



Buenas Prácticas  
MODELO Y  
AMBIENTE

# Proyecto Libera-Care



Ana María Urrutia Beaskoa  
Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos

## Resumen

**La Fundación Cuidados Dignos es la entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Care, que nació ante el deseo de impulsar un nuevo paradigma de cuidados “individualizados, motivadores y sin sujeciones”.**

**El Modelo Libera-Care es un nuevo Modelo de Cuidado, de Atención e Intervención Centrado en la persona y sin Sujeciones. La Norma Libera-Care es la primera norma de trabajo que consigue medir la Calidad de Vida desde la gestión de la misma en las organizaciones que se dedican a “cuidar”. Se entiende así que la Calidad de Vida de la persona usuaria o paciente es el eje del modelo y dicha calidad de vida se medirá con una serie de indicadores prácticos teniendo como indicador más destacado el porcentaje de uso de las sujeciones por parte de las organizaciones.**

**FECHA DE INCORPORACIÓN A LA RED:**  
09/08/2016

**FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:**  
09/08/2016

**ÁMBITO DE ACTUACIÓN:**  
Investigación, evaluación y formación y/o acompañamiento; Servicios o programas de atención e intervención.

**LUGAR:**  
Ámbito nacional.

**GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE:**  
Personas en situación de dependencia que se encuentren en cualquier ámbito asistencial y de intervención. Profesionales y entidades del cuidado, familiares y organismos públicos.

## Justificación

Las sujeciones son elementos que vienen del entorno sanitario de la psiquiatría. Tienen unas indicaciones clínicas muy concretas y deben de controlarse de manera muy exigente. Son procedimientos que comprometen la integridad física y moral del paciente y por lo tanto su prescripción debe de ser muy rigurosa y solo se debe de utilizar estrictamente sujetas a indicación y solo cuando otros posibles abordajes del cuadro han fracasado y no existen alternativas.

Sin embargo en España y como consecuencia del envejecimiento poblacional junto al aumento de personas con demencia, trastornos de comportamiento y peligro de caída y, ante el desconocimiento de los profesionales de cómo abordar estas problemáticas sin sujeción, se utilizan sujeciones con una frecuencia elevada y, en ocasiones, sin control y sin rigor e incluso sin una indicación médica clara, lo que nos lleva a convertirnos en el país que más sujeta de la OCDE, con cifras de prevalencia de uso alarmantes y con el consiguiente deterioro en la imagen y valoración social de las personas en situación de dependencia.

Las consecuencias de su uso son aplastantes: Indignificación del cuidado, deshumanización del cuidado, sujeciones utilizadas las 24 horas del día los 365 días del año, desvalorización de las personas en situación de dependencia y aumento de la imagen negativa y peyorativa de la discapacidad y del envejecimiento... Además, cuando las cifras de uso se contrastan con otros países, España da imagen de falta de profesionalidad y falta de ética, así como de promover un cuidado indigno y falto de rigor.

En España hay muchas organizaciones, en todos los ámbitos asistenciales, que se dedican a cuidar de personas en situación de dependencia y que todavía utilizan sujeciones.

Concretamente, en España hay 5.390 Residencias y Centros de Día para Personas Mayores, 789 Hospitales, 896 Centros de Discapacidad Física; en lo que respecta a los centros de Salud Mental, son difíciles de contabilizar por contar con unidades en hospitales, residencias, hogares o viviendas tuteladas, diversas unidades según patologías (drogodependencias, ludopatías, centros de desintoxicación...). Y, prácticamente, en todas estas organizaciones que utilizan sujeciones es posible avanzar en la dignificación del cuidado, retirando sujeciones, centrando el cuidado en la persona, favoreciendo el desarrollo pleno del principio de autonomía de los pacientes y personas cuidadas, y motivando a las organizaciones hacia la humanización y la individualización del cuidado.

## Objetivos

### Objetivo general:

- Sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas que reciben cuidados y, muy especialmente, de las personas dependientes entre los diferentes agentes sociales y sanitarios que están en contacto con ellas (profesionales y entidades del cuidado, familiares y organismos públicos).

### Objetivos específicos:

- Cambiar el modelo de cuidado avanzando hacia una Atención Centrada en la Persona cuidada y en sus necesidades, deseos y preferencias.
- Implantar un nuevo método de atención que promueva los derechos fundamentales de los usuarios y favorezca la orientación de las organizaciones hacia el cuidado individualizado y personalizado.
- Proporcionar a las organizaciones herramientas y normas de trabajo a seguir para cuidar de manera centrada en la persona y sin sujeciones.
- Reducir la prevalencia de uso de sujeciones de un 25% actual a un 5%, cifra que se asemeja a la de otros países desarrollados con una situación socioeconómica similar a la de nuestro país.

---

## *Descripción, metodología y fases del proyecto*

---

La Misión de La Fundación Cuidados Dignos es la de sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas cuidadas entre los diferentes agentes sociales que están en contacto con ellas (profesionales y entidades del cuidado, familiares y organismos públicos), mediante la investigación, creación y difusión de nuevos métodos de cuidados que promuevan sus derechos fundamentales y favorezcan la orientación de los centros sanitarios, sociales y sociosanitarios hacia el cuidado individualizado y personalizado. Estos métodos se concretan en lo que desde la Fundación hemos llamado Modelo de Cuidado Centrado en la Persona sin Sujeciones.

La Norma Libera-Care es la herramienta que permite la evaluación para la certificación del cumplimiento del Modelo de Cuidado Centrado en la Persona Sin Sujeciones de la Fundación Cuidados Dignos. Esta Norma nace como la herramienta que permitirá a las organizaciones pasar de un modelo de cuidado centrado en la organización a un Modelo de Cuidado Centrado en la Persona utilizando como indicador referente el “desuso de sujeción”. Este modelo es válido para todos los niveles asistenciales y de intervención en el cuidado y permite medir de manera práctica “la calidad de vida” en las organizaciones que cuidan.

La Norma Libera-Care es la conversión a Norma de Trabajo del modelo de cuidado Libera-Care: la primera norma de trabajo que consigue medir la Calidad de Vida desde la Gestión de la Calidad de Vida en las organizaciones que se dedican a “cuidar”.

Nuestro modelo se fundamenta en cuatro pilares que persiguen empoderar a la persona cuidada, considerando tal empoderamiento como un factor relacionado directamente con su calidad de vida. Los cuatro pilares son:

### **1) Modelo de Cuidado de “AUTONOMÍA BENEFICENTE”:**

El modelo considera a la persona cuidada plena de derechos y el cuidado se concibe desde tal plenitud de derechos. Se potencia la autonomía de la persona favoreciendo la toma de decisiones autónoma, bien desde la capacidad, bien desde la incapacidad y la dependencia a través, en este último caso, de personas que representen a la persona cuidada dependiente desde sus valores y a través de los mecanismos legales que posibilitan hacerlo.

A su vez, el modelo se fundamenta en la BENEFICENCIA, porque entiende absolutamente necesario el papel del profesional. Sin embargo, el enfoque varía con respecto al hasta ahora presente y la beneficencia no se desarrolla desde el paternalismo del profesional hacia la persona cuidada, sino desde el papel del profesional como asesor o acompañante en la toma de decisiones en todo el proceso de cuidado.

### **2) Modelo de Cuidado que se basa en la PERSONA:**

El modelo está absolutamente centrado en la persona. Así el eje principal del modelo es la calidad de vida y la dignidad entendida desde la propia persona cuidada. Todos los procesos y procedimientos de trabajo del nivel asistencial o de intervención se diseñan en función de la persona y para ello el modelo dota a la organización de elementos prácticos que posibilitan hacerlo.

Se humaniza el cuidado, hasta el punto de que “lo humano” posee en el modelo tanto peso como “lo sanitario” y esta humanización redundará en mejores resultados sanitarios.

### **3) Modelo de Cuidado (Atención o Intervención) que requiere de un Nuevo Modelo de Gestión, el MODELO VIDA Y PERSONA:**

Lo humano es lo importante en el nuevo modelo y lo es en relación a la persona cuidada y en relación a la persona que cuida. Para centrarse en la persona cuidada, se necesitan personas trabajadoras diferentes y para que las personas trabajadoras sean diferentes el modelo de gestión debe de ser diferente: más humano, más participativo que los actuales modelos de gestión, que sepa desarrollar las personas y que sepa “hacerlas generosas”, de forma que sean capaces de dejar que la persona cuidada se coloque en el centro de la organización.

La participación es uno de los elementos que vertebran el modelo y dicha participación se entiende tanto para las personas que cuidan (modelo de gestión desjerarquizado y transversal basado en equipos de alto rendimiento multidisciplinares y empoderados) como para la persona cuidada (participación en la toma de decisiones referentes a su vida o la de los familiares a quienes representa).

#### **4) Modelo de Cuidado que utiliza como Indicador Referente los INDICADORES RELACIONADOS CON EL USO DE SUJECIÓN (FÍSICA y/o QUÍMICA):**

El Modelo de Cuidado Libera-Care considera al uso/no uso de sujeción como un indicador referente de calidad de vida. Existen muchos indicadores que nos hablan de calidad de vida en el cuidado y de gestión de la calidad de vida en el cuidado. Entre ellos el modelo considera como más referentes -indicadores que por sí solos son capaces de “hacer visible” la calidad de vida- los indicadores relacionados con la Sujeción-No Sujeción y el Trato (entendido como el trato de los profesionales hacia las personas cuidadas).

La Norma Libera-Care permite identificar, cuantificar y valorar los indicadores por cada uno de estos pilares, indicadores que la organización o nivel asistencial puede alcanzar mediante distintas herramientas. Así, proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada) en la organización o módulo en el que se deseen eliminar y permite, de manera voluntaria, alcanzar cada una de las tres fases de evaluación-certificación de las que consta la norma: Fase I (Libera Inicio), Fase II (Libera Calidad de Vida), y Fase III (Libera Dignos).

Partiendo de la sujeción como indicador, trabajamos complementariamente otros aspectos como la dignidad en el cuidado y el trato que reciben las personas cuidadas en general, y especialmente aquellas más vulnerables: las personas con discapacidad, enfermos psiquiátricos, y las personas mayores enfermas.

Por tanto, el objetivo es reducir y eliminar el uso de sujeciones, pero también cambiar la forma de cuidar, pasando de un modelo centrado en la organización a un Modelo Centrado en la Persona, en sus necesidades, deseos y preferencias. En definitiva, adoptar un modelo de cuidado individualizado.

El proceso de Evaluación de cada una de las Fases de la Norma Libera-Care se divide en tres pasos:

- **Implantación de la norma:** Cada organización implanta la norma, adaptándola a sus características y necesidades específicas. La implantación se realizará con la ayuda del equipo externo de la Fundación.
- **Auditoría Interna:** Su objetivo es garantizar a la Fundación que la organización está preparada para la acreditación de la Norma. En esta auditoría interna, el equipo externo realizará las labores de Auditor Interno, guiando en todo momento el trabajo de la organización.
- **Evaluación:** Los evaluadores de la Fundación realizarán esta tarea. Tras esta auditoría externa, la organización obtiene la certificación de cumplimiento de la Norma Libera-Care o la renueva.

## Temporalización

- 2006: Eliminación de las sujeciones en la Residencia y Centro de día Torrezuri (Primer Centro del Estado Libre de Sujeciones) a través de la implantación del Programa “Torrezurin lotura barik – En Torrezuri sin ataduras”.
- 2010: Creación de la Norma Libera-Ger, Metodología de Gestión y Eliminación de Sujeciones en Centros Sociosanitarios, y el Modelo Vida y Persona.
- 2012: Validación de la Metodología Libera-Ger como herramienta que permite modificar la cultura y el modelo de atención del centro sociosanitario, con independencia de sus características arquitectónicas y organizacionales, tamaño o tipo de usuario.
- 2015: Adaptación de la Metodología Libera-Ger a Libera-Care, Modelo de Atención Centrada en la Persona Sin Sujeciones que abarca todos los Ámbitos Asistenciales de Atención e Intervención.
- En el momento actual...

Actualmente, son 50 las organizaciones que ya han realizado la evaluación y certificado su cumplimiento de la Norma Libera-Care como Centros DIGNOS, avanzando cada vez más en la Atención Centrada en la Persona, y otros tantos son los centros que se encuentran en proceso de implantación de la Norma Libera-Care. Además, teniendo en cuenta los centros con los que estamos trabajando, estimamos que en los próximos años existirá un número aún mayor de centros, entre los que se encuentran Grandes Grupos de gestión de Centros Sociosanitarios, Centros de Referencia Estatal y centros de Instituciones Públicas, así como entidades pertenecientes a otros ámbitos de intervención, como pueden ser Organizaciones Psiquiátricas, Centros para la Atención de la Discapacidad e incluso Hospitales.

## Recursos

La Fundación Cuidados Dignos cuenta con un equipo de formadores que trabajan en la transmisión de esta nueva filosofía de cuidado.

## *Evaluación y Resultados*

El impacto que la Norma Libera-Care tiene sobre el centro, se mide a través de varios indicadores relacionados con el cuidado que reciben las personas y el uso de sujeciones físicas y químicas. Entre ellos encontramos:

- Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas habituales (o episódicas) sobre el total de personas usuarias del centro: menor del 5%, cercano al 0%.
- Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas habituales (o episódicas) sobre el total de personas usuarias dependientes y/o con deterioro cognitivo: menor del 5%, tendente a 0%.
- Porcentaje de Consecuencias Asociadas al uso de sujeciones restrictivas habituales (0 episódicas): 0%.
- Nº muertes producidas entre personas con sujeciones restrictivas habituales (o episódicas): 0%.
- Nº muertes producidas por el uso de sujeciones restrictivas habituales (o episódicas): 0%.
- Nº de Personas Usuarias con uso de neurolépticos: menor del 25% en personas con grados de dependencia o discapacidad de leve a moderada y menor del 50% en personas cuidadas con grado de dependencia o discapacidad grave o con personas con patología psiquiátrica o psicogerítrica.
- Nº de Personas Usuarias con uso crónico de neurolépticos: menor del 25% en personas con grados de dependencia o discapacidad de leve a moderada y menor del 50% en personas cuidadas con grado de dependencia o discapacidad grave o con personas con patología psiquiátrica o psicogerítrica.
- Número Personas Usuarias con uso de benzodiacepinas (ansiolíticas o hipnóticas): menor del 25% en personas con grados de dependencia o discapacidad de leve a moderada y menor del 50% en personas cuidadas con grado de dependencia o discapacidad grave o con personas con patología psiquiátrica o psicogerítrica.
- Nº de Personas Usuarias con uso crónico de benzodiacepinas (ansiolíticas o hipnóticas): menor del 25% en personas con grados de dependencia o discapacidad de leve a moderada y menor del 50% en personas cuidadas con grado de dependencia o discapacidad grave o con personas con patología psiquiátrica o psicogerítrica.

Existen, por otro lado, tres niveles de evaluación de la Norma Libera-Care en función de la fase de implantación en la que se encuentre la organización, departamento o módulo



a evaluar, y cada una de las fases contempla una serie de indicadores Libera-Care para poder certificar su cumplimiento.

- Fase LC I: Libera Inicio. La organización debe cumplir los indicadores del Pilar número 4.

- Fase LC II: Libera Calidad de Vida. La organización deberá mostrar evidencias de avances en todos los indicadores de los cuatro pilares y tener una prevalencia de sujeciones no superior al 5% respecto de las personas cuidadas que en el nivel asistencial o de intervención concreto serían objeto de sujeción.

- Fase LC III: Libera Dignos. En la primera evaluación de esta Fase III la organización deberá mostrar evidencias de que se cumplen los indicadores de los 4 pilares al menos en un 70%, mostrar evidencias de que en el 30% restante se está trabajando o avanzando y tener una prevalencia de uso de sujeciones inferior al 5% y cercana y tendente al 0% respecto de las personas cuidadas que en el nivel asistencial o de intervención concreto serían objeto de sujeción.

La Evaluación Libera-Care está diseñada como un proceso de mejora continua, con el objetivo de asegurar al cliente final de la organización (administración pública, personas usuarias o pacientes y familias y/o representantes) la calidad de los cuidados que la propia organización ofrece y que son objeto de valoración. En base a este objetivo y como evaluación de mejora continua que establece áreas de mejora y su posterior valoración, el diseño de la evaluación es escalonado, siendo más intenso el seguimiento los dos primeros años y reduciéndose notablemente tal intensidad con posterioridad. Los resultados de esta evaluación se recogen en los Informes de Evaluación de cada organización, existiendo en estos momentos 50 organizaciones Libera-Care Dignos, las cuales han alcanzado ese 70% de los indicadores de los cuatro pilares satisfactoriamente y un porcentaje de uso de sujeción inferior al 5% y tendente al 0%.

Teniendo en cuenta los centros con los que estamos trabajando actualmente, en los próximos años existirá un número aún mayor de centros certificados, entre los que se encuentran grandes grupos de gestión de centros sociosanitarios, centros de referencia estatal e Instituciones Públicas, así como entidades pertenecientes a otros ámbitos de intervención, como pueden ser organizaciones psiquiátricas, centros para la atención de la discapacidad e incluso hospitales.

## Financiación

Para que el proyecto se pueda mantener en el tiempo ha sido importante que no dependa únicamente de subvenciones. Para ello ha sido preciso crear una estructura de financiación a través de la creación de una marca fuerte relacionada con calidad y

dignidad, y su "venta" en producto formativo y de certificación.

Se ha creado también una Escuela de Formación con docentes expertos en el modelo homologados por la Fundación, que ofrecen formación, asesoramiento y orientación a las entidades que quieren implantar la Norma Libera-Care. Ello posibilita unos ingresos que a su vez redundan en el propio proyecto y en la sensibilización al respecto de los modelos y formas de atención que contemplan la calidad de vida de las personas cuidadas.

## *Criterios destacados*

### CRITERIO DE PERTINENCIA

#### **Principio de Autonomía**

A través de las herramientas de Pilar 1 (Autonomía Beneficente) se trabaja en la creación de procedimientos de participación activa de la persona en la toma de decisiones respecto a los objetivos y planes de atención/intervención/vida y actividades del día a día en la organización. Se generan mecanismos necesarios para poder fomentar y garantizar la autonomía de la persona cuidada, estableciendo reuniones no solo informativas, sino también participativas por parte de la persona y/o representante, acuerdos de Plan de Vida (en cuestiones de la vida cotidiana que afectan a la persona como son horarios más deseados para levantarse, para acostarse, menús preferidos), etc.

Para el desarrollo de estas herramientas no sólo se requiere la creación de procesos de participación en la toma de decisiones, sino que también se trabajan aspectos como:

- Sensibilización y formación para que las personas de la organización interioricen y hagan valer todos los derechos de la persona, entendiendo su rol profesional como el que orienta, apoya, asesora, ayuda y no impone las pautas y planes de cuidado, haciendo desaparecer el paternalismo de la relación persona cuidada-persona cuidadora y sustituyéndolo por una relación más humana de persona a persona.
- Informar y formar a la persona o su representante en este nuevo modelo en el que la persona es responsable en la toma de decisiones y en su proceso de cuidado y vida.
- Generar espacios para garantizar la participación activa en la toma de decisiones de manera transversal a lo largo de todos los procesos asistenciales: no sólo la persona puede decidir qué objetivos alcanzar durante su estancia, sino que también puede

hacerlo sobre las actividades del día a día, teniendo en cuenta las posibilidades y recursos de la organización.

Por otra parte, a través de herramientas complementarias del Pilar 1 se trabajan los Pactos, instrumento que "empodera" a la persona y le hace dueña de su propio proyecto vital y que, a su vez, disminuye el paternalismo del profesional, logrando con todo ello humanizar el cuidado e individualizarlo.

### **Principio de Individualidad**

A través de las herramientas del Pilar 2 se trabajan y desarrollan mecanismos para que las personas de la organización recojan información y trabajen en base a conocer a la persona.

Se realizan formaciones para sensibilizar a todas las personas de la organización y que de ese modo reconozcan la singularidad de cada una de las personas a las que cuidan.

Se profundiza en la recogida de información sobre Historia de Vida, personalidad, costumbres, hábitos, preferencias, aspectos significativos para las personas, personas importantes en su vida, etc., con el objetivo de dejar de centrar el cuidado exclusivamente en diagnósticos clínicos y centrar el cuidado en las necesidades emocionales, psicológicas, sociales o espirituales.

Con otras herramientas del Pilar 2, se establece un Plan de Comunicación relativo a determinar qué profesionales recogerán la información sobre la persona, con qué profesionales se compartirá, en qué momentos, etc. Y es precisamente esta herramienta mediante la que se determina qué información es necesario recoger para nutrir ese Plan de Comunicación y que se completará con la información recogida mediante la Herramienta correspondiente al Método Observacional.

El Método Observacional Libera-Care debe ser una herramienta que cada organización adapte a sus características específicas pero que debe desarrollarse por parte de todos los equipos de intervención directa. Registra información acerca de cuándo y cómo se produce un comportamiento, qué ocurre en el entorno en ese momento, antecedentes inmediatos y a lo largo de las anteriores 24 horas, consecuencias positivas y negativas, etc.

### **CRITERIO DE TRANSFERIBILIDAD**

El modelo completo, con sus pilares, sus herramientas y sus indicadores se puede aplicar en cualquier nivel asistencial o tipo de intervención (salud mental, hospitales, discapacidad física, psíquica,...), ya que en todos ellos se cuidan a personas. Será necesario adaptarlo a cada nivel y tipo de organización concreta según las principales variables que justifican una diferente implantación del modelo: temporalidad en la estancia (corta, media y larga), edad de la persona cuidada, patología o discapacidad, etc.

Diferentes realidades nos obligarán a diferentes abordajes, e incluso a diferentes planteamientos en relación a los indicadores que trabaja el modelo. Las herramientas se deberán adaptar al nivel asistencial o tipo de intervención en el que se aplique el modelo y básicamente se verán diferencias en:

- Gestión o Abordaje de caso.
- Gestión de Familias y/o Representantes.
- Prevalencia de uso de sujeción que el nivel asistencial o de intervención pueda alcanzar

### CRITERIO DE EVALUACIÓN

Los cambios que produce este Modelo de Cuidado Centrado en la Persona y Sin Sujeciones son múltiples, y todos ellos muy positivos.

Se ha podido comprobar que:

- Se producen cambios en la salud de las personas con quienes se dejan de utilizar sujeciones, que contribuyen a mejorar el bienestar de la persona cuidada.
- Se trata de una manera de cuidar más digna y respetuosa con los derechos de las personas cuidadas.
- Disminuye el uso de medicación, y, por tanto, hay menores efectos secundarios provocados por ésta, además de que disminuye el coste por su consumo.
- Se producen cambios en los familiares, que sienten menor sensación de culpabilidad (por dejar el cuidado de su familiar en manos ajenas), mayor satisfacción, y mayor colaboración con el centro e inclusión en él.
- Hay cambios en los profesionales, que se sienten más motivados y aportan más valor a la organización y a las personas que cuidan.
- Disminuyen las caídas, y sus consecuencias graves (se producen menos fracturas).
- Disminuyen los trastornos de comportamiento en el paciente demente, psiquiátrico y psicogerátrico, porque se abordan las causas que los producen, satisfaciendo las necesidades ocultas implícitas de la persona.
- También supone una consecuencia social positiva el hecho de que los profesionales y los usuarios y sus familias mejoren su relación entre ellos, ya que aumenta su confianza en el propio centro, evitando así no sólo litigios, quejas y demandas legales, sino que además acaban recurriendo al propio centro para tratar sus problemáticas particulares, evitando consultas y costes a otros estamentos sanitarios o sociales.

## *Enlaces y Anexos*

### Enlaces:

- [Página web de la Norma Libera-Care](#)
- [Página de la Fundación Cuidados Dignos](#)

### Anexos:

- [Documento de Propuesta de Formación, Implantación y Evaluación de la Norma Libera-Care](#)