

PROYECTO AICP.COM

Guía de Aplicación de Requisitos
y Estándares. Proceso de
Implantación del Modelo de
Atención Integral y Centrada
en la persona (AICP) en centros
residenciales de personas mayores





Financiado por:



Entidades promotoras:

1 | OBJETIVO DE ESTA GUÍA

2 | PARA QUÉ Y PARA QUIÉNES PUEDE SER ÚTIL

3 | ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO AICP?

- 3.1. Su definición
- 3.2. Sus fundamentos
- 3.3. Sus principios y criterios
- 3.4. Sus dimensiones
- 3.5. Sus pilares

4 | ¿CÓMO SABEMOS QUE ESTAMOS O NO ESTAMOS EN EL MODELO? Con qué evaluar la residencia respecto al modelo AICP

- 4.1. La Guía de Estándares
- 4.2. Cómo utilizar la Guía de Estándares. Cómo aplicar requisitos para alcanzar los estándares

5 | ¿CÓMO AFRONTAMOS EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA RESIDENCIA HACIA EL MODELO AICP?

- 5.1. Itinerario de Transformación:
La ruta del cambio

6 | RECURSOS PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO

- 6.1. Guías y documentación relacionada
- 6.2. Algunos materiales de apoyo
- 6.3. Referencias





OBJETIVO DE ESTA GUÍA

Esta guía pretende ofrecer una visión general del proceso de implantación del modelo AICP en centros residenciales de personas mayores para ayudar a comprender a quienes tengan la intención y el poder de transformar ámbitos residenciales en qué consiste dicho proceso. Contiene dos finalidades principales: transmitir la esencia del Modelo AICP y servir como guía básica de aplicación del modelo en todas sus fases, incluyendo instrucciones de aplicación de requisitos y estándares.





PARA QUÉ Y PARA QUIÉNES PUEDE SER ÚTIL

Puede ser útil, después de haber concluido el pilotaje en las residencias de intervención del proyecto AICP.COM, junto con las otras guías y documentación complementaria aportadas, a todas aquellas residencias que se animen a llevar a cabo un proceso de transformación hacia el Modelo AICP.

Puede ser útil, a aquellos profesionales que tienen o van a tener que desempeñar el papel de apoyar a los centros residenciales en este viaje: consultores/as, facilitadores/as, formadores/as. Y también a los equipos clave de este proceso: equipos motores, equipos de autoevaluación, etc.

Será útil a aquellas instituciones públicas (estatales, autonómicas, locales) que gestionan directamente centros residenciales o a las que tengan competencias de legislación o de planificación de la implantación del Modelo AICP en los centros residenciales de su ámbito de actuación.

También será útil para las empresas y para las organizaciones sin ánimo de lucro que desarrollen en sus políticas y estrategias objetivos de implantación del Modelo AICP en las residencias que gestionan. Este documento, junto con las guías y metodologías creadas, puede ayudar a construir un dispositivo de apoyo adecuado.



3.1. SU DEFINICIÓN

La Atención Integral y Centrada en la Persona, es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (Rodríguez P. 2010; 2013; 2014)



3.2. SUS FUNDAMENTOS

La Atención Integral y Centrada en la Persona, en adelante AICP, se fundamenta desde una base sólida:

- **Se orienta y nutre del conocimiento científico**, integrando las preferencias de las personas y el respeto a las mismas con las intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado beneficio terapéutico para las personas mayores.
- **Es refrendada por la ética**, partiendo del reconocimiento de la dignidad de las personas y teniendo como marco de referencia los principios de la bioética.
- Se alinea con las principales declaraciones y recomendaciones que emanan de distintas normativas y consensos internacionales.

3.3. SUS PRINCIPIOS Y CRITERIOS

Principios para la definición de un Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona fundamentado en la dignidad

Principios	Criterios
Autonomía	Diversidad y empoderamiento
Participación	Accesibilidad e interdisciplinariedad
Integralidad	Globalidad e integración
Individualidad e Intimidad	Personalización y flexibilidad
Independencia y bienestar	Prevención, mantenimiento y rehabilitación
Inclusión Social	Proximidad y enfoque comunitario.
Continuidad	Coordinación y convergencia



Los principios y criterios en los que se sustenta el modelo, contextualizando estos en el ámbito de las residencias, son los siguientes:

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Las personas residentes de un centro tienen derecho a mantener en él el control sobre su propia vida y a tomar decisiones libres sobre aspectos importantes o sobre las rutinas que componen su cotidianidad.

Este principio es el esencial de cuantos se proponen. Hace referencia al reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas y, entre ellos, el de autogobierno y libertad para desarrollar su propio plan de vida y para tomar decisiones, aunque en ocasiones estas impliquen algún riesgo, para lo que deben estar asesoradas y acompañadas de manera profesional. Cuando se presentan situaciones de deterioro cognitivo importante, el principio de autonomía conviene que se realice de forma delegada con la participación de su grupo de apoyo.

Criterios de diversidad y empoderamiento.

- Desde el momento en que se realiza la planificación de recursos de alojamiento debe diseñarse una oferta diversificada de las diferentes modalidades de los mismos con el fin de garantizar la posibilidad real de elección de las personas que van a residir en ellos.
- En cuanto a los ya existentes, la metodología de las intervenciones y la oferta de los diferentes programas y servicios dirigidos a minimizar las situaciones de dependencia, deben favorecer que las personas muestren sus preferencias y puedan elegir entre opciones diversas relacionadas con los procesos que les afecten.
- La misión del centro, compartida por todo su personal, debe ser, pues, la provisión de los apoyos que necesita la persona por su situación de dependencia y, al tiempo, los que requiere para mantener e incluso incrementar su capacidad de autodeterminación y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía. Para ello, deberá informarse a cada persona de manera clara, detallada y comprensible las diferentes opciones, aplicando también técnicas de empoderamiento y refuerzo de su autoestima.

PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN

Íntimamente ligado con el anterior, este principio defiende que las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia tienen derecho, por una parte, a continuar participando en la vida de su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal libremente elegida (realizar actividades de su gusto, sexualidad, relaciones sociales, etc.)

Por otra parte, tienen derecho a participar en sus planes de atención de manera efectiva y activa, lo mismo que sus familias o grupo de apoyo cuando sea conveniente. Y a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida en el centro, a ser escuchadas, a recibir la información requerida y a formular las quejas y sugerencias que deseen.

Criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad.

- Hay que planificar e intervenir en la comunidad y en los centros para que en los diferentes contextos se incluyan elementos facilitadores que favorezcan la accesibilidad, mejoren el funcionamiento, reduzcan la discapacidad y supriman las barreras de todo tipo para lograr la máxima participación social de las personas que viven en las residencias. Para ello, se planificarán acciones que se remuevan los estereotipos que existen acerca de las personas en situación de discapacidad o de dependencia y se promueva actitudes sociales inclusivas.
- Dentro de la residencia, la interdisciplinariedad ha de impregnar todo el proceso de intervención: El equipo de profesionales aplicarán técnicas de trabajo en equipo con este enfoque interdisciplinario, incluyendo a las personas residentes y a sus familias, que deben conocer, opinar y aceptar sus planes de apoyo. Para proporcionar habilidades que promuevan una auténtica participación, en la intervención se incluirán estrategias de empoderamiento y de autoestima y también deben desarrollarse sistemas y cauces que la garanticen (profesionales de referencia, incidencia de las decisiones de las Juntas de Residentes en la vida del centro, buzón de quejas y sugerencias...) que serán recogidos en el correspondiente reglamento de régimen interior, o documento base del centro.



PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD

La persona es un ser multidimensional en la que interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales por lo que tienen derecho a recibir una atención integral, es decir, completa.

Criterios de globalidad e integración.

- El diseño de los diferentes recursos y servicios deben garantizar que la atención integral que requieren las personas, vivan estas donde vivan, se ofrezca de manera integrada. Para ello, desde el mismo proceso de planificación han de reorientarse los mismos para sean los diferentes sectores y niveles de atención los que realicen los cambios necesarios y logren adaptarse y poner en el centro a las personas en lugar de que sean estas las que deban adaptarse a los descoordinados y fragmentados recursos existentes.
- Desde este enfoque transversal es totalmente necesario que se articulen medidas que garanticen la atención sanitaria desde el sistema público de salud a las personas que viven en las residencias avanzando en su integración con los servicios sociales.
- También la integralidad incluye el trabajo comunitario para conocer, tener en cuenta y generar alianzas con los recursos con los que cuenta la comunidad que pueden ser de utilidad para la atención integral a las personas (asociaciones, colegios, bibliotecas...).
- Las intervenciones que se planifiquen en la residencia, y el modo mismo de acoger a las personas en ellas, han de satisfacer las necesidades biomédicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona, partiendo del conocimiento de su biografía, preferencias y estilo de vida y realizando una valoración completa en todas las áreas mencionadas, con especial relevancia a la de su calidad de vida.
- Se trabajará desde una perspectiva sistémica y holística de la persona en la que interactúan los diversos agentes del proceso: residente, familia, profesionales, ambiente físico y psicosocial de los centros y contexto comunitario.
- La dimensión emocional, afectiva y espiritual cobra un importante papel en la vida de las personas que se encuentran en una residencia, por lo que es muy necesario trabajar estos aspectos y tratar de involucrar a las familias y otras redes sociales de la persona en el centro, así como incorporar esta faceta en las intervenciones profesionales.
- Los planes personalizados de atención se completarán e integrarán el apoyo al proyecto de vida y siempre serán consensuados con la persona.

PRINCIPIO DE INDIVIDUALIDAD

Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Las personas que viven en un alojamiento están en su casa y, desde esta consideración, su derecho a la privacidad y a la intimidad se torna inalienable.

Criterios de personalización y flexibilidad.

- Los programas y servicios que se planifiquen desde los centros deben diseñarse de manera que tengan capacidad de adaptación a las necesidades individuales y cambiantes de las personas y no viceversa.
- La figura del profesional de referencia es indispensable en los centros porque es el que garantiza desde su rol de proximidad el conocimiento completo de la persona (realiza su historia de vida), velará por el cumplimiento de su plan personalizado de atención y de apoyo a su proyecto de vida y quien la acompañará más directamente a lo largo de su estancia en la residencia.
- Se deben construir en equipo con la participación de la persona y de su profesional referente planes personalizados, flexibles y adaptables, actuaciones diversas e intervenciones que tengan en cuenta tanto las diferencias interindividuales como los cambios que se producen a lo largo del tiempo en cada proceso.
- Siempre se establecerán medidas que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas y, de manera especial, se darán oportunidades y se desarrollarán cauces que garanticen la privacidad y la intimidad de las personas que viven en un alojamiento (espacios privados para la relación afectiva, el aseo o el descanso; secreto de las comunicaciones, respeto por los enseres y objetos personales...)

PRINCIPIOS DE INDEPENDENCIA Y BIENESTAR

Todas las personas residentes han de tener acceso, además de a una atención sanitaria de calidad que garantice el tratamiento y seguimiento de sus enfermedades, a participar en programas dirigidos a la prevención del agravamiento de la dependencia, a la promoción de su autonomía y a la mejora de su bienestar subjetivo. Quienes presentan situaciones severas de dependencia tienen derecho, además de a la atención sanitaria que requieran, a recibir los cuidados y apoyos que mejoren su sensación de control, se apoyen en sus capacidades y faciliten su sensación de bienestar desde el modelo enriquecido de demencia.



Criterios de prevención, mantenimiento y rehabilitación.

- Entre los programas y actuaciones que se planifiquen en los centros deben incluirse contenidos dirigidos a la promoción de la salud, al incremento de la sensación de bienestar y a la prevención de enfermedades, trastornos y riesgos que pueden originar o agravar la dependencia.
- Cuando las intervenciones se dirijan a personas que tienen una situación de dependencia importante, y de manera especial en casos de demencia, se establecerá un reajuste permanente de los objetivos, siendo el bienestar subjetivo el eje vertebrador de los mismos. Es necesario abandonar las creencias erróneas que existen sobre la ineficacia de la intervención en este grupo de personas y, por ende, planificar acciones cualesquiera que sea su grado de afectación.
- Este criterio niega con rotundidad el nihilismo terapéutico y la consecuente deserción de explorar nuevas posibilidades de intervención.
- Al contrario, reafirma que siempre es posible restaurar o descubrir capacidades, prevenir el incremento de la dependencia y ofrecer más confort y bienestar.

PRINCIPIO DE INCLUSIÓN SOCIAL

Las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con idénticos derechos que el resto de la población. Por ello, también cuando viven en un alojamiento, deben tener posibilidad de mantener sus relaciones sociales anteriores, interactuar en su entorno y disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan en igualdad con el resto de la población.



Criterios de proximidad y enfoque comunitario.

- Las diferentes alternativas de alojamiento que se planifiquen han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven las personas.
- Las intervenciones, que deben tener un marcado enfoque comunitario, promoverán la continuidad de las interacciones sociales de las personas que están en los centros y que, en la medida de lo posible, continúen disfrutando de los recursos existentes en la comunidad (culturales, artísticas, deportivas...).
- Hay que evitar la tendencia que existe a la concentración de las actividades exclusivamente en el interior de los centros.
- Asimismo, éstos deben abrirse a la comunidad, ofreciendo sus servicios y actividades a otros grupos de población.
- Los programas intergeneracionales resultan muy beneficiosos tanto para las personas mayores como para las más jóvenes y, por tanto, deben desarrollarse al máximo.
- Desde el trabajo comunitario también hay que promover iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar estereotipos e imágenes sociales negativas que rezan sobre las personas que están en una residencia u otro alojamiento y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con las mismas.

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Las personas que se encuentran en una residencia por su situación de fragilidad, discapacidad, cronicidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados y atenciones que precisan de manera integrada, continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Criterios de coordinación y convergencia.

- Para garantizar la atención integrada resulta esencial establecer cauces estables de coordinación con el sistema sanitario, tanto en su nivel comunitario (centros de salud) como con los centros de especialidades y con el hospital para garantizar el acceso de las personas a su derecho de atención sanitaria y evitar discriminaciones en el uso del mismo. Es necesario para ello establecer mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación entre los alojamientos y los diferentes niveles del sistema sanitario que garanticen la continuidad de la atención y cuidados que son cambiantes a lo largo del tiempo. Pero también es importante la coordinación con el resto de los recursos sociales y comunitarios de manera que se avance en hacer realidad el concepto de normalización de los alojamientos, concebidos como vivienda de las personas e insertas en su comunidad para lo que se generarán alianzas y acuerdos con estos recursos, en especial, con el voluntariado.
- Asimismo, las intervenciones que se realicen deben contemplar su convergencia y complementariedad con el apoyo informal con el que cuente la persona (familia, amistades, vecindad), que ha de ser estimulado y apoyado desde los centros. La participación de las familias en la vida de los centros y la continuidad de su apoyo a las personas residentes resulta especialmente conveniente por lo que ha de trabajarse desde el principio del ingreso esta alianza entre residencia y familias.

3.4. SUS DIMENSIONES

Se identifican dos grandes dimensiones en la conceptualización teórica y aplicada de la AICP: atención integral y atención centrada en la persona.

ATENCIÓN INTEGRAL

Por una parte, la que se corresponde con la Atención Integral (es decir, completa), que debe contemplar los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales y medioambiental que nos constituyen como personas y que, cuando alguien se encuentra en situación de dependencia, han de tenerse en cuenta en su conjunto para promover su calidad de vida.

Desde el Modelo AICP el objetivo final de la atención integral e integrada es que las personas tengan la posibilidad de vivir en su casa y de participar en su entorno comunitario, estando empoderadas e informadas sobre su autocuidado y recibiendo los servicios que precisan con las mayores garantías para su calidad de vida, y contribuir a que, cuando no resulta posible la permanencia en su domicilio habitual, se cree una oferta de alojamientos en las que éstas puedan sentir que, aunque se hayan tenido que mudar, continúen viviendo en su casa.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La otra dimensión del Modelo AICP es el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), reconocido internacionalmente desde hace ya varias décadas como uno de los ejes clave para mejorar la calidad de los servicios de salud y de cuidados de larga duración.

Los resultados de evaluación de la ACP en residencias y centros de día de personas mayores respecto a otros entornos con modelos asistenciales tradicionales ponen de manifiesto sus beneficios y, por ello, día a día, se generaliza la percepción de que es necesario llevar a cabo los cambios convenientes para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas que viven o son atendidas en centros y, en especial, que puedan mantener el control de su propia vida.

La aplicación de la ACP en centros supone la creación de un entramado de cambios e intervenciones en las que el rigor científico y profesional y el respeto y la participación de las personas atendidas debe dar como resultado alojamientos y centros de día en los que las personas “se sientan y vivan bien” con independencia de su situación de salud y de la necesidad de apoyos que tengan. Para quienes viven en residencias esto significa mantener como objetivo que puedan sentir que “viven como en casa”, lo que supone que la forma de vida y las actividades deben responder al estilo de vida, las preferencias y elecciones de los residentes.

En cuanto a las personas que son atendidas en centros de día, debe partirse también del conocimiento y respeto por su biografía, preferencias y deseos y, desde este eje, desarrollar las actividades que sean coherentes

con ellos. Tanto en estos centros como en los alojamientos, debe buscarse siempre el equilibrio entre las exigencias de la organización y el derecho de las personas a continuar controlando su propia vida.

Desde esta perspectiva, la ACP ofrece un marco que nos permite identificar los elementos claves del entorno físico y humano hacia los que deben girar el apoyo a personas mayores.

El trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar su máxima independencia y autonomía para que puedan sentir que continúan su propio proyecto vital y que las actividades de la vida cotidiana que realizan sean significativas y gratificantes. Se concreta en aspectos de la atención cotidiana como:

- a. su bienestar físico y emocional,
- b. el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana, para lo que deben participar en sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida.
- c. la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
- d. la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- e. la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- f. el fomento de la inclusión social,
- g. el respeto a la edad adulta.

Según Teresa Martínez, la atención centrada en la persona aplicada a los recursos gerontológicos (T. Martínez, 2013. En: www.acpgerontologia.com):

- Es un **enfoque de la intervención** en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales. Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer.
- Integra diferentes **modelos de atención profesionalizada**, es decir maneras de entender y organizar la acción profesional, que, asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.
- Incorpora **nuevas metodologías**, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada.

3.5. SUS PILARES



PILAR 1. PERSONALIZACIÓN, TRATO DIGNO Y BUEN CUIDADO

El buen cuidado debe dar respuesta a las necesidades de atención integral y de calidad de vida de cada persona singular; las intervenciones técnicas tienen que estar basadas en la evidencia científica e integradas en un marco ético del cuidado que cuente con la participación de las personas.

Debe conocerse y tenerse en cuenta la historia de vida de la persona, sus hábitos, preferencias y rechazos y potenciar sus capacidades y fortalezas, respetando su dignidad y favorecer y garantizar el ejercicio de sus derechos.

El buen cuidado va más allá de atender las necesidades básicas y tratar las enfermedades. Cuidar es también acompañar y apoyar que cada persona siga controlando, en la medida de sus posibilidades, su propia vida y desarrollar actividades significativas acordes a sus deseos e identidad.

La atención personalizada requiere planificar las intervenciones y los apoyos que se van a prestar a la persona contando con su participación efectiva en el proceso de elaboración y en su posterior desarrollo. Y para hacer eso posible, teniendo en cuenta sus deseos, intereses y necesidades, es preciso tener un conocimiento amplio de la persona (valoración integral e historia de vida).

Cada persona deberá disponer de un plan personalizado de atención y de apoyo a su proyecto de vida, que sea el resultado de la interacción entre la persona, la familia (en su caso) y los/as profesionales. El plan personalizado habrá de ser evaluado y ajustado periódicamente.

El reconocimiento de los derechos y deberes de las personas mayores y el apoyo para que los mismos sean efectivos y puedan ejercerse resulta obligado en la AICP.

Igual relevancia reviste el derecho a la autonomía en la toma de decisiones libres para que la persona mantenga el mayor control posible de su propia vida. En el caso de personas con demencia avanzada o discapacidad intelectual se trabajará para reforzar su identidad personal, en colaboración de su grupo de apoyo.

También es clave en el modelo promover la independencia, facilitando que la persona realice sus actividades con los apoyos justos, minimizando así el riesgo de incremento de la dependencia por sobreprotección o por comodidad. Hay que proporcionar entornos accesibles y seguros y buscar el equilibrio adecuado entre la promoción de autonomía e independencia y la seguridad y la salud, minimizando al máximo los riesgos, pero sin coartar la libertad de las personas.

El trato hacia las personas, presidido por valores éticos que salvaguarden su dignidad y garanticen el ejercicio de sus derechos, debe ser siempre muy respetuoso por parte de los/as profesionales, independientemente de la edad y el estado de salud u otras circunstancias de la persona. Se trabajará una relación de ayuda empática, auténtica y de aceptación incondicional de la persona para llegar a establecer un adecuado vínculo de confianza.

El trato a las familias también debe ser correcto con un estilo de comunicación acorde a la AICP y, siempre que sea posible, se buscará convertir a las familias en aliadas del centro/servicio buscando su colaboración.

Las intervenciones, cuidados y apoyos que se realicen en el centro/servicio, así como el tratamiento de la información personal deben garantizar siempre el máximo respeto y protección de la intimidad y privacidad de las personas.

La participación de la persona, esencial en este proceso, tiene mayor dificultad de garantizarse cuando existe deterioro cognitivo o demencia, pero existen técnicas, habilidades y mecanismos que deben conocerse y practicarse para que la persona pueda participar e implicarse en las actividades de su gusto. En estos casos, la familia, el grupo de apoyo, así como la atenta observación y el análisis individualizado de sus comportamientos serán elementos a trabajar.

Ofrecer apoyos y estímulos en ambientes cálidos modelo hogar para que la vida de las personas tenga sentido para ellas es un objetivo que no debe faltar en la AICP. En este sentido, poder realizar actividades en la vida cotidiana, y también de manera extraordinaria, que sean significativas, gratificantes y del gusto y elección de las personas, les aporta seguridad e incrementa su autoestima y bienestar. Solo así puede decirse que se apoya la continuidad con su proyecto de vida.



PILAR 2. ESPACIO FÍSICO, MODELO HOGAR

El **entorno físico, afectivo y social** que rodea a las personas con necesidad de apoyos y cuidados de larga duración en los centros y servicios es un elemento primordial en los enfoques de atención centrados en las personas porque contribuyen de manera decisiva a su bienestar.

Algunas de las características que deben reunir los **entornos físicos centrados en la persona** son: ser accesibles y seguros, confortables y significativos. Con ello se favorecen comportamientos más competentes, mayor implicación de las personas en su entorno e interacciones sociales más humanas y cercanas.

El entorno desempeña un relevante papel también para promover la independencia en las AVD y la posibilidad real de desarrollar la autonomía, ejercitar los derechos y mantener un mayor control sobre actividades cotidianas y el propio proyecto de vida.

Adaptar los espacios del centro/servicio y acercarlos al modelo hogar (homelike), facilita el confort y promueve que las personas continúen desarrollando actividades que son significativas para ellas, al tiempo de que son fuente de estímulo.

Cuidar los espacios en función de las necesidades de las personas, tanto en lo que atañe a la accesibilidad, como los apoyos y las tecnologías, minimizan la dependencia y ayudan a reducir la heteronomía.

Además, importa que se impulse la generación de nuevas relaciones de amistad con compañeros/as del centro/servicio y de la comunidad, así como cuidar que las relaciones entre las personas sean de respeto y cordialidad, lo mismo que entre y con los/as profesionales.

PILAR 3. ENTORNO: CÍRCULO PERSONA Y APERTURA A LA COMUNIDAD

Mantener las relaciones y contacto con la familia, allegados y amistades más importantes y significativas para la persona, contribuye sobremedida a su bienestar emocional y a que esta perciba continuidad con su vida anterior y no experimente gran desarraigo desde su llegada al centro, sobre todo si este es un alojamiento. Por ello, hay que garantizar que la persona mantiene su círculo personal de apoyos, para lo que debe trabajarse por identificar qué familiares, amistades, profesionales, son quienes resultan más adecuadas y proclives para que continúen teniendo su contacto y apoyo.

Cuando las personas se sienten más valoradas y queridas, también se muestran más activas y comprometidas con las actividades y la vida del centro. Se buscará en todo momento que las familias se conviertan en aliadas y participen según sus preferencias y disponibilidad en el desarrollo de actividades. Esto redundará en más bienestar para ellas y para sus personas queridas, además de aportar al centro un clima social cálido y agradable.

Al mismo tiempo, desde el centro, se deben facilitar las relaciones con la comunidad, de manera que algunos agentes del entorno participen en actividades y presten apoyos a algunas personas mayores, en especial a través del voluntariado. Asimismo, después de identificar espacios comunitarios y actividades preferidas de las personas en los mismos, se favorecerá que puedan salir del centro y participar en ellos.

PILAR 4. EL EQUIPO HUMANO Y EL CAMBIO DE ROLES

El equipo profesional de los centros y servicios es el mayor e indispensable activo de los que dispone la organización para poder llevar a cabo todo el despliegue de procesos orientados al cumplimiento de la AICP. Por ello, la gestión de personas (recursos humanos) configura un área fundamental para la implantación del mismo. Es necesario definir y cuidar los procesos de inclusión de las personas profesionales y de las voluntarias en el proyecto del centro/servicio de acuerdo con el modelo, así como los procesos de su desarrollo y crecimiento, sin prescindir de los de reconocimiento, poniendo en valor a las personas que trabajan en el centro/servicio.

Los valores de la organización y los principios de la AICP, así como la aplicación práctica de los mismos, deben orientar la identificación de competencias -conocimientos, habilidades y actitudes- que tienen que desarrollar los diferentes profesionales, para poder desempeñar una labor coherente con dicho enfoque.

Es preciso identificar y movilizar roles profesionales nuevos, como es el del profesional de referencia, figura clave de la AICP en los centros, sin olvidar, además, que uno imprescindible es el rol facilitador que adquiere cualquier profesional, teniendo en cuenta que la protagonista de su vida es la propia persona.

En la práctica de la AICP es imprescindible trabajar desde la interdisciplinariedad y desde la convicción de que todos los profesionales son igualmente necesarios. Partiendo de esa base, adquieren gran relieve las y los gerocultores y auxiliares porque son quienes conviven e interactúan día a día con la persona, sin obviar la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar completo. Todos han de compartir objetivos comunes, apoyarse mutuamente y trabajar en equipo.

Por otro lado, son necesarias la integralidad y coordinación con otros servicios externos al centro y con la propia comunidad. Es necesario que los y las profesionales tengan y mantengan una vocación de colaboración con otros profesionales y apertura al entorno comunitario.

Asimismo, la capacitación inicial y continuada del equipo de profesionales es esencial para un buen desarrollo de la AICP. Ha de disponerse que la misma tenga lugar, tanto en el inicio del cambio de modelo, como, de manera permanente, en los escenarios reales de cuidado en los centros, incluyendo espacios para la reflexión conjunta y el chequeo de las prácticas cotidianas.

PILAR 5. EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Para cumplir con los requerimientos de la AICP no vale cualquier modelo de organización ni cualquier estructura organizativa. La aplicación efectiva como modelo de la Atención Integral y Centrada en la Persona precisa del asentamiento de determinadas características, procesos y competencias organizacionales, a través del diseño y aplicación de un proceso estratégico consciente de cambio organizacional, para que tal aplicación en el conjunto del sistema sea posible.

Este pilar, por consiguiente, se refiere a aquellas características organizacionales básicas (modelo de organización) que tiene que cumplir una entidad para que sea posible la implantación de la AICP y, en consecuencia, el esfuerzo de desarrollo organizacional, de transformación, que ha de experimentar la organización para alcanzar en la práctica el modelo de organización que tanto la atención integral e integrada como el enfoque ACP requiere.

El Pilar 5 y último de la guía de estándares AICP, en realidad, se configura como el primero de los pilares. Es necesario desarrollar y establecer un modelo de organización en el que se den las condiciones para la aplicación y el cumplimiento de los requisitos de los otros 4 pilares descritos, al menos en el nivel más básico. O lo que es lo mismo, aunque siempre puedan y deban incorporarse mejoras orientadas al modelo, se podrá aplicar el mismo en toda su esencia sólo si el sistema organizativo lo permite.

En consecuencia, en primer lugar, los valores o principios rectores de la AICP han de formar parte del eje identitario de la organización, alrededor del cual han de alinearse tanto su orientación estratégica como el modelo organizativo. Tales principios AICP, presididos por los valores supremos de dignidad y derechos humanos, son, en esencia: autonomía, individualidad, independencia, integralidad, participación, inclusión social y continuidad de la atención, todos ellos enmarcados en un entorno facilitador y una praxis profesional impregnada de valores éticos.

Así pues, en este Pilar, se establecen una serie de requisitos en relación a las características, procesos y competencias organizacionales que ha de reunir la organización. Es decir, aquéllos que faciliten la flexibilidad y eviten la rigidez estructural para poder orientarse a cada persona y avanzar en una atención integrada que aproveche los recursos de la comunidad creando sinergias con los servicios públicos y privados de cada contexto, los que promuevan el desarrollo de su creatividad y capacidad de innovación para poder responder a los planes de vida de las personas, los que multipliquen las posibilidades de aprendizaje en el ejercicio de los roles y competencias necesarios, los que hagan posible instaurar la participación efectiva de todos sus grupos de interés y cualificar así la toma de decisiones, los que aseguren el rigor en los procesos de planificación, seguimiento y la necesaria evaluación, siempre desde una constante referencia ética y de valores y los que permitan contar, finalmente, con un estilo de liderazgo participativo que lo facilite y lo haga posible.





CON QUÉ EVALUAR LA
RESIDENCIA RESPECTO
AL MODELO AICP



4.1. LA GUÍA DE ESTÁNDARES

La Guía de Estándares del Sistema Referencial de Calidad del Proyecto AICP.COM permite a una residencia evaluarse y ser evaluada de acuerdo con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) y, en consecuencia, evaluarse y ser evaluada de acuerdo con sus principios. Lo que, a su vez, permitirá que ésta pueda, con un elevado nivel de consciencia, elaborar y llevar a cabo un proceso de transformación y de mejora hacia el modelo. Es la esencia del Modelo AICP, traducido en el lenguaje de la calidad, es decir, en lenguaje de estándares y requisitos.

La Guía de Estándares es un catálogo de estándares y de requisitos que la organización ha de cumplir para evidenciar la aplicación efectiva del Modelo AICP.

Gran parte del contenido de esta guía de estándares está adaptado a las necesidades del Proyecto AICP.COM a partir de la **Guía de Estándares del Sistema de Certificación de la Atención Integral y centrada en la persona (AICP) en centros de personas con necesidad de apoyos y cuidados de larga duración**, cuya propiedad intelectual corresponde a la **Fundación Pilares**. Asimismo, también se han tenido en cuenta, en toda su extensión, los requisitos del Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) orientados a centros residenciales.

La Guía de Estándares y, en consecuencia, el Sistema Referencial de Calidad, están estructurados en función de los 5 pilares del Modelo AICP y en sus correspondientes componentes:

P1 PERSONALIZACIÓN, TRATO DIGNO Y BUEN CUIDADO

- P.1.1. Conocimiento y reconocimiento de la persona en su singularidad.
- P.1.2. Autonomía y derechos.
- P.1.3. Individualización, independencia, bienestar.
- P.1.4. Comunicación/buen trato
- P.1.5. Intimidad, privacidad y confidencialidad
- P.1.6. Actividades significativas y vida con sentido

P2 ESPACIO FÍSICO MODELO HOGAR

- P.2.1. Espacio físico modelo hogar

P3 ENTORNO: CÍRCULO PERSONAL Y APERTURA A LA COMUNIDAD

- P.3.1. Círculo personal (Familia, amistades y otros allegados)
- P.3.2. Vinculación comunitaria

P4 EL EQUIPO HUMANO Y EL CAMBIO DE ROLES

- P.4.1. Integración de los profesionales en el proyecto del centro siguiendo la AICP.
- P.4.2. Desarrollo y acompañamiento a los y las profesionales.
- P.4.3. Reconocimiento.

P5 DESARROLLO ORGANIZACIONAL

- P.5.1. Características, competencias y procesos organizacionales necesarios para implementar la AICP

Cada uno de los cinco pilares está compuesto por sus **componentes** y éstos se estructuran en **criterios/focos AICP** y ya, en cada criterio/foco, se describen los **estándares** que hay que alcanzar para aplicar el Modelo y los **requisitos** que es necesario cumplir para alcanzar, a su vez, cada uno de los estándares. Asimismo, al final, se apuntan ejemplos de **evidencias de cumplimiento** de los requisitos para ayudar a la comprensión de los tales requisitos y de los estándares, y, principalmente, para facilitar la autoevaluación y la evaluación externa mediante auditoría.

Esquema de la Guía de Estándares

PILARES	COMPONENTES	CRITERIOS/FOCOS	ESTÁNDARES	REQUISITOS	EJEMPLOS DE EVIDENCIAS
Son los ejes de calidad en los que actuar para implementar el modelo	Son los ámbitos que, en su conjunto, configuran cada uno de los pilares	Son los lugares a los que dirigir la mirada en cada componente para aplicar los estándares de calidad	Son los objetivos que hay que cumplir con el modelo AICP en cada foco	Son las acciones o medidas que hay que aplicar o las condiciones mínimas que hay que cumplir para poder alcanzar cada uno de los estándares	Son ejemplos prácticos de cómo se puede demostrar que los requisitos se cumplen

Un ejemplo de la Guía de Estándares

PILARES	COMPONENTES	CRITERIOS/FOCOS	ESTÁNDARES	REQUISITOS	EJEMPLOS DE EVIDENCIAS
PILAR 1					
PERSONALIZACIÓN, TRATO DIGNO Y BUEN CUIDADO	P.1.1. Conocimiento y reconocimiento de la persona en su singularidad	P.1.1.1. Acogida personalizada y cálida	1.1. Se cuenta con información significativa de la persona antes de la llegada al centro	1. Se cuenta con una ficha en la que se recoge información relevante de la persona antes de su llegada que permita dispensar los cuidados de salud básicos y una acogida cálida y personalizada. 2. En la ficha de información básica inicial se recoge información a la persona y familia de la conveniencia de que la habitación esté decorada por ella y su familia y se les anima desde el preingreso a que traigan objetos y enseres para ello.	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de ficha• Fichas de los ingresos del último año



La Guía de Estándares reúne

5	pilares	13	componentes	46	criterios/ focos
110	estándares	94	esenciales	16	importantes
281	requisitos	252	esenciales	29	importantes
350	ejemplos de evidencias				

4.2.
CÓMO UTILIZAR LA GUÍA DE ESTÁNDARES.
CÓMO APLICAR REQUISITOS PARA
ALCANZAR LOS ESTÁNDARES.

La Guía de Estándares reúne un conjunto de requisitos que permiten que una residencia pueda autoevaluarse o ser evaluada mediante auditoría externa. Es decir, que esta guía permite “mirarse al espejo” y tomar conciencia de qué requisitos no cumple y cuáles cumple completa o parcialmente. Ese insight, ese descubrimiento, si además es compartido y consensuado, pone a la institución en una posición privilegiada para hacer una planificación de cambios y/o mejoras estratégica y también sistémica, a la vez que minuciosa.

La Guía de Estándares está pensada para la evaluación, aunque por sí sola no es una herramienta de evaluación. Por ello, se han elaborado dos dispositivos complementarios para hacer la autoevaluación en profundidad de las residencias: LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE REQUISITOS Y ESTÁNDARES (ver el documento: “3_1 Guía para la realización de la autoevaluación”) y un APLICATIVO INFORMÁTICO DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN que facilita la gestión de los datos y la emisión de informes. La herramienta se basa en este esquema:

Requisito xx	Evidencias que avalan la valoración	Lo que falta o que hay que mejorar para cumplir el requisito	Percepción del impacto del cumplimiento del requisito (importancia)
SÍ NO 1 2 3 4	- - -	- - -	1 2 3 4
Requisito xx	Evidencias que avalan la valoración	Lo que falta o que hay que mejorar para cumplir el requisito	Percepción del impacto del cumplimiento del requisito (importancia)
SÍ NO 1 2 3 4	- - -	- - -	1 2 3 4

La herramienta de evaluación tiene -siempre que se cumplan algunas condiciones basadas en la participación en equipo, la participación de los distintos grupos de interés, la búsqueda de evidencias, el diálogo y el consenso- la virtud de ser un instrumento poderoso de toma de conciencia y de aprendizaje. Por eso se recogen ítems que permiten valorar adecuadamente los requisitos y los estándares: valoración binaria del requisito, sí o no, valoración escala 1 a 4 del requisito, aportación de evidencias que avalan la valoración (se pueden observar los ejemplos de evidencias de la Guía de Estándares-, una valoración de qué es lo que hay que mejorar para cumplir el requisito en cuestión, la percepción que tiene el centro sobre la relevancia o importancia del requisito para el cumplimiento del Modelo AICP, el grado de alcance del estándar, la posibilidad de recoger observaciones de cualquier tipo y, finalmente, la aportación de propuestas de medidas concretas para elaborar el Plan de Mejora.

Así, si la residencia pretende cumplir requisitos que no cumple o mejorar la situación de aquellos que cumple parcial o insuficientemente o reforzar sus puntos fuertes, tendrá que seguir esta secuencia de pasos (se explica con más detalle en las fases del itinerario de transformación y en cada uno de los documentos y guías metodológicas):

1. La realización de la autoevaluación mediante la herramienta por parte del equipo designado para ello.
2. Elaboración del informe de autoevaluación en el que aparecerán puntos fuertes y áreas de mejora.
3. Agrupación de líneas de mejora en áreas de mejora estratégicas
4. Identificación de objetivos y de acciones de mejora: Plan de Mejora
5. Elaboración de una Hoja de Ruta en la que queden reflejados tanto el calendario como las responsabilidades de acciones y los recursos a utilizar, a fin de asegurar que las acciones reflejadas en el Plan de Mejora se lleven a cabo y, en consecuencia, se logre un impacto en el cumplimiento de requisitos y de estándares.
6. Una vez llevado a cabo el Plan de Mejora a través de la Hoja de Ruta, el centro residencial puede volver a autoevaluarse para evidenciar y ser conscientes de las mejoras en el cumplimiento de los requisitos.

5

¿CÓMO AFRONTAMOS EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA RESIDENCIA HACIA EL MODELO AICP?



5.1. ITINERARIO DE TRANSFORMACIÓN: LA RUTA DEL CAMBIO

La ruta del cambio hacia la AICP es:

- Un proceso de **transformación continuo** y basado en la reflexión. Promueve la **práctica reflexiva participativa** poniendo de manifiesto y articulando los supuestos subyacentes más profundos sobre los que se apoya la transformación hacia la AICP.
- Un proceso de **aprendizaje-acción-aprendizaje**.
- Un método orientado a la **toma de conciencia** (personal, organizacional, social) sobre la manera en que actuamos según el Modelo AICP. La toma de conciencia (darse cuenta) de la distancia que tiene el centro en su práctica con el enfoque AICP mediante un diagnóstico inicial y la formulación de objetivos y actividades para desarrollar el proceso de cambio.
- **Una secuencia de etapas** para minimizar las resistencias y los riesgos del cambio. Requiere contemplar los pasos precisos para desarrollar los cambios organizativos necesarios y la incorporación del enfoque AICP en la estrategia de la organización.
- Esta ruta hacia el cambio, aplicada de forma sistémica, sistemática y coherente, permitirá avanzar hacia la alineación de la organización con los principios AICP. Este fin (alineación con los principios AICP) debe de ser el **principio** del camino.

La ruta hacia el cambio contiene las siguientes fases y se han de seguir los siguientes pasos:

0. FASE PREVIA:

Vamos a prepararnos para poder empezar.

- **Reunión informativa/formativa conjunta con las residencias participantes de un entorno.** Basándonos en la experiencia positiva de la iniciación del proceso con las residencias de participantes en el pilotaje del Proyecto AICP.COM por comunidades autónomas, en el caso de que haya varias residencias de un entorno determinado (comunidad autónoma, comarca, ciudad, mancomunidad de municipios, etc.) que inicien el proceso de transformación hacia el Modelo AICP, es importante que las residencias participantes de ese entorno tengan la misma información sobre el proceso y que se conozcan entre ellas para generar una complicidad de aprendizaje y apoyo mutuo en el tránsito de este viaje.
- **Presentación y formación básica inicial** al personal del centro residencial sobre el modelo AICP y sobre el itinerario del proceso de transformación. Es la formación esencial para tener un mapa mental y emocional común de lo que se persigue con este esfuerzo de cambio colectivo. (Guión y presentación del curso de Formación básica inicial)
- Construcción de un liderazgo motor y compartido. **Creación de un equipo motor** (Documento de roles del dispositivo de apoyo)
- **Designación de responsabilidades y roles en la residencia para implementar el proceso:** facilitador interno, consultor externo, equipo motor, equipo evaluador, etc. (Documento de roles del dispositivo de apoyo)

1. FASE DE EVALUACIÓN INICIAL:

Vamos a obtener una primera impresión de cómo está la residencia respecto al Modelo AICP.

1. Con el apoyo de la consultoría, será muy útil la realización de un **pre-diagnóstico de la situación del centro residencial en relación con el modelo AICP**, mediante el uso de instrumentos para la reflexión adecuados como la Encuesta de Nivelación Inicial (ENI) (Ver "Guía para la utilización del cuestionario ENI") del que pueda emerger:
 - **Una visión inicial perceptiva y consensuada** en el Equipo Motor de la situación del centro respecto al Modelo y un primer aprendizaje esencial de contenidos, conceptos, condiciones y procesos.
 - **El grado de coherencia del centro con los principios AICP** y su grado de interiorización.
 - La identificación de las variables organizacionales que facilitan o dificultan el cambio para hacer **una detección de las condiciones organizacionales** que son necesarias para comenzar el proceso de transformación hacia la AICP.
 - **La formulación de un plan inicial de cumplimiento de objetivos pre condicionales** que permitan iniciar y seguir el itinerario con ciertas garantías. El plan debe contener, al menos, la relación de precondiciones seleccionadas y en qué pilar del modelo se aloja y, en cada una de ellas, definir objetivos, acciones, resultados esperados, plazos, responsables e indicadores.

2. **La puesta en marcha de un estudio inicial a través de una evaluación Pre-Post** que consiste en el empleo de instrumentos de valoración (Pre) con escalas seleccionadas para ver la situación de las personas, las familias y las y los profesionales al comienzo del proceso, para al final de este volver a aplicar las mismas escalas (Post), con el objetivo de identificar si se han producido cambios e impactos positivos como consecuencia del proceso.

2. FASE DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PRE-CONDICIONALES:

Vamos a cumplir con los objetivos de cumplimiento de las condiciones organizacionales mínimas.

- **Ejecución del plan** para alcanzar las condiciones necesarias para poder aplicar el Modelo AICP en el centro residencial con ciertas garantías. **3. FASE DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN RELACIÓN CON LA AICP:**

Vamos a autoevaluarnos en profundidad respecto al Modelo AICP

- **Constitución del equipo de autoevaluación** de acuerdo con un perfil determinado y después de llevar a cabo su formación para el ejercicio correcto de su papel. (Guía de realización de la autoevaluación)
- **Realización de la autoevaluación utilizando la Guía de Estándares y la herramienta de autoevaluación por parte del equipo de autoevaluación**, con la participación de los distintos grupos de interés. Se trata de reunir las evidencias de cumplimiento de requisitos para alcanzar los estándares y de tomar conciencia, especialmente, de aquellos que no se cumplen. (Guía de realización de la autoevaluación)
- **Elaboración del informe de conclusiones** de puntos fuertes, de requisitos no cumplidos y estándares no alcanzados y de áreas de mejora identificadas. (Guía de realización de la autoevaluación)

4. FASE DE TRANSFORMACIÓN:

Vamos a decidir qué vamos a hacer para la transformación del centro residencial hacia la AICP, y vamos a hacerlo.

- Fruto de la autoevaluación, **definición del Plan de Mejora** con sus correspondientes objetivos, actividades y medidas de mejora a tomar. (Guía para la elaboración del Plan de Mejora)
- **Información a los grupos de interés del Plan de Mejora y consenso** sobre el mismo mediante actividades de participación.
- **Definición del Plan de Implantación/Hoja de Ruta** contemplando los responsables, recursos y plazos estimados para aplicar y realizar las medidas y actividades que permitan alcanzar los objetivos de mejora. (Guía para la elaboración del Plan de Mejora)
- **Ejecución del Plan de Implantación** del Plan de Mejora.
- Desarrollo de un **Plan de Formación y Acompañamiento de los profesionales** para que sean protagonistas activos del cambio.
- **Seguimiento periódico** de las realizaciones del plan, de su impacto, de las dificultades y de las resistencias.

5. FASE DE AUDITORÍA:

Se podrá comprobar, con una evaluación externa independiente, si la residencia está aplicando el Modelo AICP de manera integral. (Se recomienda desde la dirección del Proyecto AICP.COM, que se habiliten, de acuerdo con la experiencia acumulada el pilotaje, dispositivos para poder llevar a cabo auditorías externas)

- **Realización de una auditoría externa** una vez concluido el proceso de implantación y **elaboración del informe de auditoría** con la descripción de extremos significativos de no conformidad. Como consecuencia:
- El centro residencial elaborará **el plan de aplicación de las correcciones** que sean necesarias.
- **El auditor/es comprobará las correcciones realizadas** e informará de ello a la coordinación del proyecto.



6. FASE DE RECONOCIMIENTO:

Otorgar un reconocimiento o certificado de los avances de la residencia en la aplicación del Modelo AICP. (Se recomienda desde la dirección del Proyecto AICP.COM, que se habiliten, de acuerdo con la experiencia acumulada el pilotaje experimentado en este proyecto, dispositivos para poder llevar a cabo auditorías externas y agencias públicas y/o privadas homologadas para otorgar reconocimientos)

- **Entrega de un reconocimiento/certificado** a la residencia de haber hecho avances significativos hacia el Modelo AICP

7. FASE DE APRENDIZAJE:

Vamos a aprender todos y todas de todos y todas.

El proceso de aprendizaje es transversal a todo el itinerario. Así, es muy necesaria la participación activa y colaborativa:

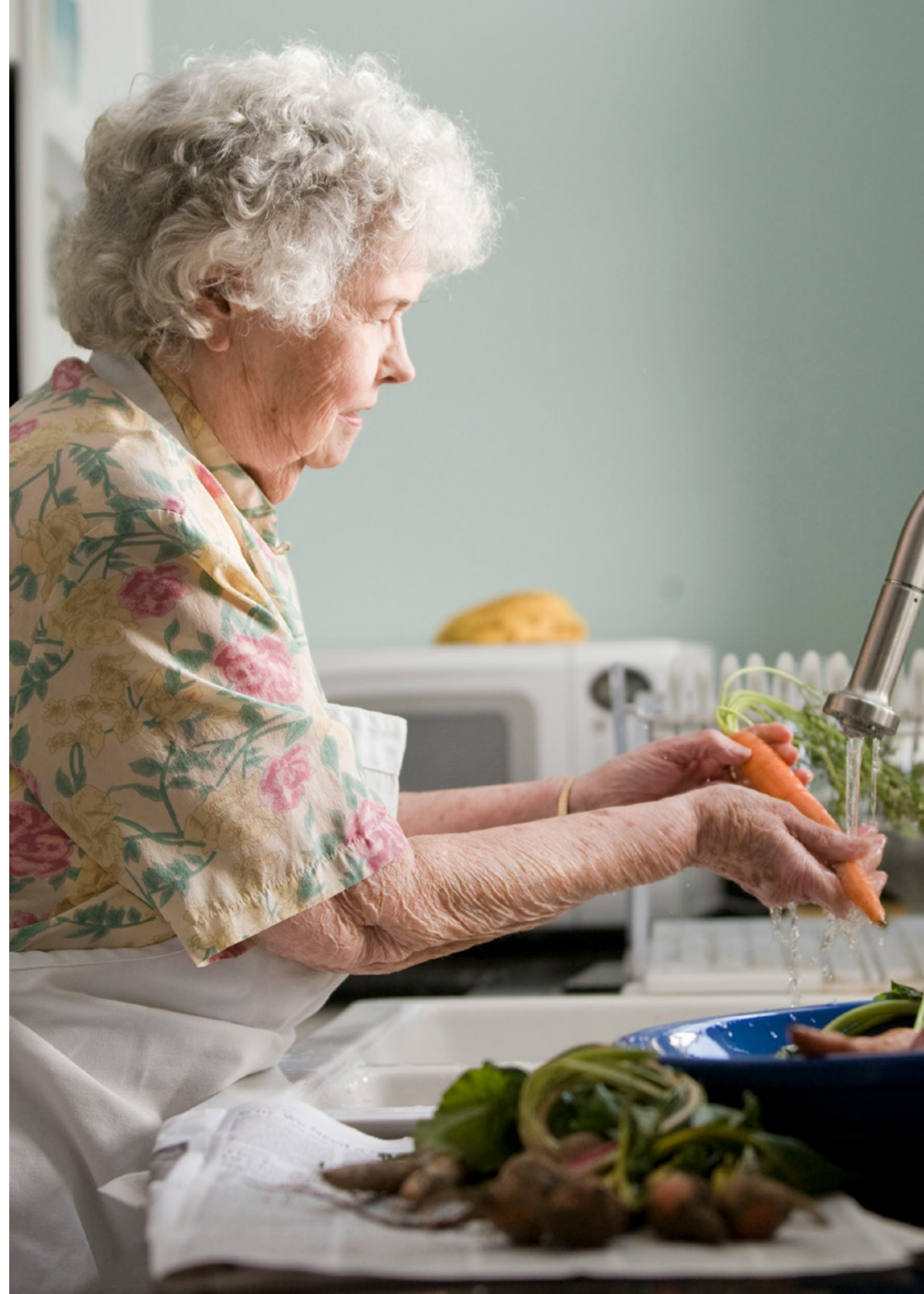
- **En acciones internas de aprendizaje en la propia residencia**, mediante la conversación, el diálogo, el apoyo individualizado a cada profesional en su proceso de adquisición y mejora de sus competencias, el aseguramiento de que ocurran procesos creativos y acciones de innovación, el seguimiento y la mejora continua, la formación permanente...
- **En el programa de reuniones programadas de redes de centros residenciales inmersos en procesos de transformación por entornos geográficos definidos**, con el objetivo de compartir avances, dificultades, estrategias para superarlas, metodologías, experiencias, buenas prácticas, etc. (Guía de creación de redes de apoyo mutuo y aprendizaje)
- **En el programa de reuniones a nivel estatal** que se programen con objetivos de aprendizaje y apoyo mutuo

8. FASE DE MEJORA CONTINUA:

Vamos a mejorar permanentemente hasta aplicar una AICP excelente.

Este itinerario es una propuesta para orientar la cultura, los procesos y la estructura de la organización hacia un modelo de cuidados en el que la persona sea el centro del sistema. Si se hace un esfuerzo y un seguimiento riguroso de sus fases es más que previsible que se obtengan frutos muy beneficiosos tanto para las personas, para sus familias, para la comunidad y también para el equipo humano y para la salud y la eficacia de la organización.

No obstante, al finalizar el viaje con el reconocimiento que el centro residencial reciba, no se puede dar por cerrada la llegada al destino. En el itinerario, en este proceso, es preciso adquirir un espíritu de MEJORA CONTINUA, de detección de espacios y brechas de mejora, de aprendizajes nuevos necesarios, de profundización en la participación, de experiencias contrastadas de buena práctica, de innovación... No finaliza el viaje, no culmina el cambio, se alcanza un estadio sobre el que hay que planificar la ruta hacia la excelencia y hacia el ejemplo que la residencia puede ser para otras organizaciones.





6.1.
GUÍAS Y
DOCUMENTACIÓN
RELACIONADA

- Cuestionario ENI y Guía para la utilización del cuestionario ENI
- Guía de Estándares
- Herramienta de autoevaluación
- Guía para la realización de la Autoevaluación
- Guía de Elaboración de Planes de Mejora
- Guía de Creación de Redes de Apoyo y Aprendizaje

6.2.
ALGUNOS MATERIALES
DE APOYO

- Aplicativo informático

6.3.
REFERENCIAS

Rodríguez, P. (2013). Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 1, 2013. La Atención Integral y Centrada en la Persona.

Rodríguez, P. (coord..) (2022). El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética.

Martínez, T. (2019). El modelo ACP-gerontología. Una propuesta para aplicar y evaluarla atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Serie Documentos Acpgerontología, nº 7. Disponible en www.acpgerontologia.net

Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. Disponible en: www.acpgerontologia.net

<https://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/materiales-utiles/>

RED ZONA CALIDAD (2015). Vencer resistencias en el progreso hacia la atención centrada en la persona. Estrategias y técnicas para abordarlas. Serie docs. ZonaCalidad, Nº 2. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. Cuadernos prácticos

1. [La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención? \(PDF, 6 MB\)](#)
2. [La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica? \(PDF, 9 MB\)](#)
3. [Cómo y dónde quiero que me cuiden. La atención centrada en la persona, un nuevo modelo de atención \(PDF, 8 MB\)](#)
4. [Profesionales. Nuevos roles y equipos de atención \(PDF, 8 MB\)](#)
5. [Profesional de referencia en centros \(PDF, 7 MB\)](#)
6. [Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda \(PDF, 5 MB\)](#)
7. [Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. El plan de atención y vida \(PDF, 10 MB\)](#)
8. [Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. El grupo de apoyo y consenso \(PDF, 5 MB\)](#)
9. [Vida cotidiana. Realizar actividades \(PDF, 8 MB\)](#)
10. [Vida cotidiana. Las relaciones con los demás \(PDF, 5 MB\)](#)
11. [Vida cotidiana. Los cuidados personales \(PDF, 6 MB\)](#)

Financiado por:



Entidades promotoras: