Guía 2. La autoevaluación participativa del centro o servicio; Guía 3. El plan de mejora del centro o servicio; Guía 4. Puntos de voz en el cuidado; Guía 5. Un proyecto innovador en cuidados de larga duración; y Guía 6. Los grupos operativos de elaboración (GOES).

30 Decálogo *Hacia una nueva mirada en el cuidado de larga duración. Desterrando mitos*. Disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).

31 Decálogo *Buena praxis en la acción intergeneracional*. Disponible en [socialasturias.asturias.es](https://socialasturias.asturias.es).



- c) *Documentos de consenso CuidAs*. Son documentos que pretenden ofrecer consideraciones ante temas que suscitan debate o dificultad en el cuidado, buscando consenso tras un proceso reflexivo realizado en grupos de composición plural.
- d) *Proyectos innovadores CuidAs*. Se comparten en formato resumido aquellos proyectos que son considerados innovadores en el cuidado de larga duración y son miembros de la Red Cuidas.
- e) *Proyecto de investigación*. Se difunden aquellos estudios realizados en el marco de la estrategia CuidAs que han contado con financiación pública.
- f) *Buenas prácticas*. Como se ha señalado anteriormente, recogidas en el catálogo CuidAs de buenas prácticas.

#### [0.4.4]

#### **Evaluar desde una nueva mirada**

Las administraciones públicas competentes tienen la responsabilidad de conocer, controlar y apoyar la calidad de la atención de los centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración.

Transformar el cuidado de larga duración requiere una mirada diferente en la evaluación de los servicios. No es algo infrecuente que los sistemas de información y evaluación, diseñados habitualmente por empresas expertas en tecnología, acaban imponiendo un modelo de atención alejado del marco que defendemos. Y la lógica ha de ser la inversa, ya que los sistemas de registro y evaluación son solo instrumentos, simples medios que han de estar al servicio del modelo de calidad en el que queremos avanzar. La evaluación debe ser coherente con el modelo de atención que se pretende impulsar y debe ir más allá de la normativa y exigencias vinculadas a condiciones materiales y organizativo-funcionales. Es decir, el objetivo no debe ser el aseguramiento o inspección de condiciones mínimas que deben tener los servicios que prestan cuidados, sino apoyar a los servicios en su avance hacia modelos de excelencia que promuevan una atención vinculada a la calidad de vida de las personas.

El área 5 de la estrategia CuidAs se dedica a la evaluación de la calidad de la atención y transparencia. Como se puede ver en el Cuadro 10, incluye distintas medidas articuladas en dos líneas de acción: información actualidad y evaluación periódica de la calidad de la atención y acción inspectora. Cabe destacar la medida nº 94 que se dirige a la elaboración y puesta en marcha de un sistema de calidad acorde al modelo orientador CuidAs. Un sistema que permita conocer el grado de avance en el modelo orientador propuesto y apoyar a los centros y servicios en la mejora continua.

**Cuadro 10.**  
**Área 5 del plan de acción 2021-2027 de la Estrategia Cuidas. Líneas de acción y medidas.**

LÍNEA DE ACCIÓN	MEDIDAS
<b>5.1. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención</b>	<p>93. Diseño de un sistema de información compartida y actualizada de obligatoria cumplimentación para los centros y servicios con financiación pública, incluyendo un sistema de generación de alertas y detección temprana de mala praxis.</p> <p>94. Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación (interna y externa) de los diferentes servicios basado en estándares de calidad e indicadores, acorde al nuevo modelo de atención en CLD.</p> <p>95. Publicación en sitios web de los resultados de la evaluación periódica de los centros y servicios que ofrecen CLD.</p> <p>96. Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación y apoyo del cuidado no profesional.</p> <p>97. Dotación y organización de efectivos habilitados para realizar evaluaciones periódicas de la calidad de los centros y servicios (personal público de servicios sociales y salud).</p>

## 5.2. Acción inspectora

98. Incremento de la dotación del cuerpo de inspectores/as.
99. Intensificación del número de inspecciones anuales de oficio y monográficas.
100. Modernización de medios técnicos del servicio de inspección.
101. Elaboración de planes anuales de inspección alineados con la Estrategia CuidAs.
102. Revisión y endurecimiento de las medidas sancionadoras en relación a incumplimientos laborales y asistenciales por parte de centros y servicios que prestan CLD.
103. Inhabilitación de profesionales para prestar cuidados, así como en su caso de titulares de servicios para operar en el sector, tras la constatación de infracciones de especial gravedad como delitos de maltrato.
104. Realización de inspecciones coordinadas (servicios sociales y salud) en centros o servicios que dispensan CLD para el control y la actuación sin demora ante situaciones de riesgo.
105. Desarrollo de la figura de colaboradores/as voluntarios/as con el Servicio de Inspección y Calidad (personas mayores, personas con discapacidad y familiares).

## El sistema de evaluación CuidAs

El sistema de evaluación CuidAs<sup>32</sup> pretende introducir la evaluación periódica de centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración con el objetivo principal de tener información y resultados relacionados con la calidad dispensada.

Toma como referencia el modelo orientador CuidAs, sus cinco pilares y sus 25 criterios, incluyendo tres tipos de evaluación y diferentes instrumentos de medida:

- a) La evaluación interna de los centros y servicios. Para ello se ha facilitado una metodología cualitativa para que los centros y servicios realicen autoevaluaciones participativas (contando no solo con profesionales, sino también con personas usuarias y familias) sobre el grado de avance en los 25 criterios del modelo CuidAs. Se ha elaborado una guía que describe la metodología. Se trata de una evaluación interna cualitativa, en la que no solo se reflexiona sobre el grado de avance en los distintos criterios, sino que conduce a identificar propuestas viables para la mejora en cada uno de ellos. Esta metodología es aplicable en centros residenciales, en centros de atención diurna y en servicios de ayuda a domicilio.
- b) La evaluación externa de los centros y servicios. Se realiza a través de una batería de estándares de calidad que han sido diseñados para cada tipo de centro o servicio. Cada estándar es evaluado por evaluadores externos, a través de un procedimiento que incluye visitas in situ al recurso, observación de distintos momentos de vida cotidiana y entrevistas con responsables, personas usuarias, familias y profesionales. Cada estándar es puntuado en una escala de cinco grados que indican su desarrollo (0. No iniciado, 1. Desarrollo inicial, 2. Desarrollo medio, Desarrollo avanzado y 4. Excelencia), gradación que se decide según la medición de los distintos indicadores establecidos para cada estándar. Los manuales para los evaluadores externos recogen todas estas consideraciones.

La principal novedad de este sistema es que incluye tres tipos de indicadores: a) Indicadores de alcance o extensión; b) Indicadores de buena praxis y c) indicadores de alerta, logrando de este modo evaluaciones que incluyen aspectos cualitativos sobre cómo se realiza la atención. Los indicadores que se refieren a aspectos cualitativos tienen un peso esencial para la determinación del nivel de desarrollo alcanzado por el centro o servicio en cada estándar.

- c) Los resultados en las personas. Unos provienen de la opinión de las personas usuarias, familias y profesionales de atención directa sobre la atención dispensada. Para ello se ha creado un cuestionario de satisfacción que permita recoger la opinión de personas usuarias y familiares. Otros se obtienen de escalas validadas que ofrecen información de las personas y sus entornos (calidad de vida de las personas que reciben cuidados, clima laboral, etc.)

Los instrumentos de evaluación de nueva creación (estándares para la evaluación externa y cuestio-

<sup>32</sup> Es un nuevo sistema todavía sin aprobar, en el cual se lleva trabajando los dos últimos años. Se ha desarrollado con la participación de miembros de Red CuidAs y contando con la asesoría experta de la Universidad de Oviedo (Grupo investigación de evaluación psicométrica. Facultad de psicología).

narios de opinión) han sido diseñados específicamente para el marco CuidAs siguiendo un proceso científico de validación<sup>33</sup>.

El sistema de evaluación CuidAs pretende poder clasificar a cada centro o servicio en distintas categorías o niveles. Se formulará un modelo final que incluya y otorgue peso a los datos que se obtengan de estas diferentes evaluaciones, algo que se pretende realizar con el consenso de distintos agentes. De este modo, cada centro/servicio evaluado obtendrá una calificación global, así como información referida al avance en los cinco pilares del modelo CuidAs, señalando en cada uno de ellos las fortalezas y avance logrado, así como las debilidades y los aspectos a mejorar.

### Proceso seguido en el diseño del sistema de evaluación y sus instrumentos de evaluación

En el Cuadro 11 se muestra la secuencia que se está siguiendo para el diseño de este nuevo sistema de evaluación y la elaboración de los instrumentos de nueva creación. Un proceso que además de seguir un proceso científico, ha buscado la participación de distintos actores implicados en la atención en centro servicios.

Se ha iniciado el diseño de instrumentos para ser aplicados en centros residenciales (tanto de personas mayores como de personas con discapacidad) y se continua con la adaptación de estos para otros recursos de atención diurna y servicios de ayuda a domicilio.

**Cuadro 11.**  
**Proceso para elaborar el sistema de evaluación CuidAs y sus instrumentos de evaluación**

1/ Diseño inicial de la primera batería de estándares residenciales (GOE Red CuidAs).
2/ Diseño inicial cuestionarios de opinión para residentes y familias (Grupo EP-Uniovi).
3/ Recogida de información sobre las características de calidad de centros y servicios (formularios on line y preguntas a centros/servicios): personas usuarias, familias, profesionales y ciudadanía.
4/ Aplicación de los instrumentos de evaluación externa de los estándares por parejas de evaluadoras en una muestra de 15 centros residenciales.
5/ Aplicación de los cuestionarios de satisfacción residencial en una muestra de centros residenciales (+ 600 respuestas).
6/ Celebración de seminarios de expertos para la validación de los estándares de atención residencial.
7/ Estudio del análisis de la validez de contenido y fiabilidad de las distintas pruebas.
8/ Versión final de los estándares residenciales y cuestionarios.
9/ Elaboración del manual de evaluación externa de centros residenciales.
10/ Adaptación de estándares y cuestionarios a centros de atención diurna y SAD (GOES Red CuidAs).
11/ Celebración de seminarios de expertos para la validación de los estándares de atención diurna y SAD.
12/ Elaboración de los manuales de evaluación externa de centros de atención diurna y SAD.
13/ Formulación del modelo final.
14/ Pilotaje en centros y servicios.

<sup>33</sup> Este proceso ha sido orientado y supervisado por el Grupo de Investigación Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo y ha realizado el análisis de las propiedades psicométricas de las pruebas creadas.

Los primeros instrumentos elaborados se han centrado en los recursos residenciales (personas mayores y personas con discapacidad). Concretamente se han diseñado dos instrumentos: una batería de estándares para la evaluación externa y cuestionarios de opinión para personas usuarias y familias.

La batería de estándares de evaluación de la atención residenciales se compone de un total de 23 estándares (Cuadro 12). Cada estándar se ha resumido en una ficha que recoge su definición, los indicadores para su evaluación y los criterios de decisión para decidir el grado de avance en el mismo.

**Cuadro 12.**  
**Estándares para la evaluación de la atención residencial**

<b>PILAR I. SALUD INTEGRAL</b>	ER1. Valoración integral. ER2. Servicios de atención integral. ER3. Cuidados básico y estado de salud de las personas. ER4. Plan personalizado de apoyo/atención.
<b>PILAR II. SEGURIDAD</b>	ER5. Identificación y prevención de riesgos. ER6. Actuación ante la mala praxis y/o sospecha de maltrato. ER7. Cuidado libre de sujeciones. ER8. Equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar.
<b>PILAR III. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA</b>	ER9. Historia de vida. ER10. Autodeterminación, apoyo al proyecto de vida y personalización de la atención. ER11. Trato y comunicación. ER12. Protección de la intimidad.
<b>PILAR IV. ENTORNO FACILITADOR DE VIDA SIGNIFICATIVA</b>	ER13. Accesibilidad y promoción de la independencia. ER14. Actividad cotidiana con sentido. ER15. Espacio físico hogareño. ER16. Familia y amistades. ER17. Rol y vida en la comunidad.
<b>PILAR V. CULTURA, LIDERAZGO Y ORGANIZACIÓN</b>	ER18. Diseño residencial modelo hogareño. ER19. Cultura y liderazgo ACP. ER20. Profesionales y equipos. ER21. Profesional de referencia con cometidos ACP. ER22. Coordinación con otros sistemas del entorno. ER23. Evaluación y participación.

Se ha analizado la validez de contenido de los mismos, teniendo en cuenta para ello no solo la opinión de expertos/as sino también las consideraciones sobre los principales aspectos que definen la calidad de la atención en estos centros según el criterio de los principales actores (profesionales, personas usuarias, familias). También se ha estudiado la fiabilidad inter-jueces; tras ser aplicados por parejas de evaluadoras en una muestra de 15 centros. Los resultados de este estudio<sup>34</sup> indican que se cuenta con un conjunto de estándares con propiedades psicométricas adecuadas para realizar evaluaciones rigurosas.

Como se ha señalado, en la actualidad estos estándares están siendo adaptados para su uso en centros de atención diurna y servicios de ayuda a domicilio, cometido que se están desarrollando por grupos de profesionales miembros de la red CuidAs. Una propuesta técnica que posteriormente deberá recabar el consenso con los proveedores de servicios y contar con una nueva normativa que proporcione el necesario sustento legal.

<sup>34</sup> Informe de resultados no publicado.

## [0.5]

**Definición de buena práctica y ficha estandarizada de recogida de datos**

En este manual, se considera buena práctica aquella experiencia o intervención que, tras haber sido implementada durante un tiempo suficiente para ser evaluada, ha supuesto una innovación respecto a la forma habitual de actuar. Además, ha generado resultados positivos y aprendizajes relevantes, y se valora su potencial para ser replicada en otras organizaciones o contextos con un éxito equivalente.

Estas prácticas han proporcionado aprendizajes valiosos a quienes las han desarrollado. Por ello, se considera fundamental reconocerlas, difundirlas y compartirlas, de manera que otros centros y servicios puedan beneficiarse de la experiencia acumulada y de las lecciones aprendidas.

Para la recopilación de datos, se ha utilizado la misma ficha estandarizada empleada en ediciones anteriores del manual de buenas prácticas, con una pequeña adaptación para ajustarse al marco de la edición actual (Cuadro 13). Dado que uno de los enfoques de esta edición es la personalización de los servicios sociales en Gipuzkoa, la ficha de esta publicación incluye un campo específico que vincula cada buena práctica con los principios recogidos en la *Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa*.

**Cuadro 13.**  
**Ficha estandarizada para la recogida de datos**

CAMPO	DESCRIPCIÓN
Denominación	Nombre de la buena práctica.
Entidad	Entidad o entidades responsables. En su caso, indicar los diferentes tipos o niveles de participación de cada una de ellas.
Tiempo de desarrollo o implementación	Fecha en que se comenzó a desarrollarse o en que se pusieron en marcha sus elementos más significativos, así como el periodo que lleva desarrollándose.
Lugar o cobertura geográfica	Municipio(s), comarca(s) u otros ámbitos geográficos en los que se ha desarrollado.
Partes implicadas	Además de la entidad y los grupos destinatarios, otras entidades, instituciones o colectivos que se han implicado.
Población destinataria	Grupo de personas a las que se dirige.
Descripción general	Resumen de sus principales características.
Objetivos	Resultados esperados.
Metodología	Planteamiento metodológico utilizado.
Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa	Principios en los que principalmente se fundamenta la buena práctica:
Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica	Aspectos especialmente significativos para considerar que es una buena práctica novedosa.
Eficacia y beneficios para las partes interesadas	Información cuantitativa o cualitativa que permite valorar su eficacia, en base a los elementos o indicadores que se están midiendo. Beneficios obtenidos por las partes interesadas: personas usuarias, entidad, profesionales, otras entidades, asociaciones, instituciones.

Lecciones aprendidas y factores de éxito	Principales lecciones aprendidas y factores que han contribuido de manera más significativa a los resultados positivos.
Transferibilidad	En qué medida se considera que es replicable y qué elementos (metodologías, herramientas, procesos...) pueden ser transferidos. En qué tipo de organizaciones o sectores se considera que es especialmente replicable (principales sugerencias para aquellas entidades que se planteen replicarla).
Información adicional	Referencias de artículos, libros, vídeos o páginas web en las que se ofrece información sobre la buena práctica o aspectos relacionados con ella.
Autoría de la ficha	Nombre, apellidos y cargo de la persona o personas que han redactado la ficha.
Datos de contacto	Dirección de correo electrónico de la persona de referencia para cualquier consulta referida a la buena práctica.

Fuente: Elaboración propia.





## [0.6]

**Experiencias de personalización  
en cuidados, apoyos y comunidad**

En este último capítulo se presentan ocho buenas prácticas relacionadas con los cuidados, los apoyos y la inclusión en la comunidad desde un enfoque de atención personalizada. Las entidades que participan en este manual han desarrollado en los últimos años una importante labor para impulsar e implementar la atención centrada en la persona en sus organizaciones, desde diversas perspectivas.

Algunas de estas iniciativas están orientadas a la mejora de los procesos de trabajo, otras a la aplicación de metodologías y técnicas innovadoras, y otras implican la creación de nuevos servicios. Las experiencias se agrupan en dos grandes bloques: buenas prácticas en centros —en este caso, residencias para personas mayores— y buenas prácticas en servicios de acompañamiento y comunitarios. Aunque se dirigen a distintos grupos poblacionales (personas mayores, personas en situación o riesgo de exclusión o con enfermedad mental), su clasificación responde a los objetivos y tipos de servicios del sistema de servicios sociales, sin segmentación por ámbito de actuación o contingencia específica, con el fin de ofrecer una mirada transversal.

Este catálogo no refleja, en ningún caso, todas las buenas prácticas puestas en marcha en esta materia en el territorio de Gipuzkoa. Las experiencias aquí recogidas constituyen aquellas presentadas en la quinta edición de las jornadas de buenas prácticas.



## [0.6.1]

### **Buenas prácticas en centros: la personalización en el recorrido vital de las personas**

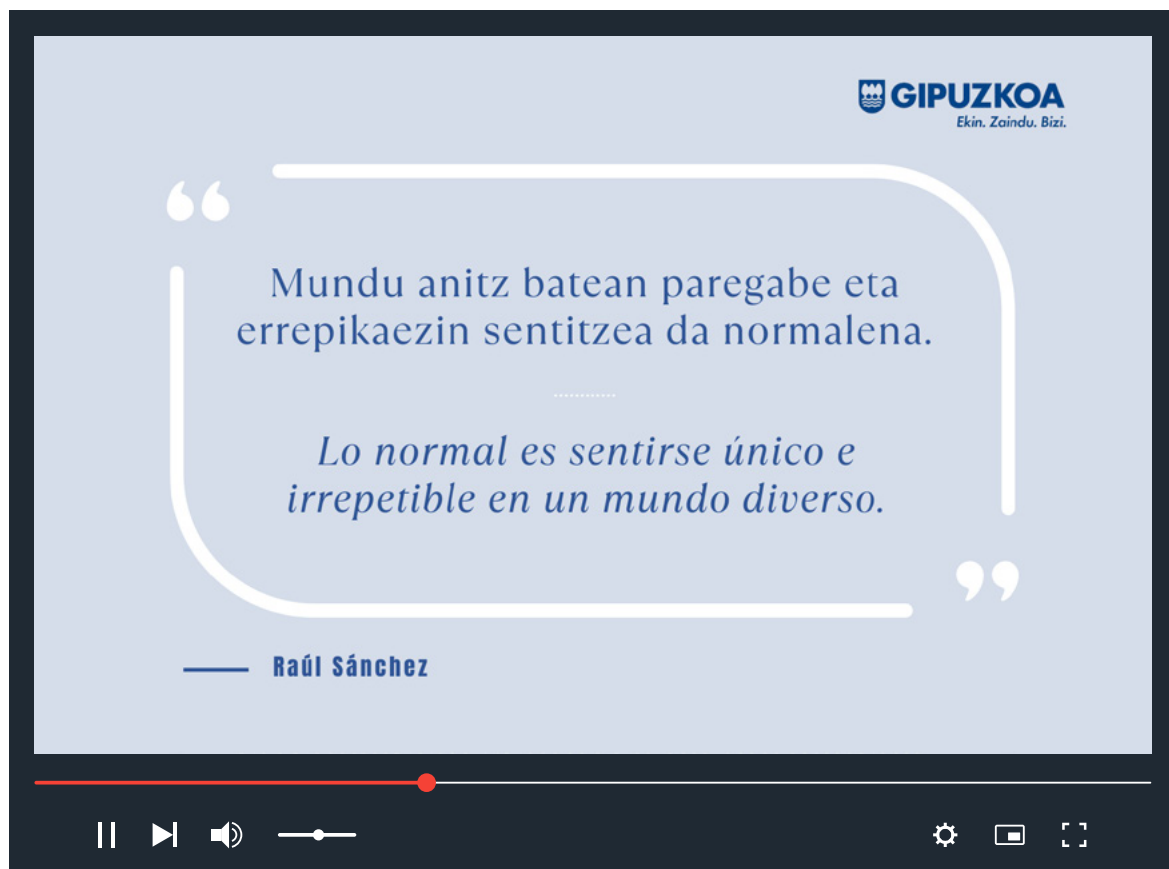
A continuación, se presentan cuatro buenas prácticas centradas en la personalización de la atención en centros, que reflejan el recorrido vital de las personas desde su ingreso hasta el final de la vida. Estas iniciativas ponen el foco en la experiencia individual de quienes reciben atención, abarcando distintas etapas de su estancia en los centros.

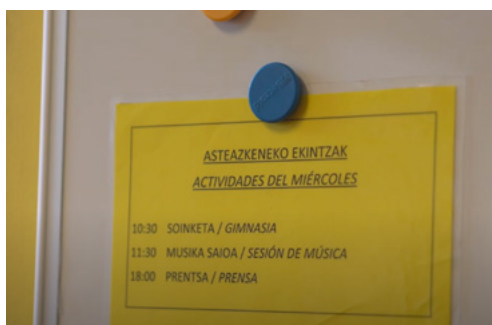
El proceso contempla desde la solicitud de ingreso, la mudanza y la adaptación al nuevo entorno, hasta la vida cotidiana en el centro, haciendo especial énfasis en la planificación centrada en la persona, las actividades significativas y el papel de las familias. Finalmente, se abordan los momentos del final de la vida, asegurando un acompañamiento respetuoso y humanizado.

Antes de detallar cada una de las cuatro buenas prácticas orientadas a estos objetivos, se incluyen ilustraciones elaboradas por Fundación EDE que, desde la perspectiva de la persona, representan visualmente este recorrido.

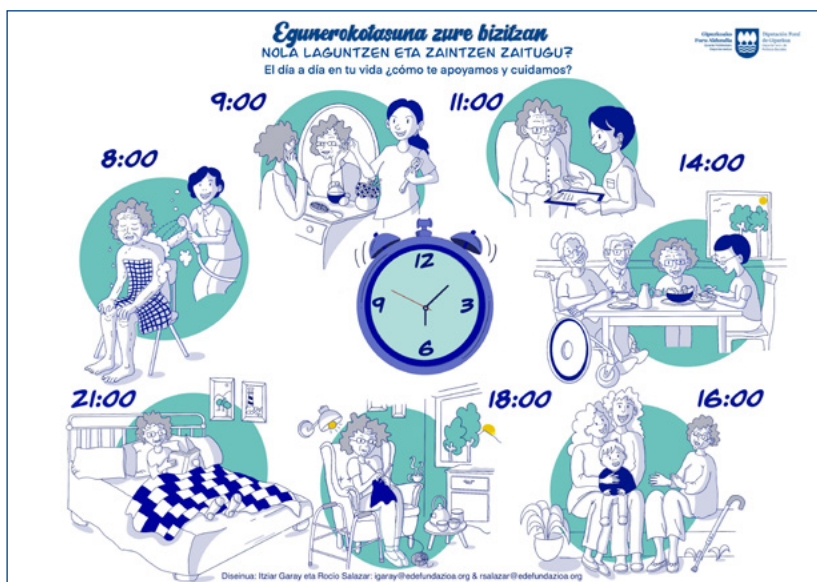
Además, como parte de la iniciativa para reconocer, visibilizar y difundir estas experiencias, se ha producido un vídeo en el que las propias personas residentes participan activamente en cada una de estas buenas prácticas.

### **Accede al vídeo de buenas prácticas**









## **Preparación del proceso de cambio de hogar.**

*Centro Petra Lekuona, Fundación Matia.*

### **Tiempo de desarrollo o implantación**

El desarrollo de esta práctica dio inicio en diciembre de 2023, como resultado de los hallazgos obtenidos en diversos espacios de reflexión. Los primeros avances fueron realizados en 2024, y actualmente seguimos trabajando en su implementación.

### **Lugar o cobertura geográfica**

A nivel local, la actividad se ha llevado a cabo en el centro Petra Lekuona de la Fundación Matia, situado en Oiartzun. La revisión del proceso de llegada al centro ha sido propuesta y ejecutada por el propio equipo del centro.

### **Partes implicadas**

En esta práctica está implicada toda la plantilla que participa en el proceso de acogida, incluyendo los perfiles de trabajo social, enfermería, medicina, atención directa, fisioterapia y la persona cuidadora referente.

### **Población destinataria**

Personas que vendrán al centro en un futuro próximo y sus familias.

### **Descripción general**

Esta práctica consiste en preparar el proceso de cambio de hogar de aquellas personas que, en un periodo cercano, van a trasladarse al centro Petra Lekuona de Oiartzun, mediante una planificación cuidada y respetuosa de la transición al centro.

A este primer proceso se le solía llamar “ingreso”, pero la propia palabra nos remite a otros contextos con connotaciones negativas (ingreso hospitalario, ingreso en prisión). Siendo conscientes de la importancia del lenguaje, hemos optado por referirnos a él como “cambio de hogar” (mudanza).

El objetivo del proceso es minimizar el impacto emocional del cambio de hogar, facilitando la adaptación de la persona al nuevo entorno y garantizando, desde el primer momento, una acogida adecuada, así como la comprensión y aceptación de este proceso por parte de quien lo vive.

Con respecto al proceso de entrada al centro, en un primer momento, es el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales quien nos comunica qué personas de la lista de espera pueden acceder al centro. A partir de ahí, recogemos las expectativas, dudas y miedos que han expresado esas personas o sus familias tras recibir la llamada de la Diputación Foral de Gipuzkoa. En ese momento, desde el centro nos ponemos en contacto con la persona o con su entorno familiar, y concertamos una cita para realizar una visita a su domicilio. Hasta la fecha, se han visitado 16 viviendas en Irún, Errenteria, Pasaia, Lezo y Oiartzun.

La necesidad de situar en el centro a la persona protagonista del proceso de cambio de hogar fue lo que nos impulsó a poner en marcha esta práctica. Hasta ahora, la entrevista y el intercambio de información previos a la entrada en el centro se realizaban casi siempre con la familia, y rara vez con la futura residente. En muchos casos, con la intención de “proteger” a la persona, era la familia quien le informaba sobre la mudanza apenas el día anterior a su llegada, vulnerando así su derecho y dificultando la asimilación del momento de entrada al centro.

## Objetivos

El objetivo principal es minimizar el impacto emocional del cambio de hogar, facilitando la adaptación y garantizando una acogida adecuada desde los primeros momentos.

## Metodología

Tal y como se ha señalado en la descripción, este proceso de mudanza se estructura en tres fases principales, en cada una de las cuales se abordan determinados elementos.

### *Visita al domicilio de la persona*

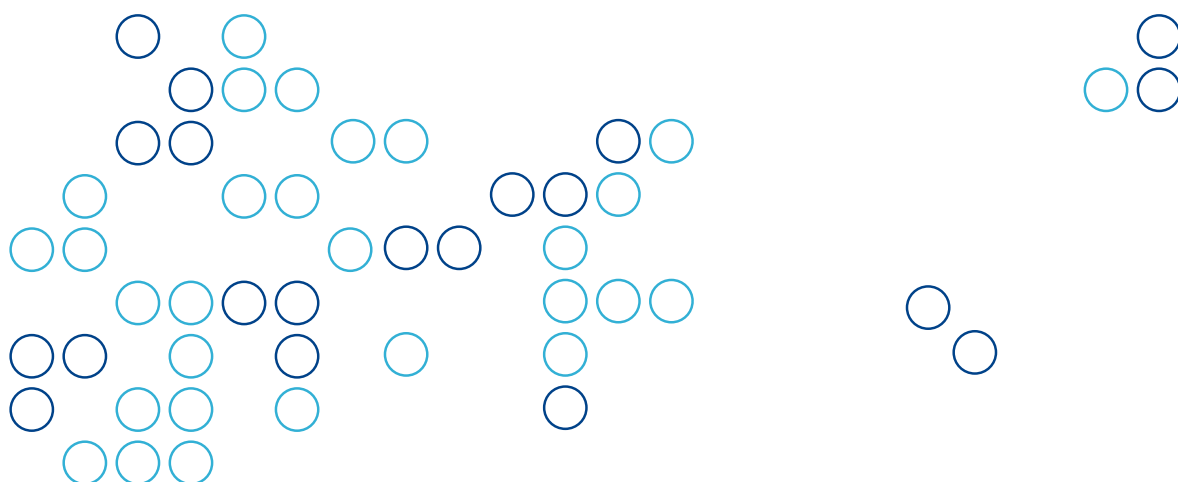
Para que la persona sea la protagonista de su propio proceso, las y los profesionales del centro realizan visitas a su domicilio. Nos acercamos al hogar de cada persona que tiene previsto trasladarse al centro.

Durante esta visita, nos centramos en aclarar los miedos, las dudas y las preocupaciones de la persona, ofreciéndole la oportunidad de ratificar la decisión que previamente tomó, asegurando que pueda mantener el control sobre la decisión del cambio de hogar.

En su espacio doméstico, recogemos las características y los elementos significativos que forman parte de su identidad, como la historia de vida o las particularidades del espacio íntimo, entre otros. Obtener este conocimiento permite una elección más adecuada y ajustada del espacio que la persona tendrá en el centro, tomando como base sus valores y posibles referencias culturales.

Asimismo, a la persona se le indica que el cambio de domicilio se acerca y se le ayuda a preparar los muebles u otros objetos que desee trasladar al centro. En este punto, más que ofrecer dicha opción, destacamos la importancia de llevar a cabo el proceso tanto con la persona como con la familia, ya que, en ocasiones, no lo consideran tan necesario o importante.

Conocemos las preferencias de la persona, sus costumbres, cultura, valores y los aspectos importantes de su vida, y tratamos de integrarlos en la residencia para que pueda seguir desarrollándolos. Antes de la implementación de esta práctica, nos enfocábamos principalmente en otras necesidades de cuidado, relegando a un segundo plano aquellas relacionadas con la identidad, los deseos y las expectativas de la persona. Además, procuramos conocer su barrio y entorno. Teniendo en cuenta sus lugares y rutas habituales, se fomenta la posibilidad de que pueda ir a ellos de forma regular.





### Visita al centro

Tras la visita al domicilio, la persona y su familia se trasladan al centro, donde tienen la oportunidad de conocer la habitación que ocupará, visitar otros espacios, recibir información sobre los servicios disponibles y establecer un primer contacto con otras personas residentes. De este modo, la persona empieza a situarse y a crear conexiones con su futuro hogar. Si la persona ya conoce a alguien en la residencia, podrá recibir información sobre su llegada, siempre que la persona así lo desee.

Antes de realizar el cambio, también destacamos la importancia de que la persona traiga sus objetos personales. En aquellos casos en los que esto se lleva a cabo, la persona y su familia encontrarán la habitación como su nuevo hogar y un espacio conocido, que reflejará las características de su identidad.

### Llegada

El día de la llegada se dejan de lado los aspectos administrativos, y la valoración del personal de recepción y/o enfermería se realiza directamente en el dormitorio de la persona o en su planta. Se ha eliminado la ronda que anteriormente se realizaba desde las oficinas.

El conocimiento previo que la persona ha tenido sobre el lugar y algunas de las personas residentes facilita este momento de la mudanza. Esto ayuda a que la persona afronte el difícil momento de dejar su casa y minimiza el impacto emocional que puede suponer el cambio de domicilio al centro.

Durante los primeros días y semanas que la persona pasa en el centro, los y las profesionales que han estado en su casa se acercan especialmente a ella para apoyarla en el cambio y asegurarse de que dispone de los elementos necesarios. Al mismo tiempo, informamos a la familia al día siguiente sobre cómo ha transcurrido las primeras horas, y nos acercamos más a la persona durante los primeros días para seguir apoyándola.

### Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

Esta iniciativa se basa principalmente en los siguientes principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☐ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☐ Inclusión social
- ☐ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☒ Derecho a la orientación y a la información

### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Acercarse a la persona observando su identidad, sus costumbres y sus espacios, para darles seguimiento o para acceder a los recursos que lo posibiliten. Es decir, adaptar el centro a sus necesidades y no al revés.

### **Eficacia y beneficios para las partes interesadas**

En relación con los principales resultados y beneficios de la buena práctica, cabe destacar lo siguiente:

- La transición a la residencia se lleva a cabo mediante una planificación cuidadosa y respetuosa. El objetivo principal es minimizar el impacto emocional del cambio de hogar, al mismo tiempo que facilitamos la adaptación y tratamos de garantizar una acogida adecuada desde el primer momento.
- Las personas que realizan el cambio de hogar son las protagonistas de sus decisiones. Están en el centro del proceso desde el inicio hasta el final y tienen la posibilidad de decidir cómo llevarlo a cabo.
- Las personas y las familias nos han comunicado que experimentan la transición como un proceso cálido y cercano. Se facilita la integración de partes de su vida en el nuevo entorno y han expresado que han recibido una acogida adecuada y afectuosa.
- En el caso de las familias, hemos comprobado que este enfoque les ha sido útil. También han valorado positivamente la visita del personal a los domicilios. El conocimiento anticipado, con nuestra ayuda, de que el cambio de hogar se acerca y la aclaración de las dudas que surgen en los momentos previos han contribuido a hacer el proceso más llevadero.
- Un aspecto especialmente significativo de la práctica es que el personal salga del centro y se desplace al hogar de la persona. Entramos en su casa y nos aseguramos de que en la residencia exista un espacio que acoja y dé continuidad a aquello que la persona considera esencial de su hogar. El agradecimiento y las valoraciones de quienes han participado en la práctica indican que hemos logrado mejorar el proceso. También hemos recibido impresiones similares por parte de las familias, que han reconocido los beneficios de este enfoque.
- La humanización de este momento vital ha sido el principal beneficio, especialmente para las personas protagonistas, pero también para sus amistades, familiares y profesionales.
- Esta experiencia nos ha mostrado al equipo que es posible realizar cambios significativos con recursos limitados.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

Las personas y las familias nos han expresado que llevar a cabo el proceso de esta manera les ha ayudado mucho a suavizar ese momento difícil y a tener un sentimiento de protección.

### **Transferibilidad**

Consideramos que esta práctica puede desarrollarse en otros centros. Algunos elementos que se pueden tener en cuenta para ello son los siguientes:

- Se requiere una inversión de tiempo algo mayor que la que se dedicaba previamente al proceso, especialmente en lo relativo a los desplazamientos. La participación de dos profesionales en las visitas a los domicilios implica sumar el tiempo de esa segunda persona, ya que anteriormente era únicamente la trabajadora social quien realizaba la primera entrevista.
- La exclusión de tareas burocráticas en momentos más críticos del proceso no conlleva consecuencias negativas; al contrario, la concesión de permisos o la lectura y la elaboración de documentos, entre otras tareas, se pueden realizar con mayor tranquilidad.
- Esta práctica ha implicado también una reorganización del trabajo del personal de recepción, ya que se han ofrecido visitas al centro durante el fin de semana para las personas y sus familias, aunque no siempre son durante el fin de semana.

- La valoración de enfermería en la propia habitación requiere únicamente un ordenador portátil como recurso adicional, sin necesidad de más infraestructura.

### **Información adicional**

- Página web de referencia: <https://www.matiafundazioa.eus/es/centros/petra-lekuona>
- Proyecto "Como en Casa": <https://www.comoencasa.eus/eu>

### **Autoría de la ficha**

- Begoña Goialde Aizpurua, trabajadora social del centro Petra Lekuona.

### **Datos de contacto**

- Begoña Goialde  
Email: [begona.goialde@matia.eus](mailto:begona.goialde@matia.eus)

## **Implicación de las familias y grupos de apoyo en la vida cotidiana de los centros.**

*Fundación Zorroaga.*

### **Tiempo de desarrollo o implantación**

En desarrollo desde 2014.

### **Lugar o cobertura geográfica**

Local. En el centro de Zorroaga de Donostia-San Sebastián, en el edificio de Pagoeta, donde están las personas con dependencia.

### **Partes implicadas**

En esta iniciativa están implicados, además de las familias protagonistas, los siguientes agentes:

- Las personas residentes de manera transversal e indirecta.
- Una o un familiar veterano, como agente inspirador para otras y otros familiares en el apoyo entre pares.
- Trabajadora social.
- Psicóloga.
- Enfermera.
- La persona responsable de planta (denominada "txoko" según la terminología habitual en Zorroaga).

### **Población destinataria**

Las personas familiares de las personas que se han mudado al centro de Zorroaga en el semestre anterior.

## Descripción general

Para Zorroaga Fundazioa las familias son, junto con las personas residentes, los agentes fundamentales de nuestro servicio, a los cuales ofrecemos una atención lo más individualizada posible, teniendo en cuenta las características de cada familia o persona cuidadora. Siempre se busca responder a sus necesidades y fomentar también su bienestar en el acompañamiento de su ser querido, enraizando una confianza hacia todo el personal que compone cada planta ("txoko") y el centro en su totalidad.

En 2014, quisimos enriquecer la atención que ya ofrecíamos, profundizando más en lo que implica ser familiar de un o una residente. Nuestro objetivo no era solo facilitar su adaptación a la dinámica del centro, sino también ofrecerles un momento y un espacio de maduración de sentimientos y pensamientos ante la decisión de ingresar a su ser querido en una residencia. Además, quisimos abordar la comprensión de la demencia, proporcionando herramientas para saber manejarla y aprender a acompañar a su ser querido con esta enfermedad. Asimismo, se quiso fomentar el apoyo y el conocimiento mutuo entre familiares desde una perspectiva vivencial.

Para todo ello, ofrecemos a las familias la oportunidad de participar en el programa "Adaptación de la familia al medio residencial". En él se reflexiona sobre qué supone el ingreso de un ser querido en una residencia y se intercambian impresiones; se analiza lo que es la demencia y se comparten vivencias que puedan normalizar muchos de los sentimientos que, en esos momentos, alguna de las personas participantes pueda estar experimentando.

Este programa ofrece una atención más centrada en las características propias del grupo familiar o del o la familiar de referencia de las personas residentes, brindando un contexto de apoyo más privado, de intercambio con otros y otras familiares, con el objetivo de fortalecer las habilidades personales y fomentar el acompañamiento a su ser querido.

## Objetivos

- Ahondar más en el proceso de adaptación al centro.
- Facilitar un medio para la expresión y elaboración de sentimientos ambivalentes, culpa, etc. con respecto al ingreso.
- Comprender la demencia.
- Aprender contenidos y habilidades de utilidad.

## Metodología

En general, esta iniciativa consta de tres grandes fases:

### 1. Fase de acogida

Consiste en una sesión, que se celebra semestralmente y tiene una duración aproximada de una hora y media. Hasta la fecha, se ha llevado a cabo en horario de tarde para adaptarse mejor a la disponibilidad de las familias. En ella participan la enfermera, el o la responsable de planta, la trabajadora social y la psicóloga.

El contenido se centra en abordar los sentimientos que surgen antes y durante el ingreso, haciéndoles ver que ellos y ellas también, al igual que sus seres queridos, pasan por un proceso de adaptación al centro, dirigido a conseguir delegar su cuidado basado en la confianza. Se plantean cuestiones como las siguientes:

- ¿Qué pensamientos y sentimientos surgen al ingreso?
- ¿Cuáles creemos que son los beneficios de ingresar en el centro?
- ¿Qué factores ayudan y obstaculizan la adaptación de la familia?

Se aporta una explicación sobre el proceso de adaptación que atraviesa una familia hasta lograr su integración en el medio. Se reflexiona sobre diversos tipos de respuesta que pueden dar las familias que encuentran dificultades en este proceso de adaptación.

El punto fuerte de esta fase es que contamos con la colaboración de un miembro familiar veterano, que comparte su vivencia y visión personal como familiar que en su momento decidió ingresar a su ser querido en la residencia, y por lo tanto pasó por lo mismo que otras familias ahora están pasando.

Este aspecto es fundamental para el **apoyo mutuo entre familiares**, quienes desempeñan un papel clave tanto en la atención de las personas residentes como en su propia adaptación al entorno residencial y al proceso de ingreso de un ser querido. Esta dinámica añade un valor significativo a la iniciativa, al fomentar el apoyo entre pares desde una perspectiva basada en la experiencia vivencial.

## 2. Fase psicoeducativa

Consiste también en una sesión, que se realiza al mes siguiente de la fase de acogida. De hora y media de duración y por la tarde. En este caso participamos los siguientes miembros del equipo: trabajadora social, responsable de planta, enfermera y psicóloga.

En este encuentro se buscan dos objetivos principales:

- a) Informar o aclarar conceptos sobre qué es la demencia, su diferencia con la enfermedad mental, qué es un deterioro cognitivo leve, qué supone la evolución en el proceso de la enfermedad, etc.
- b) Comprender los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia que pudieran darse o ya estén presentes, ofreciendo sugerencias y pautas ante su aparición.

## 3. Fase de apoyo

Esta fase comienza un mes después de la sesión de la fase psicoeducativa y consta de tres encuentros, celebrados con una periodicidad mensual.

Algunas de sus características son las siguientes:

- Cada encuentro tiene una duración aproximada de una hora y media, procurando que no se extienda más de dos horas. También se lleva a cabo por las tardes, dado que es cuando las familias tienen mayor disponibilidad.
- Las profesionales implicadas son la trabajadora social y la psicóloga.
- Su formato es más íntimo, en círculo, buscando la complicidad y la privacidad en el abordaje de aspectos más personales.
- En las fases anteriores, el formato es más formal. En esta fase, gracias al cambio en la disposición de las sillas y la posible introducción de algún detalle, como café o elementos similares, se crea un espacio y un ambiente en el que las familias no dudan en abrirse y sentirse en confianza.
- Aunque el contenido está previamente establecido, en estos encuentros es fundamental tener la flexibilidad para responder a los temas que las propias familias nos plantean. De esta manera, pueden surgir nuevas cuestiones que se contemplarán para futuros encuentros vivenciales.

En general, el contenido es el siguiente:

- Primer encuentro:
  - a) Presentación y objetivos.
  - b) Cuestionarios abordadas - “Cuando venimos al centro”: cómo nos sentimos ante la enfermedad; pensamientos anticipatorios ante la visita a realizar; ¿cómo volvemos a casa tras una visita que ha sido difícil?
  - c) Recomendaciones.
- Segundo encuentro:
  - a) Recordatorio de lo hablado en el encuentro anterior.
  - b) Cuestiones abordadas: ¿nos sentimos comprendidos/apoyados por nuestro entorno?; ¿hay discrepancias dentro de la familia ante el ingreso?; ¿ya no lo reconozco? En este punto, también suelen plantearse temas como el aislamiento, la sexualidad, etc.
- Tercer encuentro:
  - a) Recordatorio de lo hablado en el encuentro anterior.
  - b) Se plantean cuestiones como: ¿habéis evolucionado desde que vuestro familiar ingresó?; ¿habéis descubierto algo nuevo en vosotros/as mismos/as?; ¿habéis pensado en la etapa final de su vida?; ¿has pensado en el momento cuando tu familiar no esté contigo? Se les presenta también nuestro programa de atención en la fase final de la vida y se habla sobre las voluntades anticipadas.

Cabe destacar que, en alguna ocasión, estas intervenciones se han reforzado con un consejo individual, es decir, una atención individualizada por parte de la psicóloga, para aquellos casos en los que se considere necesario este refuerzo o así lo soliciten.

Por último, otros aspectos metodológicos a considerar son:

- Se les ofrece a todos los nuevos ingresos de los últimos seis meses.
- Extensible a las y los familiares veteranos que desde el equipo se consideren susceptibles de ser beneficiarios.
- Se convocará a las familias vía personal, telefónica y/o email.
- Se llevarán a cabo las convocatorias si hay un número de participantes de tres residentes como mínimo, y con un máximo de diez. El número de miembros de la familia por residente es libre.
- En caso de no surgir grupo, se incluirá a la familia que se manifestó interesada en la siguiente y nueva convocatoria de grupo de acogida y/o se le ofrecerá un encuentro individual, según el caso.
- Su asistencia será libre, voluntaria.
- Se solicitará un compromiso en su asistencia, para darle una continuidad.
- Se pasará una encuesta de satisfacción en la primera fase, en la segunda y al terminar la tercera fase.



### Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

En esta iniciativa, destacan estos principios clave de la Guía de Personalización, los cuales se explican con mayor detalle en el siguiente campo:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☐ Autodeterminación, elección y control
- ☒ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☐ Inclusión social
- ☐ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☐ Derecho a la orientación y a la información

### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Como ya se ha mencionado previamente, los elementos especialmente significativos de este programa son el fomento de la interrelación entre los grupos familiares, la intervención de una o un familiar veterano y el espacio personal de volcaje emocional y conocimiento mutuo.

Además, en relación con principios que orientan la atención, cabe destacar lo siguiente:

- Estos encuentros destacan por ser abiertos, voluntarios, y por ser un momento de mayor conocimiento mutuo con el equipo profesional y entre familiares, donde pueden plantear todo tipo de preguntas y compartir puntos de vista, vivencias y dificultades con otras personas en una situación similar, ayudándoles a la **naturalización** del proceso que están pasando.
- Cumpliendo los principios que nos rigen, y que son inherentes a la atención personalizada, destacamos el de la **integralidad**, ya que este programa está planificado como una herramienta más dirigida a satisfacer el conjunto de **necesidades emocionales y sociales** de la persona, y en el caso que nos ocupa, a la atención de su dimensión familiar.
- También estaríamos hablando de **calidad de vida**, ya que este principio también hace referencia a los diferentes ámbitos de la persona, entre ellos a su familia y la relación con ésta.
- Finalmente, es importante resaltar el principio de **participación**, a través del cual, mediante este programa, ofrecemos herramientas **centradas en la realidad de cada familia**, con el fin de **facilitar la gestión y la toma de decisiones** en conjunto con la persona residente, o en su representación, respecto a la organización, provisión de apoyos, participación social y las diversas actividades llevadas a cabo en el centro.

### Eficacia y beneficios para las partes implicadas

Los resultados de las encuestas de satisfacción indican que es un programa altamente valorado. Hay que destacar que todas las familias que han asistido y participado en el programa le han dado una continuación hasta el final del programa. En los comentarios registrados en las encuestas de satisfacción recomiendan la actividad, algunas nos sugieren mayor continuidad y otras directamente dan las gracias.

Las valoraciones realizadas en las encuestas indican los siguientes resultados entre las familias:

- han encontrado un espacio más íntimo;
- han encontrado un equipo cercano e interesado en ellas;
- a su vez, el equipo ha encontrado un espacio de interrelación más auténtico con las familias, estableciéndose los pilares fundamentales para una mutua confianza;
- se han sentido escuchadas y han podido compartir y preguntar libremente y sin prisa; y
- han encontrado un espacio donde conectar y brindarse apoyo mutuo con otras nuevas familias.

La repercusión que este programa puede generar radica en que se rompen ciertos tabús, se comprende la enfermedad y las familias pueden establecer una mejor relación con su familiar residente. Además, aprenden a manejar aquellos síntomas psicológicos y conductuales que pueden manifestarse entre las personas residentes y, por lo tanto, a acompañar mejor a su familiar y fomentar la percepción subjetiva de bienestar de su ser querido.

En resumen, se ha observado una repercusión en su relación, no solo con las y los demás familiares, sino también con el equipo, comprendiendo nuestra filosofía de trabajo y sintiéndose partícipe, conjuntamente con el equipo, en la atención de su familiar. Este cambio se refleja, además de en la relación diaria, en su disposición a participar en los siguientes grupos de "Adaptación de la familia al medio residencial", a ser ellas las familias veteranas que comparten con las nuevas su propia vivencia y experiencia en el centro.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

Para lograr un adecuado desarrollo del programa, además de la flexibilidad horaria para adaptarnos a su vida y la flexibilidad en el contenido, respondiendo a sus preguntas y necesidades, es recomendable tener muy presente que este programa es un espacio de encuentro entre los profesionales del centro y las familias, donde todos aprendemos unos de otros, y donde los miembros de cada familia encuentran la validación de sus sentimientos, el reconocimiento de su esfuerzo y un ambiente de acogida.

Precisamente esto ha sido fundamental para obtener los resultados positivos. Y es que, con este programa, se han establecido los pilares esenciales para que la confianza crezca, permitiendo que las familias deleguen serenamente el cuidado y la atención de su ser querido en nuestro equipo, y que se sientan más seguros y seguras en el acompañamiento a su familiar.

### **Transferibilidad**

Consideramos que este programa es interesante y, también, replicable en muchos otros centros gerontológicos, puesto que no requiere de un coste significativo y aporta una gran riqueza para todas las personas involucradas, no solo familias y residentes, sino también profesionales.

El programa no requiere de material extraordinario; tan solo mesas, sillas, una pantalla, etc. Y solo pide dedicación al encuentro con los miembros de cada familia asistente.

Es importante destacar que, aunque se inició con un programa que se consideró adecuado para responder a las cuestiones que ya habíamos detectado en nuestras entrevistas y encuentros con las familias, para lo cual es importante la sensibilidad y escucha, el contenido del programa siempre debe ser flexible: se debe buscar la adaptación a lo que las familias necesitan y, si hace falta, desviarse de lo programado e ir respondiendo a sus preguntas de forma tranquila. Además, es fundamental ser flexible en cuanto a fechas (buscando realizarlo una vez al mes) y horarios, siempre acordándolo con las familias. Esta flexibilidad es precisamente lo que hace que este programa sea fácil de aplicar en diversos centros con diferentes realidades.

### Información adicional

- Página web de referencia: <https://zeus2.zorroaga.net/es/residencia>

### Autoría de la ficha

- M<sup>a</sup> Jose Tostado, trabajadora social.
- Amaí Latiegi, psicóloga.

### Datos de contacto

- Amaí Latiegi Garrido.  
Tel.: 943-451800 (ext. 583)  
Email: [a.latiegi@zorroaga.eus](mailto:a.latiegi@zorroaga.eus)

## La Historia de Vida en una planificación basada en la persona.

*Centro San Martín, Ospitalarioak Fundazioa Euskadi – Aita Menni / Kabia.*

### Tiempo de desarrollo o implantación

La implementación de esta buena práctica comenzó el 1 de septiembre de 2022 y, a día de hoy, sigue en curso.

### Lugar o cobertura geográfica

Ámbito local. Residencia San Martín de Oñati.

### Partes implicadas

Para desarrollar la historia de vida y el documento de preferencias, es necesaria la implicación de toda la plantilla de la residencia San Martín (personal de enfermería, medicina, psicología, trabajo social, profesionales de referencia, fisioterapia, animación sociocultural, entre otros), de las personas residentes y de sus familias.

### Población destinataria

Se recogen las preferencias de todas las personas residentes, si bien la historia de vida solo se recoge en los casos en que la persona así lo desea.

### Descripción general

La historia de vida es una **herramienta de trabajo** en nuestro trabajo cotidiano. Así, en la Residencia San Martín hemos creado un cuaderno de recogida de datos entre todas las personas que formamos parte de ella.

La base del documento de historia de vida y preferencias es conocer a la persona, con el objetivo de tener en cuenta, en el día a día del centro, a la persona en su conjunto y poder, así, contribuir a mejorar su calidad de vida. Para las personas es importante ofrecerles la posibilidad de realizar acciones que han sido significativas en su pasado, así como las que lo son en su presente, y que sean los y las profesionales del centro quienes acompañan en ello.

En este documento se recoge información sobre la infancia, etapa adulta y jubilación de la persona, así como sus preferencias actuales. Para recabar esta información, en algunos casos, además de la propia persona residente, contamos también con la colaboración de su familia, especialmente en el caso de las personas con deterioro cognitivo.

En algunas ocasiones, contar con toda esta información sobre la historia y las preferencias de la persona residente nos ayuda a comprender ciertas conductas.

## Objetivos

La recogida de la historia de vida y de las preferencias de las personas tiene tres objetivos principales:

- **Mejorar el bienestar personal.** Nos permite tener en cuenta a la persona en su conjunto, , contribuyendo así a mejorar su bienestar personal.
- **Impulsar la autodeterminación, la capacidad de elección y el control sobre la propia vida.** Cada persona residente decide si desea o no compartir su información. En caso de que así lo decida, es ella quien elige qué datos quiere aportar, a quién y en qué momento. Una vez compartida la información, puede decidir también qué actividades desea incorporar a su vida cotidiana.
- **Mejorar la calidad de vida.** Teniendo en cuenta las preferencias de la persona residente, se consigue que su día a día sea significativo. Además, se crea una estrecha relación entre la persona y el personal del centro. Con todo ello, se mejora su calidad de vida.

## Metodología

Este documento se divide en dos partes.

Por un lado, están las preferencias de la persona residente. En este caso, se tienen en cuenta las preferencias que manifiestan las personas residentes en el momento en que están en la residencia. Para recoger esta información, se realizan **pequeñas entrevistas** con ellas y se utiliza también la **observación como método**. Las preferencias de cada persona y las actividades que desean realizar van cambiando según sus deseos y necesidades, y esto está vinculado a su **Plan de Atención**. Estos cambios se modifican, eliminan o añaden en cualquier momento en la **aplicación "Resiplus"**, para que toda la información esté disponible para todo el equipo. De este modo, toda la plantilla del centro tiene acceso en todo momento a la información actualizada de la persona residente. Además, en las reuniones quincenales también se valora el tema de las preferencias y se realizan los cambios necesarios.

Por otro lado, está el documento de la historia de vida. En él se recoge información sobre la trayectoria vital de la persona residente, para lo cual se mantiene una entrevista en un espacio cálido y cercano (como su habitación o el salón). El documento comienza con las vivencias de la infancia y continúa con la juventud, la edad adulta, la jubilación, hasta llegar al momento actual, recogiendo las vivencias y necesidades que expresan en la residencia.

Una vez recopilada esta información, en muchos casos nos reunimos también con las **familias** de las personas residentes para recoger una colección de fotografías de sus vidas y sus aportaciones.

A continuación, se presenta un ejemplo del documento de historia de vida y de prioridades utilizado en la residencia San Martín. En la primera imagen se puede ver una ficha donde se recogen datos de la infancia y la juventud, así como la posibilidad de incluir una fotografía de esa etapa. En la segunda imagen se muestra cómo se establecen las prioridades personales para la vida diaria en el centro.

Este documento se guarda adjunto al perfil de cada persona residente en la aplicación Resiplus y, además, se archiva en una carpeta, en una habitación de la planta donde vive, de modo que el personal pueda acceder fácilmente a él.

La cumplimentación del documento es voluntaria, respetando en todo momento la privacidad de las personas. Cada residente decide si desea o no compartir su historia de vida. De hecho, para algunas personas, su historia forma parte de su intimidad y prefieren mantenerla en privado.

### **Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa**

Esta iniciativa se basa principalmente en los siguientes principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derecho
- ☒ Autodeterminación, extracción y control
- ☒ Integralidad (integridad)
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Carencia de condiciones
- ☒ Calidad de vida
- ☐ Inclusión social (inclusión social)
- ☒ Atención en la comunidad, en el entorno habitual
- ☒ Derecho a la orientación e información

### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

- Mantener y/o mejorar la **calidad de vida** de la persona residente. Disponer de toda la información de su vida y saber cuáles son sus prioridades actuales hace que el servicio que se les ofrece sea más adecuado.
- Las **familias** de las personas residentes pueden participar en el proceso de cuidados. Además de estar en la reunión preingreso, tenerlas en cuenta a la hora de recoger las historias de vida y las prioridades, y contar con posibilidades de aportar, propicia una relación de confianza hacia la residencia.
- Facilita la **interacción entre la residencia y la comunidad**. Las personas deciden en qué acciones quieren participar, y desde el centro se facilita esa participación poniéndose en contacto con distintos agentes de la comunidad.

### Eficacia y beneficios para las partes interesadas

Contar con la historia de vida de cada persona residente y con el registro de sus prioridades ha permitido aumentar el número de **acciones significativas** para ellas. Asimismo, ha crecido el número de actividades realizadas con la **comunidad**, ya que estas se organizan atendiendo a las opiniones y deseos expresados por las propias personas residentes.

Las familias también valoran muy positivamente esta iniciativa, tal como expresan en las reuniones que se mantienen con ellas. Además, se ha constatado un incremento en su participación en las actividades organizadas en el centro.

Para el equipo de la residencia San Martín, es fundamental llegar a cada persona residente y procurar que su día a día resulte lo más significativo posible, contribuyendo así a la mejora de su calidad de vida.

Los beneficios y los resultados observados pueden agruparse en tres áreas:

- Personas residentes. Perciben que sus preferencias son tenidas en cuenta y que las actividades cotidianas tienen sentido para ellas. Valoran que el personal las comprende y conoce mejor, lo que favorece la creación de un vínculo de confianza. A pesar de vivir en la residencia, sienten que mantienen una conexión con su entorno. Todo ello contribuye a una mejora de su calidad de vida. Por otro lado, contar con una historia de vida centralizada facilita una atención más ajustada en momentos concretos, como puede ser ante problemas de conducta.
- Las familias. Se fortalece el vínculo con el equipo profesional y, en la práctica, se ha incrementado su participación en el día a día del centro. Observan que su familiar es valorado y cuidado de manera significativa, lo cual valoran muy positivamente.
- Centro. Como residencia, observamos que se ha ampliado la relación con el entorno comunitario, ya que en ocasiones recurrimos a su colaboración para llevar a cabo actividades significativas para las personas residentes. A su vez, la relación entre profesionales y personas residentes se ha vuelto más cercana y basada en la confianza.

### Lecciones aprendidas y factores de éxito

El desarrollo de esta iniciativa ha demostrado que la consideración de algunos elementos en particular facilita su correcta aplicación y, por tanto, es importante garantizar en la práctica:

- Disponer de información precisa sobre la vida de las personas, lo que permite conocerlas mejor y facilita el acompañamiento en momentos de inquietud.
- Es necesario encontrar el momento adecuado para cumplimentar, junto con la persona, el documento de la historia de la vida. Debe existir una relación de confianza entre la persona residente y la o el profesional.



- El momento de la recogida de información puede resultar algo largo para la persona. Por tanto, puede ser conveniente dividirlo en varios días.
- Teniendo en cuenta que se trata de un aspecto relacionado con la intimidad de la persona, es importante valorar quién puede hacer uso de este documento.
- Que la persona residente se sienta valorada, garantizando que sus deseos y objetivos se tengan en cuenta en la práctica.
- Como profesionales, ser acompañantes de las personas, algo que se aprende dentro del propio proceso.
- Las entrevistas con las personas residentes y la información que se recopila se adaptan a sus necesidades, y son ellas quienes deciden cuándo, cuánto tiempo dedicar y qué incluir.
- Toda la información recogida en la historia de la vida resulta útil en el día a día tanto de la persona residente como del centro.

### Transferibilidad

En general, esta práctica se puede extender a todas las residencias de personas mayores. Con algunas pequeñas modificaciones en el documento, consideramos que también puede ser útil en centros de día para personas mayores.

Para la elaboración de este documento, en primer lugar, debe existir una relación de confianza entre la persona residente y la persona profesional. A continuación, es necesario ofrecer un espacio de dos o tres horas (en diferentes momentos) para mantener una conversación tranquila, en un entorno agradable elegido por la persona. Posteriormente, la persona profesional debe tener la posibilidad de organizar toda la información recogida en el ordenador de forma ordenada.

### Información adicional

- Página web de referencia: <https://www.sanmartinegoitza.com/>
- Documento de la historia de la vida (eus)  
<https://ospitalarioakfundazioeuskadi.org/bizitzaistorioa>
- Documento de la historia de la vida (es):  
<https://ospitalarioakfundazioeuskadi.org/historiadevida>

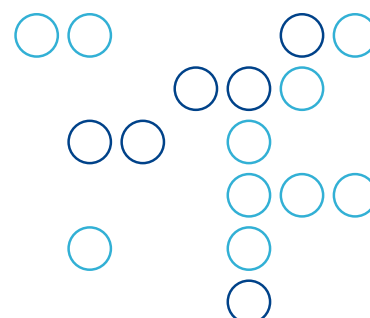


### Autoría de la ficha

- Garazi Guridi Guridi, trabajadora social.

### Datos de contacto

- Garazi Guridi  
Email: [gguridi.aitamenni@hospitalarias.es](mailto:gguridi.aitamenni@hospitalarias.es)



## Intervención personalizada en los últimos momentos de la vida.

*Centro Santa María Magdalena, KABIA.*

### Tiempo de desarrollo o implantación:

En el centro llevamos años trabajando de una manera personalizada el final de vida. Hemos ido incluyendo actuaciones de manera progresiva, si bien podemos determinar en el tiempo el año 2024, como el primero en el que, tras un repaso general del protocolo existente, hemos tomado mayor conciencia, a raíz del impulso del documento de voluntades anticipadas y del marco legislativo actual.

La siguiente ilustración refleja el progreso de la iniciativa por periodos:



### Lugar o cobertura geográfica

Local. Residencia de Mayores Santa María Magdalena, situada en Hernani, cuya titularidad corresponde a KABIA, Organismo Autónomo Foral.

### Partes implicadas

En relación a las partes implicadas, es imprescindible fijar a la persona que vive en el centro como protagonista, aunque no menos importante es, hace una referencia al resto de partes que se implican y son parte del proceso:

- Familiares y amigos/as que la persona residente decida, ya que entendemos que es una elección personal decidir a qué personas se quiere implicar en el momento final.
- Profesionales de diferentes sectores del centro y/o externos. Personal de atención directa, área psicosocial, profesionales sanitarios, etc.
- Otros agentes: siempre que sea voluntad de la persona protagonista se intenta coordinar con otros agentes sociales si así se nos solicita. Ejemplo: fomentar reuniones y espacios con su guía espiritual.

### Población destinataria

Todas las personas que residen en el centro Santa María Magdalena, así como sus familiares.

## Descripción general

La intervención personalizada en los últimos momentos de vida se entiende como una extensión del proyecto de atención centrada en la persona. El final de vida no es sencillamente y únicamente el final.

Socialmente nos resulta complejo hablar de final, no tenemos normalizado tratar términos como muerte, fallecimiento o “últimos días”. Esta falta de cultura o de miedo, nos lleva a no querer ocuparnos de este momento o de obviar que incluso en este momento final, tenemos capacidad de decisión, podemos ejercer nuestra autonomía respecto a determinadas decisiones e incluso en algunos casos la posibilidad de diseñar algunos aspectos de manera anticipada.

Nuestro equipo de trabajo tiene muy presente que no podemos abandonar los principios centrados en la atención centrada en la persona en esta fase y, por ello, tratamos de tenerlos presentes, más si cabe, con esta práctica.

Abordar el proceso del final de vida con las personas residentes y con sus familias es un trabajo que requiere un enfoque integral, y desde una perspectiva global de todo el personal que interviene en el plan de atención de la persona. Es importante subrayar que no podemos limitar el final de vida a una práctica exclusiva del personal sanitario, ya que, de lo contrario, reduciríamos la intervención a un momento final muy concreto en el que los principios como autonomía, dignidad o participación quedarían totalmente vulnerados.

Organizar y diseñar ese momento implica garantizar una comunicación fluida con la persona y su familia, en el sentido de transmitir toda la información y opciones que existen. Dar la posibilidad de conversar sobre el proceso y ofrecer tiempo para su reflexión.

Todo ello, nos crea la necesidad de trabajar un protocolo de buena práctica continuado en el que el final de vida tiene un peso importante en fases previas, como un trabajo a realizar durante la estancia en el centro, de forma anticipada y planificada.

Enfocar el final de vida desde una perspectiva centrada en la persona no se limita a una única práctica. Veníamos explicando anteriormente que más que una práctica, es un conjunto de prácticas. Es, sin duda, un proceso.

Diferenciamos este proceso en tres fases o momentos vitales que, a su vez, adquieren un marco temporal concreto:

- En primer lugar, la fase en la que se trabaja la información, la comunicación y las voluntades anticipadas, en la que cobra especial importancia el trabajo continuado con la persona y su familia. Se puede trabajar desde el ingreso en el centro y/o durante el mismo.
- Llegado el momento de un deterioro mayor, o una situación en la que la enfermedad se encuentre en una fase más acusada, nos encontraríamos en la obligación de revisar el plan de atención diseñado y supervisar el expediente de la persona residente.
- Por último, entendiéndose como parte integradora del proceso y sin poder obviarla, nos queda la fase de acompañamiento posterior a la familia. Es la familia la que debe marcar el tiempo en el que se ve preparada para volver al centro. Hay que tener en cuenta que puede resultar un momento difícil para la familia, el acceso al centro remueve recuerdos y sentimientos asociados a una pérdida reciente.

## Objetivos

Poder cerrar el proceso natural de ciclo vital de la manera más digna que se pueda y vivir toda su fase anterior con seguridad y la mayor de las certezas posibles. Todo ello desde una perspectiva personalizada, pausada, con la seguridad de haber realizado una elección en atención a un deseo personal, una convicción o creencia.

Para las y los profesionales, trabajar con la seguridad de empujar un modelo que garantiza la atención centrada en la persona.

## Metodología

En general, puede decirse que la metodología empleada es variada, plural y con recursos compatibles entre sí.

- Entrevistas personales e individuales bajo demanda o fomentadas por diferentes profesionales del equipo multidisciplinar.
- Talleres en pequeños grupos de residentes, organizados previa selección por el nivel de comprensión similar u otros criterios.
- Adecuación de recursos individualizada en atención a necesidades y características de cada familia en el momento de acompañamiento.

Con respecto a las tres fases brevemente descritas en la descripción, se consideran los siguientes pasos o elementos:

- Información, comunicación y voluntades anticipadas. Como se ha mencionado anteriormente, en esta fase es fundamental el trabajo continuado con la persona y su familia y se puede trabajar desde el ingreso en el centro y/o durante el mismo.

Es importante buscar un momento oportuno, fomentar un espacio apropiado e íntimo que invite a la reflexión en el que la persona se sienta segura, en su zona de confort. Esta es la única manera de poder garantizar el derecho a la orientación e información de una manera efectiva.

El formato puede ser variado. Entrevistas o mesas redondas grupales o individuales en la que abordamos el tema desde varias perspectivas. Utilizar documentos como "Quiero que sepas" o "Zuk jakitea nahi dut" o guías similares nos sirven de base para abordar temas complejos. A su vez, las cuestiones que se plantean en este tipo de documentos permiten a las y los profesionales informar sobre el marco normativo actual, las opciones que el centro puede ofrecer en el momento final, etc.

- Revisión del plan de atención diseñado cuando la salud de las personas se deteriora y va llegando el momento del final de vida. En este momento, se procede a comprobar si contamos con documento de voluntades anticipadas o en ausencia de estas, y aunque fuera de manera no oficial, compartir con el equipo multidisciplinar los deseos de cuidados definidos por la persona que recibe cuidados. Asimismo, se informa en todo momento a la familia de los pasos que se van a ir realizando. Es imprescindible ir de la mano de la familia.

También es importante adecuar, si es preciso, el espacio o realizar los cambios necesarios para poder preservar la intimidad y privacidad de la persona cuidada y/o su familia. Cambios como garantizar una habitación individual en el proceso final, flexibilizar los horarios de visitas, habilitar un espacio de confort para el acompañamiento de la familia, adaptar la dieta, o reorganizar el plan de limpieza de la habitación para molestar lo menos posible. En definitiva, todas aquellas pequeñas cosas que garantizan la calidad de vida en el momento cuidados paliativos. Acompañar hasta el final.

- Fase de acompañamiento posterior a la familia. Es la familia la que debe marcar el tiempo en el que se ve preparada para volver al centro. Hay que tener en cuenta que puede resultar un momento difícil para la familia, el acceso al centro remueve recuerdos y sentimientos asociados a una pérdida reciente.

Más allá de limitar esta fase a la recogida de objetos personales y firma de inventario, en el centro ofrecemos una entrevista personal con la familia. El objetivo de la misma es el de recabar información sobre su experiencia como familiares, saber si la comunicación con el centro ha sido correcta. Dar la oportunidad de hacer una sesión con ellas y ellos, para que les ayude a pasar el duelo y afrontar la siguiente fase de manera mejor.

Para el equipo de trabajo, esta entrevista final y el informe que realizamos en un momento posterior, es una herramienta clave del plan de mejora continua. Podemos afirmar que se trata de un ejercicio de retroalimentación para mejorar. Nos permite monitorizar nuestro trabajo, parar y reflexionar sobre nuestra manera de trabajar. La valoración de esta práctica concreta por las familias es, en su mayoría, valorada de manera muy positiva.

### Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

Dependiendo la gestión o el enfoque que la persona protagonista quiera hacer en este proceso se podrá reforzar un principio sobre otro, pero tenemos la certeza de garantizar los principios que en a continuación se detallan y que son la base del cuidado centrado en la persona.

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☐ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☐ Inclusión social
- ☐ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☒ Derecho a la orientación y a la información



### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Existe un consenso generalizado sobre los 4 elementos que como punto de partida deben darse para poder identificar como “buena práctica” una iniciativa continuada en la forma de trabajar de un equipo.

Estos 4 elementos son: innovación, eficacia, sostenibilidad de la práctica y la transferibilidad de la misma. Partiendo de esta premisa, identificamos la intervención personalizada en el final de vida como una buena práctica.

Centrándonos concretamente en lo novedosa de la misma, deberíamos analizar qué parte de innovadora tiene. Para esto se pueden realizar varios análisis desde tres perspectivas.

- Novedosa desde una perspectiva estructural-funcional: Contamos con una estructura en el equipo de trabajo que consolida las actuaciones que ponemos en práctica y creamos un nuevo modelo de atención con la elaboración de nuevos protocolos de actuación.
- Novedosa desde una perspectiva conductual o relacional: Se modifican los patrones de conducta hasta ahora interiorizados con el final de vida, cambian las creencias que cada persona pudiera tener interiorizadas y por otro lado, se modifican las nuevas formas de interactuar con un tema que sigue siendo a día de hoy de gran sensibilidad.
- Novedosa desde una perspectiva de cambio de método: Se implementa la individualización de los procesos, la atención de cada caso concreto y para ello la capacidad de poder flexibilizar: recursos técnicos, espacios físicos y medios humanos. Esto supone estar preparados para cambiar elementos básicos de una metodología anterior.

### **Eficacia y beneficios para las partes interesadas**

La participación de las partes interesadas es un elemento central de nuestra práctica, al igual que su eficacia en ellas. Una coordinación y comunicación óptima entre las partes interesadas se traducen en un proceso fluido.

El beneficio no se reduce a la persona que vive en el centro, tiene impacto directo en sus familiares, quienes viven en proceso con más seguridad y tranquilidad. Tiene a su vez una eficacia directa en el equipo de trabajo, el que cuenta con una puesta en valor de su día a día y de profesionalizar el sector del cuidado con una atención personalizada.

Anualmente realizamos encuestas de satisfacción tanto a las personas que viven en nuestros centros, como al equipo de trabajo y familiares. A través de las mismas medimos varios aspectos y obtenemos resultados cualitativos, pero también cuantitativos. Ambos nos confirman una relación causal directa entre la participación de las partes interesadas-comunicación fluida y la eficacia-beneficio para las partes interesadas. La valoración global de estas encuestas es todos los años superior a 4, siendo la escala de valoración entre 1 y 5.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

Del proceso recorrido a lo largo de estos años se derivan los siguientes aprendizajes:

- Aprender a romper el tabú del momento final de vida. Aprender a vivir con ese miedo e incluso beneficiarnos de él.
- Abrir la mente como profesional que atiende a personas mayores dependientes y dejar atrás creencias sociales que cada profesional pudiera tener. Trabajar con un respeto máximo a la actitud con la que cada persona quiere enfrentarse a su final de vida. No existe un único modelo correcto de final. ¿Qué es mejor y qué es peor? No hay una verdad absoluta, pero sí debemos trabajar en un respeto absoluto.
- Dedicar un tiempo para el diseño del final de vida es una inversión para la estancia en el centro. Haber trabajado el final de vida con la persona usuaria y familia, aumenta la calidad de vida en el centro para todas las partes interesadas.
- Revisarse no es malo. Como profesionales, revisar las notas de la entrevista final posterior y evaluar las actuaciones realizadas no implicar estar bajo un examen de manera constante, sino monitorizarse para mejorar. Encontrar una manera apropiada de revisar el trabajo es una práctica positiva y no examinadora.

### **Transferibilidad**

Esta buena práctica es perfectamente trasladable a centros con características similares. En su mayoría, se trata de extender la atención centrada en la persona que ya se viene implantando en la mayoría de los centros hasta el momento final de vida.

No existe un coste material importante, ni se requiere destinar recursos costosos o de difícil ejecución material.

Uno de los mayores retos es realizar un cambio de mentalidad con respecto a ese momento final, creérselo y asumirlo en el equipo de trabajo y, a partir de ahí, adecuar los recursos del centro para su aplicación efectiva.



### **Información adicional**

- Página web de referencia: <https://www.kabia.eus/es/residencias>

### **Autoría de la ficha**

- María Mendiluce Irurzun. Directora de la Residencia Santa María Magdalena de Hernani (KABIA).

### **Datos de contacto**

- Residencia Santa María Magdalena de Hernani  
Tel.: 943 33 11 03  
Email: [hernani.harrera@gipuzkoa.eus](mailto:hernani.harrera@gipuzkoa.eus)



## [0.6.2]

### **Buenas prácticas en acompañamiento y servicios comunitarios**

Tras describir las buenas prácticas en centros, a continuación, se detallan las iniciativas en acompañamiento y servicios comunitarios.



## Servicio Foral de Apoyo Comarcal para la inclusión.

*Fundación Social Emaús.*

### Tiempo de desarrollo o implantación:

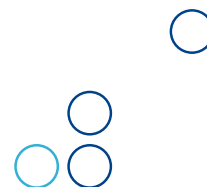
El servicio comenzó a implementarse en 2021 en la comarca de Oarsoaldea y, desde entonces, se ha ido extendiendo de forma progresiva al resto de comarcas de Gipuzkoa. En las comarcas incorporadas más recientemente, como Buruntzaldea, la actividad comenzó en mayo de 2023.

### Lugar o cobertura geográfica

Ámbito comarcal. Aunque el Servicio SEFAC se desarrolla en todas las comarcas de Gipuzkoa, en la jornada y, por tanto, en este manual de buenas prácticas, se expone el funcionamiento específico del servicio en la comarca de Buruntzaldea. En todo caso, los servicios que se prestan en las distintas comarcas comparten una estructura y características similares, adaptadas a las particularidades de cada una.

### Partes implicadas

- Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Servicios Sociales de Base de Buruntzaldea:
  - Andoain
  - Urnieta
  - Lasarte
  - Usurbil
  - Astigarraga
  - Hernani
- Agentes comunitarios: participantes del servicio.



### Población destinataria

- Personas de 18 años o más con residencia efectiva en los municipios de Buruntzaldea.
- Personas en situación de exclusión residencial o sinhogarismo. Se incluyen aquellas que, conforme a los criterios establecidos en la tipología ETHOS3, se encuentran en los municipios de referencia, con o sin contacto previo con los servicios sociales, y requieran apoyo en el ámbito de la atención a la exclusión, en colaboración con los Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Personas en situación de exclusión social, según lo establecido en el Instrumento Técnico de Valoración de la Exclusión Social (ITVES), que cuenten con una resolución positiva de acceso a recursos residenciales o servicios de atención diurna para la inclusión de la red foral y que, al no haber accedido todavía a dichos recursos, se encuentren en lista de espera dentro del sistema de Servicios Sociales de Atención Secundaria.

## Descripción general

Servicio de intervención socioeducativa comarcal, de carácter asertivo y comunitario, orientado a mejorar el desarrollo autónomo y la inclusión social de las personas en el entorno natural donde se encuentran, viven o interactúan. Puede perseguir objetivos de reducción de daños, y pretende favorecer el abordaje de las situaciones de exclusión desde criterios de flexibilidad y la continuidad de la atención y los apoyos.

En SEFAC trabajamos con personas que se clasifican en 3 perfiles:

### 0. Perfil (detección)

Se identifica a las personas que no están detectadas o no tienen seguimiento en los Servicios Sociales de Base y que pueden encontrarse en situación de exclusión, se elabora un diagnóstico inicial y se realiza, en su caso, una primera aproximación a los servicios sociales.

### 1. Perfil (activado desde Servicios Sociales de Base)

Los Servicios Sociales de Base pueden activar el SEFAC para personas que cumplan el perfil de cualquier tipología de ETHOS3. Una vez activado el servicio, se concretan los objetivos de intervención y el itinerario de inclusión entre los Servicios Sociales de Base y el equipo técnico de SEFAC.

### 2. Perfil (activado por los y las coordinadoras de la Diputación Foral de Gipuzkoa)

Esta tipología de SEFAC está pensada para las personas que están en lista de espera de recursos forales. Mientras está en esa lista de espera, las y los técnicos de SEFAC ofrecen a las personas apoyos para seguir avanzando en su proceso de inclusión. En ocasiones, las personas que han estado en el perfil 1 de SEFAC pasan a este perfil 2 cuando pasan la valoración de la exclusión, aceptan la situación de exclusión y entran en la lista de espera de un recurso foral.

## Objetivos

Los objetivos del **servicio** son los siguientes:

- Identificar las necesidades de apoyo relacionados con el fenómeno de la exclusión en los municipios que conforman la comarca de Buruntzaldea.
- Colaborar activamente en el proceso de construcción de espacios de encuentro, relación y participación entre las personas.
- Motivar para iniciar procesos de cambio, mejora y autonomía personal.
- En la comarca, tratar de satisfacer las necesidades sociales y educativas de las personas en situación de exclusión, mientras se mantienen en la lista de espera de los recursos forales de atención residencial o diurna para la inclusión social.
- Colaborar con los recursos propios de Buruntzaldea o del entorno para hacer frente a la exclusión social y residencial, creando espacios de reflexión, análisis, debate y búsqueda de alternativas.
- Promover espacios de coordinación y colaboración entre los recursos institucionales.
- Realizar acciones de promoción o mediación para crear conexiones o uniones entre los recursos de protección, sociales y normalizados.
- Promover o proponer acciones de mediación y sensibilización con miembros o habitantes de la comunidad.



- Contribuir a la mejora de la atención a las personas en situación de exclusión en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Por otra parte, en relación con el **proceso de intervención**, se pueden señalar los siguientes objetivos:

- Establecer un vínculo profesional que permita una mayor toma de conciencia de la situación de las personas y, en su caso, potenciar los dinamismos vitales de la persona.
- Mediación para la satisfacción de las necesidades básicas.
- Fomentar el desarrollo de habilidades sociales para promover la autonomía en la vida cotidiana.
- Generar oportunidades para construir relaciones y participar en la comunidad y, en la medida de lo posible, promover el mantenimiento y fortalecimiento de las redes primarias.
- Favorecer una convivencia adecuada en el entorno familiar y/o comunitario.
- Colaborar en la resolución de conflictos y en la gestión de trámites.
- Ofrecer información, orientación o mediación sobre los recursos normalizados de la red social, comunitaria, pública o privada.
- Mejorar la calidad de vida de las personas atendidas y, en su caso, apoyar la preparación para una vida autónoma con el fin de evitar procesos de institucionalización innecesarios o una mayor desestructuración personal.

### Metodología

Entre los principios metodológicos que sustenta esta buena práctica, cabe destacar los siguientes:

- Calidad de vida y modelo de apoyos. Este modelo propone una visión centrada en la persona para la mejora de los servicios dirigidos a ella, y es aplicable también a programas enfocados en personas en situación de exclusión. Define la calidad de vida como un estado de bienestar personal —con componentes objetivos y subjetivos— influido por factores tanto personales como del entorno. Promueve estrategias organizativas orientadas a mejorar prácticas basadas en la evidencia, apoyos individualizados y resultados personales, transformando los servicios para favorecer la inclusión, la autodeterminación y la calidad de vida.
- Activación inclusiva (Modelo Inclúe). A través del modelo Inclúe se ofrece una visión integral centrada en la persona para abordar los procesos de inclusión desde la personalización. El objetivo es mejorar la calidad de vida, fomentando la autonomía, la participación activa, el acceso a derechos y la igualdad de oportunidades. Para ello, se identifican obstáculos, se analizan necesidades, se conoce el contexto, se ejerce un liderazgo profesional ético, se trabaja en red y se adaptan las estrategias de intervención.
- Modelo de apoyos y Apoyo Conductual Positivo (ACP). Este enfoque, centrado en la persona, busca comprender el origen y la función de los comportamientos, muchas veces ligados a experiencias de trauma, exclusión o necesidades no satisfechas. Propone intervenir desde la prevención, el respeto y la empatía, evitando la sanción o corrección, y enseñando a la persona a adaptarse a diferentes contextos y creando entornos seguros, estables e inclusivos. El objetivo es mejorar su calidad de vida, promover su autonomía y facilitar su inclusión social desde una perspectiva ética y colaborativa.

Entre otros principios se encuentran el enfoque ético, la perspectiva o el reconocimiento de derechos o la personalización.

### Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

Esta iniciativa se basa principalmente en los siguientes principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☒ Integralidad
- ☒ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☒ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☒ Inclusión social
- ☒ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☒ Derecho a la orientación y a la información

### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Los elementos que convierten el servicio en buena práctica son los siguientes:

- **Situar a la persona en el centro.** Desarrollar los objetivos de la intervención en función de las preferencias de la persona, ofreciendo información, orientación y acompañamiento.
- **Coordinación y colaboración entre diferentes agentes.** Trabajar de manera conjunta y en una misma dirección, permitiendo excepciones y actuando con flexibilidad cuando sea necesario.
- **Puesta en marcha de un proceso educativo.** Potenciando actitudes que fomenten la autonomía y el empoderamiento de la persona, considerando el valor añadido de la relación de apoyo.
- Ofrecer una relación de apoyo en el **contexto comunitario** en el que vive la persona.
- **Flexibilidad e “incondicionalidad”** del SEFAC. Capacidad para adaptarse a distintos contextos, respetando la dignidad, las decisiones y los procesos personales de cada persona, independientemente de su situación o conducta.

### Eficacia y beneficios para las partes interesadas

Esta buena práctica ha generado los siguientes resultados:

- El servicio SEFAC de Buruntzaldea ha tenido una muy buena acogida por parte de las y los profesionales de los servicios sociales de la comarca, así como entre las personas en situación de exclusión. Se trata de un servicio que surge para cubrir un vacío en el ámbito de la exclusión, es decir, para acompañar a la persona en el camino hacia –y en el acceso a– el sistema de servicios sociales. Una vez que empieza a ser atendida dentro del sistema, el servicio contribuye a facilitar el paso de un nivel a otro, hacia un nivel más especializado.
- El carácter comunitario del servicio y la intervención en los espacios naturales en los que viven las personas han facilitado su acceso al sistema de inclusión social. Además, diferentes agentes municipales han podido conocer el servicio y, en algunos casos, las personas atendidas en

SEFAC han sido identificadas desde los mismos. Por otro lado, aunque en un principio la falta de un espacio físico propio (oficina) en la comarca podía generar incertidumbre, se ha aprovechado la oportunidad de utilizar los espacios de los distintos recursos existentes en Buruntzaldea. Esto ha permitido entrar en contacto con las personas de la comunidad y, para muchas de ellas, los y las profesionales de SEFAC se han convertido en figuras de referencia.

- En las intervenciones se han tenido en cuenta los momentos vitales y las características individuales de las personas usuarias, y, en consecuencia, se han adaptado a su realidad concreta. Por lo tanto, la intensidad del acompañamiento se ha ido ajustando en cada caso.
- Teniendo en cuenta que, además de la intervención directa con las personas, existe la posibilidad de influir en el desarrollo de programas relacionados con la exclusión en los servicios sociales municipales, SEFAC ha sido un agente activo, aportando una perspectiva comarcal y promoviendo la cohesión.

Más allá de estos resultados, se puede decir que se ha influido en el funcionamiento habitual del sistema y de las y los profesionales. La principal transformación ha sido la colaboración entre los diferentes sistemas y profesionales. Para que todas y todos podamos ir en la misma línea, la persona se sitúa en el centro, y para que esto sea posible las personas que forman parte de la administración pública han tenido que mostrar flexibilidad en sus formas de actuación. Es decir, las personas, los agentes y las administraciones han pasado de trabajar de forma separada a hacerlo de manera coordinada y a través de un plan de intervención común, aplicando flexibilidad en los criterios habituales.

Desde el punto de vista de las personas protagonistas de esta buena práctica, se han producido avances significativos en su autonomía (a través de un proceso educativo), en la satisfacción de sus necesidades básicas, en la mejora de su calidad de vida, en la regularización de su situación administrativa y en el reconocimiento de sus derechos.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

- La importancia de construir redes con personas, asociaciones, agentes y administraciones de toda la comunidad.
- Más que aprender, se ha observado que hay más personas en situación de exclusión en la comarca de Buruntzaldea de lo que se había previsto.
- La realidad de los municipios de Buruntzaldea es muy diversa, y estas diferencias tienen una gran influencia en los perfiles de las personas usuarias.
- Hemos aprendido a adaptarnos al funcionamiento de los SSB de los diferentes municipios de Buruntzaldea.
- Conocer el mapa de recursos de Buruntzaldea y extraer el máximo provecho de ellos.

### **Transferibilidad**

Un ejemplo de la trasferibilidad de esta buena práctica es la extensión del servicio a todas las comarcas de Gipuzkoa. En primer lugar, la prueba piloto se realizó en la comarca de Oarsoaldea. Viendo el buen resultado que tuvo, actualmente está en marcha en 8 comarcas.

La puesta en marcha de la experiencia requiere de un contexto adecuado, y entre los elementos que lo propician, estos son los más destacables:

- Acuerdo e identificación de necesidades entre los diferentes niveles de atención en el sistema de Servicios Sociales.
- Adaptación al territorio de influencia: requiere una respuesta diferente en función de los recursos disponibles en cada lugar y comarca y de las necesidades de las personas atendidas.



- Mantener presentes los principios de flexibilidad y de apoyo permanente en los demás agentes del sistema, para que los servicios y agentes puedan colaborar conjuntamente.
- Coordinación.

### Información adicional

- Referencias documentales:
  - > Blanco, J., et al. (coords.), Inclúe. Una apuesta por una atención de calidad en el ámbito de la inclusión social. Vigo, Grupo Emaús Fundación Social, 2015, 141 p.
  - > Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (s.f.). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Hustings College y Universidad de Salamanca (INICO).

### Autoría de la ficha

- Nahikari Payo Benito, técnica del servicio SEFAC.
- Oihana Agirretxe Iradi, técnico del servicio SEFAC.
- Iune Polo Olazabal, responsable de Servicios para la Inclusión Social.

### Datos de contacto

- Equipo del Buruntzaldea SEFAC  
Tel.: 601990677  
Email: sefacburuntzaldea@emaus.com
- Iune Polo Responsable de Servicios para la Inclusión Social  
Tel.: iune.polo@emaus.com  
Email: 620472632

### Bagara.

Gureak.

### Tiempo de desarrollo o implantación

La ideación de Bagara comenzó en 2017, tras un estudio realizado por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social, que identificó las dificultades que presenta la atención a la salud mental, donde un único sistema no puede dar respuesta a todas las necesidades. A partir de esta detección, se diseñó una prueba piloto que se llevó a cabo entre 2022 y 2023 que permitió evaluar y ajustar el modelo propuesto. Esta fase inicial, que validó las bases del proyecto, le dio a Bagara una gran consistencia y solidez. Finalmente, tras los aprendizajes de esta prueba, Bagara lleva más de tres años en funcionamiento y se consolida como una respuesta innovadora en la atención a la salud mental en Gipuzkoa.

### Lugar o cobertura geográfica

Local. El proyecto está ubicado en el centro de Donostia, accesible desde diversos puntos del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

### Partes implicadas

Además de la entidad y los grupos destinatarios, otras entidades, instituciones o colectivos que se han implicado:

- Diputación Foral de Gipuzkoa, trabajando con una predisposición óptima conjuntamente en la definición y desarrollo de esta prueba piloto. Esta colaboración ha sido posible a través de la participación de los diferentes Servicios del Departamento de Políticas Sociales, especialmente, del Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista.
- La óptima predisposición de la dirección de Centros de Salud Mental de Gipuzkoa también ha resultado clave.

### Población destinataria

Personas con diagnóstico de salud mental en situación de aislamiento social y en edad de activación sociolaboral (18-64 años). Deben tener las necesidades básicas cubiertas y cumplir la normativa de convivencia de Bagara.

### Descripción general

Bagara es una propuesta que pone énfasis en la recuperación de las personas, no en su enfermedad. Con un enfoque profundamente centrado en el bienestar y la inclusión social y sociolaboral de las participantes, el local está diseñado para promover la interacción social, el desarrollo de habilidades y, sobre todo, la reintegración en la sociedad.

Desde su inicio, Bagara se concibió como un servicio de tránsito, un espacio que acompaña a las personas en su proceso de recuperación, pero que no busca sustituir los recursos de estabilidad ya existentes. Al contrario, actúa como un puente, un punto de apoyo donde las personas participantes pueden reconectarse con el mundo exterior, salir del aislamiento y reactivar sus vidas con nuevos proyectos, motivación y objetivos. En este proceso, las personas no son vistas como simples usuarias o pacientes, sino como kides (miembros), un término que refleja el concepto de pertenencia y participación activa. Este enfoque es fundamental, ya que el sentido de pertenencia fortalece la autoestima, la confianza y la capacidad de afrontar los retos de la vida.

El espacio donde se desarrolla Bagara es un local céntrico y atractivo. El diseño del espacio busca romper con las barreras visuales que refuerzan los estigmas asociados a la salud mental. Más parecido a un co-working que a un centro de atención social convencional, Bagara ofrece un entorno cómodo, acogedor y libre de etiquetas, tal y como se puede observar en la siguiente imagen. Las propias personas participantes comentan que el lugar es como una gran familia, un sitio donde pueden ser ellas mismas sin sentir el juicio de los demás. Es un espacio donde la privacidad y la autonomía son respetadas, pero también donde se fomenta la interacción y el apoyo mutuo.

El centro cuenta con una capacidad para 25-30 personas, distribuidas entre la planta baja y el sótano, con áreas específicas para trabajo colaborativo, reuniones y actividades sociales. Además, las kides participan activamente en la organización y el mantenimiento del centro, lo que les otorga un sentido de responsabilidad y pertenencia al proyecto. La ubicación del centro, además de ser céntrica, está perfectamente comunicada, lo que permite que puedan acceder con facilidad, independientemente de la localidad desde la que provengan, haciendo de la distancia un factor menos excluyente que en otros servicios.

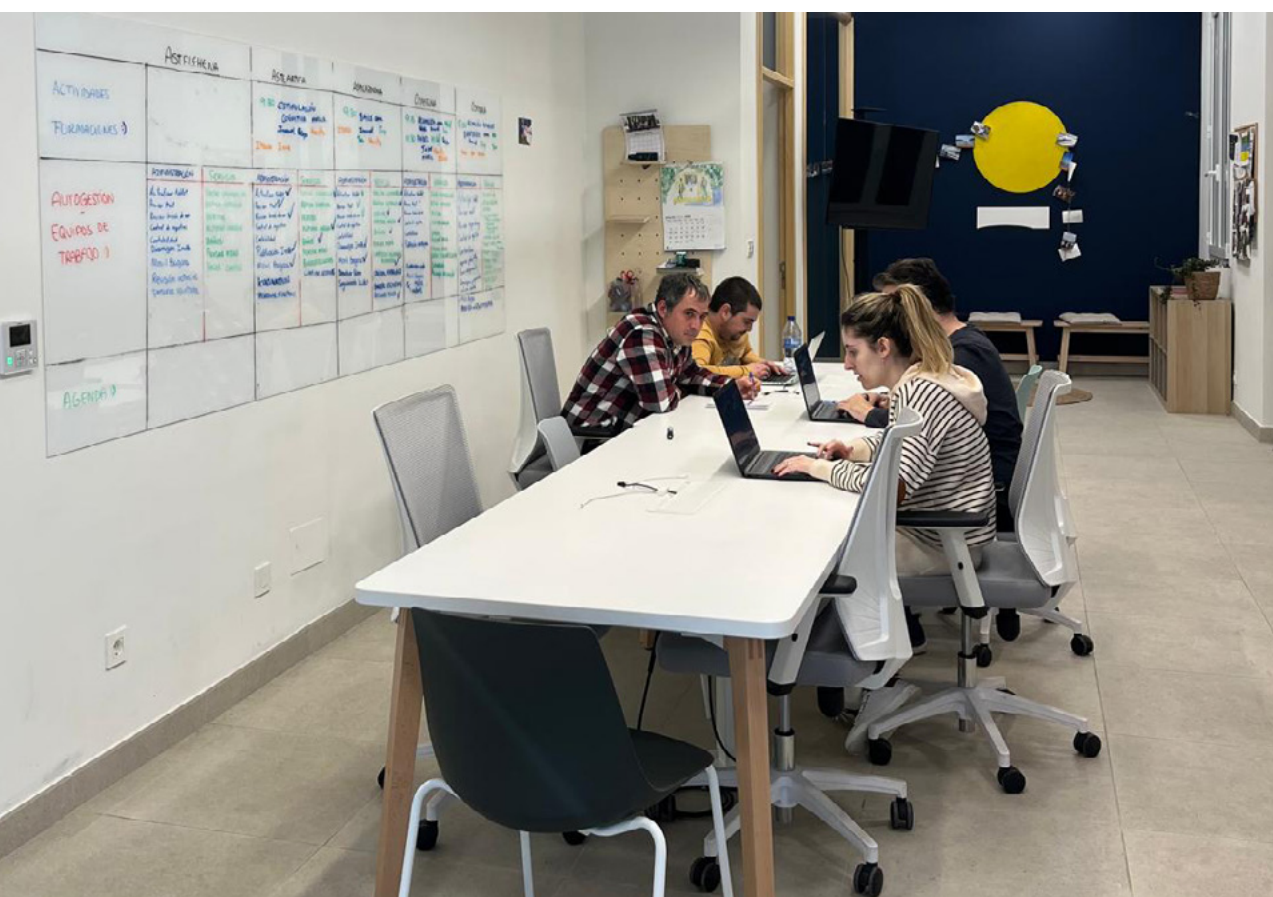
Uno de los rasgos más destacados de Bagara es su flexibilidad horaria, que permite a las kides decidir cuándo y cuánto desean participar en las actividades. Este enfoque permite que cada persona ajuste su participación a sus propios ritmos y necesidades, garantizando una atención completamente personalizada. Aquí, cada individuo tiene la libertad de participar en la medida en que lo desee, lo que facilita una verdadera adaptación del servicio a las características y necesidades de cada persona.

Las actividades y formaciones en Bagara están diseñadas para abordar diversos aspectos del bienestar integral de las personas kides. Estas actividades incluyen áreas sociales, culturales, formativas y de salud, y son propuestas por las kides durante las asambleas, donde se deciden y planifican en consenso. De esta manera, cada persona tiene voz en la creación de la oferta, que se ajusta a sus intereses y necesidades individuales (salidas a museos, paseos en la naturaleza, club de lectura, charlas sobre diversidad de género, creación de CV).

Las kides podrán asistir a las actividades que deseen, siempre y cuando participen activamente en las unidades de autogestión (trabajo en equipo y mantenimiento del centro), colaborando y aportando al funcionamiento de Bagara. Al tratarse de un servicio autogestionado, son las propias kides quienes, a través de las asambleas, deciden cómo se reparten las distintas tareas y las actividades que se llevarán a cabo.

A lo largo de su participación, las kides pueden clasificarse en dos tipos: las activas, que participan de manera regular en las actividades del centro, y las no activas, quienes han completado su itinerario sociolaboral con éxito, pero mantienen el vínculo con Bagara como parte de su red de apoyo. No existe un proceso formal de derivación para acceder a Bagara; es la persona quien se motiva o autoimpone acudir por primera vez al centro. En este primer contacto, el equipo profesional, junto con las kides, se encargan de captar la atención y participación del nuevo miembro, ofreciéndole un entorno acogedor y personalizado desde un inicio.

En resumen, Bagara es un espacio flexible, inclusivo y participativo que coloca a las personas en el centro de su proceso de recuperación. A través de su diseño, metodología y enfoque comunitario, Bagara ofrece un lugar donde las personas pueden reconstruir su vida, recuperar su autonomía y, lo más importante, reconectarse con la sociedad en sus propios términos.



## Objetivos

El objetivo de Bagara es la integración sociolaboral de personas con diagnóstico de salud mental en situación de aislamiento, además de ampliar y diversificar la oferta de servicios orientados a estas personas, especialmente a un sector de la población que hasta ahora no había sido atendido.

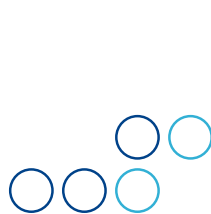
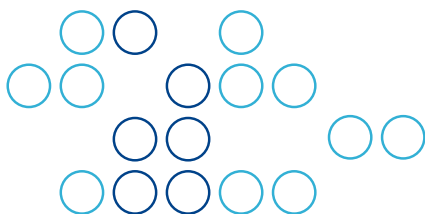
## Metodología

El planteamiento metodológico utilizado y en el que se inspira el proyecto es el empleado en distintos Club House. Este modelo se centra en las fortalezas de las personas, empoderándolas y permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su proceso de recuperación. Se promueve la participación activa y la inclusión social, con énfasis en la autogestión y la toma de decisiones. Las y los profesionales actúan como facilitadores del proceso. Bagara se basa en dicha metodología, pero adaptándola a la realidad del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Algunas de las principales características de este modelo son las siguientes:

- Bagara es un servicio puente que acompaña a las personas en su proceso de recuperación, un espacio donde las personas pueden volver a conectar con la sociedad salir del aislamiento y retomar sus vidas con motivación y nuevos proyectos.
- En este proyecto las personas tienen consideración de miembro comprendiendo que son parte activa del servicio (en la planificación de actividades y formaciones, en la toma de decisiones sobre normativas y en la gestión del local y el proyecto).
- Bagara se encuentra en un local céntrico y atractivo sin etiquetas ni barreras lo cual nos permite trabajar sobre el estigma en la población, en general, así como influir en el bienestar y la recuperación de las kides.
- Bagara un espacio comunitario que ofrece un modelo de integración sociolaboral para personas con trastorno mental grave. Este espacio promueve la autogestión, participación activa y empoderamiento de las personas, ayudando a su integración social y al desarrollo de habilidades que les permitan acceder al mundo laboral. El enfoque está centrado en el bienestar integral de los participantes, considerando sus fortalezas, deseos y necesidades.
- El enfoque comunitario se refleja en su modelo de recuperación, que:
  - se centra en las fortalezas y recursos de las personas, no en la enfermedad.
  - enfatiza la importancia de la inclusión social y la conexión con la comunidad.
  - fomenta el desarrollo de habilidades sociales en un contexto real.

El modelo de atención de Bagara está fundamentado en la idea de que las personas son agentes activos de su recuperación. Los profesionales que acompañan el proceso son guías y asesores, pero la toma de decisiones siempre es de la persona. Este enfoque fomenta el empoderamiento, permitiendo que cada individuo tenga el control sobre su propia vida, sus decisiones y su bienestar.



## Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

En esta buena práctica, destacan especialmente los siguientes principios:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☒ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☐ Calidad de vida
- ☒ Inclusión social
- ☒ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☐ Derecho a la orientación y a la información

## Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Lo que hace a Bagara una experiencia novedosa es su énfasis en la autogestión. Aquí, las personas son protagonistas de su propio proceso de recuperación, participando activamente en la organización y mantenimiento del centro. Esto les da un sentido de control sobre su entorno y les permite fortalecer su autoestima y confianza, ya que no se les ve como usuarios, sino como miembros activos de la comunidad. La autogestión y la toma de decisiones compartida son principios fundamentales en el funcionamiento de Bagara. Las kides no solo participan en actividades, sino que también se encargan de la gestión diaria del centro: desde la organización de talleres hasta tareas operativas como la cocina o la recepción. Esta participación activa fortalece su autonomía y sentido de responsabilidad, elementos esenciales para la recuperación y el empoderamiento.

Otros elementos clave son los siguientes:

- La flexibilidad. Bagara adapta sus horarios y actividades a las necesidades de cada kide, permitiendo que cada persona decida cuándo y cómo participar. Esta personalización del servicio asegura que el espacio sea accesible para todos, respetando los ritmos y capacidades individuales, sin imponer un formato rígido.
- La participación activa es fundamental en Bagara. Los kides tienen un papel activo en el día a día del centro, desde la organización de actividades hasta la toma de decisiones colectivas. Este enfoque fomenta un sentido de pertenencia y fortalece los lazos comunitarios, permitiendo que cada persona se sienta valorada y conectada, lo que facilita su integración social y laboral.
- El sentido de empoderamiento es clave en Bagara. La participación no es impuesta, sino que nace de un espacio donde las personas son las que dan forma al proyecto. La identidad y el proyecto de vida de cada kide se construyen de manera colectiva, lo que genera un fuerte sentido de pertenencia. Esto es fundamental para superar el estigma asociado a la salud mental, pues al sentirse parte activa de la comunidad, cada persona va recuperando su confianza y autoestima.
- Bagara también se distingue por su enfoque en la inclusión social. No es solo un lugar donde las personas con problemas de salud mental reciben atención, sino un nexo con la comunidad. Las kides participan activamente en actividades comunitarias, lo que les permite reinserirse de forma gradual en la sociedad y desarrollar habilidades sociales y laborales en un contexto real. Este modelo de recuperación basado en las fortalezas y el desarrollo de habilidades sociales prepara a las personas no solo para mejorar su salud mental, sino también para enfrentarse con mayor seguridad a los desafíos de la vida social y laboral.

### **Eficacia y beneficios para las partes interesadas**

En total, 70 personas se incorporaron de manera activa como kides, con solo 6 bajas registradas, lo que demuestra un alto nivel de retención y satisfacción con el servicio.

La media de edad de las personas participantes se sitúa en 36 años. Por género, su distribución (64.52% hombres, 33.8% mujeres) sugiere la necesidad de seguir trabajando en la accesibilidad del servicio para las mujeres. Por otra parte, el 72.58% cuenta con certificado de discapacidad.

En cuanto a los **resultados en la inclusión sociolaboral** obtenidos por las personas kides de Bagara, que están directamente relacionados con la obtención de empleo, formación o voluntariado, más de la mitad de los participantes ha alcanzado al menos uno de estos logros. Es decir, el 59,76% de las personas kides ha logrado resultados positivos hasta la fecha. En total, las kides de Bagara han logrado 106 resultados relacionados con la activación sociolaboral, distribuidos de la siguiente manera:

- 35 resultados (un 34,89%) corresponden a formación, lo que demuestra un significativo esfuerzo por mejorar las habilidades y conocimientos de las y los participantes.
- 23 resultados (un 21,70%) están vinculados al empleo, principalmente a través de contratos en trabajo protegido, facilitando la integración laboral de los kides en entornos laborales adaptados.
- 9 resultados (un 8,71%) están relacionados con la búsqueda activa de empleo, lo que refleja el compromiso de los kides en encontrar nuevas oportunidades laborales.
- 9 resultados (un 8,49%) se refieren a la obtención del certificado de discapacidad, con un grado superior al 33%, lo cual es un paso importante para acceder a recursos y derechos específicos para personas con discapacidad.
- 20 resultados (un 18,87%) corresponden a la iniciación en otros recursos, tales como servicios ocupacionales, centros de día o recursos de ocio y tiempo libre, lo que fomenta el bienestar integral de los participantes.
- 5 solicitudes han sido realizadas en Gureak, un servicio especializado en la integración laboral de personas con discapacidad, lo que refleja el interés de los kides por acceder a oportunidades de empleo inclusivo.
- 1 persona ha realizado prácticas laborales relacionadas con su carrera profesional, lo que demuestra un avance significativo en su desarrollo profesional y preparación para el mercado laboral.
- 7 personas han comenzado un voluntariado, lo cual evidencia su compromiso con la comunidad y su deseo de contribuir socialmente.

Este desglose destaca el impacto positivo que Bagara ha tenido en la activación sociolaboral de sus participantes, promoviendo no solo el acceso al empleo y la formación, sino también la participación activa en la comunidad a través de diversos recursos y oportunidades.

Por medio de este innovador servicio, se da respuesta a un grupo de personas de características de exclusión social extrema, que de otra manera no encuentra los cauces, o los puentes, específicos que necesita por su casuística. Esta necesidad puede deberse a situaciones estables o puntuales de la persona que acude al servicio, pero en ambos casos es imprescindible para mantener un nexo social mínimo que posibilite su rehabilitación. Bagara se confirma como un espacio autogestionado donde recuperar y/o desarrollar habilidades, relaciones y autoconfianza de unas personas en situaciones personales muy deterioradas, facilitando su empoderamiento y autodeterminación. Sirviéndose de estos pilares básicos del servicio se logra en una proporción muy alta, la integración sociolaboral de personas con trastorno mental grave que se encontraban en una situación de aislamiento social.

Por último, en lo que respecta a los **beneficios obtenidos por las partes interesadas**, pueden destacarse las siguientes conclusiones:

- Personas participantes: recuperación de la autonomía, integración social y laboral, así como aumento de su autoestima.
- Entidad: ampliación del impacto social y promoción de un modelo innovador de atención a la salud mental.
- Profesionales: oportunidad de trabajar en un modelo centrado en el empoderamiento y la inclusión, así como un cambio de rol profesional que permite situarse en un rol de acompañante.
- Otras entidades: sinergias y colaboración para el desarrollo de actividades comunitarias.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

A lo largo de su implementación, Bagara ha demostrado ser un programa único que no solo se centra en la recuperación de las personas, sino que lo hace mediante un enfoque flexible, inclusivo y altamente participativo. Desde su concepción, el proyecto ha buscado construir un espacio de pertenencia y apoyo para las kides, donde ellas no son vistas como pacientes o usuarios, sino como miembros activos cuyo bienestar es el objetivo primordial. En este sentido, las lecciones aprendidas han sido el resultado de la constante retroalimentación y reflexión sobre lo que funciona y lo que puede mejorar en el proceso de acompañamiento.

Las siguientes **lecciones** han sido fundamentales para optimizar las estrategias de trabajo de Bagara y garantizar el éxito del programa.

- **La importancia de la autogestión y la participación activa.** Uno de los principales aprendizajes ha sido la relevancia de dar a las kides un papel activo en la toma de decisiones y en la gestión del espacio. Cuando las personas participantes tienen voz en la creación de las actividades y la distribución de tareas, se sienten más empoderadas, comprometidas y responsables de su proceso de recuperación. El enfoque de autogestión ha demostrado ser un pilar clave para fomentar un sentido de pertenencia y motivación.
- **Flexibilidad en la participación.** La flexibilidad horaria ha sido crucial. Cada persona tiene su propio ritmo y sus necesidades, y permitirles decidir cuándo y cómo participar en las actividades ha sido fundamental para que se sientan cómodas y respetadas en su proceso. Esta flexibilidad también ayuda a evitar la presión y la sensación de obligación, promoviendo la autonomía.
- **La relevancia del trabajo en equipo.** La colaboración entre las kides es un componente esencial del programa. Las actividades de autogestión y las dinámicas de grupo no solo mejoran la organización del espacio, sino que también fomentan el desarrollo de habilidades sociales y laborales que son fundamentales para la vida diaria y la integración sociolaboral de las participantes.
- **La necesidad de un entorno seguro y libre de estigmas.** La creación de un espacio acogedor y respetuoso, libre de etiquetas, ha sido esencial para que las kides se sientan cómodas y puedan trabajar en su recuperación sin el temor al juicio o la discriminación. Este entorno inclusivo contribuye significativamente al éxito del programa, ya que permite que las participantes se sientan en un lugar donde pueden ser ellas mismas.

En cuanto a los **factores de éxito**, pueden destacarse las siguientes:

- **Enfoque centrado en las personas.** La principal razón del éxito de Bagara radica en su enfoque centrado en las kides. El programa no trata a las personas como “pacientes” o “usuarios”, sino como miembros activos, lo que refuerza su autoestima y motiva su participación. Este enfoque fomenta el sentido de pertenencia y permite que cada persona se sienta valorada e importante en el proceso.



- **Espacio de apoyo mutuo.** La creación de un entorno de apoyo mutuo y colaboración entre las kides ha sido un factor clave en el éxito del programa. El compartir experiencias, desafíos y logros en un ambiente seguro y respetuoso crea una red de apoyo entre los participantes que facilita la recuperación y promueve el bienestar colectivo.
- **Participación y toma de decisiones en asamblea.** Las asambleas, donde todas las kides tienen la oportunidad de participar en la toma de decisiones, han sido un motor clave para la cohesión del grupo. La participación activa en la planificación de actividades y la asignación de responsabilidades fortalece el sentido de pertenencia y el compromiso de las kides con el proyecto.
- **Red de recursos comunitarios.** La conexión con la comunidad local y el acceso a recursos formativos, laborales y de apoyo social han sido esenciales para el éxito de Bagara. La integración de la oferta comunitaria en las actividades ha permitido a las kides ampliar sus horizontes, conocer oportunidades externas y mejorar su integración en el entorno social.
- **Flexibilidad y personalización.** El modelo flexible que permite a las kides decidir cuándo y cómo participar ha demostrado ser crucial para su bienestar. Además, la personalización de las actividades según los intereses y las necesidades individuales de cada persona permite que el programa sea más relevante y adaptado a sus procesos de recuperación.
- **Apoyo constante y cercano.** El acompañamiento cercano y personalizado, tanto en las actividades como en el desarrollo de planes personales, ha sido fundamental para el éxito de Bagara. Las kides no solo reciben formación o asistencia, sino que también cuentan con un apoyo constante durante su proceso de recuperación, lo que les permite avanzar con seguridad y confianza.
- Crear una **identidad** al margen de lo anteriormente existente y que el proyecto sea una **construcción del grupo**. Las personas se sienten identificadas y orgullosas de pertenecer al proyecto.

### Transferibilidad

El modelo de autogestión y recuperación es replicable en otras instituciones que trabajen con personas en riesgo de exclusión social. La metodología, que combina la participación activa, el enfoque en las fortalezas y el empoderamiento podría adaptarse a otros contextos y servicios.

En lugar de tratar a las personas como **beneficiarias pasivas** de los servicios, el modelo de autogestión las **empodera** para que asuman un papel activo en su proceso de recuperación y bienestar. Esto se puede aplicar en diversos contextos, ya sea para personas en riesgo de exclusión social por problemas de salud mental, pobreza, adicciones, etc.

Las instituciones que trabajen con personas en riesgo de exclusión pueden facilitar espacios donde estas personas puedan identificar sus propias necesidades, tomar decisiones sobre su vida y establecer sus objetivos. Este enfoque ayuda a promover la autonomía y a fortalecer la autoestima.

El **enfoque social y comunitario**, en lugar de aislar a las personas, pone el énfasis en la **inclusión** y en la creación de una **red de apoyo** dentro de la comunidad, promoviendo la participación activa y la **solidaridad** entre iguales. Las instituciones pueden trabajar para crear **redes de apoyo social** donde las personas puedan sentirse acompañadas por otras que han tenido experiencias similares. Esto también permite disminuir el estigma asociado a la exclusión social y fomenta un sentido de pertenencia y apoyo mutuo.

El diseño de programas y actividades puede ser más efectivo si las propias personas usuarias son las que **participan activamente** en su creación. Esto no solo mejora la calidad de los servicios, sino que también permite a las personas verse como **co-creadores de su propio bienestar**.

- **Acción:** invitar a las personas a ser parte de **equipos de planificación** de actividades, servicios o incluso políticas internas de la institución. Pueden tener una **voz en el diseño de talleres**, actividades grupales o espacios de apoyo.

- **Impacto:** esto garantiza que las actividades sean relevantes y alineadas con las verdaderas necesidades de la comunidad. Además, fortalece el sentido de pertenencia y responsabilidad de las personas.

Una manera efectiva de garantizar que las personas se sientan realmente involucradas es incluirlas en los procesos de evaluación y retroalimentación sobre los servicios que están recibiendo. Esto asegura que las personas no solo participen en el diseño, sino también en el seguimiento y ajuste continuo de los programas.

- **Acción:** crear comités o grupos de retroalimentación donde las personas puedan evaluar la efectividad de los servicios ofrecidos y proponer mejoras. Pueden participar en encuestas, entrevistas o sesiones de retroalimentación directa.
- **Impacto:** esto les da a las personas una sensación de agencia y responsabilidad en el funcionamiento de los servicios, promoviendo una participación activa en su proceso de recuperación y en la mejora de la institución.

### Referencias documentales

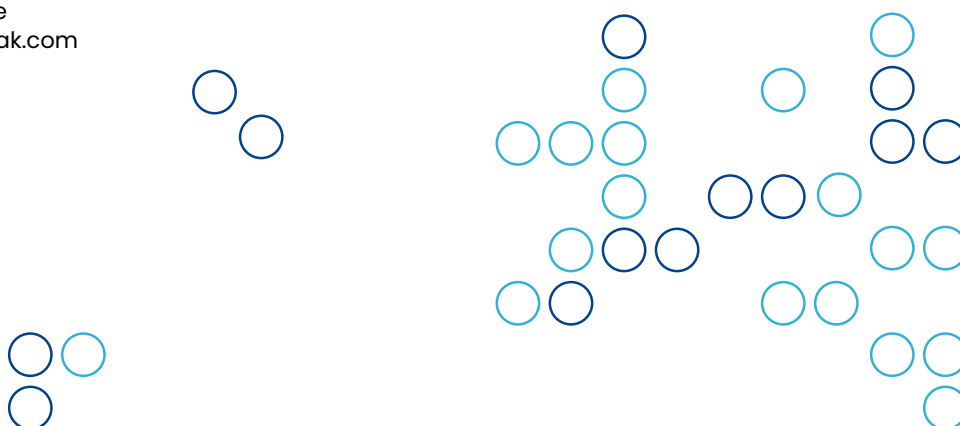
- Página web de referencia: <https://www.bagara.eus/>
- Referencias documentales:
  - > Eiriz, N., et al., (2023) Bagara, un proyecto piloto de atención comunitaria a personas con problemas de salud mental basado en el modelo clubhouse. Zerbitzuan, n. 79, 2023, p. 129-146.
  - > SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2017): Revisión de tendencias y buenas prácticas en atención a personas con enfermedad mental, Donostia-San Sebastián, Gureak Fundazioa.
  - > SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2018a): Atención diurna a personas adultas con trastorno mental grave en Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián, Gureak Fundazioa.
  - > SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2018b): Oarsoaldean bizi diren eta gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen gizarte beharrei eta arretari buruzko diagnostikoa = Diagnóstico sobre las necesidades sociales y la atención a las personas con enfermedad mental grave que residen en la comarca de Oarsoaldea, Oiartzun, Arraztalo Elkarte, Aldura Elkarte.

### Autoría de la ficha

- María Nogués Rotaeché, responsable del proyecto Bagara.

### Datos de contacto

- María Nogués Rotaeché  
Email: [mnogues@gureak.com](mailto:mnogues@gureak.com)



## **Vuelta a Casa. Atención integral frente al retorno a domicilio.**

*Cruz Roja San Sebastián.*

### **Tiempo de desarrollo o implantación**

Etixerabuelta nace a principios de 2018.

### **Lugar o cobertura geográfica**

Local. Centro sociosanitario de Cruz Roja Donostia.

### **Partes implicadas**

En esta iniciativa están implicados, además de las familias protagonistas, los siguientes agentes:

- Profesionales: dos fisioterapeutas, un/a enfermero/a auxiliar, un/a trabajador/a social y un/a terapeuta ocupacional.
- Familias de las personas que requieren cuidados y apoyos sociosanitarios.
- Otras entidades involucradas: centros de atención primaria de salud.

### **Población destinataria**

Personas residentes de Gipuzkoa con proyecto de salida a domicilio en el momento de su ingreso en el Centro Sociosanitario.

### **Descripción general**

Uno de los problemas con el que nos encontramos fue que en la mayoría de las instituciones socio-sanitarias no existía un protocolo de actuación estandarizado para asegurar un adecuado retorno a domicilio de las personas que usaban los servicios de esas instituciones. Tras ser dadas de alta, se encontraban con diversos problemas de adaptación que no se habían tenido presentes en el alta. Esto se debía a que, durante la preparación para dicho retorno, únicamente se atendían las demandas de la persona cuidadora y la persona que recibía los cuidados.

En este contexto, este proyecto consiste en un proceso de preparación de ese retorno al domicilio, desde una atención integral. Este proyecto está basado en que la formación práctica unida a la información profesional, dirigida de forma individualizada, interdisciplinar e integral, a las personas que requieren cuidados y apoyos y a las familias y personas cuidadoras, constituye un punto clave de éxito en las salidas a domicilio.

Para reforzar el proyecto se decidió realizar un acuerdo con los diferentes centros de salud de atención primaria de las zonas de Donostialdea y Bidasoaldea, ya que el 85% de las personas atendidas en este centro sociosanitario acudían a los centros de esas conas. De esta manera, nos coordinamos de forma directa con los centros salud vía mail tras dar de alta a una persona de nuestro centro. También se decidió contactar con otros centros de atención primaria del territorio de Gipuzkoa para tener una persona de enlace a la cual poder notificar las altas del centro y que a través de esta se informara al personal médico de atención primaria.

## Objetivos

Los principales objetivos de esta iniciativa son:

- Afianzar el retorno y el mantenimiento en el domicilio.
- Formar a las familias/cuidadoras en la correcta atención de la persona.
- Asegurar la adecuación del entorno al alta.
- Dar un servicio post-alta de seguimiento y asesoramiento.

## Metodología

Uno de los puntos fuertes a destacar de este proyecto es el enfoque interdisciplinar y el método de trabajo llevado a cabo por todo el equipo. El equipo se encuentra conformado por 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social y 2 fisioterapeutas.

Cada profesional evalúa las necesidades de la persona desde su campo específico y, en base a eso, se diseñan planes de acción personalizados, trabajando en colaboración para asegurar que los objetivos se alcancen de manera efectiva.

En primer lugar, tratamos de conocer las carencias o dificultades que las personas presentan en su casa, ya sean necesidades a nivel familiar o estructural. Identificamos los recursos que necesitan y luego diseñamos un plan en el que sea el entorno el que se adapte a la persona y no al revés. De este modo, facilitamos el proceso de retorno al hogar y la estabilización de la persona en él.

Atendiendo a estas cuestiones, las y los diferentes profesionales evalúan el estado de cada persona con la ayuda de diferentes escalas, como Barthel, Norton, MEC y SPPB.

Asimismo, se incluyen formaciones prácticas de atención a las personas, dirigidas a familiares o personas cuidadoras para evitar futuras complicaciones tras el retorno. Las formaciones están dirigidas a capacitar a las familias en los cuidados de las actividades de la vida diaria (vestido, movilización, el uso de grúas, etc.).

Cuando se establece la fecha de alta, nos ponemos en contacto con atención primaria de salud. El informe de alta de nuestro centro se envía a atención primaria a través del sistema Integra. De esta manera, nos aseguramos de que, si la persona necesita alguna atención o cuidados concretos, la información relevante esté disponible y no se pierda.

El acompañamiento continúa una vez que la persona está en casa. Una vez que las personas están en casa, seguimos en contacto con ellas a través de llamadas telefónicas a la semana, al mes y a los seis meses, para asegurarnos de que están bien y de que se sienten apoyadas.

Sin embargo, en algunos casos, nuestro objetivo es evaluar la viabilidad del retorno al hogar. Para evitar que las familias se enfrenten a dificultades inesperadas, les invitamos a acudir al centro para facilitar la reflexión sobre si es viable que asuman la carga de los cuidados que las personas requieren. En ocasiones, las familias no son plenamente conscientes de toda la ayuda que las personas necesitan las 24 horas del día.

Por ello, nos reunimos con las familias y realizamos prácticas directas, como ducha, vestido, movilización o uso de medicación. El objetivo es, precisamente, facilitar la comprensión de los cuidados que las personas requieren desde una metodología vivencial. Si, tras esta evaluación, concluyen que el regreso al hogar no es viable y se opta por la derivación a una residencia, consideramos que hemos cumplido nuestro objetivo, ya que lo más importante es garantizar una atención adecuada a la persona.

El proceso de integración en el hogar se considera completado o exitoso cuando la persona es capaz de estar en su casa de manera estable durante al menos seis meses. Para ello, durante el ingreso de la persona en el centro, el equipo se enfoca en identificar las necesidades del hogar, evaluando las deficiencias y los recursos necesarios para garantizar su bienestar.

### Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa

El proyecto se basa en los principios fundamentales de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa, principalmente en los siguientes:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☐ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☒ Inclusión social
- ☒ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☐ Derecho a la orientación y a la información

### Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica

Este proyecto se destaca por su enfoque innovador y personalizado, que ha permitido mejorar de manera significativa la transición de las personas de los centros sociosanitarios a sus hogares. Los elementos clave que convierten este proyecto en una buena práctica son:

- **Intervención interdisciplinar:** la colaboración entre diversos profesionales permite un enfoque integral y personalizado para cada caso.
- **Seguimiento post-alta:** el seguimiento continuo es fundamental para detectar posibles dificultades a tiempo y asegurar el bienestar de las personas en su hogar.
- **Formación a familiares y cuidadores/as:** el proyecto también dedica esfuerzos a formar a las familias y personas cuidadoras en el manejo adecuado de las necesidades de la persona lo que aumenta la efectividad del proceso.
- **Evaluación continua:** El uso de herramientas de evaluación estandarizadas, como las escalas de Barthel, Norton, MEC, SPPB, entre otras, permite ajustar las intervenciones según las necesidades cambiantes de la persona.

Además, los principios de la personalización se plasman en esta iniciativa de la siguiente manera:

- **dignidad y derechos:** El respeto por la autonomía de las personas y sus derechos es clave en el proceso de reintegración en el hogar;
- **autodeterminación, elección y control:** El proceso de alta y reintegración se lleva a cabo en función de las necesidades y deseos de la persona, siempre respetando su autonomía;
- **calidad de vida e inclusión social:** El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de vida de la persona en su entorno familiar, evitando su institucionalización cuando no sea necesario.
- **Participación:** la familia y las y los cuidadores participan activamente en el proceso de formación y adaptación de las personas a su entorno.

### **Eficacia y beneficios para las partes interesadas**

Desde su puesta en marcha, el proyecto ha tenido resultados muy positivos. En estos seis años de implementación, se han gestionado un total de 198 casos. De esos casos, más del 90% de las personas han logrado adaptarse exitosamente a su hogar sin necesidad de regresar a un centro sociosanitario, gracias a la formación y el seguimiento recibido. Solo un pequeño porcentaje de los casos ha requerido hospitalización nuevamente debido a complicaciones de salud no relacionadas con la transición al hogar. Además, se ha evidenciado que el seguimiento telefónico en las primeras semanas y meses después del alta proporciona tranquilidad tanto a las personas como a sus familias.

Los beneficios de este proyecto son evidentes para las personas que requieren cuidados y apoyos, sus familias y las y los profesionales involucrados:

- Personas que requieren cuidados: mejor calidad de vida y mayor autonomía en su hogar.
- Familias y cuidadoras: formación y apoyo continuo para poder manejar mejor las situaciones del día a día.
- Entidad: la mejora en la calidad de los servicios y la alta tasa de éxito han aumentado la confianza en el centro y en el proyecto.
- Profesionales: la colaboración y el trabajo colaborativo entre distintos profesionales involucrados.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

Los principales aprendizajes obtenidos a lo largo de estos años son los siguientes:

- El proyecto ha demostrado que la comunicación constante entre los equipos de trabajo, las familias y las y los profesionales de la salud es crucial para el éxito.
- También se ha aprendido que adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de las personas es esencial para garantizar su bienestar.
- Los principales factores de éxito incluyen la formación constante de los y las profesionales y la creación de un clima de confianza tanto con las personas como con las familias.

### **Transferibilidad**

El modelo de intervención es replicable en otros contextos, especialmente en áreas con una población envejecida o con necesidades sociosanitarias similares. La metodología utilizada, que combina la intervención directa con el seguimiento a distancia, puede adaptarse a diferentes entornos, siempre que se cuente con un equipo interdisciplinario y la colaboración de las familias. La clave para su éxito es el enfoque personalizado y la adaptabilidad a cada situación particular.

En resumen, el proyecto “Etxerabuelta” ha demostrado ser una práctica innovadora y eficaz en el ámbito de la atención sociosanitaria. La combinación de un enfoque personalizado, la participación activa de las familias y el seguimiento continuo post-alta han sido fundamentales para garantizar el bienestar de las personas y su integración exitosa en sus hogares. El proyecto no solo ha mejorado la calidad de vida de ellas, sino que también ofrece un modelo replicable que puede ser implementado en otros entornos, contribuyendo así a la mejora de los servicios sociales en Gipuzkoa.



### **Información adicional**

- Referencias documentales:
  - › Santa Marina Ospitalea Osakidetza (2013) *Guía Básica de Cuidados*. ICI19 – 19th International Conference on Integrated Care (2019) *Actuación Integral Frente el Retorno a Domicilio*.

### **Autoría de la ficha**

- Edurne Goikoetxea Lopetegi, fisioterapeuta del CSS de Cruz Roja.
- Idoia Urbieta Vega, Lopetegi, terapeuta ocupacional del CSS de Cruz Roja.

### **Datos de contacto**

- Edurne Goikoetxea Lopetegi  
Email: [egoikoetxea@cruzroja.es](mailto:egoikoetxea@cruzroja.es)
- Idoia Urbieta Vega  
Email: [iurbieta@cruzroja.es](mailto:iurbieta@cruzroja.es)

## Intervención domiciliaria en personas con trastorno mental severo.

*Hospital Aita Menni, Ospitalarioak Fundazioa Euskadi.*

### Tiempo de desarrollo o implantación

La puesta en marcha de la idea data del año 2017 y su desarrollo ha continuado de forma ascendente manteniéndose hasta el momento actual.

### Lugar o cobertura geográfica

Territorial. La actividad se lleva a cabo a lo largo de todo el territorio de Gipuzkoa.

### Partes implicadas

- Personas que usan servicios y sus familiares.
- Centros de Salud Mental del territorio de Gipuzkoa.
- Área Socio Sanitaria del Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

### Población destinataria

La intervención va dirigida a personas con trastorno mental severo que puedan necesitar apoyo terapéutico en su lugar de residencia. No necesariamente tienen que acudir a ningún otro centro, salvo a su Centro de Salud Mental de referencia. Se verán especialmente beneficiadas aquellas personas que viven solas o con familiares de edad avanzada que no pueden prestar el apoyo suficiente a la persona interesada.

Por tanto, las personas destinatarias de esta intervención domiciliaria serán:

- aquellas que necesitan apoyo directo en su propio domicilio o en su comunidad.
- los familiares que comparten vivienda o aquellos que asumen el rol de cuidador más directo.

### Descripción general

La historia reciente de la asistencia a las personas con trastorno mental severo se ha centrado fundamentalmente en dos ámbitos: las instituciones psiquiátricas clásicas y los centros comunitarios de asistencia como alternativa a la institucionalización dentro del movimiento que se ha denominado genéricamente como Psiquiatría Comunitaria.

En los últimos años, las sociedades avanzadas basan la atención a personas que sufren una enfermedad mental severa en el modelo comunitario, el cual se ha enriquecido por la nueva perspectiva del **modelo de Recuperación**, que ha supuesto un cambio en el paradigma del modelo de atención asistencial tradicional. Este modelo aboga por situar a la persona diagnosticada de trastorno mental severo en el papel de protagonista de su proceso terapéutico-rehabilitador.

Constituye un proceso único e individual ligado al crecimiento personal y al cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona, que posibilita que ésta desarrolle un proyecto de vida más allá de la enfermedad, con un sentido vital propio, definido por la propia persona interesada, e independiente de la evolución de sus síntomas o dificultades derivadas de su enfermedad mental. Así, este modelo centra su atención en el funcionamiento psicosocial, en los objetivos de recuperación y las estrategias de empoderamiento y alianza, todo ello con el fin de mejorar la calidad de vida y lograr una ciudadanía plena y digna.

En el territorio de Gipuzkoa existen actualmente 10 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) que ofrecen apoyo a más de 240 personas usuarias y familiares. Desde el Hospital Aita Menni se gestionan en la actualidad cuatro CRPS ubicados en Arrasate, Beasain, Irun y Donostia, donde acuden diariamente personas usuarias diagnosticadas de Trastorno mental Severo con el fin de acceder a un programa de carácter rehabilitador que les permita alcanzar en cada caso la cota más alta posible de inclusión social.

Durante su estancia en los centros aplicamos los programas rehabilitadores ampliamente conocidos como el auto cuidado personal básico, higiene personal, alimentación, tareas domésticas, movilidad en la comunidad, relaciones sociales, ocio y tiempo libre o la integración al mundo laboral. Para la aplicación de dichos programas, previamente se realiza una evaluación de capacidades de cada persona.

Sin embargo, se identificó que existe un entorno al que no se llegaba debido a la propia naturaleza del servicio: el domicilio de las personas usuarias. En ese sentido, nos preguntamos: *¿cómo se desenvuelve y qué dificultades tiene realmente la persona usuaria en su propio entorno domiciliario?*

A raíz de dicha reflexión, desde los diferentes equipos de trabajo nos planteamos la necesidad de acudir a los domicilios donde era previsible una menor supervisión efectiva con el fin de valorar la situación in situ y gestionar los apoyos necesarios en caso de detectar la necesidad. Existen grandes diferencias entre personas que viven acompañadas de familiares capaces de brindar el apoyo necesario y otras que, o viven solas, o viven con familiares que, por diversos motivos, no pueden brindar los cuidados y apoyos que la persona requiere.

**La iniciativa consiste en realizar valoración en domicilio de la persona y su entorno con el fin de establecer objetivos de trabajo individuales o del sistema familiar.** Una vez establecidos los objetivos, estos se desarrollan en coordinación con diferentes agentes y servicios que participan en la recuperación de la persona.

Esta buena práctica atiende dimensiones vitales fundamentales de las personas, tales como sus preferencias, deseos, metas y hábitos de vida: proyectos de vida; cultura, valores y creencias; recursos personales, capacidades y aspectos a fortalecer; o satisfacción personal.

## Objetivos

Los principales objetivos que esta iniciativa persigue son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares.
- Garantizar el máximo nivel de integración social.
- Evitar deslocalización geográfica de las personas usuarias evitando entrada en recursos residenciales socio sanitarios.
- Disminuir el número y la frecuencia de ingresos hospitalarios de las personas usuarias.
- Rebajar la necesidad de citas médicas ambulatorias.
- Potenciar la autonomía general de las personas usuarias.

## Metodología

Como se ha mencionado en la descripción, en el marco de los CRPS-s, se realiza previamente una evaluación de las capacidades de cada persona. Esta evaluación actualmente se complementa con la intervención domiciliaria, cubriendo una necesidad que antes de su aplicación estaba descubierta.

A partir de esta valoración en domicilio de la persona usuaria y su entorno, se establecen objetivos de trabajo individuales o del sistema familiar. Estos objetivos deben ser consensuados, concretos y cuantificables.

Una vez establecidos los objetivos, se desarrollan en coordinación con diferentes agentes y servicios implicados en la recuperación de la persona usuaria. Habrá objetivos que se trabajarán en el propio centro donde la persona usuaria acude diariamente, pero habrá otros que se podrán desarrollar de forma coordinada con otros servicios o entidades: centro de salud mental de referencia, servicios sanitarios, agentes de ocio y tiempo libre, otros programas del sector, programas del voluntariado, asociaciones específicas en la comunidad, etc.

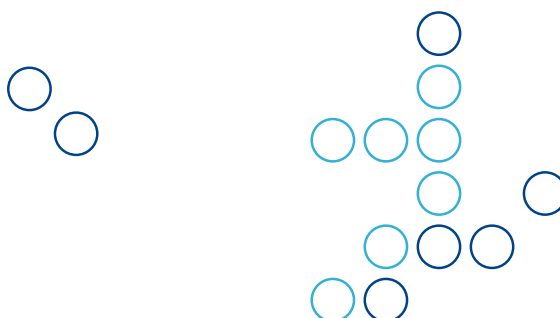
Se desarrollan los objetivos con actividades de autocuidado personal básico, higiene personal, alimentación, tareas domésticas, movilidad en la comunidad, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, integración al mundo laboral, etc.

Es importante señalar que la puesta en marcha de la idea se realizó mediante una experiencia piloto en un único caso ubicado en Oñati y el resultado fue claramente exitoso. La evaluación inicial revelaba una situación caótica en el hogar donde la higiene, el orden general, la estructuración del entorno y la asignación de roles en los componentes familiares necesitaban intervención profesional con el fin de garantizar el buen desarrollo personal y familiar de todos sus miembros, tanto a corto como a medio y largo plazo. La intervención del equipo de trabajo fue necesaria solo durante dos días, con una dedicación promedio de cuatro horas diarias. A partir de entonces, los propios familiares asumieron la organización y el mantenimiento adecuado del hogar.

### **Principios de la Guía de Personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa**

El desarrollo de esta iniciativa se basa especialmente en los siguientes principios:

- ☒ Dignidad
- ☒ Derechos
- ☒ Autodeterminación, elección y control
- ☒ Integralidad
- ☐ Perspectiva de género e interseccionalidad
- ☒ Participación
- ☐ Incondicionalidad
- ☒ Calidad de vida
- ☒ Inclusión social
- ☒ Atención en la comunidad, en entornos ordinarios
- ☐ Derecho a la orientación y a la información



### **Elementos que convierten la experiencia en novedosa y buena práctica**

En relación con los elementos que convierten esta iniciativa en buena práctica, pueden destacarse los siguientes puntos:

- Esta iniciativa se enmarca en el modelo *rehabilitador* previamente mencionado, que aboga por situar a la persona como protagonista de su proceso terapéutico-rehabilitador y de su proyección y crecimiento como persona.
- La Atención Comunitaria constituye a día de hoy una referencia obligada a nivel profesional, político, ciudadano, etc. Existe numerosa evidencia científica acumulada que demuestra que el hecho de atender a las personas con trastorno mental severo en la comunidad garantiza mejoras sustanciales a nivel personal y social, logra el empoderamiento y recuperación de las personas a través del proceso de la integración e inclusión y, finalmente, garantiza su permanencia en la comunidad y el respeto y la consideración de ciudadanos/as.
- A diferencia de otros enfoques, el objetivo último de la atención comunitaria es positivo y totalizador: la mejora personal global (no en dimensiones o desempeños parciales), persiguiendo el desarrollo humano integral, ya que no se centra exclusivamente en los problemas y déficits humanos sino en las capacidades para superarlos y llegar a ser todo aquello que las personas socialmente pueden llegar a ser.
- Así, este modelo centra su atención en el funcionamiento psicosocial, en los objetivos de recuperación y las estrategias de empoderamiento y alianza, todo ello con el fin de mejorar la calidad de vida y lograr una ciudadanía plena y digna.

### **Eficacia y beneficios para las partes interesadas**

En primer lugar, cabe señalar que la eficacia de la intervención es analizada mediante los siguientes mecanismos o herramientas:

- Encuesta de satisfacción a persona usuaria y familia.
- Aplicación de la Escala de Valoración Del Desempeño Psicosocial (EVDP).
- Valoración clínica de equipo terapéutico correspondiente al Centro de Salud Mental de referencia.

En segundo lugar, el desarrollo de la iniciativa ha permitido extraer conclusiones relevantes sobre la eficacia y los resultados que pueden lograrse con este tipo de intervenciones:

- Al poner en marcha la idea pudimos comprobar que las posibilidades de mejora en los domicilios eran evidentes en diferentes áreas:
  - Limpieza y orden en general en estancias comunes y habitación personal de la persona usuaria.
  - Gestión de la alimentación.
  - Aspectos relacionados con el control de la medicación.
  - Elementos relacionados con la higiene personal.
  - Elementos relacionados con el confort y seguridad en el hogar.
  - Relaciones interpersonales y roles en el domicilio.
  - Integración al mundo laboral.
  - Movilidad en la comunidad.
  - Ocio y tiempo libre.

- Puede mejorar de forma sustancial la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares, sobre todo en aquellos casos en que viven solos/as y sin apoyo familiar cercano. Resulta evidente que las principales beneficiarias de la intervención son las propias personas usuarias y sus familiares ya que genera de forma rápida una mejora en la calidad de vida del entorno personal y familiar.
- De forma colateral, la incidencia en los servicios sanitarios mejora sustancialmente: se reduce el impacto económico por la reducción de número de consultas médicas, posibles hospitalizaciones y gastos farmacéuticos.
- Programas de ocio y tiempo libre, ocupacional laboral y psicoeducativos constituyen elementos que permiten frenar ingresos psiquiátricos, retrasar salidas del domicilio a entornos residenciales y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias a las que ofrecemos nuestros servicios.

### **Lecciones aprendidas y factores de éxito**

- En la última década, el perfil de persona que accede a nuestros servicios de apoyo comunitario es generalmente varón, con una media de 25 a 30 años de evolución de la enfermedad, soltero, que reside en domicilio propio con apoyo de sus progenitores octogenarios. Ello nos confirma que la necesidad de apoyos es y será elevada a corto-medio plazo.
- La implicación de todos los agentes implicados en el tratamiento de personas con enfermedad mental grave resulta imprescindible para que la implementación de la buena práctica sea exitosa y se consolide en el tiempo.
- Tras la experiencia piloto concluimos que efectivamente es aconsejable evaluar el entorno domiciliario de las personas con trastorno mental severo ya que ello nos permite conocer situaciones en las que nuestro apoyo puede mejorar de forma sustancial la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares, sobre todo en aquellos casos en que viven solos/as y sin apoyo familiar cercano.
- Actualmente, tanto la asociación Agifés como nosotros desarrollamos este tipo de programas que año a año van contando con mayor financiación, demostrando así que el futuro de la atención a las personas con trastorno mental severo tiene que desarrollarse en la comunidad de cada individuo, creando y manteniendo servicios que permitan a las personas mantener una vida inclusiva y participativa en su propio entorno geográfico. Solo de esta forma garantiremos los derechos de las personas y favoreceremos aspectos como la dignidad y calidad de vida, la participación y autodeterminación de las personas a las que ofrecemos nuestros servicios.

### **Transferibilidad**

La intervención de apoyo domiciliario para personas con trastorno mental severo requiere un nivel de formación profesional adecuado para entender, comprender y guiar de forma correcta a las personas y sus circunstancias. Se trata de un entorno sociosanitario que lleva a cabo el proyecto siempre en coordinación con servicios sanitarios especializados con el fin de garantizar un abordaje integral de calidad, donde la seguridad, tanto de las personas y familiares como la del personal, se contempla como un factor fundamental.

### Información adicional

- Página web de referencia: <https://ospitalarioakfundazioeuskadi.org/es/>
- Referencias bibliográficas:
  - > *Equipo de Coordinación Sociosanitaria de Euskadi*, Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 = Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategia 2023-2028. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Salud, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2023, 140 p., or.
- Material audiovisual:
  - > <https://www.youtube.com/watch?v=J2I-Xg5PCbk>
  - > <https://www.youtube.com/watch?v=wj3CKA4nzuA>
  - > <https://www.youtube.com/watch?v=AKbD7VI5vyA>

### Autoría de la ficha

- Vicente Hueso Corral. Psicólogo clínico. Fundación Hospitalarias Hospital Aita Menni.

### Datos de contacto

- Vicente Hueso Corral  
Email: [Vicente.Hueso@fundacionhospitalarias.org](mailto:Vicente.Hueso@fundacionhospitalarias.org)





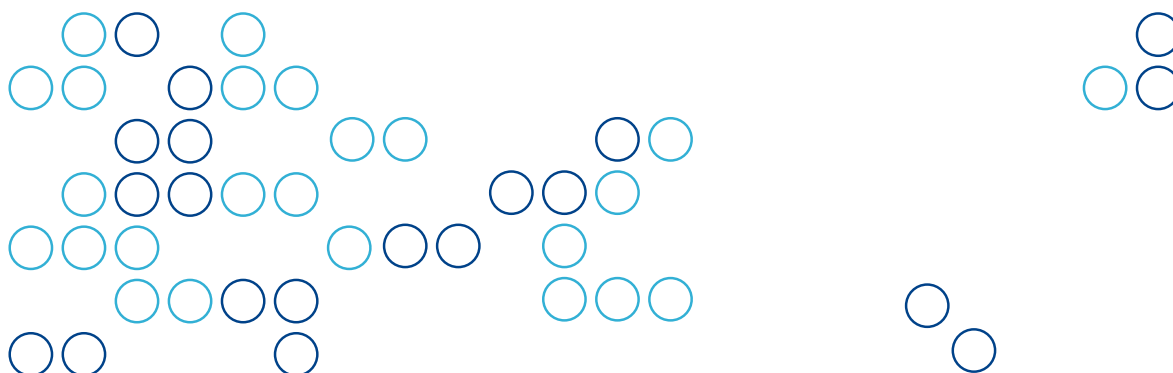
## [0.7]

**Reconocimiento de buenas prácticas**

Como se ha mencionado en el capítulo 2, en el marco del Libro Verde se llevó a cabo un proceso de identificación y mapeo de buenas prácticas en centros, mediante una metodología y un documento elaborados específicamente para su recopilación y análisis. Fruto de este trabajo, 11 organizaciones y centros residenciales presentaron un total de 37 buenas prácticas.

En este último capítulo, se recogen todas estas iniciativas, agrupadas por centro residencial. Al igual que en las jornadas celebradas el 13 de diciembre, estas buenas prácticas se listan en este manual con el objetivo de visibilizar y reconocer los esfuerzos realizados por las organizaciones en el avance hacia una atención más personalizada.

CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
SAN MARTIN	OÑATI	BIZITZAREN AMAIERA
		BIZITZA ISTORIA
		EKINTZA ESANGURATSUAK
		EGOILIARREN KOMISIOA
		FAMILIEN KOMISIOA
		VIVIFRIAL
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA	DONOSTIA	BUENOS DÍAS, SAN JOSÉ
		DIARIO ILUSTRADO
		EN SAN JOSÉ DECIMOS...
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
JESUSEN BIHOTZA	ERRENTERIA	ZERBITZUAREN AMAIERAKO GOGOBE TETZEARI BURUZKO INKESTA ZAINKETA ARINGARRIAK
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
MIZPIRUALDE	BERGARA	AUZOLANDEGI PROIEKTUA
		IKASTOLAKO IKASLEEKIN PROIEKTUAK PARTEKATZEN
		TALDE FOKALAK



CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
ARGIXAO, OTEZURI,	ZUMARRAGA, ZUMAIA, USURBIL	HELDU SEXUARI
EGURTZEGI	ZUMARRAGA, DONOSTIA, USURBIL	"COMO QUIERO"
ARGIXAO, BERMINGHAN, EGURTZEGI	OIARTZUN	PREPARACIÓN DE LA "MUDANZA"
PETRA LEKUONA	OIARTZUN, ZUMARRAGA	PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS RESIDENTES Y/O SUS FAMILIAS EN LA VALORACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PAI
Todos los centros de Matia	Varios municipios	GUÍA PARA FACILITAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD COTIDIANA SIGNIFICATIVA CON PERSONAS CON DEMENCIA MODELO DE NECESIDADES NO CUBIERTAS PORTAL MATIA ESKOLA PREFERENCIAS QUE IMPLICAN RIESGO
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
NUESTRA SRA. DE LA PAZ	DONOSTIA	PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS RESIDENTES Y/O SUS FAMILIAS EN LA VALORACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
ITURBIDE	ARRASATE	AZKENEKO MOMENTUETAN EGOILIAR ETA FAMILIAK ELKARREKIN EGOTEKO AUKERA FHOTOVOICE PROIEKTUA POA FORMAZIOA
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
BETHARRAM	HONDARRIBIA	COMISIÓN DE RESIDENTES Y FAMILIARES ENCUENTROS CON TODA LA PLANTILLA DEL PERSONAL ELIMINACIÓN DE HORARIOS DE VISITA ACOMPAÑAMIENTO EN LA TERMINALIDAD
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
SAN PEDRO	PASAIA	ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD IMPULSO DE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁMBITO DE LA FISIOTERAPIA ACTIVIDAD FÍSICA Y COGNITIVA
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
SANTA MARÍA MAGDALENA	HERNANI	BIZITZAREN BUKAERA DUINA KULTO ERLIJIOSOAK EGITEKO EZPAZIOA TALLERES PARA HABLAR/INFORMAR SOBRE EL FINAL DE VIDA
CENTRO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	BUENA PRÁCTICA
ZORROAGA	DONOSTIA	APOYO A LAS FAMILIAS