

VERSIÓN COMPLETA

ESTRATEGIA PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A PERSONAS ADULTAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Cuidando personas,
acompañando vidas



Índice

1	PRESENTACIÓN.....	2
2	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN EN ASTURIAS.....	7
2.1	¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO? ALGUNOS DATOS.....	7
2.2	¿CON QUÉ CONTAMOS? LA RED DE SERVICIOS PARA EL APOYO/CUIDADO DE LARGA DURACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ASTURIAS?.....	13
2.2.1	<i>Recursos de atención domiciliaria y de apoyo para la permanencia en el entorno.....</i>	14
2.2.2	<i>Recursos de atención diurna.....</i>	16
2.2.3	<i>Recursos de atención residencial.....</i>	17
2.2.4	<i>Prestaciones del SAAD.....</i>	19
2.3.	¿QUÉ ESPERAMOS Y QUEREMOS? LO QUE LAS PERSONAS ESPERAN Y PREFIEREN EN CASO DE NECESITAR CUIDADOS.....	21
2.4	¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS ACTUALES SERVICIOS? ¿QUÉ DEBEMOS CAMBIAR? LA VISIÓN SOBRE LOS SERVICIOS.....	25
2.4.1	<i>Sobre la necesidad de un cambio en el actual modelo de cuidados y las directrices que deben orientarlo.....</i>	27
2.4.2	<i>Sobre las fortalezas, debilidades y necesidades de mejora identificadas en los actuales servicios.....</i>	33
2.4.3	<i>El impacto de la Covid-19 en los diferentes servicios.....</i>	40
2.5	A MODO DE CONCLUSIÓN. PRINCIPALES NECESIDADES Y RECOMENDACIONES PARA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.....	46
3	EL MODELO ORIENTADOR DE LA ATENCIÓN EN EL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN A PERSONAS ADULTAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	55
3.1	VALORES ÉTICOS ORIENTADORES DEL CUIDADO.....	57
3.2	CRITERIOS QUE DEFINEN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CENTROS Y SERVICIOS.....	63
3.2.1	<i>Pilares, criterios y líneas de acción clave.....</i>	64
3.2.2	<i>Su fundamentación.....</i>	84
3.3	CRITERIOS Y ELEMENTOS CLAVE EN EL DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS....	88
4	ESTRATEGIA PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE CLD A PERSONAS ADULTAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	97
4.1	¿EN QUÉ CONSISTE ESTA ESTRATEGIA Y QUÉ PRETENDE?.....	97
4.2	SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.....	98
4.3	ÁREAS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y MEDIDAS.....	100
4.4	CRONOGRAMA Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	122
5	PRINCIPALES FUENTES.....	138
6	AUTORÍA, PARTICIPACIONES Y AGRADECIMIENTOS.....	139

1 Presentación

El incremento de la esperanza de vida en sociedades desarrolladas y la mirada a las personas con diversidad funcional desde el paradigma de los derechos son logros que apuntan en las últimas décadas nuevos retos sociales. Entre ellos, la búsqueda de cómo visibilizar el valor y la contribución de las personas mayores y con discapacidad en sus comunidades, a la par de ofrecer apoyos y cuidados integrales a quienes así los precisen, sin que las personas pierdan el control de sus vidas ni sean percibidas como una “carga social”.

La actual situación demográfica, junto con la enorme rapidez con la que los cambios sociales se producen, nos ubican en escenarios de acción y toma de decisiones inciertos que deben tener respuestas que contemplen y recuerden al conjunto de la sociedad, no solo el necesario compromiso basado en el principio de justicia con las personas más vulnerables, sino también el valor social y económico que trae consigo el propio cuidado.

Las personas somos siempre valiosas, con independencia de nuestras características y cualquiera que sea nuestra situación. Este atributo principal, la dignidad, caracteriza al ser humano, y obliga a recibir por parte de los demás un trato respetuoso, siempre y en todas las circunstancias de la vida. Este es el concepto de partida, nuclear, que fundamenta el cuidado desde el marco del BUEN TRATO.

Sin embargo, esta formulación formal, ontológica, precisa de concreción, tanto en un plano social como individual, ya que si no corremos el riesgo de quedarnos en un nivel meramente declarativo. A nivel social este propósito se intenta conseguir mediante la aprobación y garantía de una serie de derechos individuales que especifican contenidos, socialmente consensuados, sobre lo que se considera necesario para poder optar a disfrutar de una vida con dignidad. A nivel individual, las personas han de tener oportunidades y contar con apoyos que les permitan desarrollar una vida acorde a su propia consideración de lo que es bueno para sí misma, lógicamente, dentro de los límites que la convivencia y el orden social conllevan.

Cuidar y ser cuidado desde el marco de la calidad y del BUEN TRATO debe ir más allá de la protección y de la evitación del daño. Esto es algo siempre necesario, pero no resulta suficiente. Es preciso entender el cuidado como el apoyo a una vida que merezca la pena ser vivida, incluso en situación de gran discapacidad y dependencia. Asunción que implica comprender y apoyar la subjetividad de cada cual en relación a lo que se necesita, se prefiere y se desea en la vida y, también, en los cuidados.

3

Desde esta perspectiva que no es otra que la búsqueda de una vida buena para las personas, los servicios sociales tienen la importantísima misión de hacer operativa la protección de la dignidad. Por ello, deben ser capaces de articular apoyos para que las personas, grupos familiares y sociedades, puedan llevar adelante proyectos de vida con significado, especialmente cuando ciertas situaciones personales o sociales incrementan su vulnerabilidad.

Desde el inicio de la democracia, en Asturias, como en el conjunto de España, se ha ido construyendo de forma progresiva lo que se ha denominado el Sistema de Servicios Sociales. En el cual, las diversas prestaciones relacionadas con el cuidado y atención a las situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia, han ido adquiriendo de forma progresiva una mayor presencia.

Es de justicia reconocer el gran esfuerzo realizado tanto por parte de las administraciones públicas como del ámbito privado, lo cual ha contribuido al crecimiento y profesionalización del sector. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, aprobada en el 2006 supuso, sin lugar a dudas, un hito fundamental.

Sin embargo, a pesar del avance logrado, en estos años se ha ido tomando consciencia de las limitaciones del actual paradigma de cuidados subyacente, en relación a su capacidad para generar calidad de vida en las personas y, sobremanera, para permitir que éstas puedan desarrollar proyectos de vida propios y deseados. La Organización Mundial de la OMS (2015) ha señalado la Atención Integral y centrada en la Persona como el marco rector que debe orientar el rumbo de los actuales servicios que ofrecen cuidados de larga duración. En primer lugar, porque el paradigma dominante parte

de una visión del cuidado más centrada en la enfermedad y en la discapacidad que en las necesidades/capacidades de las personas. En segundo lugar, porque con frecuencia los servicios se han organizado buscando solo la respuesta organizativa y el desempeño de tareas programadas y estandarizadas, dificultando no pocas veces la protección de los derechos de las personas y la escucha de las preferencias sobre cómo desean llevar adelante sus vidas cuando necesitan ayuda de otros.

Por todo ello, en las últimas décadas y sobre todo en los países más desarrollados, frente a una visión en el cuidado fundamentalmente centrada en la enfermedad y en los servicios, han ido tomando fuerza nuevos referentes (modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona) que nos obligan a repensar los actuales servicios sociales poniendo en el centro a las personas, la garantía de sus derechos y el respeto a su autodeterminación en cuanto a lo que debe ser su vida y atención. Una reflexión que ha afectado y afecta, de un modo especial a los cuidados en entornos residenciales, todavía hoy anclados en modos de atención altamente institucionales.

Esta es la principal motivación de impulsar un proceso de transformación en el actual modelo de cuidados de larga duración en el Principado de Asturias. Reflexión previa a la llegada de la pandemia ocasionada por la COVID-19, pero que en estos momentos, tras sufrir sus consecuencias, cobra todavía más fuerza, al haberse visibilizado no solo nuestra vulnerabilidad como individuos y colectividad humana, sino también las debilidades y carencias en nuestros servicios y, con ello, la necesidad, la oportunidad y la responsabilidad compartida de proteger y permitir una vida digna a las personas más vulnerables.

Creemos que es precisamente éste, un buen momento para impulsar el giro que se precisa en el actual modelo de cuidados y en los servicios. Destacando y reconociendo los logros alcanzados, pero sin ignorar los elementos esenciales que permiten lograr un cuidado realmente centrado en las personas. Ofreciendo protección a las mismas, dispensando atención en entornos seguros, pero sin perder de vista que éstos deben facilitar y apoyar vidas que merezcan la pena ser vividas y donde las personas puedan seguir tomando sus propias decisiones contando con los oportunos apoyos que así lo permitan.

Con este propósito surge la estrategia para la transformación del modelo de Cuidados de Larga Duración para personas adultas en el Principado de Asturias. Una propuesta de compromiso con el cambio, con la mejora y con un necesario proceso de progresiva transformación del actual paradigma del cuidado de larga duración (CLD).

Sobre este documento

El documento que aquí se presenta es la versión completa de la Estrategia para la transformación del modelo de Cuidados de Larga Duración para personas adultas en el Principado de Asturias.

Tras recoger diversas y numerosas aportaciones procedentes de distintos ámbitos y actores implicados en el cuidado, incluyendo las realizadas por los y las integrantes de la mesa MARES a un primer borrador de este texto, se presenta una estrategia que ha sido pensada para liderar, impulsar y apoyar un proceso de cambio gradual, una transición a corto, medio y largo plazo en el actual modelo de cuidados de larga duración en el Principado de Asturias.

Este documento se estructura en tres partes.

En la primera parte se ofrece una **descripción y análisis de la situación de la que partimos**, incluyendo datos de población, un breve resumen de la red de servicios actuales, una primera aproximación de lo que las personas esperan y desean respecto a sus futuros cuidados y un análisis cualitativo de las fortalezas y debilidades del modelo y sistema actual, haciendo especial referencia a las limitaciones existentes, antes y tras la crisis de la COVID-19. De toda esta información se concluyen, finalmente, doce necesidades generales y un conjunto de recomendaciones.

En su segunda parte, se propone la **definición de un modelo orientador de la atención en el CLD**, el cual parte de una inequívoca fundamentación ética, así como del principal conocimiento técnico y científico existente en distintos campos y disciplinas relacionadas con el cuidado. Se describe en tres niveles complementarios: los valores éticos que orientan el cuidado, los criterios que definen la calidad de la atención, y los criterios y elementos clave en el diseño y organización de

los diferentes centro y servicios. De este modo se propone un marco orientador de calidad que, integrando atención y elementos de gestión, se articula en torno a 5 pilares y se concreta en 25 criterios de calidad. Veinticinco criterio que, a su vez, sugieren distintas líneas y elementos de acción clave para ser desarrollados.

Con ello no se pretende dictar con exactitud cómo deben ser diseñados y gestionados los distintos servicios, entendiendo que esto compete a sus proveedores, quienes deben contar con un margen de flexibilidad que les permita adaptarse a las necesidades y preferencias de las personas, de los grupos y de los territorios, a la par de lograr modelos sostenibles. Se trata de establecer un marco de calidad que proteja cuestiones esenciales referidas a la seguridad y a la calidad del cuidado y, de manera muy especial, a todos aquellos aspectos que atañen a la calidad de vida y a la protección de los derechos en el día a día de las personas que precisan apoyos.

En su tercera parte, entendiendo que afrontamos un proceso temporal extenso y que, por tanto, deberá tener continuidad, se presenta la **Estrategia la Transformación del CLD a personas adultas en el Principado de Asturias**. La cual se estructura en **cinco áreas, diecinueve líneas de acción** y un total de **100 medidas**. Una propuesta para la acción que se sitúan en clara coherencia con el modelo orientador de la atención propuesto y que procede de la escucha y el diálogo con los diferentes actores del cuidado.

Finalmente queremos poner de manifiesto que esta estrategia, dentro de la actual planificación estratégica de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, conecta y pretende reforzar otras propuestas que en marcha, fundamentalmente con la estrategia ESTRENA, con el plan de COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA de Asturias y el Plan IMPULSAD. Su pretensión, por tanto, no es de sustitución, sino todo lo contrario. Busca desarrollar y completar algunos de los aspectos ya enunciados en estas planificaciones, proponiendo un marco definitorio que explicita con claridad el modelo rector de calidad de los servicios, así como articular un conjunto de medidas que impulsen este movimiento de cambio en los distintos territorios y servicios relacionados con los cuidados de larga duración desde procesos de acción colaborativa.

PARTE 1

7

2 Descripción y análisis de la situación actual en el cuidado de larga duración en Asturias

2.1 ¿De qué estamos hablando? Algunos datos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

Veamos, a continuación, algunos datos básicos de los principales grupos de población a tener en cuenta como destinatarios potenciales del cuidado de larga duración: las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia que viven en el principado de Asturias.

La población en Asturias en 2019 es de 1.022.800 personas, de las cuales 488.137 son hombres (47,7%) y 534.663 mujeres (52,3%), señalando las perspectivas para los próximos años una disminución de la población y un envejecimiento progresivo de la misma.

En este sentido, los datos indican que el 26,2% de la población supera los 64 años y que un 8,6% tiene 80 o más. Está previsto que en 2033 estas proporciones alcancen el 33,6% y el 10,9%, respectivamente.

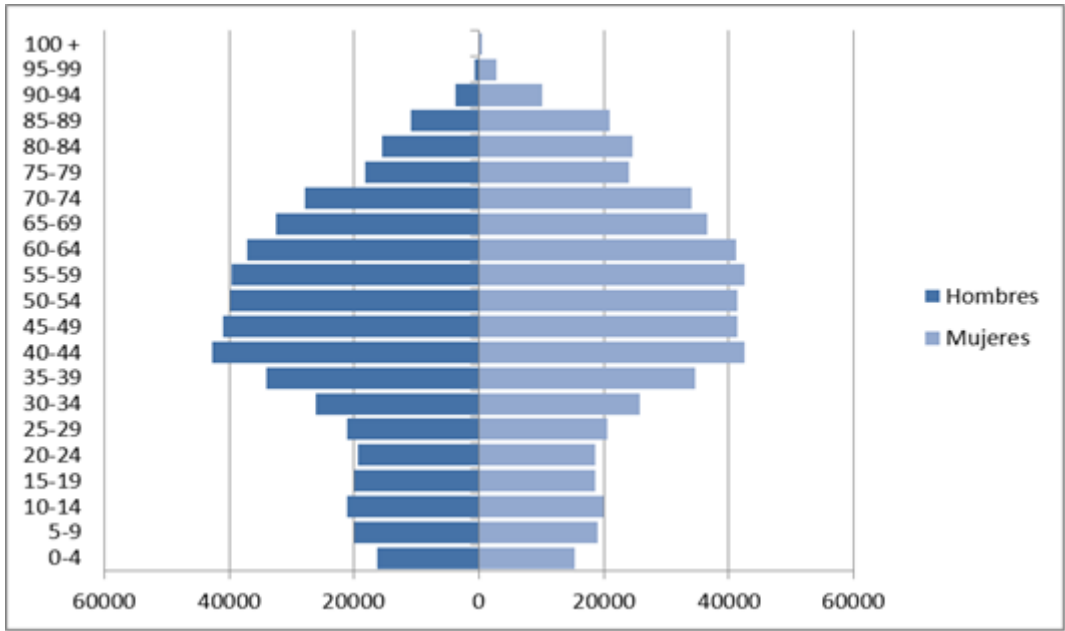


Gráfico 1: Pirámide de población de Asturias, 2019.
 Fuente: INE. Estadística de padrón continuo, 2019

La esperanza de vida en Asturias se sitúa en 82,82 años en el 2019, siendo esta mayor en el caso de las mujeres (85,63 años frente a 79,85 en hombres).

Si analizamos la esperanza de vida en buena salud nos encontramos que la estimación de años de vida saludable al nacer es superior en las mujeres, al contrario que al alcanzar los 65 años. En ambos casos los datos son inferiores a los del conjunto de España

Por tanto, podemos concluir que las mujeres viven más años que los hombres, pero a partir de los 65 años los hombres viven más años en buena salud.

	Años de vida saludable al nacer			Años de vida saludable a los 65		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Asturias	56,13	56,73	56,22	8,21	8,05	8,04
España	63,87	62,55	63,20	10,67	9,57	10,09

Tabla 1. Años de vida saludable al nacer y a los 65 años, 2017
 Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud

En relación a la forma de convivencia cabe señalar que muchas personas mayores viven solas. Según la encuesta continua de hogares del INE del año 2019 el número total de hogares en Asturias era de 454.500. De ellos, 58.200 son de personas mayores de 65 años que viven solas, la mayoría mujeres (42.500 frente a 15.700 hombres). Este dato muestra el cambio de las estructuras familiares y se considera directamente relacionado con la demanda de servicios.

La estructura demográfica indica un alto potencial de cronicidad en la población. A partir de los 50 años aumenta la prevalencia de numerosos factores de riesgo y trastornos crónicos, que condicionan, junto al proceso mismo del envejecimiento, el desarrollo de deterioro funcional progresivo, la fragilidad y la dependencia.

En nuestra comunidad autónoma, según la Encuesta de Salud para Asturias 2017, un 40,3% de la población indica que tiene alguna enfermedad o problema de salud crónica o de larga duración, siendo la proporción mayor en las mujeres que en los hombres (44,2% vs. 36% en ellos)

Como se ha señalado, la cronicidad tiene relación con el grado de dependencia de la población. En agosto de 2020 el número de personas con reconocimiento de dependencia asciende a 26.831. El grado I o dependencia moderada es el que cuenta con mayor número de reconocimientos, seguida del grado II y III.

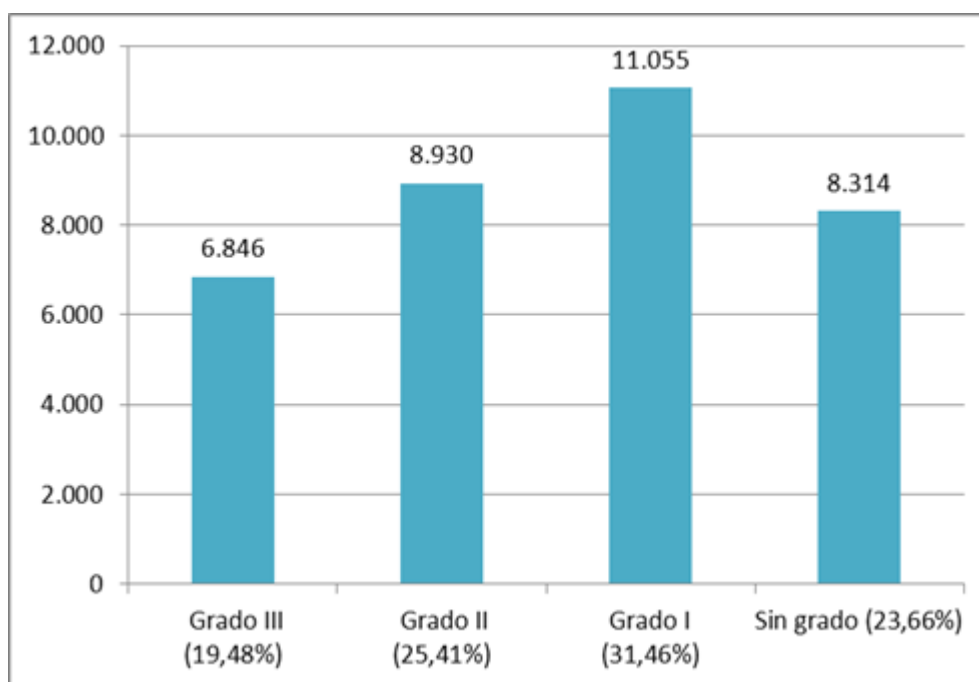


Gráfico 2: Grados de dependencia en Asturias. Asturias, Agosto, 2020.

Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. ObservASS

Por otra parte, a 30 de enero 2021, 125.239 personas disponen de un reconocimiento de discapacidad en nuestra región, lo que sitúa la prevalencia de discapacidad por cada 100 habitantes en el 12,29%.

Como muestran el gráfico siguiente un total de 79.588 personas tiene un grado de discapacidad reconocido de entre el 33 y el 64% y 45.651 personas, del 65% o más. Además, a 14.146 personas se les ha reconocido dificultades de movilidad y 8.995 tienen un reconocimiento de necesidad de ayuda de tercera persona.

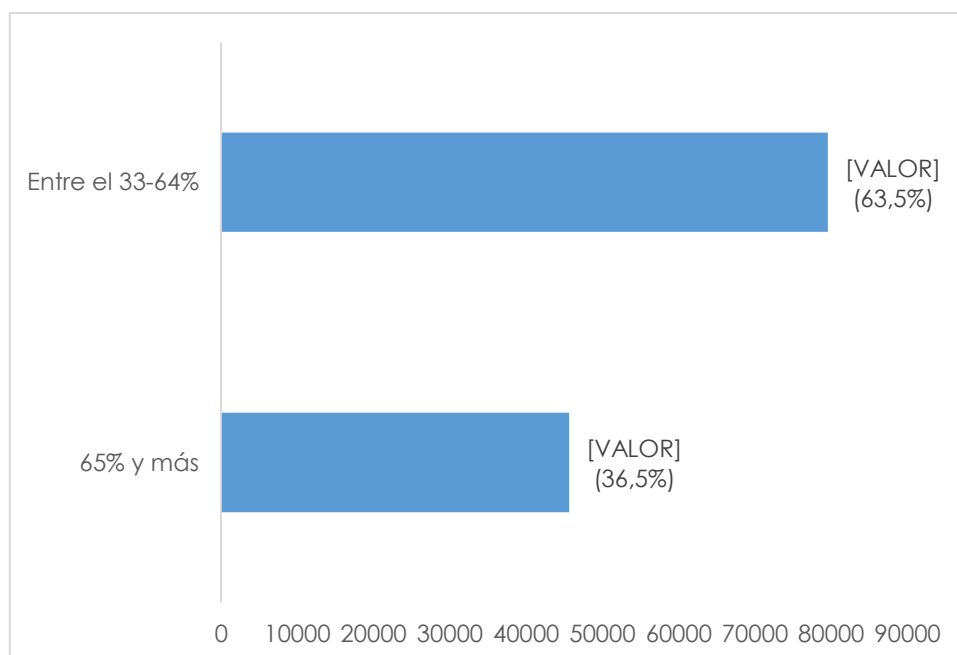


Gráfico 3: Número de personas con grado de discapacidad reconocido según intensidad. Asturias, Enero 2021. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. ObservASS

Revisando los efectos de la COVID-19 en los diferentes entornos de cuidados, cabe hacer especial mención al impacto producido en los centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.

La reacción de la comunidad autónoma para paliar los efectos de la pandemia en las residencias fue rápida y supuso la puesta en marcha de protocolos de actuación específicos, la intervención coordinada con el servicio de salud, el refuerzo de personal, etc.

El Observatorio de Salud en Asturias ha publicado el pasado 18 de diciembre de 2020 un Informe monográfico sobre el coronavirus en residencias, que recoge un conjunto de datos que permiten caracterizar globalmente la afectación por COVID-19 en el ámbito residencial. Destacan los siguientes datos:

- Desde el 29.02.2020, fecha de aparición del primer caso confirmado COVID19 en Asturias ha habido un total de 3.953 personas confirmadas como caso COVID19 en residencias, con diferencias significativas por sexo.
- El 15% del total de casos de COVID19 corresponde a residencias.
- La edad promedio de casos es de 74,3 años, siendo ligeramente superiores en los hombres (75,3 años) respecto a las mujeres (73,4 años)

- Las personas fallecidas por coronavirus confirmado cuyo domicilio es una residencia ascienden a 740 personas (53% del total).
- Asumiendo que el número total de residentes en Asturias se acerca a 13.600 personas una aproximación a la incidencia es que han fallecido 5,4% de las personas cuyo domicilio es una residencia, con una edad promedio de 87 años. No se han producido fallecimientos por COVID19 en personas trabajadoras.

Fuente: Observatorio de Salud en Asturias. D.G de Salud Pública. Consejería de Salud

	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Proporción entre total de casos (%)
Mujeres	2.849	72,1	19,8
Hombres	1.104	27,9	9,1
	3.953	100	14,8

Tabla 2. Casos COVID-19 confirmado en residencias en Asturias por sexo, 2020. Frecuencia absoluta y proporción. Fuente: Observatorio de Salud en Asturias. D.G de Salud Pública. Consejería de Salud

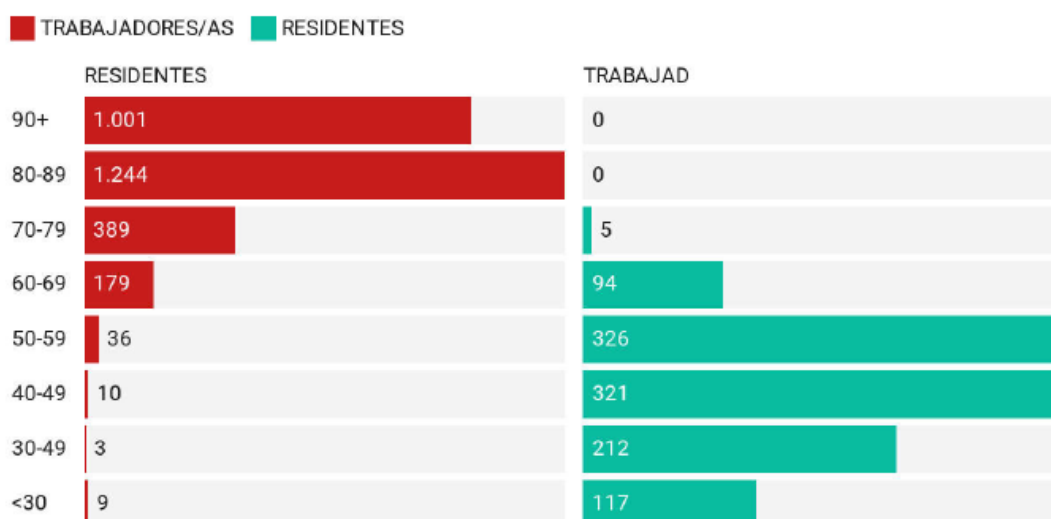


Gráfico 4: Distribución de casos COVID-19 en residencias según edad y rol. Casos a 16.12.2020. Datos provisionales Asturias, 2020. Fuente: Observatorio de Salud en Asturias. D.G de Salud Pública. Consejería de Salud

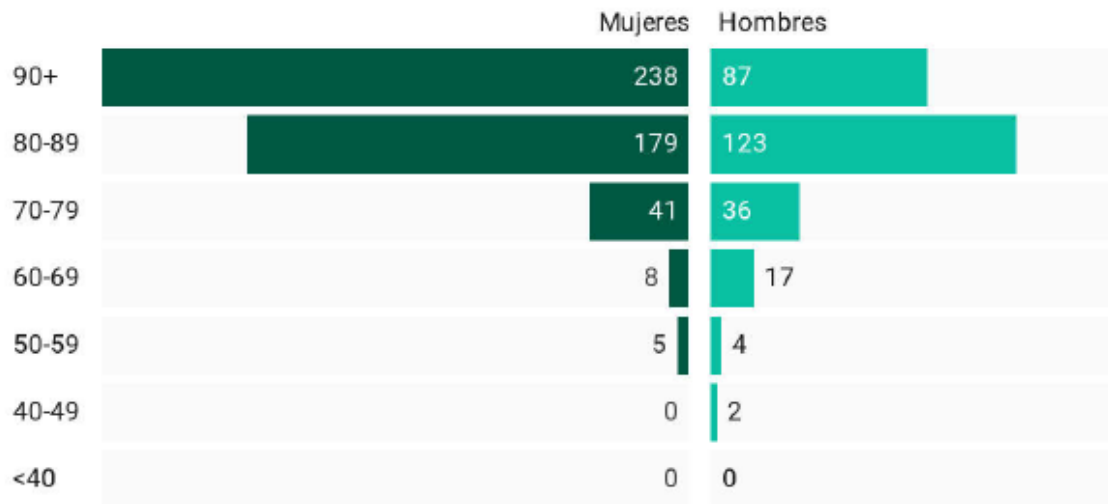


Gráfico 5: Distribución de fallecimientos por COVID-19 en residencias según sexo y edad. Casos a 13.02.2020. Datos provisionales. Fuente: Observatorio de Salud en Asturias. D.G de Salud Pública. Consejería de Salud

2.2 ¿Con qué contamos? La red de servicios para el apoyo/cuidado de larga duración de las personas adultas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia en Asturias?.

El Sistema Asturiano de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) han configurado una red de servicios y prestaciones dirigida a promover la autonomía de las personas mayores y personas con discapacidad, preservar sus derechos, así como prestar los apoyos esenciales para atender situaciones de dependencia.

Actualmente, el Principado de Asturias cuenta con una red de dispositivos de apoyo y cuidados de larga duración para personas mayores y con discapacidad configurado por:

- Recursos de atención domiciliaria y de apoyo a la permanencia en el entorno
- Recursos de atención diurna
- Recursos de atención residencial
- Prestaciones del SAAD

2.2.1 Recursos de atención domiciliaria y de apoyo para la permanencia en el entorno

Los servicios y programas recogidos en este apartado facilitan un conjunto de atenciones y apoyos flexibles que propician la autonomía, participación y permanencia en el entorno de las personas mayores y personas con discapacidad.

El **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)** se configura como un programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos familiares, dependientes o en riesgo de dependencia, que contribuye al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico o social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno más próximo.

Se trata de un servicio polivalente, preventivo y normalizador que atiende preferentemente a personas mayores o con discapacidad con dificultades en su autonomía personal.

Por su parte, el **Teleasistencia de Ayuda a Domicilio** consiste en un servicio telemático de respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad y aislamiento, que al aumentar la sensación de seguridad de las personas usuarias favorece la permanencia en su entorno con la mayor independencia y calidad de vida posible.

El Programa **Rompiendo Distancias** es una herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, en entornos poco accesibles y de población dispersa, promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia en el medio rural.

Rompiendo Distancias se concreta en 15 programas que cubren 39 municipios, que concentran una población de 65 y más años de 29.936 habitantes.

Municipios donde está desplegado el Programa Rompiendo Distancias



Nota: en azul se señalan los municipios con Programa Rompiendo Distancias
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar

15

En los municipios donde no se despliega el Programa Rompiendo Distancias, al no reunir las condiciones orográficas y de dispersión de la población, están implantados “Otros Programas de Envejecimiento Activo”, que desarrollan medidas similares.

El **Programa de Apoyo en el Entorno (PAE)** ofrece una atención individualizada y especializada a personas con diversidad funcional y/o sus familias, en su propio entorno cotidiano, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, favorece la permanencia y la inclusión social en su medio comunitario habitual. Este programa atiende a personas adultas con discapacidad hasta 50 años.

Por su parte, el **Programa Mañana También** ofrece apoyos temporales, flexibles y especializados a personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y/o a sus familias en su entorno cotidiano. Está dirigido a personas con diversidad funcional mayores o con progenitores de edad avanzada con el objetivo de facilitar su labor de cuidado.

	SAD- PM	SAD- PD	TAD-PM	TAD- PD	Rompiendo distancias	Otros programas envejecimiento activo	PAE – Mañana También
2019	10.380	1.263	8.039	84	6.827	7.636	114

Tabla 3: Personas usuarias de recursos de atención domiciliaria y permanencia en el entorno. Asturias, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS

2.2.2 Recursos de atención diurna

La atención diurna a personas mayores se presta a través de dos tipologías de centros: los Centros de Día y los Centros Rurales de Apoyo Diurno (CRAD).

Los **Centros de Día** ofrecen durante el día atención integral e individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor en situación de dependencia, con el fin de promover su bienestar, su autonomía funcional y personal. Este servicio pretende facilitar el respiro familiar y favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual de vida.

Los **Centros Rurales de Apoyo Diurno (CRAD)**, recurso de similares características a los centros de día, prestan atención a las personas mayores, que viviendo en zonas rurales dispersas están en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.

En ambos dispositivos se llevan a cabo actuaciones de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, terapias funcionales, cognitivas, psicoafectivas y/o socializadoras y actuaciones de apoyo familiar.

Por su parte la atención diurna a personas con discapacidad se realiza a través de los Centros de Apoyo a la Integración (CAI) y de los centros de día para personas con discapacidad.

Los **Centros de Atención a la Integración (CAI)** son recursos de atención y formación a personas adultas con discapacidad, generalmente entre los 18 y 50 años, dirigidos a favorecer el desarrollo personal y la integración social y laboral mejorando su independencia y calidad de vida.

Facilita apoyos personalizados diversos en la realización de ABVD, para la promoción de la autonomía y de la salud o actuaciones de orientación, desarrollo de habilidades sociales y formación pre-laboral.

Los **Centros de día para personas con discapacidad** se definen como unidades de carácter social y asistencial que, en horario diurno, prestan atención a las necesidades básicas y sociales de personas de 50 a 65 años con discapacidad o dependencia, promoviendo su autonomía personal, facilitando el apoyo familiar, permitiendo una permanencia

adecuada en su entorno habitual de vida. Facilita atenciones y apoyos en las actividades básicas de la vida diaria, diversas actividades terapéuticas funcionales, cognitivas, psicoafectivas y/o socializadoras y actuaciones de apoyo familiar.

	Plazas atención diurna a personas mayores	Plazas atención diurna a personas con discapacidad*
2019	2.556	1.393

(*)Número de plazas autonómicas autorizadas a 31 de diciembre

Tabla 4. Total plazas autonómicas de atención diurna para personas mayores y personas con discapacidad. Asturias, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS

2.2.3 Recursos de atención residencial

Los servicios de atención residencial a personas mayores son prestados a través de 3 tipologías de recursos, en modalidad de estancia permanente o temporal:

- **Residencias:** Son centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.
- **Apartamentos Residenciales:** Son centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos.
- **Centros Polivalentes de Recursos:** Son centros de carácter mixto, en los que podrán integrarse dependencias propias de los centros de alojamiento, apartamentos, pequeñas unidades de convivencia y/o centro de día para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia y que presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales.

El Organismo Autónomo ERA, responsable de la gestión de los recursos residenciales para personas mayores en nuestra comunidad autónoma dispone de un total de 5751 plazas públicas y concertadas.

Por otro lado, la atención residencial a personas con discapacidad se realiza a través de centros residenciales y viviendas tuteladas.

Los **centros residenciales** son centros abiertos, en los que residen personas en situación de discapacidad y/o dependencia, que ofrecen una atención integral e individualizada a las necesidades básicas rehabilitadoras y socioculturales. El total de plazas residenciales asciende a 714.

Las **viviendas tuteladas** para personas con discapacidad se definen como dispositivos de capacidad reducida donde conviven personas con discapacidad y/o dependencia, que precisan diferentes niveles de apoyo según sus necesidades y cuyo propósito básico es favorecer una forma de vida más autónoma e integrada en la comunidad.

El alojamiento puede ser permanente, temporal y de fin de semana.

	Plazas atención residencial mayores	Plazas atención residencial discapacidad*
2019	5.791	774

(*) Número de plazas autonómicas a 31 de diciembre

Tabla 5: Total plazas autonómicas de atención residencial para personas mayores y personas con discapacidad. Asturias, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS

Las estancias temporales permiten facilitar atención residencial durante cortos periodos de tiempo a personas mayores o con discapacidad que precisan apoyos para dar respuesta a situaciones coyunturales como la ausencia, enfermedad u hospitalización del cuidador principal, periodos de respiro familiar u otras situaciones análogas.

	Personas mayores en estancia temporal	Personas con discapacidad en estancia temporal
2019	611	218

Tabla 6: Número de personas mayores y personas con discapacidad en estancias temporales de a lo largo del año. Asturias, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS

2.2.4 Prestaciones del SAAD

El SAAD garantiza a personas en situación de dependencia el acceso a diferentes servicios integrados en la red de servicios sociales autonómicos (públicos y privados concertados debidamente acreditados) y prestaciones económicas destinadas a la promoción de su autonomía personal y a la mejora de sus condiciones de vida.

- **Servicios de prevención:** tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación. Se presta asociado a servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, centros de día y de atención residencial de la red de servicios sociales.
- **Servicio de promoción de la autonomía personal:** Conjunto de intervenciones técnicas que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Estos servicios se prestan en los centros de día y residenciales de la red de servicios sociales.
- **Servicio de ayuda a domicilio y de teleasistencia,** definido en el apartado 1.2.1
- **Servicio de centro de día,** ya definido en el apartado 1.2.2
- **Servicio de atención residencial,** ya definido en el apartado 1.2.3
- **Prestación económica vinculada al servicio,** que contribuye a la financiación del coste de los servicios que se determinen en el Programa Individual de Atención, cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado que se adapte a sus necesidades.
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar,** de carácter excepcional, contribuye a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona dependiente que faciliten el mantenimiento de ésta en su entorno habitual.

- **Prestación económica de asistencia personal** que contribuye cubrir los gastos derivados de la contratación de un/a asistente personal

El número de prestaciones reconocidas en agosto de 2020 es de 29.862, lo que supone una ratio de 1,29 prestaciones/persona. Como muestra el siguiente gráfico las prestaciones con mayor número de personas beneficiarias son aquellas que facilitan apoyo a personas cuidadoras familiares, seguida de los servicios de prevención y promoción de la autonomía y de atención domiciliaria.

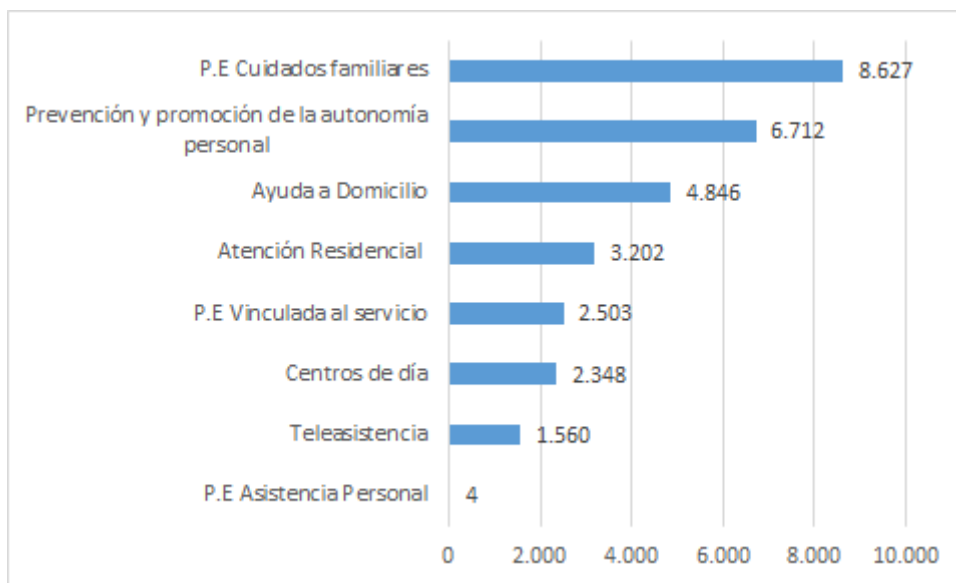


Gráfico 6: Distribución de prestaciones del SAAD. Asturias, agosto 2020.
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. ObservASS

2.3. ¿Qué esperamos y queremos? Lo que las personas esperan y prefieren en caso de necesitar cuidados¹

Como se ha señalado, el conocido envejecimiento de la población incidirá previsiblemente al alza en la demanda de cuidados de larga duración (por sus siglas en inglés LTC). Ello plantea importantes desafíos al Sistema Asturiano de Servicios Sociales encargado del desarrollo de políticas dirigidas a personas mayores y con discapacidad y garante de la prestación de cuidados de larga duración. Pero los desafíos no sólo se refieren al volumen de la demanda, sino que afecta al tipo de servicios que se desean y como no podría ser de otra forma al modo en que las Administraciones públicas responderán, especialmente si se vuelve a producir contexto presupuestario de austeridad.

Este escenario de desafíos abre un abanico de posibilidades desde el punto de vista de la organización de los sistemas de cuidados de larga duración. Revisando la situación de estos sistemas en los países de nuestro entorno se encuentra la clara tendencia, por ejemplo en países nórdicos, Alemania o Francia, de priorización de los servicios domiciliarios que prolonguen la vida independiente hasta dónde sea posible. Una tendencia que parecen seguir también en países lejanos como Japón, pero que es “occidental” en términos de envejecimiento de la población. Todos ellos cuentan con sistemas de cuidados de larga duración universales para las personas mayores, a los que se accede con independencia de los niveles de renta de las personas usuarias y que presentan diferentes fórmulas de financiación, pasando en algunos casos por la contratación de seguros o el pago de un impuesto finalista.

En este momento de cambios parece indicado detenerse a analizar cuál es el deseo mayoritario entre la ciudadanía asturiana en relación a su vejez. Consultadas las personas residentes en el Principado de Asturias entre 55 y 75 años en 2020 en relación a su opción preferida para el futuro en caso de precisar cuidados, parece que el deseo generalizado se alinea con la tendencia general, es decir, seguir viviendo en su propio hogar, lo que así afirma el 75,2% de la muestra.

¹ En este apartado se ofrecen algunos resultados y conclusiones de especial interés extraídos del informe titulado “Previsión de demanda de cuidados residenciales para mayores en Asturias” (Blanco et al., 2021) que en el contexto de este proyecto se encargó para tener una primera aproximación de carácter exploratorio a la demanda de cuidados residenciales de larga duración.

Además, cabe destacar que la preferencia por opciones que **implican seguir viviendo en su vivienda actual** se ve incrementada según el grupo de edad, llegando hasta el 89% de las personas entrevistadas con edades entre 71 y 75 años.

Otras alternativas como el cohousing o el traslado a viviendas adaptadas son aún minoritarias.

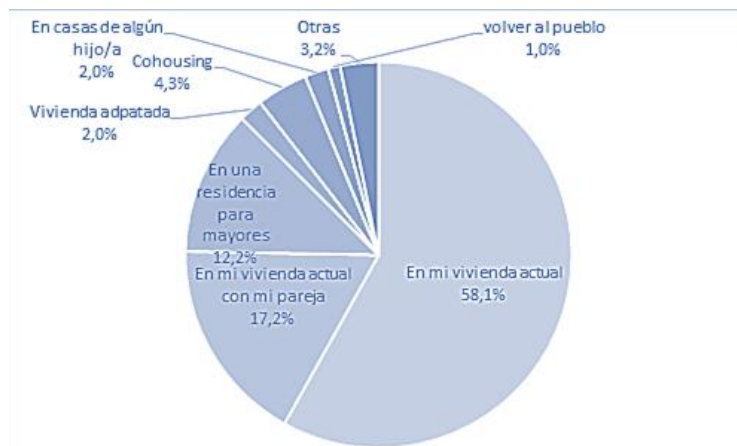


Gráfico 7: En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿Dónde le gustaría vivir?
Fuente: Blanco et al., 2021

Respecto a la propia percepción de la vejez, preguntado a la población asturiana entre 55 y 75 años cómo se imaginan a los 80 años, más de la mitad se imagina como independiente (especialmente los hombres). Sólo un 12% se imagina en situación de dependencia. Se tiene, por tanto, una percepción positiva de la proyección de la propia vejez, si bien sorprende que un 30% de la población en esta franja de edad no ha pensado en el futuro en este sentido.

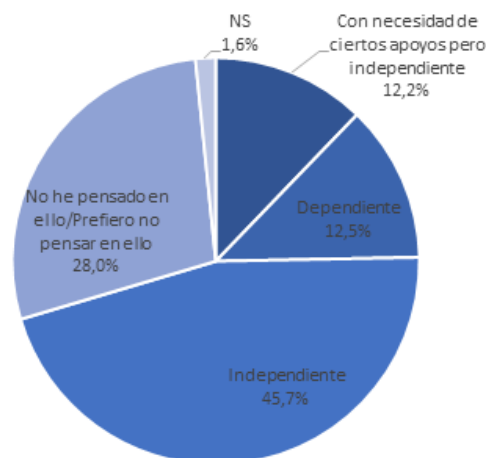


Gráfico 8. Como se imagina cuando tenga unos 80 años
Fuente: Blanco et al., 2021

No sólo sorprende el elevado volumen de población que no se ha detenido a pensar en cuál será su situación cuando alcance la barrera de los 80 años, sino que, en términos más prácticos, un 50% de la población declara que no ha hecho ninguna previsión para esta etapa de la vida. Y pese a que el deseo generalizado de la población es recibir cuidados domiciliarios, sólo un 6% de la población ha acondicionado su vivienda para hacerla accesible.

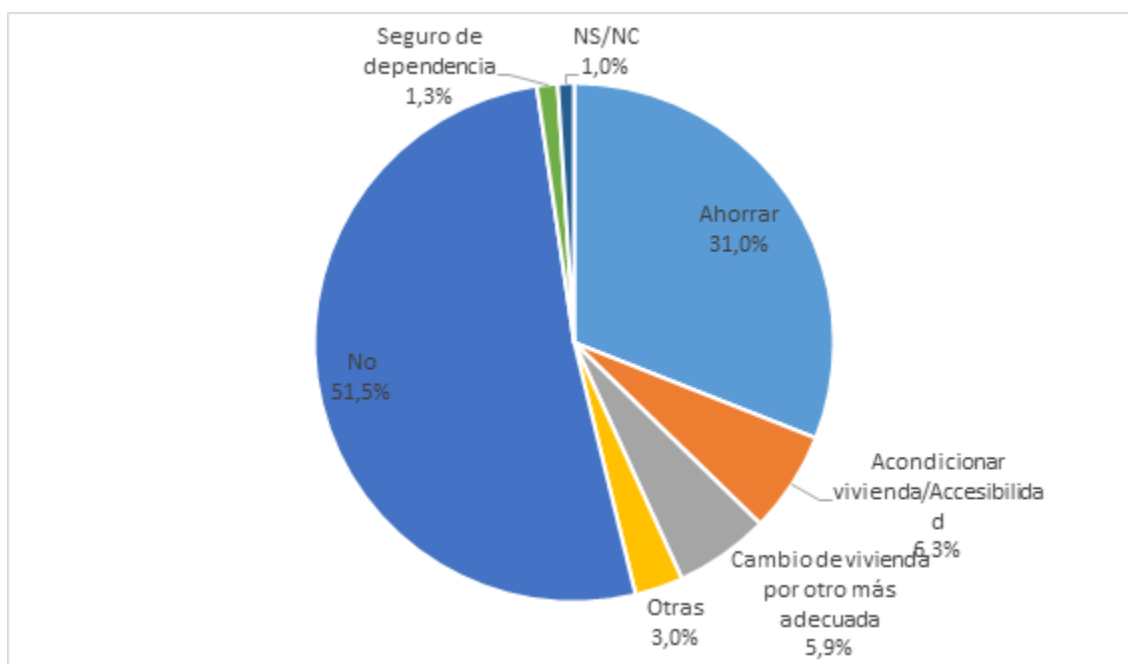


Gráfico 9. Como se imagina cuando tenga unos 80 años
Fuente: Blanco et Al., 2021

Otro aspecto importante a tener en cuenta es qué tipo de centros prefieren las personas en caso de tener que optar por un cuidado residencial. La opinión de las personas consultadas apunta con claridad hacia formatos más hogareños frente a los equipamientos sociosanitarios que ofrecen los entornos de cuidado de carácter más hospitalario. La forma que se busca es la de espacios acogedores donde las personas pueden tener vida privada y, también, relacionarse. La mayoría de las personas entrevistadas valoran de forma positiva el aspecto hotelero de los centros (53%), junto con la modalidad de los pequeños apartamentos (42%), en detrimento del modelo más asistencial existente en la actualidad.

Esta preferencia mayoritaria se alinea con el recorrido que ya han empezado a transitar los sistemas de cuidados de otros países,

abandonando el cuidado en entornos institucionales y apostando por la idea de la “vivienda con cuidados”. Paradigma que se aplica también a los centros residenciales, potenciando las habitaciones individuales que permiten preservar la intimidad y apostando por buscar un ambiente residencial hogareño y significativo para las personas, sin por ello restar importancia a la calidad y al cuidado profesional.

Por otro lado, se considera necesario que en las residencias se dispense atención médica a sus usuarios/as pero, sin embargo, no hay un acuerdo claro sobre si este debe ser interno o debe materializarse a través de una coordinación potente con el Centro de Salud de referencia.

24

El sistema de cuidados de larga duración se enfrenta a un momento de cambios inminentes como consecuencia del aumento de la demanda asociado al mayor volumen de personas mayores pero también como consecuencia de las expectativas que la ciudadanía tiene sobre cómo quiere que sea su vejez y sus cuidados en caso de experimentar alguna dependencia.

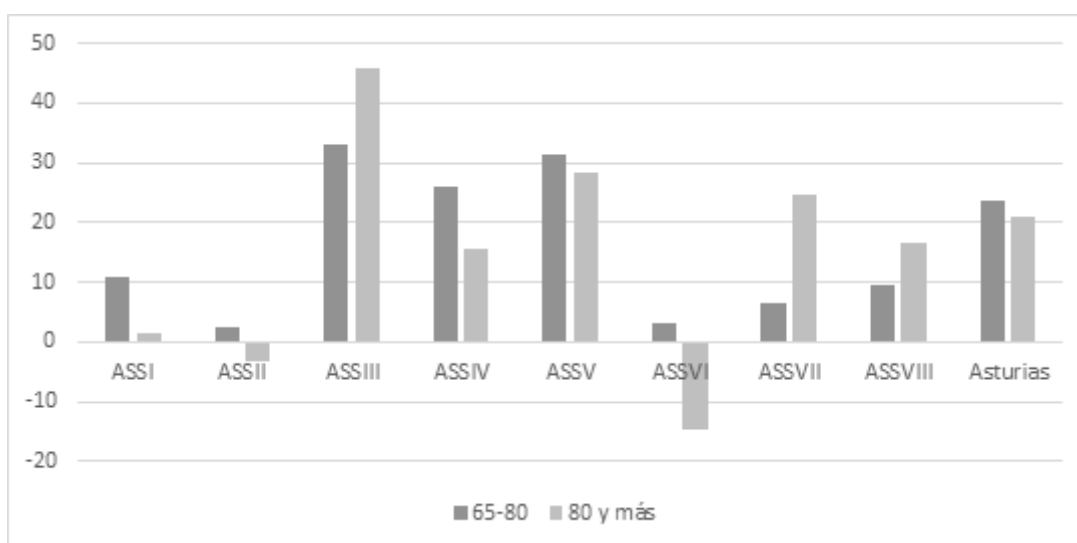


Gráfico 10. Variación de la población entre 65 y 79 años y de 80 y más años por áreas de servicios sociales, 2019-2015. Fuente: RegioLab, Universidad de Oviedo

La planificación del sistema de cuidados de larga duración dependerá del volumen de incremento de la demanda, pero también de la medida en la que se quiera apostar por un modelo centrado en lo residencial o en lo domiciliario.

Ahora bien, aun en el caso en que el sistema ponga el foco en los servicios de carácter domiciliario, respetando el deseo generalizado de la población asturiana de permanecer en su hogar el mayor tiempo

posible, el servicio residencial seguirá siendo imprescindible en muchos casos. Es por ello que la revisión del modelo residencial sigue siendo oportuna, no solo en términos de dimensionamiento, que se entiende suficiente si se va a potenciar los servicios domiciliarios, sino también en términos de modelo de atención que opera en los recursos residenciales.

2.4 ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los actuales servicios? ¿Qué debemos cambiar? La visión sobre los servicios.

Con el objetivo de conocer la percepción sobre la necesidad de un cambio en el actual modelo de cuidados de larga duración en Asturias por parte los diferentes servicios, organizaciones y actores implicados, se utilizó una doble vía de recogida de información. Por un lado se realizaron entrevistas semi-estructuradas a grupos clave y, además, se diseñó un cuestionario on line que fue remitido al conjunto de los servicios, públicos y privados, implicados en el cuidado. Esta recogida de información tenía tres objetivos principales:

1. Conocer si se percibe la necesidad de liderar un cambio en el actual modelo de cuidados y, en su caso, los aspectos clave que deben orientar el mismo.
2. Identificar las fortalezas y las debilidades percibidas en los diferentes servicios por parte de los principales actores del cuidado.
3. Detectar necesidades para poder avanzar hacia un modelo de calidad que ofrezca cuidados integrales y centrados en las personas.

Para ello, los asuntos a tratar, tanto en las entrevistas como en el cuestionario on line, se organizaron en dos partes:

- Parte 1. Se preguntó sobre la necesidad de un cambio en el modelo de atención de los diferentes servicios que ofrecen cuidados de larga duración en Asturias, identificando tanto las fortalezas y logros como los aspectos que requerían cambio o mejora.

- Parte 2. Se indagó sobre la experiencia concreta vivida en la pandemia, haciendo preguntas referidas tanto a las dificultades que experimentaron en los servicios, como a nuevas oportunidades, necesidades y claves para el futuro.

Unas entrevistas se adaptaron al ámbito donde la persona o grupo desarrollaba su labor o responsabilidad (residencia, atención diurna y servicio de ayuda a domicilio). Otras, las que se dirigieron al movimiento asociativo, a responsables políticos, a grupos profesionales y a servicios transversales, recabaron la opinión sobre los diferentes servicios.

Las entrevistas se realizaron entre septiembre del 2020 y marzo del 2021 y fueron entrevistadas un total de 83 personas (ver tabla 7). Las entrevistas tuvieron una duración media de 75 minutos. Se llevaron a cabo tanto en formato individual como grupal. Todas fueron realizadas en modo telemático a través de las aplicaciones Teams y Skype.

	Personas entrevistadas	Centros Servicios Instituciones Entidades	Entrevistas realizadas
Movimiento asociativo	11	6	6
Responsables políticos	4	4	4
Residencias PM privadas	17	12	7
Residencias públicas (ERA)	12	10	3
Centros de día PM	4	4	4
Recursos discapacidad	6	4	3
Equipos territoriales	3	3	3
SAD	5	4	4
Interventores salud RESIDENCIAS	4	4	4
Colegios y grupos profesionales	12	6	6
Comité ética intervención social	1	1	1
Otros	4	4	4
TOTALES	83	62	49

Tabla 7. Entrevistas realizadas para identificar fortalezas, debilidades y necesidades de mejora de la actual red de servicios implicados en el cuidado de larga duración.

En cuanto a la información procedente del cuestionario on line, se obtuvieron un total de 176 contestaciones, que mayoritariamente correspondieron a profesionales y responsables de los servicios. La participación de personas usuarias y familiares fue muy escasa.

Dada la naturaleza cualitativa de la información recogida, para el análisis de los datos se siguió un procedimiento de categorización

temática de las respuestas en los distintos apartados que fueron preguntados.

Seguidamente se presenta un resumen general de carácter descriptivo de los primeros resultados obtenidos. En un primer apartado se resume la principal información referida a la percepción de la necesidad de un nuevo modelo de cuidados identificando las directrices que deberían guiarlo, las cuales son enunciadas a modo de núcleos temáticos de interés. En segundo lugar se relacionan tanto las fortalezas como las principales debilidades y las necesidades que han sido mencionadas para liderar este cambio. Finalmente, en tercer lugar, se recogen las principales consideraciones expresadas en relación a la pandemia COVID-19. A lo largo de este resumen se incluyen algunas frases literales recogidas de las entrevistas (se recogen entrecomilladas obviando tanto la identidad de la persona como su grupo de pertenencia) con el propósito de ejemplificar algunas de las ideas transmitidas.

2.4.1 Sobre la necesidad de un cambio en el actual modelo de cuidados y las directrices que deben orientarlo

La percepción de la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados y atención es algo unánime. La práctica totalidad de las entrevistas realizadas y los cuestionarios remitidos así lo señalan.

Muchas de las respuestas se expresan con enorme rotundidad haciendo referencia a que esta necesidad ya existía y que la actual pandemia ha servido para poner de manifiesto carencias ya conocidas.

Por su parte, algunas respuestas matizan que, en realidad, no es posible hablar en la actualidad de un modelo único en los diferentes servicios. En el caso de los servicios públicos (residencias y también centros de día) se expresa la ausencia de un marco de partida rector común que oriente la buena praxis, cuestión que en general se aprecia como algo necesario desde hace tiempo.

Otro grupo de respuestas, más reducido, hablan más de mejoras concretas que de un cambio en el modelo rector, haciendo referencia sobre todo a mejoras asociadas al incremento de personal o a aspectos arquitectónicos de los centros.

De especial interés es destacar los principales núcleos temáticos que pueden ser identificados como las directrices que deberían orientar este giro, en ocasiones también enunciados como consideraciones necesarias. Cabe señalar los ocho siguientes:

a) *La necesidad y el reto de avanzar hacia una atención que realmente esté centrada en las personas*

28

Esta es la línea de cambio más mencionada en las entrevistas y en los cuestionarios recibidos, y la que, a su vez, con mayor fuerza ha sido expresada.

Se escucha la necesidad de avanzar hacia servicios que pongan en el centro a las personas frente a los existentes que organizan la atención por tareas y según procedimientos de trabajo. Modelos actuales de atención que suponen, en definitiva, priorizar los criterios organizativos del servicio frente a la elección de la persona y a la personalización del cuidado. Se considera necesario que la persona sea tenida en cuenta, no solo en cuanto a sus necesidades asistenciales y de cuidados personales sino en relación al conocimiento y respeto a su biografía, a su modo de vida y preferencias actuales y a sus decisiones sobre asuntos cotidianos y de futuro.

Tras lo vivido a consecuencia de la pandemia, se considera más que nunca que es necesario equilibrar objetivos de salud, seguridad y eficiencia organizativa con los aspectos psicosociales, donde la búsqueda del bienestar y derechos de las personas debe presidir la toma de decisiones en los servicios que tienen impacto en las personas.

Se repiten las aseveraciones sobre el respeto a la dignidad de las personas, la cual se concreta en el derecho de éstas a tener control sobre su vida cotidiana, a apoyar procesos de autodeterminación y a que participen en sus planes de atención o apoyo. También se señala la necesidad de situar la mirada en las capacidades de las personas, frente a la mirada hacia el déficit, la enfermedad y la carencia.

b) La importancia de la prevención y la atención a la fragilidad

Una directriz que también se repite en los discursos es la necesidad de priorizar y dar mayor peso a los objetivos e intervenciones de carácter preventivo que permitan identificar y apoyar a personas frágiles o que viven solas. Se insiste en la necesidad de dar un giro al actual carácter asistencial de los cuidados, los cuales se dirigen a las personas cuando ya tienen una dependencia establecida, obviando la importancia de anticiparse y actuar desde la prevención. Intervención preventiva que debe ser planificada y llevada a cabo desde una visión comunitaria, es decir, coordinando actuaciones de distintos sistemas y servicios y dirigiéndola tanto a las personas que viven en casa como a las que asisten o residen en centros.

c) El apoyo definitivo para vivir en el propio hogar y en conexión con la comunidad

Así mismo se ha encontrado un importante acuerdo en que deberían ser priorizados e incrementados los servicios y prestaciones que permitan vivir en casa, en coherencia con las preferencias que la población manifiesta repetidamente. Para ello se destacan elementos importantes como el desarrollo de actuaciones de prevención y atención a la fragilidad, junto con la intensificación, diversificación y flexibilización de la atención domiciliaria. Se resalta la importancia de integrar apoyos diversos que permitan seguir en casa a la vez de mantener contactos significativos con la comunidad, evitando el aislamiento y la soledad no deseada.

d) Nuevos modelos residenciales que permitan cuidados de calidad y profesionales en un entorno hogareño no institucional

Se ha escuchado de forma insistente, la necesidad de reformar el actual modelo residencial, objetivo que cobra especial relevancia tras el impacto que la COVID-19 ha tenido en estos recursos. Se señala que aunque el modelo residencial actualmente es diverso, “no se puede decir que exista un modelo de residencial único”, en general, se reconoce que se parte de un enfoque asistencial altamente institucional, al cual la persona se tiene que adaptar, renunciando en muchos casos a modos de vida y hábitos previos esenciales en el mantenimiento de la identidad. El cambio que se demanda por la mayoría de las personas entrevistadas debe dirigirse a lograr entornos

residenciales más hogareños, en núcleos de convivencia de tamaño reducido (se repite escucha reiteradamente la conveniencia de “cambiar a una organización residencial en unidades de convivencia”) donde la vida significativa y el respeto a las preferencias de las personas en su atención cotidiana sea una realidad. También se insiste en la idea de que no por ello se debe renunciar a una atención profesional que garantice atención integral y asegure la calidad en los cuidados, lo cual no viene garantizado por que el mero hecho de que un centro sea pequeño y ofrezca un aspecto doméstico.

La impresión de que muchas de las residencias actuales son lugares que tienden a despersonalizar, que priorizan la atención básica y la mera custodia, frente a la vida con sentido y el contacto con la comunidad, es compartida por una buena parte de las personas entrevistadas (“las residencias se conciben en general como apartaderos, quizás sea muy brusco decirlo así...pero lo son en cuanto a que funcionan como instituciones que apartan a los ancianos de la sociedad inmediata...”). Algo que requiere ser cambiado.

e) Atención integral y mejora de la coordinación con salud

Otro núcleo temático que se desprende de las diferentes narrativas en cuanto a la redirección del actual modelo, es la necesidad de garantizar una atención integral a las personas que precisan cuidados, tanto cuando vivan en sus domicilios como en residencias.

En este sentido asegurar una adecuada atención sanitaria, en sus distintos niveles, aparece como una demanda importante. En repetidas ocasiones se ha escuchado que la coordinación sociosanitaria está todavía por desarrollar, que aunque la situación COVID ha obligado a salud a acercarse a algunos recursos (a las residencias fundamentalmente) “todavía no es real”, lo que refleja la percepción de que las actuales estrategias de mejora sociosanitaria, que se valoran positivamente, deben ser reforzadas y llegar a las necesidades del ámbito aplicado. Cabe apreciar que en las zonas rurales existe una mejor percepción de la coordinación sociosanitaria que en los núcleos urbanos. En estos territorios se señala como un factor importante la existencia previa de contactos personales, no formales o estructurados, logrados a lo largo del tiempo mediante un trabajo periódico y que esta crisis ha reforzado todavía más.

En el caso de residencias se comparte la necesidad de que cada centro, sobre todo a partir de cierto tamaño, tenga cuidados y atención de enfermería en plantilla del propio centro. En cuanto a la atención médica, las respuestas son variadas, existiendo algunas posiciones que defienden que debe ser dispensada por los servicios públicos de salud, mejorando no obstante la coordinación actual en muchos casos, mientras que otras afirman la conveniencia de que esta atención sea dispensada por el propio centro. Las residencias que disponen de servicios médicos propios valoran esto como un elemento importante que no quieren perder por ser considerado una pieza clave en el equipo interdisciplinar.

En todo caso, se señala reiteradamente la necesidad de mejorar y consolidar la coordinación sociosanitaria entre los centros residenciales y los diferentes servicios de salud (primaria y especializada). Esta apreciación se recoge también en los centros de día de titularidad pública y en algunos de los servicios del SAD que fueron entrevistados. La figura de interventores impuesta en la pandemia, aunque inicialmente fue complicada y generó alguna fricción, se ha valorado muy positivamente y se demanda la continuidad de una figura profesional de salud que pueda actuar como referencial, de asesoramiento y de contacto entre ambos sistemas. La propuesta de profesionales de enfermería de enlace se reconoce de gran importancia para facilitar la coordinación entre los distintos dispositivos sociales (SAD, atención diurna y residencias) y atención sanitaria.

f) Un mayor reconocimiento y apoyo a los profesionales

Otra respuesta que surge de los distintos grupos consultados es la necesidad de que en un nuevo modelo se tenga en cuenta como objetivo el mayor reconocimiento a los profesionales del cuidado. Reconocimiento que se debe plasmar tanto en unas mejores condiciones salariales como en un mayor reconocimiento social. También se apela a la necesidad de un mayor apoyo a los servicios y a sus profesionales, haciendo referencia a aspectos concretos como la formación, el fomento de la motivación y la participación en la toma de decisiones de la organización, así como las mejoras en ratios y condiciones de trabajo. Los colegios y grupos profesionales entrevistados, aunque no solo ellos, insisten en estas importantes

cuestiones, destacando que los profesionales son un factor imprescindible que también requiere ser cuidado en este cambio de modelo. Esta necesidad se recoge en los centros residenciales y en los de atención diurna, y, especialmente, en los servicios de ayuda a domicilio, donde la percepción de abandono e invisibilidad social es todavía mayor.

g) Control y evaluación de la calidad dispensada

También se han recogido distintas aportaciones que revelan la necesidad de incrementar el control y evaluar la atención dispensada. El grupo de interventores de salud entrevistados se muestra especialmente crítico con este aspecto y señala la necesidad de asegurar un mínimo de calidad en los cuidados básicos y sanitarios dispensados en los centros residenciales, especialmente en el ámbito privado y el insuficiente control público que existe en la actualidad. Señalan en este sentido, la escasa formación de algunos responsables de los servicios y de profesionales no titulados que realizan tareas de atención directa, lo que supone no solo una dificultad para garantizar unos cuidados básicos de calidad, sino que añade un especial riesgo en el caso de tener abordar situaciones como la vivida.

h) Complejidad del cambio, dificultades varias y necesidad de una adecuada financiación

Finalmente, a la percepción general de que es necesario promover un cambio en el actual modelo de cuidados, acompaña en muchas respuestas escuchadas la duda de que esto sea posible. Este escepticismo parte de una doble dimensión. En primer lugar, porque algunas de las modificaciones y mejoras que se requieren (reformas arquitectónicas en centros y aumento de personal en los diferentes servicios) precisaría de un notable incremento presupuestario. En segundo lugar, porque se es consciente de la gran complejidad de este giro y de la necesidad de acompañar un cambio cultural en el cuidado y en las actuales organizaciones, muy alejadas de una visión centrada en las personas. Dudas y consideraciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar este proceso.

2.4.2 Sobre las fortalezas, debilidades y necesidades de mejora identificadas en los actuales servicios

Resulta de especial interés conocer tanto las fortalezas como las debilidades percibidas y, además, las necesidades actuales que han sido señaladas para avanzar en un modelo de cuidados de calidad que esté realmente centrado en las personas. Se recogen seguidamente la relación de las respuestas que han sido citadas.

SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

Servicios de Ayuda a domicilio**Fortalezas**

- Su amplia extensión territorial.
- La cercanía y gestión municipal descentralizada.
- El trato cercano y personal por parte de los trabajadores.
- La valoración de que es un recurso necesario para la permanencia en casa
- El apoyo que permite al grupo familiar.
- Su carácter preventivo.
- La posibilidad de actuación con inmediatez ante casos de urgencia.

Debilidades

- Su alta burocratización.
- Atenciones muy estandarizadas, su falta de flexibilidad.
- La insuficiente intensidad del servicio para personas con mayor grado de dependencia.
- La excesiva rotación de profesionales en el cuidado de las personas.
- Una organización de la atención según tareas.
- El bajo salario de las trabajadoras.
- La coordinación con salud, que es diversa según el territorio y servicio.
- La actual diferenciación entre el SAD municipal y el SAD dependencia.
- La diversidad existente en los criterios de planificación y gestión de los SAD de los distintos municipios, lo que conduce a falta de equidad en el territorio.

Necesidades para avanzar

- Redefinición marco del SAD a nivel de comunidad autónoma, avanzando hacia el concepto de una atención domiciliaria integrada para apoyar la permanencia en casa y una vida en cercanía a la comunidad.
- Valoración integral de la persona y de su entorno por parte de equipos interdisciplinarios para una mayor de la promoción de la independencia y la autonomía en su vida cotidiana y en la prevención de la dependencia.
- Mayor flexibilidad y personalización de la atención. Introducción de metodologías de gestión de casos y desarrollo del enfoque biográfico en los cuidados.
- Formación en enfoques atención centrada en la persona tanto en los equipos municipales como en las auxiliares de ayuda a domicilio.
- Metodologías participativas en el diseño del plan de atención en las que se incorpore la persona, la familia y las trabajadoras, junto con la profesional que realice la gestión del caso.

- Potenciación de actuaciones de apoyo a la implicación y participación en la vida comunitaria.
- Mayor coordinación e información compartida entre trabadoras, empresas y trabajadoras sociales municipales.
- Mejora de la coordinación con atención primaria de salud.
- Incremento de la estabilidad de las profesionales que acuden a los domicilios (no rotación).
- Revisión y mejora del convenio laboral de las trabajadoras del SAD.
- Modernización y uso TIC para la atención y acompañamiento de personas.
- Incorporación de otras figuras para el apoyo en casa y la vida independiente, como la del asistente personal.
- Especialización en algunas atenciones a domicilio (como por ejemplo demencias, enfermedad mental y autismo).

SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA

Servicios de atención diurna personas mayores

Fortalezas

- La alta valoración del recurso por las personas y las familias para apoyar la permanencia en el entorno.
- El trato dispensado y personalización de la atención.
- La alta implicación de las familias.
- El trabajo en equipo.
- La variedad de oferta en actividades y programas.

Debilidades

- En centros de titularidad pública, la falta de orientación estratégica y la pérdida desde hace años de un modelo rector.
- La falta de conexión entre los centros.
- Un trato todavía en ocasiones paternalista y con cierta tendencia a la infantilización.

Necesidades para avanzar:

- Profundización en la personalización, autodeterminación y actividad significativa.
- Diversificación de las actividades.
- Reflexión sobre el trato paternalista e infantilizador.
- Diversidad de horarios y extensión a fines de semana.
- Ampliación de modalidades diversas, incluyendo servicios temporalizados de carácter más rehabilitador.
- Formación continua en el enfoque de Atención Centrada en la Persona.
- Especialización en demencias y salud mental.

- Acompañamiento y reflexión de equipos.
- Conexión entre centros, trabajo en red, tanto de recursos públicos como privados.
- Desarrollo de proyectos y actividades que potencien la participación en la comunidad y la relación intergeneracional.
- Estabilidad de los profesionales en el servicio y mayor presencia horaria de ciertos técnicos/as.

Centros apoyo de integración para personas adultas con discapacidad

Fortalezas

- Valoración de la importancia de apoyar la permanencia en el entorno, la independencia, autodeterminación de la persona y su participación en la comunidad.

Debilidades

- Escasa capacidad para desarrollar su misión, es decir, apoyar la integración de las personas en la comunidad.
- Modelo todavía excesivamente custodial y paternalista.
- Organización centrada en el servicio.
- Insuficiente participación de las personas en la planificación de su atención.
- Insuficiente financiación para centros privados gestionados por entidades sin ánimo de lucro.

Necesidades para avanzar:

- Reconceptualización del recurso para que realmente cumpla su misión, desarrollando itinerarios personalizados que faciliten la inclusión en la comunidad.
- Consolidación de metodologías participativas basadas en la planificación centrada en la persona (PCP).
- Profundización en la personalización, autodeterminación y actividad significativa.
- Reflexión y abandono del trato paternalista.
- Formación continua en el enfoque de Atención Centrada en la Persona.
- Acompañamiento y reflexión a los equipos para promover cambios en el enfoque y en las intervenciones.

SERVICIOS RESIDENCIALES Y DE ALOJAMIENTO

Residencias personas mayores**Fortalezas**

- El trato cercano dispensado.
- La participación de las familias.
- El trabajo en equipo.
- La atención sanitaria dispensada por el propio centro (lo señalan los centros que la tienen).
- La variedad en la oferta interna de algunos centros en actividades y programas.

Debilidades

- Un modelo todavía altamente institucional. Organización centrada en el servicio, rigidez organizativa, uniformidad en la atención y vida cotidiana, escasa elección y adaptación a las personas.
- Un cuidado centrado aspectos asistenciales básicos, con menor atención a aspectos psicosociales, a la búsqueda de la actividad cotidiana significativa y al bienestar las personas.
- Escasez de personal, poco tiempo para escuchar y atender de una forma personalizada.
- Escaso reconocimiento a los profesionales.
- Insuficiente formación, profesionalización y control de la calidad básica de los cuidados.
- Insuficiente financiación de las plazas concertadas (centros privados).

Necesidades para avanzar:

- Cambios en creencias y actitudes individuales, de equipo y en la cultura organizacional. Formación y acompañamiento en el cambio para vencer resistencias.
- Flexibilidad organizativa para facilitar atención personalizada.
- Desarrollo de planes de apoyo a los proyectos de vida individuales.
- Reformas arquitectónicas y del espacio físico para crear entornos de hogar.
- Espacios exteriores para estar y pasear de forma segura.
- Aumento de las habitaciones individuales.
- Incrementar las ratios de los profesionales (gerocultores/as y técnicos/as).
- Mejora del salario profesional.
- Calificación y formación profesional.
- Capacitación/liderazgo de los directores.
- Mayor inspección/control/evaluación de la calidad de la atención y los cuidados básicos.
- Inclusión en la comunidad, marco intergeneracional.
- Estabilidad de los profesionales en el cuidado (contratación estable y no rotación entre plantas o entre centros).
- Reconocimiento de la profesión de cuidar.
- Mejora de la atención sanitaria. Posible doble vía: a) dispensación sanitaria desde el propio centro y b) en coordinación con servicios de atención primaria. En todo caso, existencia de dos figuras: un responsable sanitario en el propio centro y un profesional de enfermería de enlace en atención primaria de salud.
- Modernización tecnológica (medios informáticos, tecnologías cuidado, etc.)
- Mayor dotación presupuestaria, financiación adecuada.

Residencias y alojamientos para personas con discapacidad

Fortalezas

- Algunos centros ya ofrecen alojamientos en módulos de capacidad reducida.
- Algunos centros ya han eliminado la rotación de los profesionales.
- Algunos centros han avanzado en actividades personalizadas.

Debilidades

- En general, una organización todavía excesivamente centrada en el servicio, rigidez organizativa, uniformidad en la atención y vida cotidiana, e insuficiente elección y adaptación a las personas.
- Insuficiente financiación en centros privados.

Necesidades para avanzar:

- Cambios en creencias y actitudes individuales, de equipo y en la cultura organizacional. Formación y acompañamiento en el cambio para vencer resistencias.
- Flexibilidad organizativa para facilitar atención personalizada.
- Desarrollo de planes de apoyo a los proyectos de vida individuales.
- Incremento de habitaciones individuales.
- Inclusión en la comunidad, marco intergeneracional.
- Dotación presupuestaria, financiación adecuada para centros privados con plazas públicas concertadas.
- Especialización en la atención según tipo de discapacidad.
- Especialización en la atención a personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.

2.4.3 El impacto de la Covid-19 en los diferentes servicios

La pandemia sufrida claramente ha pasado factura a los distintos servicios, sobre todo a las residencias. Se habla de “un antes y un después” en aspectos que afectan a distintas dimensiones de los servicios. Interesa conocer tanto las principales dificultades experimentadas como los aspectos positivos que una situación tan compleja ha podido ocasionar tanto en las vivencias personales como en la gestión de la atención y los servicios. Importan, especialmente, las lecciones aprendidas y las claves a tener en cuenta en un futuro.

LAS PRINCIPALES DIFICULTADES RELATADAS

A continuación, se recogen las principales dificultades expresadas por distintos servicios en las distintas fases de la pandemia. En primer lugar, las residencias, luego los servicios de ayuda a domicilio y finalmente los centros de atención diurna.

Residencias

Los centros residenciales son los que más dificultades han expresado en esta pandemia. Son servicios que por sus características de establecimientos colectivos tuvieron que incluir numerosos cambios y restricciones en la vida cotidiana que afectaron tanto a personas usuarias y a familias como a trabajadores. Se han recogido las siguientes dificultades:

- El acceso a medidas de protección (EPIs y PCR), sobre todo en la primera ola.
- Las bajas ocasionadas por la pandemia (tanto por enfermedad como bajas o ausencias por contacto estrecho) y la dificultad para contratar nuevo personal (auxiliares y enfermeras).
- La urgencia en tener que reorganizar todo y los cambios constantes en los protocolos e indicaciones (a veces contradictorias entre distintos profesionales de salud y entre sanidad y servicios sociales).

- El gran desconocimiento inicial de los centros por parte de los servicios de salud y los interventores que prestaron apoyo. Desconocimiento en cuanto a su misión, a su organización y a la normativa reguladora.
- La gestión del miedo y la incertidumbre, tanto en profesionales, como en las personas usuarias y en las familias.
- Las importantes restricciones que las medidas de protección supusieron en la vida cotidiana y en la libertad personal (en salidas, en la actividad cotidiana, el confinamiento) y a las que obligaban los protocolos de salud pública.
- La comprensión de la situación (necesidad de aplicar medidas restrictivas y de protección) en algunas personas con discapacidad intelectual y en personas mayores con demencia
- La comunicación con las personas con demencia. Los EPIs y especialmente el uso de mascarillas supuso una dificultad muy importante con este grupo.
- Ver y acompañar el sufrimiento y el deterioro de las personas usuarias, especialmente de quienes tenían un deterioro cognitivo o demencia.
- El tratamiento injusto por los medios de comunicación de las residencias, estigmatizando y devaluando la imagen de aquellas que habían sufrido contagios.
- Las pérdidas económicas importantes en el sector privado y las dificultades con ello para su sostenibilidad.
- La percepción de algunos centros privados de que tuvieron una mayor dificultad en el acceso a EPIs y PCR, en un principio, que los de titularidad pública.
- La coordinación entre instituciones, fundamentalmente entre salud y servicios sociales, la cual se considera todavía no bien resuelta en el ámbito aplicado a pesar de existir estructuras que la promueven.

Servicios de Ayuda a Domicilio

Por su parte, los servicios de ayuda a domicilio, limitaron su actividad presencial a aquellas personas con necesidad importante de cuidados personales. El resto se realizó mediante la gestión de diversos apoyos (ayuda para la realización de compras, entrega de medicación a domicilio, etc.) y mediante la supervisión telefónica. También hay que señalar que un número no despreciable de personas, por precaución y temor, renunciaron a este servicio. Cabe resumir las siguientes dificultades:

42

- La urgencia de tener que reorganizar el servicio en su totalidad, limitando los servicios dispensados y el cambio continuo en los protocolos sanitarios.
- El acceso a medidas de protección (EPIs y PCR), sobre todo en la primera ola.
- Las bajas ocasionadas por la pandemia (tanto por enfermedad como bajas o ausencias por contacto estrecho) y la dificultad para contratar nuevas trabajadoras.
- La gestión del miedo y la incertidumbre, tanto en profesionales, como en las personas usuarias y en las familias.
- Ver y acompañar el sufrimiento y el deterioro de las personas usuarias, especialmente de aquellas que vieron interrumpidos o limitados sus servicios.

Centros de atención diurna

Los centros de día vieron suspendida su actividad durante los meses que correspondieron a la primera ola y reabrieron sus puertas de forma progresiva tras esta en el mes de junio, primero los privados y luego los públicos. Expresaron en la información recogida las siguientes dificultades:

- En la reapertura del servicio (mes de junio), la gestión del miedo y la incertidumbre, tanto en profesionales, como en las personas usuarias y en las familias.
- Ver el deterioro de las personas tras varios meses de suspensión de los servicios.

- La comprensión de la situación (necesidad de aplicar medidas restrictivas y de protección) en personas mayores con demencia y la comunicación con ellas (EPIs y especialmente el uso de mascarillas).
- La restricción en actividades y elecciones personales, en las que se había avanzado en estos centros, lo que supone un riesgo de retroceder hacia modelos asistenciales y paternalistas.
- La escasa atención por parte de salud a estos dispositivos en la pandemia. No contaban con figuras de intervención por parte de atención primaria. Tampoco se realizaron en los centros PCR.

LOS ASPECTOS POSITIVOS

Un grupo de las respuestas recogidas, minoritario pero que se expresa con rotundidad, afirma no encontrar nada o casi nada positivo en lo vivido. Esto sucede, especialmente, en algunos centros residenciales que se han visto especialmente afectados en cuanto a contagios y a fallecimientos.

La mayoría de las respuestas, sin embargo, enuncian aspectos diversos que muestran que, en la mayor parte de los servicios, incluso habiendo experimentado vivencias duras, están sabiendo otorgar sentido a lo vivido. En este sentido, una amplia lista de aspectos positivos, han sido citados, entre los que cabe destacar los siguientes:

- La COVID-19 ha permitido una visibilización social de las carencias ya existentes y conocidas en el sector del cuidado. Esto puede contribuir a la toma de conciencia de los responsables y a tomar medidas que faciliten las necesarias mejoras.
- La presencia obligada de la intervención de salud en los centros residenciales ha permitido que nos conozcan y arbitrar la necesaria colaboración que debe existir entre salud y servicios sociales. “Nos ha obligado por fin a coordinarnos, esperemos que esto no quede aquí, que continúe”, “éramos desconocidos para salud, no tenían ni idea de cómo funcionábamos, al principio ha sido difícil pero luego ha hecho que nos conozcan”, son expresiones literales que ejemplifican esta apreciación.

- El reconocimiento de la importancia de aspectos psicosociales en la salud (relación social, personalización, bienestar emocional). Desarrollo de una mayor empatía y compasión.
- La llegada obligada de algunos elementos en los centros residenciales (la sectorización en unidades de convivencia más reducidas, el incremento de las habitaciones individuales, la eliminación o reducción de la rotación de profesionales por las distintas plantas o unidades del centro). En los centros de día también se destaca el haber empezado a trabajar con grupos más estables y reducidos.
- Puesta en valor del trabajo en equipo, al generar esta situación un propósito claro y urgente común (proteger a las personas y cuidarlas lo mejor posible).
- Un mayor reconocimiento a y entre los profesionales, sobre todo en el marco de los propios equipos, así como por parte de las familias de los servicios y la comunidad próxima. Sin embargo, no se percibió este reconocimiento por parte de la sociedad y los medios de comunicación, que dirigió su aplauso fundamentalmente al sector sanitario.
- La puesta en valor de las personas mayores y con discapacidad por su fortaleza y su capacidad para adaptarse. Expresiones como “son supervivientes natos”, “nos han dado una gran lección” “algunos hasta nos daban consejos a nosotros” son un ejemplo de esta consideración.
- Mejora de los conocimientos sanitarios, habilidades y procedimientos para la prevención de enfermedades infecciosas (“este año no hemos tenido casi gripes ni otras enfermedades infecciosas como gastroenteritis”).
- Desarrollo de la creatividad y una mayor flexibilidad.
- Potenciación de las nuevas tecnologías y buen uso de las redes sociales.

LECCIONES APRENDIDAS Y ASPECTOS CLAVE EN UN FUTURO

De especial interés resulta poder identificar lo que esta situación ha tenido de aprendizaje y qué cuestiones deberían tenerse en cuenta en un futuro, tanto en relación a posibles nuevas emergencias sanitarias, como con carácter general para la mejora de los servicios. Cabe señalar lo siguiente:

- Formación y preparación ante emergencias sanitarias. Los planes de contingencia según tipo de centro (anticipación y desarrollo rápido medidas protección).
- Formación en hábitos para la prevención y el cuidado básico y su aseguramiento en la atención cotidiana.
- Mejora de la coordinación sociosanitaria. Necesidad de que los servicios de sanidad pública conozcan y se impliquen en la mejora de la atención sanitaria. Figura de un profesional de enlace en atención primaria para facilitar el contacto de los distintos servicios sociales (atención domiciliaria, atención diurna y residencias) con los servicios sanitarios públicos.
- La especial importancia de la comunicación y del apoyo psicológico (a personas usuarias, a familias y a profesionales) en situaciones de crisis.
- Importancia de asegurar en situaciones de emergencia una más fácil contratación de profesionales, así como su formación a la llegada.
- La importancia de elementos clave en los centros residenciales (organización en pequeñas unidades de convivencia, habitaciones individuales, no rotación).
- Un mayor control y evaluación de la calidad de los centros y los servicios, considerándose necesaria la coordinación de las actuaciones por parte de servicios sociales y de salud.
- Diseño de protocolos de medidas preventivas y de control de emergencias, contando con la colaboración de servicios sociales y con profesionales o responsables con conocimiento real del sector.
- La necesidad de equilibrar seguridad con bienestar emocional. Flexibilidad en la aplicación de los protocolos ante ciertas personas, entornos y situaciones. Incluir y sopesar los distintos

posibles daños en relación a la salud (física y emocional). “La COVID-19 también mata de pena” fue algo escuchado en más de una entrevista.

2.5 A modo de conclusión. Principales necesidades y recomendaciones para un nuevo modelo de cuidados de larga duración

46

Para finalizar esta primera parte, cabe, a modo de síntesis, destacar las principales necesidades que se desprenden de las distintas informaciones recabadas, así como algunas recomendaciones sugeridas que se consideran de especial interés para mejorar el sistema de cuidados de larga duración y los actuales modelos de atención de los servicios.

1. NECESIDAD DE DEFINIR UN MARCO RECTOR DE LA CALIDAD QUE ORIENTE EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS ACTUALES SERVICIOS QUE DISPENSAN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

En la actualidad conviven diferentes modelos de atención y gestión en los servicios, lo que implica la existencia de miradas diversas sobre qué aspectos definen la calidad de los mismos. La ausencia de un núcleo definitorio común sobre qué es el buen cuidado y qué criterios de calidad acordes a un modelo explícito deben cumplir los servicios, supone una dificultad importante. La normativa actual no parece ser la adecuada para dar respuesta a esta necesidad.

Se **recomienda**, por tanto, como punto indispensable de partida:

- ✓ Elaborar, teniendo en cuenta una doble fundamentación (ética y conocimiento científico), un marco teórico consensuado que defina la calidad de los recursos. Ello permitirá sentar bases para la orientación de los centros y servicios, su diseño, gestión y evaluación, así como el desarrollo de instrumentos normativos y administrativos acordes.

2. NECESIDAD DE IDENTIFICAR SITUACIONES DE FRAGILIDAD E INTENSIFICAR LAS ACTUACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

En la actualidad el sistema de cuidados tiene fundamentalmente un carácter asistencial, obviando la importancia de anticiparse y actuar desde la prevención.

Se **recomienda**, por tanto:

- ✓ Diseñar un sistema de cuidados en el que cobre peso la prevención desde una perspectiva comunitaria, mediante la integración de actuaciones de distintos sistemas (salud, servicios sociales y servicios y actuaciones de la comunidad) y recursos del entorno en territorios rurales y urbanos.
- ✓ Planificar actuaciones dirigidas a identificar y apoyar a personas y grupos de especial riesgo que viven en casa (fragilidad, soledad, etc.) así como a aquellas que reciben cuidados en centros.

3. NECESIDAD DE CONTAR CON APOYOS Y CUIDADOS PERSONALIZADOS Y COORDINADOS QUE PERMITAN VIVIR EN CASA BIEN

La preferencia reiterada de la ciudadanía es seguir viviendo en casa en el caso de precisar cuidados. Para ello se ha señalado la necesidad de contar con apoyos flexibles, más intensos que los actuales, donde las personas y grupos familiares cuenten con mayor capacidad de elección y respuestas personalizadas a cada situación de cuidados.

En esta línea, **cabe recomendar**:

- ✓ Reorientar el actual servicio de ayuda domicilio, avanzando hacia un sistema integrado de servicios de apoyo en casa, desarrollando la gestión de casos para las personas con mayor complejidad en sus cuidados.
- ✓ Intensificar y diversificar las prestaciones y servicios que permitan vivir en casa ampliando la capacidad de elección de los grupos familiares y de las personas que reciben los cuidados.
- ✓ Intensificar y flexibilizar los servicios de atención diurna para personas mayores, ampliando sus modalidades asistenciales y

desarrollando nuevas actuaciones de atención a las personas en situación de fragilidad y leve dependencia.

- ✓ Revisar el actual modelo de centros de apoyo a la integración, desarrollando nuevas líneas de acción que permitan la inclusión social de estas personas, evitando su permanencia definitiva, por sistema, en estos recursos.
- ✓ Tener en cuenta las especificidades de los territorios rurales, ofreciendo servicios muy flexibles que permitan integrar actuaciones.

4. NECESIDAD DE UN CAMBIO SUSTANCIAL EN EL ACTUAL MODELO RESIDENCIAL

Las residencias o alojamientos con apoyos/cuidados, siguen siendo recursos necesarios, pero su actual modelo debe ser radicalmente modificado. La dirección del cambio señalada es la de abandonar modelos y ambientes institucionales donde las personas pierden el control de sus vidas y su identidad. La idea más repetida es la conveniencia de avanzar hacia modelos housing donde en entornos hogareños se pueda recibir una atención profesional de calidad. La pandemia provocada por la Covi-19 ha mostrado además que el actual diseño y organización de los entornos residenciales no son lugares seguros para proteger a las personas.

En esta línea se **recomienda**:

- ✓ Una reorganización de los centros, priorizando modalidades organizativas como la de los apartamentos con cuidados y las pequeñas unidades de convivencia.
- ✓ El incremento de las habitaciones individuales.
- ✓ La formación de profesionales en cuidados básicos y prevención y control de infecciones.
- ✓ Garantizar la atención sanitaria (médica y de enfermería) bien dispensada por el propio centro, bien a través de los servicios públicos de salud, pero siempre en coordinación con estos.
- ✓ Un mayor control de la atención dispensada, así como de las condiciones de trabajo en estos centros.
- ✓ Asegurar la atención personalizada, dando importancia a las preferencias de las personas en el día a día, a la vida significativa,

evitando que el trabajo se organice solo por tareas y criterios organizativos o laborales.

5. NECESIDAD DE UN MAYOR RECONOCIMIENTO Y APOYO AL PROFESIONAL DEL CUIDADO

Se considera necesario un mayor reconocimiento social a quienes se dedican al cuidado de larga duración. Quienes cuidan son también personas que precisan atención, medios adecuados, reconocimiento y apoyo.

49

En esta línea, cabe **recomendar** lo siguiente:

- ✓ Revisar las actuales ratios profesionales, asegurando la suficiencia de profesionales de atención directa y la existencia de equipos técnicos configurables según la misión y atenciones dispensadas en los diferentes servicios y centros.
- ✓ Revisar los convenios para garantizar salarios y condiciones de trabajo dignas que faciliten el buen cuidado y la conciliación familiar, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- ✓ Idear estrategias que pongan en valor e incrementen el prestigio social de quienes se dedican al cuidado.
- ✓ Asegurar la cualificación y formación del personal de atención directa de los servicios, asegurando unos cuidados básicos de calidad y una atención integral.
- ✓ Intensificar la especialización a través de la formación avanzada en la atención a personas con demencia y personas con discapacidades específicas.
- ✓ Desarrollar sistemas que permitan el apoyo, acompañamiento y la supervisión de los profesionales, de los directores/as y del trabajo en equipo en los escenarios cotidianos de cuidado.
- ✓ Dar mayor importancia al papel de la persona responsable del servicio, ofreciendo un mayor apoyo a esta figura, y garantizando que cumple una adecuada labor de liderazgo y de apoyo a los equipos de atención.

6. NECESIDAD DE UN MAYOR RECONOCIMIENTO Y APOYO A LAS FAMILIAS IMPLICADAS EN EL CUIDADO

Las familias son un importante elemento en el cuidado, tanto cuando este se realiza en el domicilio como en centros. Su presencia, voz y participación, son fundamentales. El cuidado es relacional y deben ser considerados todos los actores implicados en el mismo.

50

En esta línea, cabe **recomendar** lo siguiente:

- ✓ Integrar la participación familiar en el cuidado profesional, asegurando que la voz y decisión de la persona que recibe cuidados se respeta y no queda suplantada.
- ✓ Idear estrategias que pongan en valor e incrementen el prestigio social de las familias implicadas en el cuidado.
- ✓ Avanzar en acciones formativas que permitan especializar su atención ante algunas situaciones.
- ✓ Ofrecer apoyos diversos y personalizados a las familias cuidadoras, teniendo en cuenta, además, que muchas de ellas son mujeres.

7. NECESIDAD DE APOSTAR E IMPULSAR SERVICIOS Y ORGANIZACIONES CENTRADAS EN LAS PERSONAS

Se aprecia la consideración general de que estamos ante un cambio cultural de calado que necesariamente supondrá una progresiva transformación de los actuales centros y servicios. Y que esto requerirá compromiso, creencia y apoyos diversos, sin obviar la necesaria financiación para ello, hoy claramente insuficiente. Esta progresiva transformación precisa de planificaciones bien programadas que logren cambios significativos (impacto social) y alineados con el nuevo modelo rector. Este proceso debe estar liderado por figuras y estructuras alineadas en distintos niveles (entidades, organizaciones, centros, unidades de atención).

En este sentido, **se recomienda**:

- ✓ Asegurar que los centros y servicios de nueva creación partan de diseños y planes de intervención acordes al cambio de modelo,

adaptando las formulas legales para su puesta en marcha a la fundamentación teórica sobre la que se asienta el cambio.

- ✓ Realizar modificaciones en las actuales normativas de los centros y servicios para evitar aspectos que suponen frenos a la nueva visión del cuidado y supongan un claro impulso.
- ✓ Innovar en los sistemas de selección y apoyo a los responsables de los centros y servicios.
- ✓ Apostar por el cambio organizacional en los servicios. Promover procesos que permitan organizaciones más horizontales, donde las personas, familias y personal de atención directa tenga un mayor protagonismo y autonomía para co-decidir sobre el cuidado y las decisiones de la vida cotidiana.
- ✓ Apoyar y apostar por el liderazgo transformacional, donde los directores/as tengan una adecuada formación y capacidad de liderar equipos.
- ✓ Contar, para todo este proceso de transformación, con una financiación adecuada.

8. NECESIDAD DE EVALUAR LA ATENCIÓN REALMENTE DISPENSADA EN LOS DISTINTOS SERVICIOS, CONTROLANDO SU CALIDAD Y APOYANDO SU DESARROLLO.

Es necesario tener un mayor control de la calidad dispensada en los servicios. La calidad no puede ser solo medida o considerada a través de condiciones materiales y funcionales, ser solo cotejada a través de lo que se recoge en la diversa documentación requerida. Es indispensable conocer y evaluar aspectos vinculados con la salud, con el bienestar, con la protección de derechos y de una manera especial con la autodeterminación de las personas.

En este sentido, **se recomienda:**

- ✓ Modificar la actual normativa que regula la autorización y acreditación de los servicios y centros.
- ✓ Tener un seguimiento en tiempo real de la situación de los centros y servicios, desarrollando un sistema de información actualizado que permita identificar situaciones de riesgo y alerta.
- ✓ Diseñar y poner en marcha un modelo de evaluación de la calidad de la atención de los distintos servicios, acorde al modelo

rector de la atención propuesto, que permita tanto la revisión interna de los equipos como la evaluación externa y el control y mejora de la misma.

- ✓ Intensificar la actual labor inspectora, dotándola de más medios, y convirtiéndola en un recurso de orientación e impulso en este proceso de cambio sin abandonar sus competencias de control y en su caso de sanción.
- ✓ Avanzar en la transparencia sobre la situación de los recursos, informando a las personas sobre la situación real de los centros y servicios, aumentando así el control de calidad y facilitando la toma de decisiones por parte de las personas a la hora de elegir los modos y lugares donde recibir cuidados.

9. NECESIDAD DE ASEGURAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL AVANZANDO EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Se considera importante asegurar una adecuada atención sanitaria en sus distintos niveles que permita la atención integral a las personas que precisan cuidados.

En esta línea se **recomienda**:

- ✓ Mejorar y consolidar la coordinación sociosanitaria entre los recursos residenciales, de atención diurna así como del SAD y los diferentes servicios de salud (primaria y especializada). Impulsar las actuales estructuras sociosanitarias operativas que aborden los casos de manera conjunta, ofreciendo soluciones desde la mirada integral y la aplicación horizontal de los recursos de ambos sistemas (económicos, personales y equipamientos).
- ✓ Continuar con profesionales de enlace con el sistema público de salud (implantado con éxito durante la pandemia) que actúe como figura de referencia, de asesoramiento y de contacto entre ambos sistemas.

10. NECESIDAD DE EQUILIBRAR SEGURIDAD Y CALIDAD DE LOS CUIDADOS, CON LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS Y LA CALIDAD DE VIDA.

Es preciso, para una correcta atención en los cuidados de larga duración, proteger cuando existen riesgos para la salud e integridad. No obstante, en ocasiones se producen choques entre seguridad y el bienestar percibido por la propia persona, algo que ha sucedido con gran frecuencia en el contexto de esta pandemia.

53

En esta línea se **recomienda**:

- ✓ Extender una cultura deliberativa en los diferentes centros y servicios que permita abordar las situaciones en las que se generan conflictos entre seguridad, derechos y valores. Es necesario conseguir un mayor equilibrio entre los aspectos que componen el cuidado así como un mayor compromiso con las personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.
- ✓ Potenciar espacios de reflexión ética en los diferentes centros y servicios para lograr la atención integral de las personas, mejorar las intervenciones profesionales y contribuir al desarrollo de una cultura deliberativa.

11. NECESIDAD DE QUE EL SISTEMA DE CUIDADOS SE ENMARQUE DESDE LA PARTICIPACIÓN Y EL DESARROLLO COMUNITARIO

El cuidado es algo que debe implicar a toda la comunidad. Se estima ineludible superar los estereotipos negativos, aún muy arraigados, sobre el envejecimiento y la discapacidad, construyendo una nueva mirada social hacia las personas que precisan cuidados, identificando no solo las necesidades de apoyo sino sus capacidades y oportunidades para contribuir a la comunidad y ejercer así su plena ciudadanía. La acción de la comunidad a través de iniciativas solidarias y de voluntariado constituyen una fortaleza potencial a desarrollar.

Se **recomienda**, por tanto:

- ✓ Abordar la transformación del modelo de cuidados desde la co-producción en sus diferentes fases: diagnóstico, diseño, puesta en marcha y evaluación.

- ✓ Potenciar la labor del voluntariado, en acciones complementarias al cuidado familiar y profesional, coordinando y alineando sus actuaciones, tanto en centros como en el ámbito domiciliario y en iniciativas que partan de la comunidad.
- ✓ Fortalecer el trabajo en red, donde puedan participar personas usuarias, familiares, profesionales, organizaciones sindicales, movimiento asociativo y responsables tanto de organizaciones como de servicios.

12. NECESIDAD DE CONTAR CON UNA FINANCIACIÓN ADECUADA QUE HAGA VIABLE EL CAMBIO DE MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

Se considera necesario contar con una gobernanza que haga viable económicamente el cambio de modelo en los cuidados de larga duración, más aún en este momento que la pandemia deja un mayor gasto en los servicios (medidas de protección y prevención frente a la COVID-19), servicios cerrados temporalmente (en el caso de atención diurna) y una merma en las plazas ocupadas, en el caso de las residencias privadas.

Se **recomienda**, por tanto:

- ✓ Apoyar económicamente a centros y servicios que manifiesten una clara y decisiva intención de acometer un cambio en el modelo de atención.
- ✓ Elevar el coste de la plaza en los conciertos que se realicen con centros y servicios acercando su financiación a las necesidades económicas reales que supone el cambio de modelo.

PARTE II

3 El modelo orientador de la atención en el cuidado de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias

55

Toda intervención social debe partir de un marco referencial explícito y posicionado, de modo que las distintas acciones que se promuevan se desarrollen de una forma integrada, coherente y sinérgica. Para ello se considera necesario definir un modelo que conceptualice la atención en el ámbito del cuidado de larga duración (Gráfico 11) y que proponga las bases de la calidad de los servicios.

Un modelo orientador de la atención que se define en tres niveles, todos ellos necesarios y complementarios:

- a) Un primer nivel de **orden ético**, que partiendo de una visión posicionada sobre las personas que precisan cuidados, enuncia el conjunto de valores rectores dirigidos al **BUEN TRATO**.
- b) Un segundo nivel que define **la calidad de la atención** en los servicios que prestan cuidados de larga duración.
- c) Un tercer nivel, **relacionado con el diseño y gestión** de los centros y servicios.

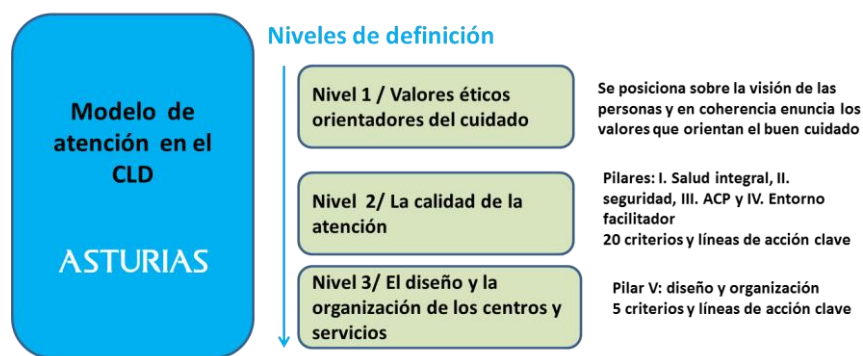


Gráfico 11. Modelo orientador de la atención en el CLD a personas adultas en el Principado de Asturias

El modelo, por tanto, contempla atención y ciertos elementos organizacionales, señalando un total 25 criterios generales que orientan la calidad de los centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración. Los primeros 20 criterios se corresponden con cuatro pilares básicos para la calidad de la atención: la salud integral, la seguridad, la atención centrada en la persona y un entorno facilitador. Los otros 5 criterios tienen que ver con un quinto pilar que atañe al diseño y a la organización de los servicios.

El interés de este modelo es diverso, permitiendo guiar aspectos tan relevantes en un proceso de transición del CLD como:

- La planificación, el diseño y la organización de los diferentes centros, servicios e intervenciones relacionados con la atención y el cuidado de las personas adultas.
- Los programas formativos de los y las profesionales que dispensan cuidados.
- El diseño un sistema de evaluación periódica, consensuando estándares e indicadores referidos a las principales tipologías de servicios, para así permitir el seguimiento, control y desarrollo de la calidad de la atención dispensada.
- Los desarrollos normativos que regulen las prestaciones y servicios implicados en el cuidado de larga duración.
- Las diversas necesidades que existan para poder desarrollar con efectividad los servicios implicados.

- f) Las medidas destinadas a la mejora continua de la atención y coordinación socio-sanitaria.
- g) El cuidado familiar y las iniciativas de la comunidad comprometidas con el cuidado de las personas más vulnerables.

Siguiendo esta lógica a continuación se presentan los tres niveles definitorios del modelo de la atención para el CLD a personas adultas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia en el Principado de Asturias.

3.1 Valores éticos orientadores del cuidado

El primer nivel de definición de este modelo se refiere a los valores que orientan su desarrollo. Porque los valores son el elemento esencial que inspira todo hecho o acción. Es un nivel de partida que no debe quedar en un plano declarativo, sino que debe actuar como el auténtico eje rector de la atención que se ofrezca tanto en los servicios formales como en las distintas actuaciones de intervención profesional o iniciativas comunitarias relacionadas con el cuidado.

Los valores orientadores deben constituirse en el foco que señale la finalidad, el PARA QUÉ de la intervención social, y desde estos definir y concretar en coherencia el QUÉ y EL CÓMO, tanto de las actuaciones profesionales (también de la familia y de la comunidad) como de los sistemas organizativos. Los valores deben, por tanto, asegurar la congruencia, o lo que es lo mismo, la no desviación de las propuestas de atención y organización que se articulan para hacerlos efectivos. Algo que sucede cuando estos se limitan a una mera declaración expositiva de intenciones, quedando, en consecuencia, las actuaciones profesionales y las decisiones organizativas inconexas, sin brújula y con el riesgo de una excesiva carga de subjetividad.

Cuando los valores atañen a la buena praxis referida al cuidado de personas, es imprescindible tomar consciencia de la visión que se tiene de ellas, así como de la mirada que se pretende impulsar. Porque la visión que tenemos sobre las personas, no solo afecta a nuestra consideración y trato sino también a las decisiones que se toman en

relación a sus necesidades y al modo de relacionarse con ellas. Una mirada que, lamentablemente, en el caso de quienes tienen una edad avanzada o distintas discapacidades, suele verse afectada por variados y nocivos estereotipos.

La mirada de las otras personas, de quienes cuidan y acompañan, de las organizaciones que prestan cuidados, pero también de la sociedad en general, es especialmente influyente en quienes por sus circunstancias personales y sociales precisan ayuda de las demás para poder seguir desarrollando sus propios proyectos de vida.

Por ello es imprescindible comenzar con un claro posicionamiento en relación a cómo vemos a las personas que precisan cuidados. Una mirada que visibilice y clarifique con rotundidad los valores que deben, en coherencia, regir los apoyos, los cuidados que se dispensen, y especialmente la configuración y el espíritu de los servicios y organizaciones proveedoras de los mismos.

Tener claro y generar alineamiento sobre este primer nivel del marco referencial resulta esencial no solo para comprender el modelo de cuidados propuesto y el plan de acción previsto para su impulso, sino también para, llegado el caso, poder deliberar y resolver de una forma constructiva y coherente los conflictos que se producen y suceden en todo proceso de interacción social.

Diez son las características que describen esta **NECESARIA MIRADA** hacia las personas que precisan cuidados que defiende e impulsa este modelo. En la Tabla 8 se muestran las diversas consideraciones en correspondencia con el conjunto de valores con los que conectan y que, en coherencia con esta visión, deben orientar la buena praxis profesional y organizacional. Seguidamente se comentan con algo más de detalle, a través de una serie de notas explicativas.

La visión de las PERSONAS que precisan apoyos/cuidados	Valores que deben orientar el buen trato en el cuidado/atención/apoyo
1. Poseedoras de dignidad	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto, consideración del valor intrínseco a cada persona, con independencia de sus características y su situación. • Obligación de buen trato.
2. Portadoras de derechos y valores propios	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de los derechos individuales. • No discriminación (identidad sexual, edad, discapacidad, etnia, etc.). • Acercamiento y respeto a los valores individuales y apoyo al desarrollo de un proyecto de vida propio.
3. Vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> • Protección, evitando riesgos y daños. • Seguridad de las prácticas y de los entornos. • Salud, independencia y bienestar subjetivo.
4. Con derecho a desarrollar una vida auto-dirigida y con sentido	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía en marcos relacionales de co-autonomía. • Búsqueda de vida significativa. • Provisión de apoyos personalizados. • Empoderamiento. • Armonización de seguridad y autonomía. • Asunción de ciertos riesgos.
5. Únicas	<ul style="list-style-type: none"> • Biografía y continuidad vital. • Personalización de la atención.
6. Con necesidades globales y cambiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidad en la atención. • Intervención centrada, cuando así sea preciso, en el sistema familiar. • Flexibilidad de los servicios y actuaciones.
7. Con capacidades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las necesidades de apoyo desde las capacidades y recursos personales. • Búsqueda de apoyos personalizados.
8. Socialmente interdependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de conexión social. • Importancia del intercambio y del apoyo social desde la reciprocidad. • Participación, contribución social y generatividad de las personas con discapacidad/dependencia.
9. Miembros de su comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de la comunidad. • Inclusión social. • Intergeneracionalidad.
10. En convivencia en marcos ecosistémicos	<ul style="list-style-type: none"> • Amigabilidad de los entornos físicos y relacionales. • Reconocimiento y apoyo a quienes cuidan (profesionales y familias). • Apertura, liderazgo y compromiso con las personas por parte de las organizaciones.

Tabla 8. Visión de las personas que precisan apoyos/cuidados y valores rectores que de esta mirada se desprenden

Notas:

1. Las personas que precisan cuidados, son poseedoras de dignidad

Todas las personas, por el hecho de ser seres humanos, somos portadoras de valor y, por tanto, merecemos respeto. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia socio-personal, las personas son poseedoras de dignidad y merecen un trato profundamente respetuoso.

60

2. Las personas que precisan cuidados, son portadoras de derechos y valores individuales

Las personas no solo somos portadoras de derechos sino también de valores personales que se construyen, y pueden cambiar, a lo largo de la vida. Los derechos desarrollan el principio de dignidad en un nivel social, y los valores en un plano individual y permiten concretar el concepto o principio de la dignidad humana.

3. Las personas que precisan cuidados se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad

La vulnerabilidad es una característica constitutiva del ser humano. Todas las personas somos vulnerables y, por este motivo, necesitamos de los demás, con mayor o menos intensidad en los diferentes momentos y situaciones de nuestros recorridos vitales. Las situaciones de dependencia, la fragilidad que conlleva una edad muy avanzada o la discapacidad son factores que, en interacción con distintos elementos del contexto social, elevan la vulnerabilidad de las personas. Esta especial vulnerabilidad hace necesaria una especial protección de estas personas, para potenciar su independencia y bienestar, sin por ello, renunciar a su autonomía y a una visión centrada en sus recursos personales.

4. Las personas que precisan cuidados tienen derecho a desarrollar una vida autodirigida (autonomía)

La finalidad de todo ser humano es el desarrollo de una vida plena, la búsqueda de la felicidad, la cual se realiza desde el desarrollo de un proyecto vital propio en estrecha interacción con un entorno social donde la persona necesita sentirse incluido y por éste reconocido. Las

personas con necesidades importantes de apoyo, también tienen derecho a construir y a experimentar un proyecto vital propio, aunque para ello precisen apoyos y la intermediación de otras.

5. Las personas que precisan apoyos/cuidados, son únicas

Ninguna persona es igual a otra. La mirada a la enfermedad o a la discapacidad tiende a homogeneizar a las personas y este es un sesgo importante que debemos evitar en los entornos de cuidados de larga duración, sobre todo cuando las personas tienen un deterioro importante o precisan apoyos intensos. Algo similar sucede con los múltiples estereotipos sociales que acompañan a la vejez y que tienden a conformar una visión general del colectivo borrando las diferencias individuales. El recorrido vital, nuestra biografía es lo que nos convierte en seres únicos e irrepetibles. Por tanto, conocer y comprender a cada individuo desde su trayectoria única, resulta esencial para valorar a cada persona, aceptarla y poder personalizar el cuidado.

61

6. Las personas que precisan apoyos/cuidados tienen necesidades globales y cambiantes

En las personas interactúan aspectos biológicos, corporales, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Las necesidades son diversas y cambiantes, tienen que ver con esferas diversas que dan cuenta de la globalidad del ser humano. Los apoyos, por tanto, deben ser personalizados y flexibles, evaluados y valorados periódicamente, para así dar respuesta a las distintas necesidades, preferencias y situaciones. Todo ello hace necesario ofrecer una atención que incluya intervenciones integrales, coordinadas y flexibles y gestionadas en el tiempo.

7. Las personas que precisan apoyos/cuidados también tienen capacidades

Las personas, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en los recursos personales de cada individuo, en buscar oportunidades y apoyos que los potencien y relacionarse desde esta mirada que busca la capacidad y el desarrollo de la misma.

8. Las personas que precisan apoyos/cuidados mantienen relaciones sociales de interdependencia

Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos y todas necesitamos de las demás personas para convivir y realizarnos plenamente.

Las personas vivimos en marcos sociales de interdependencia, todas necesitamos de los demás y, a la vez, también tenemos capacidad para aportar y contribuir al bienestar de otras personas y a una mayor riqueza de las comunidades, incluso cuando se tiene una importante discapacidad, si se cuenta con apoyos para que esto sea posible.

62

9. Las personas que precisan apoyos/cuidados son miembros de su comunidad

Pertenece y somos miembros de la comunidad. Somos ciudadanos, ciudadanas con derechos, incluso cuando las personas tenemos grandes necesidades de apoyo por una situación de discapacidad o dependencia. El precisar de apoyos o necesitar que alguien represente a las personas por falta de competencia para ejercer sus derechos no puede implicar la negación o la renuncia a estos. Las personas que precisan cuidados deben seguir disfrutando de los servicios de la comunidad, participando en sus propuestas, no pueden ser excluidas, segregadas, ni carecer de oportunidades de contacto con otras personas y grupos de edad diferentes. El contacto y solidaridad intergeneracional, la diversidad individual y social enriquecen las comunidades.

10. Las personas que precisan apoyos/cuidados conviven, se desarrollan y reciben cuidados en marcos ecosistémicos

Vivimos en marcos ecosistémicos, donde los diferentes elementos del sistema, de los sistemas, confluyen y se interconectan. Debemos procurar que los entornos físicos y relaciones sean amigables, pongan en el centro a las personas, protegiendo y en armonía también con el medioambiente y la naturaleza.

3.2 Criterios que definen la calidad de la atención en centros y servicios

El segundo nivel definitorio se articula en torno a cuatro pilares complementarios: salud integral, seguridad, atención centrada en la persona y el entorno facilitador. Componentes todos ellos relevantes para ofrecer y garantizar cuidados de calidad en los servicios formales o dispensados por profesionales².

Se trata de un marco teórico, pero con vocación y capacidad de orientar desarrollos operativos, flexibles y acordes al marco de calidad propuesto, en los distintos contextos aplicados y realidades territoriales. Estos cuatro pilares se desarrollan, cada uno de ellos, en cinco criterios, y además se señalan un conjunto de líneas de acción clave para facilitar su aplicación. Cabe definir estas líneas como aquellas que se consideran de especial pertinencia y capacidad para facilitar el desarrollo de cada criterio de calidad, pudiendo hacer referencia a distintos aspectos del cuidado (actitudes, prácticas de atención, metodologías, medidas ambientales, opciones organizativas, etc.). Es importante señalar que las acciones clave indican tipos de actuaciones que deben ser concretadas en cada contexto de cuidado y que, por supuesto, no agotan las posibilidades de intervención. Se señalan como elementos de acción significativa para orientar las propuestas de avance y mejora en los distintos centros y servicios.

² Aunque el marco de calidad se dirige a los servicios formales o profesionales que dispensan cuidados, sus cuatro pilares así como gran parte de los criterios y acciones clave propuestas, también pueden servir de guía en el ámbito de los cuidados no profesionales (familias y de iniciativas de la comunidad), los cuales tienen un gran papel y relevancia en todo ecosistema de cuidados.

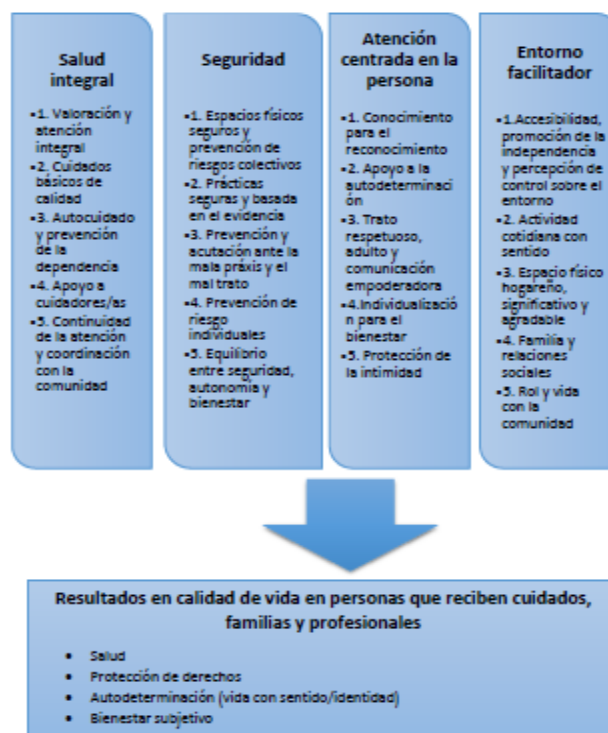


Gráfico 12. Los cuatro primeros pilares del modelo relacionados con la definición de la calidad de la atención

3.2.1 Pilares, criterios y líneas de acción clave

PRIMER PILAR. SALUD INTEGRAL

Este primer pilar hace referencia a la necesidad de que el centro o servicio ofrezca una atención integral, coordinada y continuada a las personas que precisan cuidados de larga duración, así como apoyo a los grupos familiares implicados en los mismos.

Conecta con la visión de que las personas, cuando necesitan recibir apoyos o cuidados de una forma continuada, siguen siendo seres globales a la par de singulares. Sus necesidades³ son diversas, no solo de orden físico-corporal-sanitaria, sino también psicológicas, emocionales, socio-relacionales y espirituales. Necesidades que, además, reconocen

³ La expresión por la que se opta a lo largo del texto Necesidades/Capacidades, se hace eco de las aportaciones del Enfoque de las Capacidades (Sen y Nussbam) según el cual las necesidades se definen como capacidades/libertades que las personas deben poder desarrollar para vivir con calidad de vida.

a estas personas como integrantes de una comunidad, marco relacional donde estas conviven y se desarrollan desde relaciones de interdependencia, habitando y actuando en entornos medioambientales (vivienda, barrio, territorio, etc.) que pueden o no facilitar los apoyos que las personas precisan para una vida plena.

Necesidades que, cuando se cuenta con las oportunidades y apoyos precisos, se convierten en capacidades que permiten el desarrollo humano y social. Necesidades/capacidades que son individuales, pero que se proyectan y se desarrollan en ecosistemas donde la interacción social y el cambio es la dinámica habitual.

Esta caracterización conduce a concluir que el cuidado de larga duración debe ofrecer opciones diversas de atenciones y apoyos personalizados, que cubran las necesidades/capacidades singulares de cada persona en distintos momentos y según sean los contextos de relación, de vida y de comunidad.

Este primer pilar se define en cinco criterios:

1. Valoración y atención integral
2. Cuidados básicos de calidad
3. Autocuidado y prevención de la dependencia
4. Apoyo a cuidadores
5. Continuidad de la atención y coordinación de los apoyos

Criterio 1. Valoración y atención integral

Enunciado del criterio

El centro/servicio realiza valoraciones integrales a cada persona, incluyendo mediciones periódicas de su calidad de vida. Se realizan planes personalizados de atención contemplando las distintas esferas y necesidades/capacidades de las personas (física/corporal, psicológicas, sociales, emocionales, espirituales y medioambientales). Las propuestas de apoyos y atenciones contemplan también recursos de la comunidad y se coordinan actuaciones.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Valoración integral continuada de las capacidades y necesidades de salud integral de las personas, incorporando medidas de **calidad de vida**.
- ✓ Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de planes personalizados de apoyo/atención, contando con la **participación** de la persona y, en su caso, de algún familiar o amistad muy allegada.
- ✓ Figuras **profesionales que coordinen** en los servicios y centros el diseño de los planes de apoyos o atención personalizada y su acompañamiento.
- ✓ Existencia de programas y servicios dirigidos a proporcionar **salud y bienestar integral** (físico, psicológico, social y espiritual) de las personas que reciben cuidados.
- ✓ Conocimiento, apertura y coordinación con la comunidad para la prestación de **apoyos personalizados** de atención integral.

Criterio 2. Cuidados básicos de calidad

Enunciado del criterio

El centro/servicio ofrece cuidados personales básicos siguiendo criterios de buena praxis basados en la evidencia científica y se controla periódicamente la calidad de los mismos.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Formación y asesoramiento** a los profesionales de atención directa por parte de profesionales de atención primaria.
- ✓ Diseño, desarrollo y evaluación de programas y medidas dirigidos a garantizar que **el cuidado básico** (nutrición, hidratación, higiene, movilidad, cuidado de la piel, atención a la

continencia/incontinencia, etc.) se realiza con unos mínimos de calidad.

- ✓ **Evaluación y control periódico de los cuidados** dispensados y del estado de salud de las personas por parte de los servicios públicos de salud.

Criterio 3. Autocuidado y prevención de la dependencia

Enunciado del criterio

El centro/servicio lleva a cabo programas preventivos, realizados por iniciativa propia o en coordinación con otros sistemas (salud, educación, etc.) dirigidos al autocuidado, a la promoción de la actividad y a la prevención de la dependencia.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Programas educativos y de concienciación para la implicación de las propias personas, potenciando su responsabilidad y sus habilidades en el **autocuidado**.
- ✓ Definición de sistemas/procedimientos de evaluación de la **adherencia a tratamientos** especialmente ante la cronicidad.
- ✓ Programas de prevención de enfermedades específicas.
- ✓ Programas de **detección de la fragilidad** y prevención de la discapacidad y dependencia, así como del incremento de éstas.
- ✓ Programas de **fomento y adherencia a la actividad** (física, cognitiva y social).
- ✓ Adaptaciones en la vivienda o centro para **mejorar la amigabilidad** del entorno y promover la actividad de las personas.
- ✓ Apoyos personalizados para favorecer la **independencia funcional** de las personas, estimular su actividad y eliminar el denominado “exceso de discapacidad”.

Criterio 4. Apoyo a cuidadores/as (familiares, profesionales y otros)

Enunciado del criterio

El centro/servicio pone en marcha actuaciones en apoyo de las profesionales y familiares cuidadoras para mejorar su capacitación en el cuidado de personas, así como para mejorar el autocuidado de quienes cuidan.

68

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Programas formativos y de apoyo para:**
 - Profesionales cuidadores/as.
 - Familiares que cuidan.
 - Otras personas cuidadoras no profesionales.
- ✓ **Programas de autocuidado** de las personas cuidadoras (profesionales y familiares).
- ✓ Provisión de **apoyos flexibles** que se adapten a los distintos entornos de cuidado y a las necesidades cambiantes del grupo familiar a lo largo del cuidado.

Criterio 5. Continuidad de la atención y coordinación de los apoyos

Enunciado del criterio

El centro/servicio asegura la continuidad de la atención coordinando sus actuaciones, tanto entre los y las propios/as profesionales del propio servicio, como con los y las profesionales de otros sistemas y servicios de la comunidad, especialmente cuando se produzcan tránsitos, se requiera la atención de otros sistemas o el acceso a recursos de la comunidad.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Incorporación de **figuras profesionales de cercanía** que asuman el acompañamiento de cada persona y grupo familiar, coordinando los apoyos/cuidados que se desplieguen para así asegurar la continuidad en la información, en la gestión y en la atención.
- ✓ Sistemas y **protocolos** de cooperación y coordinación de los recursos de la comunidad (salud, servicios sociales, deporte, cultura, vivienda, etc.) para garantizar la continuidad de la atención.
- ✓ Estímulo y articulación del contacto de las personas en situación de fragilidad con las **redes comunitarias** y vecinales, favoreciendo la inclusión social y el uso de servicios de la comunidad.

SEGUNDO PILAR. SEGURIDAD

Este segundo pilar hace referencia a la necesidad de que la atención y cuidados se dispensen en entornos seguros y utilizando prácticas que protejan a las personas tanto de riesgos individuales como de riesgos colectivos.

Se concreta también en cinco criterios:

6. Espacios físicos seguros y prevención de riesgos colectivos
7. Prácticas profesionales seguras y basadas en la evidencia
8. Prevención y actuación ante la mala praxis y el maltrato
9. Prevención de riesgos individuales
10. Equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar emocional

Criterio 6. Espacios físicos seguros y prevención de riesgos colectivos

Enunciado del criterio

Los espacios del centro son seguros, existen apoyos que facilitan la independencia y la autonomía de las personas, incluyendo medidas que minimizan posibles riesgos.

70

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Identificación de los principales riesgos de los **entornos físicos** para las personas (tanto en centros como en domicilios) como caídas, pérdidas por desorientación, inadecuación de la estimulación sensorial, inadecuación térmica (frío/calor), existencia de elementos que limiten la accesibilidad física, accidentes diversos, etc.
- ✓ Diseño de **entornos** que protejan a las personas sin por ello resultar amenazadores o represivos.
- ✓ Elaboración y control del cumplimiento de planes de contingencia y protocolos ante **situaciones de riesgo** por enfermedades infecto-contagiosas (en centros y en domicilios) y otras situaciones de peligro (incendios, etc...).

Criterio 7. Prácticas seguras y basadas en la evidencia

Enunciado del criterio

En el centro/servicio se realizan prácticas de cuidados e intervenciones profesionales seguras y basadas en la evidencia. Las atenciones que se dispensan son eficaces para lograr los beneficios buscados y minimizan los posibles y diversos riesgos.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Inclusión en las **guías, manuales o protocolos de buena praxis** las referencias que avalan las prácticas realizadas o el nivel de

evidencia constatado. En el caso de no existir esta información, justificación del uso de esa práctica o intervención.

- ✓ Formación de los y las profesionales en cuidados básicos y **supervisión continuada** de la buena práctica profesional.
- ✓ Apoyo y formación en **cuidados esenciales y seguridad** dirigida a cuidadores familiares y no profesionales.
- ✓ Sistemas de **alerta y prevención de riesgos** (dispensación de medicación, etc.).

Criterio 8. Prevención y actuación ante la mala praxis y el maltrato

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales expresan tolerancia 0 al maltrato, Se promueve el buen trato y se actúa ante las prácticas inadecuadas y la sospecha de maltrato

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Elaboración y utilización de **guías o manuales de prácticas profesionales** que promuevan el buen trato.
- ✓ Elaboración y utilización de **protocolos de detección y actuación** ante sospecha de maltrato.
- ✓ Inclusión y uso de **indicadores** para la detección de prácticas inadecuadas.
- ✓ Conocimiento y aplicación de un procedimiento de **detección de la mala praxis** y una rápida actuación ante sospecha de maltrato.
- ✓ Cuidado **libre de sujeciones**.

Criterio 9. Prevención de riesgos individuales

Enunciado del criterio

En el centro/servicio se identifica para cada persona los riesgos individuales en relación a distintas esferas (física, social, psicológica y emocional) que pueden provocar daños y se consensuan medidas para su prevención.

72

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Identificación de los **principales riesgos individuales** (de distinta índole) en los planes personalizados de atención y diseño de medidas y apoyos para prevenirlos.
- ✓ Detección, acompañamiento y apoyo a las personas mayores o en situación de **especial vulnerabilidad que viven solas**.

Criterio 10. Equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar emocional

Enunciado del criterio

En el centro/servicio se busca el equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar emocional tanto en las actuaciones colectivas como en las individuales, evitando que el riesgo que pretende eliminar o reducir, no produzca otro tipo de daños (psicológicos, emocionales, sociales o morales).

- ✓ **Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:**
- ✓ Aplicación contextualizada de los protocolos que buscan la **seguridad colectiva** minimizando los daños emocionales y sociales que estos puedan ocasionar.
- ✓ **Análisis individual** de los beneficios/daños de las medidas que buscan seguridad teniendo en cuenta las diferentes esferas de bienestar de la persona (física, social, cognitiva, emocional, moral).

- ✓ Realización de procesos de **toma de decisiones compartidas**, incluyendo a la persona y en su caso a su familiar referente o representante legal.
- ✓ Desarrollo de procesos de **planificación** por adelantado ante posibles situaciones de riesgo.

TERCER PILAR. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El tercer pilar de este marco orientador de la calidad de la atención parte de la consideración y defensa de que las personas que precisan cuidado tienen derecho a ejercer, de forma directa o indirecta, control sobre su vida y, también, sobre sus cuidados. Es decir, afirma con rotundidad que el hecho de precisar ayuda de otros no debe desposeer a las personas de este derecho. Incluso cuando estas tienen mermada su capacidad para tomar decisiones, como sucede habitualmente en el caso de las personas con demencia, con una enfermedad mental severa o con una discapacidad intelectual importante, esto debe ser una asunción central del buen cuidado⁴.

La atención centrada en la persona concibe a quien necesita y recibe cuidados como un actor activo y decisivo en el diseño de los apoyos personales y de las distintas actuaciones. Busca mejorar la calidad de vida de la persona desde un modo de hacer y relacionarse que entiende que la propia persona debe ser el agente causal de su propia vida, recibiendo un trato y una atención basada en el reconocimiento y en el apoyo a su identidad.

⁴ Apoyar el control de la vida en estas personas implica conjugar dos estrategias: apoyos altamente personalizados para que la persona pueda participar directamente en la toma de decisiones y el ejercicio indirecto de la autodeterminación, a través de la representación por parte de otros.

Esta dimensión incluye cinco criterios que la describen⁵:

11. Conocimiento y reconocimiento de la persona
12. Apoyo a la autodeterminación
13. Trato respetuoso, adulto y comunicación empoderadora
14. Individualización para el bienestar
15. Protección de la intimidad

Criterio 11. Conocimiento y reconocimiento

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales respetan a cada persona dando importancia a los aspectos biográficos, a sus valores y a sus preferencias en la vida cotidiana. Se respeta y protege la identidad de cada persona y se busca su bienestar emocional, con independencia de sus características, grado de dependencia o necesidades de apoyo.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Elaboración y conocimiento de la **historia de vida** de las personas.
- ✓ Valoración integral de la persona desde su **continuidad biográfica**, identificando en esta además de las necesidades de cuidados y atención, sus capacidades, valores/propósitos personales y aquellos elementos que permiten mantener la identidad y el bienestar.
- ✓ Dinámicas de conocimiento y **puesta en valor de las personas**, especialmente de aquellas con mayor deterioro o más necesidades de apoyo.

⁵ La descripción de estos criterios se inspiran en la dimensión Prácticas Centradas en la Persona del modelo ACP-Gerontología (Martínez 2019).

Criterio 12. Apoyo a la autodeterminación

Enunciado del criterio

El centro/servicio, los y las profesionales y las familias, apoyan procesos de autodeterminación individual. Se fomenta y apoya que las personas tomen sus propias decisiones, participen en la atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana.

75

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Información y **consentimiento** antes de incorporarse al servicio.
- ✓ **Información comprensible** sobre todo aquello que afecte a la persona y se relacione con la atención dispensada.
- ✓ **Participación** de la persona en su plan de atención.
- ✓ Fomento del **autoconocimiento** personal y refuerzo del empoderamiento de las personas usuarias.
- ✓ **Elección personal** y respeto a las preferencias respecto a los cuidados personales.
- ✓ **Elección y libre participación** en actividades.
- ✓ Identificación y **apoyo a propósitos** personales.
- ✓ Valoración y, en su caso, apoyo a **preferencias** que implican riesgos asumibles.
- ✓ **Planificación** anticipada de decisiones.
- ✓ Fortalecimiento de los **procesos de toma de decisión compartida** entre usuarios y profesionales.
- ✓ Toma de conciencia sobre el derecho de las personas con deterioro cognitivo avanzado o necesidades generalizadas de apoyo a desarrollar y mantener **una identidad propia**.

Criterio 13. Trato respetuoso, adulto y comunicación empoderadora

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales se esmeran en mantener una comunicación respetuosa, adulta y potenciadora. Los y las profesionales logran comunicarse con las personas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de estas incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo o necesidades generalizadas de apoyo.

76

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Formación reflexiva y compromiso con el desarrollo de una **comunicación profundamente respetuosa**, adulta y potenciadora de la persona.
- ✓ Desarrollo en quienes cuidan y acompañan de **competencias relacionales en el cuidado** que partan del reconocimiento de la persona, desde la escucha, desarrollando empatía y compasión (compromiso con la ayuda y el alivio del sufrimiento del otro).
- ✓ Esfuerzo en la **compresión** de la perspectiva de las personas cuando tienen un deterioro cognitivo avanzado o una importante discapacidad mental o intelectual.
- ✓ **Trato cálido** en los cuidados personales.
- ✓ **Tiempo y disposición** para la escucha, la conversación y el apoyo a las narraciones personales.

Criterio 14. Individualización para el bienestar

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales atienden con flexibilidad y se adaptan a las necesidades y preferencias de cada persona buscando tanto su bienestar físico como emocional.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Atención personalizada** en la llegada y adaptación al centro/servicio.
- ✓ **Respeto** a las preferencias en los cuidados personales.
- ✓ Valoración y apoyo a preferencias que implican riesgos cuando éstas son importantes para el **bienestar personal**.
- ✓ Atención flexible que se adapte a las **rutinas y preferencias** de cada persona buscando su bienestar integral y una vida significativa para la persona.
- ✓ Cuidado de la **imagen personal**.
- ✓ Flexibilidad y no demora en ir al baño y atención a la **incontinencia**.
- ✓ Atención integral en el **final de la vida**, adaptándose a las necesidades de la persona y de su núcleo social, apoyando su bienestar y la despedida.

Criterio 15. Protección de la intimidad

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales protegen la intimidad de las personas en las atenciones corporales, en su espacio vital, así como en la confidencialidad de su información personal y de sus asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.).

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Protección de la **intimidad corporal** en los cuidados personales.
- ✓ **Acceso respetuoso a los espacios privados** (habitaciones, taquillas, armarios) y **pertenencias** (objetos significativos, etc.).

- ✓ En centros residenciales, consideración de las habitaciones como lugares de **vida privada**.
- ✓ Salvaguarda de la confidencialidad de la información personal y **garantía de la seguridad** de los datos en caso de uso de tecnologías digitales.
- ✓ Protección de la intimidad y la **confidencialidad** en las relaciones interpersonales, afectivas y sexuales.

CUARTO PILAR. ENTORNO FACILITADOR

El cuarto pilar hace referencia a los diferentes elementos que configuran los entornos donde las personas conviven (el domicilio habitual, los centros, la comunidad) ya que estos pueden facilitar o ser una barrera para lograr una atención realmente personalizada. Son espacios físicos a la par de relacionales, donde la interacción se desarrolla a través de la actividad cotidiana y resultan esenciales para el bienestar personal. Estos entornos son multidimensionales y en ellos interactúan distintos elementos implicados en los contextos relacionales de cuidado (actitudinales, relacionales, ambientales, normativos, organizativos, socioculturales, etc.). Analizarlos y, en su caso, modificarlos, resulta fundamental para hacer posible una atención integral que esté centrada en las personas.

Este pilar también contempla cinco criterios que, a su vez, proponen, como se ha señalado con ánimo orientativo y sin pretender acotar un listado cerrado de actuaciones, algunas líneas de acción clave.

Son los siguientes⁶:

16. Accesibilidad, promoción de la independencia y de la percepción de control sobre el entorno
17. Actividad cotidiana con sentido
18. Espacio físico hogareño, significativo y agradable
19. Familia y relaciones sociales
20. Rol y vida en la comunidad

Criterio 16. Accesibilidad, promoción de la independencia y de la percepción de control sobre el entorno

Enunciado del criterio

El espacio del centro (o del domicilio) es accesible y permite y apoya la independencia funcional de las personas en entornos seguros donde estas puedan realizar elecciones y tener control sobre los mismos.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Evaluación y mejora** de las distintas dependencias de los espacios físicos (casa, centros) para asegurar su accesibilidad.
- ✓ Evaluación de la **accesibilidad física y cognitiva** de los recursos del entorno.
- ✓ Adecuación de **espacios seguros y estimulantes** de la actividad y la acción individual.
- ✓ Existencia de productos de **apoyo personalizados** que permitan la actividad autónoma e independiente.
- ✓ Información y consulta, como **hábito de comunicación**, sobre la actividad cotidiana y lo que sucede.

⁶ La descripción de estos criterios se inspiran en la dimensión Entorno facilitador del modelo ACP-Gerontología (Martínez, 2019).

- ✓ Identificación de elementos y rutinas importantes para las personas que permitan incrementar su **percepción de control** sobre el entorno.
- ✓ Diseño de **soluciones tecnológicas innovadoras** para la promoción de la independencia, bajo la consideración de los aspectos éticos implicados.
- ✓ Refuerzo de la **alfabetización digital para el uso de las TIC** en términos de promoción de la independencia.
- ✓ Evaluación y **mejora de tecnologías de apoyo** existentes en términos de factores humanos implicados en su uso.
- ✓ Promoción de la **integración de tecnologías de asistencia** y de otro tipo de cuidados para ofrecer una atención integral.

Criterio 17. Actividad cotidiana con sentido

Enunciado del criterio

El servicio/centro, sus profesionales, familias y voluntarios/as, facilitan, permiten y proponen la realización actividades estimulantes, agradables y con sentido para las personas.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Organización de actividades estimulantes, cotidianas y también extraordinarias propias de una edad adulta, que resulten **agradables y significativas** para las personas.
- ✓ **Personalización y elección** de la persona sobre su actividad cotidiana, evitando programaciones homogéneas y estandarizadas.
- ✓ Apoyos e **inclusión en actividades significativas** a las personas con grandes necesidades de apoyos.
- ✓ Implementación de **tecnologías que faciliten y potencien la participación y adherencia** personal a actividades de impacto personal.

Criterio 18. Espacio físico hogareño, significativo y agradable

Enunciado del criterio

El espacio físico del centro está orientado a las personas, participando estas en su diseño y ofrece un ambiente confortable y hogareño.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Sensibilización y formación sobre el impacto del espacio físico** en el bienestar y conductas de las personas, especialmente cuando tienen deterioro o discapacidad cognitiva.
- ✓ **Evaluación ambiental**, revisión y diseño de entornos personalizados que sean y se perciban como lugares accesibles, seguros y agradables.
- ✓ Fomento del diseño de **soluciones tecnológicas no intrusivas** para las personas.
- ✓ Despliegue de **tecnologías para el acompañamiento** de personas de forma remota.
- ✓ **Personalización de los espacios, buscando un ambiente significativo**, adulto, hogareño, eliminando decoraciones y elementos propios de los modelos institucionales, **cuidando los detalles**, haciendo que quienes conviven hagan el espacio suyo y así lo consideren.
- ✓ Promoción del diseño de productos y servicios **desde la perspectiva del usuario/a** y centrados en la persona.
- ✓ Uso de **objetos significativos** y facilitación del acceso **a las propias pertenencias**, reconociendo su potencial para la evocación de recuerdos y para la estimulación de la actividad y de la interacción social.
- ✓ Concepción de las **habitaciones, como lugares propios de vida privada** con alta libertad y apoyos para su personalización y disfrute.
- ✓ Uso siempre **personalizado** de las **tecnologías emergentes**.

- ✓ Ambiente **cuidado** facilitando además que las personas pasen un **tiempo agradable en el comedor**.
- ✓ **Espacios comunes** atractivos, hogareños y personalizados, que animen a la convivencia sin que las personas se sientan “amontonadas”.

Criterio 19. Familia y relaciones sociales

Enunciado del criterio

El centro/servicio y sus profesionales se preocupan porque las personas mantengan y desarrollen relaciones sociales significativas.

El centro/servicio y sus profesionales fomentan la presencia y participación de las familias y personas significativas en el cuidado, reconociendo el importante papel de las mismas en la calidad de la vida cotidiana.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Identificación de círculos sociales significativos** para cada persona y **apoyo para que estas puedan mantener un contacto frecuente** con personas importantes para ellas.
- ✓ Apoyo a la **participación de las familias** en la atención y vida cotidiana de la persona (o del centro), sin que ello suponga restar espacio y voz a las personas que reciben cuidados.
- ✓ Reconocimiento del papel de las familias como aliadas en el cuidado y su aportación como **expertas en el conocimiento de sus familiares**.
- ✓ **Escucha y apoyo** a las familias y especialmente a quienes se implican y participan en el cuidado.
- ✓ **Metodologías** que permitan la participación de las familias, tanto en el diseño de los planes de atención de la persona que recibe cuidados (si la persona así lo admite) como en la vida cotidiana del centro (actividades diversas).

- ✓ Desarrollo de la figura del **profesional de referencia** para facilitar la creación de vínculos relacionales y de confianza con la persona y con el grupo familiar.
- ✓ En centros residenciales, **horario abierto de visitas**, respetando siempre la intimidad y el descanso de las personas.
- ✓ **Integración de TICs** en entornos profesionales de cuidados de larga duración.

Criterio 20. Rol y vida en la comunidad

Enunciado del criterio

El centro/servicio estimula y facilita el contacto y la vida de la persona en su comunidad, para que pueda sentirse parte de ella, evitando el aislamiento en casa o una vida segregada en centros.

Se ofrecen apoyos para que las personas puedan utilizar servicios de la comunidad y así mantener roles significativos, acudir a actividades del entorno, desarrollar su sentido de pertenencia y mantener relaciones sociales basadas en la reciprocidad.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Apoyos (transporte, acompañamiento, nuevas tecnologías diversas) para que las personas **puedan salir de casa o del centro**, utilizar servicios, acudir a actividades del barrio, seguir en contacto con grupos afines y mantener relaciones sociales diversas.
- ✓ Programas y **espacios de encuentro** donde poder tener contactos y desarrollar **vínculos intergeneracionales** basados en la reciprocidad donde las personas desempeñen roles significativos.
- ✓ Promover iniciativas de comunidades amigables con grupos de necesidades especiales (personas con demencia, con discapacidad, con enfermedad mental, etc.)
- ✓ Proyectos del **voluntariado** para el apoyo de personas en situación de soledad, fragilidad o dependencia.

- ✓ Participación en acciones dirigidas a la comunidad para **sensibilizar sobre los estereotipos** y el **valor de las personas mayores y con discapacidad**, así como sobre la necesidad de un cambio de paradigma en el cuidado.
- ✓ Proyectos dirigidos a la comunidad donde se **visibilice la contribución de las personas con discapacidad y dependencia** a ésta.
- ✓ Promoción y desarrollo de **soluciones TIC para el fomento de la participación social**.
- ✓ Apoyo al contacto con grupos que permitan a las personas mantener y **desarrollar sentido de pertenencia**.

3.2.2 Su fundamentación

Estos cuatro pilares y los correspondientes veinte criterios de calidad que han sido definidos se basan en una doble fundamentación.

Ésta, en primer lugar, es de naturaleza ética, al orientarse, como se acaba de describir, desde una determinada visión de las personas y de los valores orientadores del buen cuidado ya enunciados.

En segundo lugar, su fundamentación se nutre de importantes aportaciones teóricas y evidencias científicas enmarcadas en los denominados modelos de calidad de vida y atención centrada en las personas (tabla 9), así como en distintos consensos y declaraciones internacionales (tabla 10) que han sido enunciados en las últimas décadas.

Junto a ello, hay que tener en cuenta que, en los últimos años, la CE ha elaborado documentos abordando el uso de la tecnología en términos de eficiencia y mejora de los servicios asociados a los cuidados de larga duración, demostrando así su relevancia y elevado potencial para el beneficio final de la calidad de vida de la población.

APORTACIONES TEÓRICAS Y EVIDENCIAS CIENTÍFICAS QUE NUTREN LOS MODELOS DE CALIDAD DE VIDA Y ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

- Modelos de calidad de vida (Fdez- Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2002).
- Enfoque y modelos de atención centrada en la persona (Kitwood 1993,1997; Broker, 2004,2007; Edvardsson et al., 2008; Martínez 2010-2018; Rogers, 1961; Rodríguez, 2010, 2013).
- Planificación centrada en la persona (Mount, 1990; López et al., 2004).
- Modelo de apoyos (Thompson et al., 2002,2010; Wehmeyer et al, 2008).
- Modelos ecológicos (Bronfrenbrenner, 1979; Fdez-Ballesteros,1985; Kahana, 1975; Lawton 1986; Moos, 1974).
- Modelo de las capacidades humanas (Nussbaum, 2000, 2007; Sen 1985,1996,2000).
- Teorías sobre el reconocimiento y la identidad (Etxebarría 1997, 2016; Fraser, 2008; Honneth, 1992, 2009; Ricoeur, 2004).
- Teorías sobre la identidad (Mead, 1934; Torralba, 2005; Tylor, 1996).
- Identidad en personas con demencia (Clare, 2004,2011).
- Entornos seguros (Wolf y De-Shalit, 2007).
- Marco de los sentidos en los cuidados (Nolan, 2001).
- Modelo ocupacional humano (Kielhofner, 2004).
- Aportaciones sobre Bienestar emocional y Sentido de Vida (Frank 1946; 2003, 2012; Ryff 1989; Seligman, 2011).
- Entornos amigables para personas con demencia (Brawley, 2006; Chaudhury, 2013; Regnier, 2012).
- Envejecimiento exitoso o competente (Rowe y Kahn, 1987).
- Selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1980-1990).
- Teoría selectividad socioemocional (Carstensen, 1999).

Tabla 9. Aportaciones teóricas y evidencias científicas que el modelo propuesto incorpora desde el ámbito psicosocial⁷

⁷ Se incluyen las aportaciones que desde campos y disciplinas vinculadas a la intervención psicosocial se consideran de especial relevancia en relación al modelo de atención propuesto.

DECLARACIONES, INFORMES Y CONSENSOS INTERNACIONALES QUE TOMA COMO REFERENCIA EL MODELO PROPUESTO

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Principios a favor de las personas de edad (1991). - Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores (2000). - Modelo social discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (2001). - Envejecimiento activo: Oportunidades de salud, seguridad y participación (2002). - Calidad de vida (1995). - Ciudades amigables para las personas mayores (2007). - Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015). - World Health Organization (WHO) Decade of Healthy Ageing (2020).
NACIONES UNIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Planes internacionales sobre envejecimiento. - Convención Internacional Derechos Personas Discapacidad (2006). - UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030).
ORGANISMOS EUROPEOS	<ul style="list-style-type: none"> - CONSEJO EUROPA (1998) Recomendaciones para los sistemas de protección social de la dependencia. - EUROPEAN COMMISSION (2013) Long-term care in ageing societies - Challenges and policy options. - OCDE. Envejecer en casa en condiciones de dignidad. - OCDE (1996). Caring for frail elderly people. - OCDE (2005). Long care for older people. - AGE & EDE (2010). European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. - AGE & EDE. WEDO PROYECT, EUROPEAN COMMISSION. (2012) European Quality Framework for long-term care service. - AGE (2013). Dignity first – priorities in reform of care services (2013). - INCLUSION INTERNATIONAL (2014). A historic opportunity for people in institutional care: EU Funds must be used to develop community-based alternatives in 2014 – 2020. - EUROPEAN AGEING NET WORK (2019). Los cuidados de

	<p>larga duración en Europa 2030.</p> <ul style="list-style-type: none"> - COMISIÓN EUROPEA (2021). Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones (2021). - COUNCIL OR EUROPEAN UNION (2014). Adequate social protection for long-term needs in an ageing society. - EUROPEAN COMMISSION (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies.
--	--

Tabla 10. Documentos internacionales que toma como referencia en modelo rector propuesto

Además, en tercer lugar, cabe referenciar (tabla 11) distintos informes de recomendaciones realizados con motivo de la pandemia ocasionada por la Covid-19 que, entre otras cuestiones, respaldan la necesidad de una reformulación del actual modelo de cuidados de larga duración para garantizar la seguridad, en un marco de atención integral y centrada en las personas, donde los derechos y el bienestar integral se vean respetados.

DECLARACIONES Y RECOMENDACIONES PUBLICADAS A CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA OCASIONADA POR LA COVID-19	
Internacional	<ul style="list-style-type: none"> - OMS (2020) Statement – Invest in the over looked and unsung: build sustainable people-centred long-term care in the wake of COVID-19. - OMS (2020). Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic. - AGE (2020). COVID-19 and human rights concerns for older persons. - OMS (2020). Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa, 24 de julio de 2020.
España	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de Trabajo Multidisciplinar (2020). Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020. - Médicos Sin Fronteras (2020). Too little, too late. The unacceptable neglect of the elderly in care homes during the COVID-19 epidemic in Spain. Médicos Sin Fronteras, 2020. - Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2020). Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros. - Observatorio de la Realidad Social (2020). Efectos de la covid-19 en las residencias de mayores de Navarra. - Gerencia de Servicios Sociales Junta Castilla y León. (2020).

	<p>El impacto de la Covid en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas. Gobierno de la Junta y Castilla y León.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SIIS (2020). Revisión de la incidencia de la Covid- 19 en las residencias para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control. SIIS. - Secretaría de Estado de Derecho Sociales (2020). Informe del grupo de trabajo Covid-19 y residencias. Ministerio Derechos Sociales y Agenda 2030. - Mesa estatal por la defensa de los derechos de las personas mayores (2020). Propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores. - Declaración conjunta (2020). Ante la crisis de COVID-19: Una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país.
--	--

Tabla 11. Documentación de interés relacionada con el impacto y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración.

3.3 Criterios y elementos clave en el diseño y organización de los centros y servicios

El tercer nivel de definición del modelo orientador de la atención hace referencia a los diferentes centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración. Recursos que, necesariamente, han de ser diversos. Porque las personas, los grupos, así como los territorios donde estos habitan son distintos y, en consecuencia, sus necesidades y realidades no son ni serán nunca homogéneas. Porque la **innovación** es una condición necesaria de la calidad de la intervención social, de los servicios de atención a personas y, en consecuencia, una aproximación imprescindible para encontrar soluciones y respuestas a la realidad social, siempre compleja y en continuo cambio.

Centros y servicios diversos entre los cuales deberán ser priorizados en las planificaciones públicas aquellos que **permitan vivir y envejecer en casa**, respetando la preferencia mayoritaria expresada de una forma reiterada por la ciudadanía. Recursos que dispensen apoyos y cuidados, de índole muy diversa, en el propio domicilio, y también desde otros como los centros de día o los alojamientos temporales o de respiro que facilitan la permanencia en casa.

Servicios que, a pesar de esta clara prioridad, no pueden desatender una nueva oferta de recursos residenciales y de alojamiento con cuidados, para cuando las personas no puedan vivir en su domicilio o con sus familias. Porque el objetivo de permanecer en casa no es siempre posible ni tan siquiera, a veces, la mejor opción. Es entonces cuando los centros residenciales deben tomar como referencia el **entorno hogareño** (en ambiente y en modo de vida), sin por ello perder profesionalidad y calidad en el cuidado, pero abandonando de una forma definitiva los modos de vida institucionales que han mostrado ser tan altamente negativos para las personas. La idea es que "**cuando no se pueda vivir en casa, se pueda vivir como en casa**".

La necesaria diversidad y flexibilidad en el diseño de los centros y servicios, no impide destacar diversos criterios de carácter organizacional⁸ que deben ser tenidos en cuenta a la hora de gestionar los centros y servicios para así asegurar su alineamiento con el marco de valores referencial y con el marco de calidad propuesto. Es decir, para conseguir servicios que ofrezcan un cuidado de calidad, es indispensable que su gestión promueva organizaciones realmente centradas en las personas, entre las cuales además de las personas usuarias, se encuentran las familias y los equipos profesionales.

⁸ Cabe poner de relieve que los elementos organizativos y de la organización que se destacan a continuación, cuenta con el aval del conocimiento técnico y de la evidencia empírica, al ser considerados elementos facilitadores, por un lado, de la calidad de vida y del avance hacia modelos de atención centrados en las personas y, por otro lado, del buen clima laboral y del bienestar de los profesionales.

QUINTO PILAR. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Este tercer nivel añade un quinto pilar referido al diseño y organización de los servicios que se desarrolla en cinco criterios:

21. Elementos clave en el diseño y organización interna de los servicios
22. Liderazgo transformacional y desarrollo organizacional afín al modelo rector
23. Reconocimiento y apoyo a profesionales y equipos de trabajo
24. Coordinación con otros sistemas y entorno comunitario
25. Evaluación y participación en la mejora continua del servicio

90

Criterio 21. Elementos clave en el diseño y organización interna de los servicios

Enunciado del criterio

El centro/servicio contempla y desarrolla criterios de organización interna que facilitan una atención alineada con el modelo rector propuesto.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

Para todos los servicios

- ✓ **Normas internas y procedimientos de trabajo** acordes al modelo rector de atención elaboradas desde sistemas participativos (personas usuarias, familias y profesionales).
- ✓ **Asignación estable** (minimizando al máximo la rotación) de los y las profesionales de atención directa continuada en el cuidado (auxiliares, técnicos auxiliares en el cuidado, gerocultores/as, técnicos atención socio-sanitaria, etc.), sin por ello perder de vista la flexibilidad que requieren ciertas situaciones.

- ✓ **Figura del profesional de referencia o gestor/a de caso.**
- ✓ Disponibilidad de **equipos técnicos interdisciplinarios** de apoyo a los y las profesionales de atención directa continuada, configurables por los propios servicios según su misión y las necesidades de las personas que reciben cuidados en los mismos.
- ✓ Participación y reconocimiento del papel de las **personas usuarias y de sus familias** a partir de dinámicas flexibles que posibiliten una co-participación real.
- ✓ Definición/diseño/actualización de una **estrategia digital socio-sanitaria**.

De especial relevancia para los servicios de ayuda a domicilio

- ✓ Planes de atención **integrados con atención sanitaria** (atención primaria).
- ✓ Coordinación con **otros recursos de la comunidad** (transporte, cultura, ocio, deporte, etc.)
- ✓ Figura del **gestor/a de caso o coordinador/a de los apoyos**.

De especial relevancia para los servicios de atención diurna

- ✓ Espacios y organización de actividades en grupos pequeños que permitan **control y modo de vida personalizado** y donde se puedan mantener relaciones interpersonales significativas.
- ✓ **Distribuciones grupales flexibles**, evitando la organización estática en grupos fijos que atienden solo a perfiles funcionales y obligan en ocasiones a cambios no deseados por motivo de pérdidas funcionales o cognitivas.
- ✓ Programación de actividades grupales tomando como principal referencia las **afinidades personales** y la convivencia.

De especial relevancia para los servicios residenciales y de alojamiento

- ✓ Diseño de centros **multiservicios**, intergeneracionales, no segregadores por edad, con y para la comunidad.

- ✓ Limitación en la **capacidad máxima** de los centros de nueva creación, evitando la construcción de nuevos macrocentros.
- ✓ Viviendas en apartamentos con **apoyos y servicios personalizados** que garanticen el cuidado.
- ✓ **Reorientación** de las residencias tradicionales en una organización convivencial en pequeñas unidades de convivencia (máximo 16 plazas y en el caso de personas con demencia 12) donde las personas puedan desarrollar una vida parecida a la de una casa.
- ✓ Habitaciones **individuales**.
- ✓ **Espacios comunes** hogareños, seguros, personalizados, amplios, diversos y polivalentes, donde las personas compartan espacios y actividad evitando una excesiva acumulación de personas.
- ✓ Modos de vida que permitan una **convivencia tranquila, no masificada**, facilitando la percepción de control por parte de las personas y un modo de vida hogareño y personalizado donde se puedan mantener relaciones interpersonales significativas.
- ✓ Agrupaciones flexibles teniendo como principal referencia las **afinidades personales y la convivencia**.

Criterio 22. Liderazgo transformacional y desarrollo organizacional afín al modelo rector

Enunciado del criterio

El centro/servicio explicita y lidera un modelo de salud integral y atención centrada en las personas, liderado por valores y apostando por estilos de liderazgo que avanzan hacia relaciones más horizontales, basadas en la autogestión, la confianza y el desarrollo de las capacidades y la creatividad de las personas.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Enunciado y reflexión, y en su caso, revisión, de la **misión, visión y valores del centro o servicio**, alimentado el alineamiento

interno (responsables, profesionales, personas usuarias y familias) con los valores rectores del modelo.

- ✓ **Líderes** formados en el modelo rector de atención y comprometidos con avanzar hacia organizaciones más horizontales.
- ✓ Creación de **grupos líderes motores del cambio de modelo** que se comprometan y actúen como impulsores de un proceso de transformación.
- ✓ **Planes de acogida al servicio** para nuevas personas que se incorporen (personas usuarias, familias y profesionales) en los que se transmita la esencia del modelo rector de atención y su aplicación en el día a día.
- ✓ Revisión periódica de las normas del centro o servicio para asegurar su congruencia con los valores, utilizando **metodologías participativas**.
- ✓ Revisión participativa sobre el **alineamiento de las prácticas profesionales y organizativas** con los valores de la atención.
- ✓ Revisión desde una **perspectiva de género** de las acciones y decisiones organizacionales.
- ✓ Información a las personas usuarias, familias y profesionales de nueva llegada a cada servicio sobre los **valores y el modelo de atención del centro**.
- ✓ Desarrollo de **herramientas digitales** de evaluación del impacto y mejora continua del centro/servicio.
- ✓ Promoción de la **transformación y capacitación digital** asociada a los recursos humanos implicados en la gestión y prestación de servicios.

Criterio 23. Reconocimiento y apoyo a profesionales y a equipos de trabajo

Enunciado del criterio

El centro/servicio pone en valor, o en su caso la entidad a la que pertenece, forma y apoya a sus profesionales, acompañando procesos de mejora individual y facilitando el desarrollo de equipos efectivos.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Asegurar **la suficiencia y la cualificación de los y las profesionales, con ratios suficientes**, no vinculadas al grado de dependencia y ajustadas a los distintos turnos de trabajo.
- ✓ **Mayor autonomía del profesional de atención directa** (auxiliares, gerocultores/as, técnicos/as de cuidados, etc.), y apoyo para el desarrollo de sus nuevos cometidos, reconociendo en distintos ámbitos que este grupo es una categoría clave en estos modelos de atención.
- ✓ Roles y competencias profesionales definidos con claridad, pero desde la comprensión de la importancia de la **flexibilidad** y la cierta **polivalencia** que requiere la atención personalizada.
- ✓ Sistemas de **formación reflexiva** continuada pensados para transferir el conocimiento a la atención cotidiana.
- ✓ Estrategias para **acoger, supervisar y apoyar** a los/as nuevos/as profesionales en el correcto desempeño de sus cometidos (metodologías de mentoría, etc.)
- ✓ Estrategias y medidas para reconocer y mejorar la **valoración social** de los profesionales del cuidado, incluyendo medidas de mejora de la calidad del empleo.
- ✓ Apoyo, facilitación y **acompañamiento** a los equipos de trabajo (presencial y digital).
- ✓ Espacios de revisión y reflexión sobre la **buena praxis** profesional.
- ✓ Figuras de **coordinación y apoyo a los diversos equipos de atención** directa continuada (figuras de coordinación/supervisión de auxiliares gerontológicos, etc.)

Criterio 24. Coordinación con otros sistemas y entorno comunitario

Enunciado del criterio

El centro/servicio, o en su caso la entidad a la que pertenece, mantiene acuerdos y acciones coordinadas con otros sistemas, entidades y recursos de la comunidad.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ Aprobación de acuerdos y elaboración de **protocolos para la cooperación y coordinación** de actuaciones vinculadas al cuidado de larga duración y al acompañamiento (servicios de salud, otras instituciones públicas y entidades sin ánimo de lucro).
- ✓ **Figura de referencia/enlace en salud** para la coordinación con los recursos que dispensan cuidados en servicios sociales.
- ✓ Revisión periódica y ajuste de los protocolos para **asegurar su utilidad** y buen funcionamiento.
- ✓ Actualización de **infraestructuras TIC** para el refuerzo de la coordinación, interoperabilidad y seguridad.

Criterio 25. Evaluación y participación en la mejora continua del servicio

Enunciado del criterio

El centro/servicio mantiene un sistema participativo donde los distintos actores (personas usuarias, familias y profesionales) toman parte en la evaluación del centro/servicio, así como en la toma de decisiones vinculadas a la mejora de la atención de forma continuada.

Líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo de este criterio:

- ✓ **Participación** de las personas usuarias y, en su caso, de las familias, en el diseño y desarrollo de los planes de atención.
- ✓ Gestión por objetivos del centro/servicio, desde **procesos coherentes** con los valores y el modelo rector de atención.
- ✓ Sistema de **evaluación** que integre atención y gestión, incluyendo periódicamente las correspondientes **medidas correctoras y de mejora** en la provisión de los servicios.
- ✓ **Sistemas de participación de los distintos actores** (personas usuarias, familias y profesionales) en la evaluación y mejora continua del servicio (grupos motores, grupos de calidad, etc.).

- ✓ Detección de necesidades para el **co-diseño y la co-creación de soluciones TIC** dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas.

PARTE 3

4 Estrategia para la Transformación del Modelo de CLD a personas adultas en el Principado de Asturias

97

4.1 ¿En qué consiste esta estrategia y qué pretende?

La estrategia que aquí se presenta es una primera propuesta, a modo de hoja general de ruta, para iniciar, orientar e impulsar un proceso de transición en los cuidados de larga duración en Asturias.

Para ello se proponen un conjunto de medidas pensadas para apoyar procesos de cambio en los servicios, los cuales han de ser liderados desde un firme compromiso, pero con la necesaria flexibilidad que requiere cada contexto.

De forma más concreta se pretende:

- Generar **conciencia social** sobre la necesidad de una nueva mirada a las personas que precisan cuidados y sobre la calidad de la atención.
- **Implicar** a las distintas partes intervinientes en el proceso de cambio y generar **rutras posibles**.
- Iniciar y apoyar **acciones diversas de mejora y transformación** en los actuales servicios, que sean coherentes y sinérgicas con el modelo propuesto.
- Impulsar y apoyar la puesta en marcha de **proyectos innovadores** en el cuidado de las personas que den mejores respuestas a necesidades actuales y futuras.
- Realizar las **modificaciones normativas** que sean precisas para permitir e impulsar el cambio.
- Consolidar y agilizar la **coordinación** entre los sistemas e instituciones implicados en el cuidado.

- Crear un **sistema de evaluación** de la calidad de los servicios que ofrecen cuidados de larga duración acorde al modelo rector de la atención planteado.

4.2 Sus principales características

Todo intervención social que busque el compromiso de las partes implicadas en el mismo, debe prestar una especial atención al modo en cómo esta se concibe y se desarrolla.

De este modo esta estrategia se concibe desde:

- **UNA MIRADA ÉTICA.** El abordaje de los cuidados desde el prisma de una ética basada en la justicia, la equidad y la participación de las personas con respeto a su dignidad y a su capacidad de decisión.
- **LA BUSQUEDA DE LA PARTICIPACIÓN Y DEL COMPROMISO DE DIFERENTES AGENTES INTERVINIENTES EN EL CUIDADO.** Por ello se presenta como una estrategia que busca la implicación de los diferentes actores en el cuidado: las personas que precisan cuidados, sus familias, los y las profesionales, las entidades proveedoras de servicios, así como los y las responsables de las distintas administraciones públicas.
- **LA FLEXIBILIDAD Y LA PROGRESIVIDAD.** Propone un marco posicionado que oriente el cambio, pero no impone medidas concretas en plazos obligados. Su pretensión es permitir, de un modo progresivo y posible, procesos de cambio adaptados a las distintas organizaciones, servicios y territorios.
- **LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.** Integrando de manera efectiva esta visión y sus criterios de actuación en todas y cada una de las acciones que se lleven a cabo a lo largo de esta estrategia.
- **LA RECOGIDA DE DATOS Y LA EVALUACIÓN.** Solo así, a través de los datos y de los resultados, tanto referidos a las propuestas de mejora de los servicios actuales como de los proyectos innovadores, es posible conocer cómo se realizan los procesos de cambio y qué resultados se obtienen.

- **LA TRANSPARENCIA.** La información generada a lo largo del proceso de cambio será publicada de manera comprensible y accesible.
- **LA BÚSQUEDA DEL ALINEAMIENTO Y LA ADHESIÓN.** El conjunto de medidas que señala esta estrategia, al partir de un modelo rector, deben ser coherentes con el mismo. Estas medidas deberán caracterizarse por partir y buscar:
 - Una mirada hacia el reconocimiento del valor de las personas que reciben cuidados y de su absoluto respeto.
 - Una visión eco-sistémica de los servicios destinados al cuidado.
 - Una sociedad inclusiva, diversa e intergeneracional.
 - La visibilidad de que quienes se encuentran en una situación de dependencia también aportan a la sociedad y no son solo meras personas receptoras de apoyos.
 - El fortalecimiento del papel de la comunidad, el desarrollo de entornos y comunidades amigables.
 - La incorporación de nuevas tecnologías, para conjugar la personalización de la atención con la eficiencia en las acciones desarrolladas.
- **LA INNOVACIÓN, IMPULSADA A TRAVES DE LAS TIC.** Las tecnologías digitales deben entenderse como habilitadoras transversales en la transición hacia este nuevo modelo de cuidados. Estas ofrecen un amplio abanico de aplicaciones que presentan el potencial de transformar la atención a las personas de manera significativa mediante el desarrollo de nuevos conceptos de atención y servicios haciendo, además, que las diferentes partes implicadas sean pro-activas en este cambio de paradigma.

4.3 Áreas, líneas de acción y medidas

Esta estrategia incluye **cinco áreas** y cada una de ellas se estructura en distintas líneas de acción que a su vez proponen diversas medidas que serán desarrolladas contando con la participación de los diferentes agentes implicados en el cuidado. Medidas que son concebidas como propuestas de aplicación progresiva (a corto, a medio y a largo plazo).

100

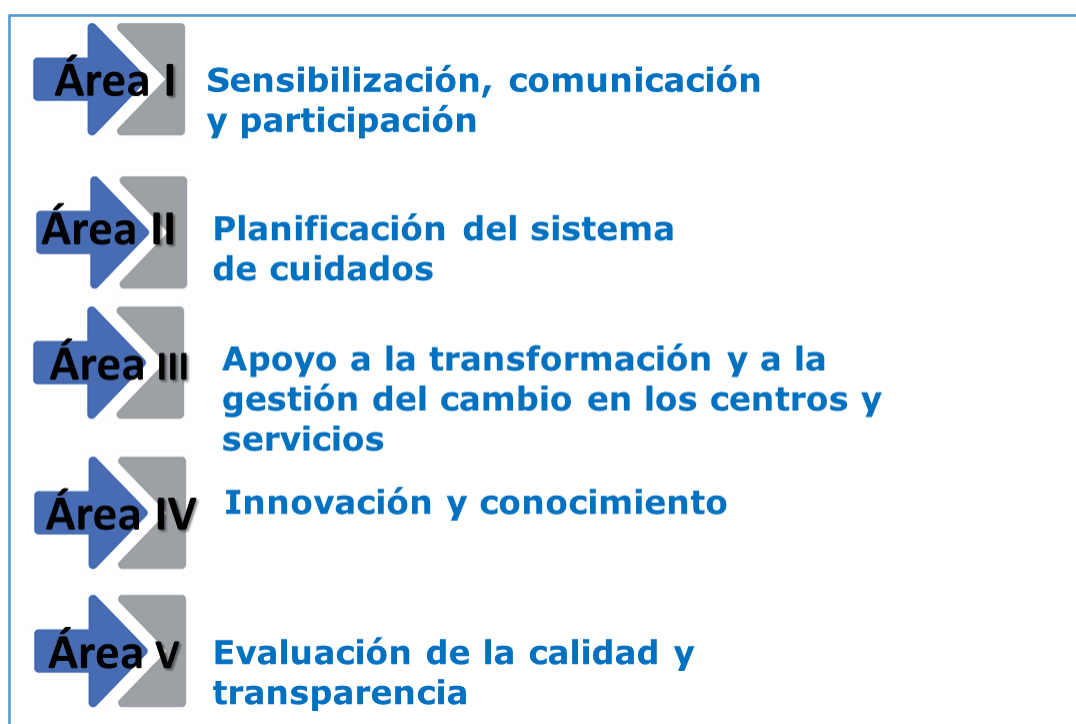


Gráfico 13. Las cinco áreas de la Estrategia para la Transformación del Modelo de Cuidados de Larga Duración a Personas Adultas en el Principado de Asturias.

Seguidamente, para cada una de las cinco áreas, se señalan diferentes líneas de actuación así como las correspondientes medidas que han sido identificadas.

Al final de este apartado se ofrece además una breve descripción de las doce medidas más novedosas que se proponen.

ÁREA I. SENSIBILIZACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Esta primera área aborda conjuntamente dos elementos importantes en el proceso de transformación del cuidado que se quiere liderar. En primer lugar, la necesaria sensibilización social que requiere esta nueva forma de ver y entender el cuidado. No podemos obviar que estamos afrontando un cambio cultural en el modo de entender el cuidado y la calidad del mismo, lo cual requiere visibilizar y generar reflexión social sobre lo existente. En segundo lugar, y a consecuencia de la consideración anterior, la creencia de que este cambio solo puede ser conducido generando adhesiones y alianzas y que para ello se precisa propiciar un proceso reflexivo y participativo.

101

Líneas de acción

1.1. Reconocimiento social y nueva mirada al cuidado

Incorpora medidas que tienen que ver con la construcción de una nueva mirada social hacia las personas que precisan cuidados, enfocada no solo en sus necesidades de apoyo sino también en su puesta en valor. Una visión, todavía poco consolidada en nuestra sociedad, donde los estereotipos negativos inundan la percepción del envejecimiento y de la discapacidad. Estereotipos que conducen a la discriminación, a la sobreprotección y que son la puerta de entrada al maltrato. Medidas que van dirigidas a reflexionar sobre el cuidado como un espacio de reconocimiento personal, prestando una especial atención al papel que desempeñan las imágenes sociales y el lenguaje. Medidas que, también, se dirigen a lograr un mayor reconocimiento social de quienes cuidan y acompañan, lo cual tiene también que ver con mejores condiciones salariales y laborales.

1.2. Comunicación del nuevo modelo de cuidados

Incluye medidas dirigidas a comunicar el porqué, el para qué y el cómo de un nuevo modelo de cuidados. Entender la necesidad de cualquier cambio es una condición esencial para aceptarlo y apoyarlo. Si no se percibe la necesidad del cambio, si no se transmite con claridad lo que motiva esta búsqueda, si no se dialoga sobre las dificultades y dudas

que todo proceso de cambio guiado implica, es muy difícil que se comprenda y se generen las necesarias alianzas.

1.3. Participación y co-producción en la estrategia

Incluye distintas medidas dirigidas a generar alianzas para llevarlo adelante desde un proceso co-participado. Personas usuarias, familiares, profesionales, organizaciones sindicales, movimiento asociativo y responsables de los servicios deben contar, no solo con la información, sino con la posibilidad de poder participar en el diseño y puesta en marcha de esta transformación. Por ello, este proceso de cambio se concibe desde la co-producción en sus distintas fases (diagnóstico, diseño, puesta en marcha y evaluación) desde un trabajo en red, superando el modelo interdisciplinar y tendiendo a un modelo transdisciplinar.

LINEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
1.1. Reconocimiento social y nueva mirada al cuidado	1	Campaña de difusión para la dignificación del cuidado y el cambio del modelo en Asturias.
	2	Identificación y acuerdo de un conjunto de medidas para la dignificación del cuidado profesional (salario, ratios, condiciones de trabajo, etc.).
	3	Diseño e impartición de talleres reflexivos destinados a generar concienciación social y puesta en valor del cuidado (mirada al cuidado, lenguaje, imagen social, perspectiva de género, etc.)
	4	Organización de encuentros con los medios de comunicación de Asturias para generar reflexión sobre el tratamiento informativo de las personas mayores, la discapacidad y el cuidado.
	5	Diseño y puesta en marcha de programas en centros educativos con metodologías intergeneracionales.
1.2. Comunicación del nuevo modelo de cuidados	6	Elaboración de una estrategia de comunicación para la presentación del nuevo modelo y la estrategia de transición.
	7	Medidas informativas sobre el nuevo modelo de atención en CLD a profesionales, personas usuarias y familias (guías informativas,

		incorporación de información clave en los planes de acogida, etc.).
1.3. Participación y co-producción en el plan de acción	8	Entrevistas a grupos clave en la fase diagnóstica inicial.
	9	Procesos de consulta pública y participación social on line.
	10	Constitución de la Mesa MARES (Modelo de Atención Residencial) y grupos de trabajo específicos.
	11	Constitución de un grupo de contraste en relación a los CLD de especial complejidad (personas con autismo, con parálisis cerebral, con demencias, con enfermedad mental severa, con trastorno dual discapacidad intelectual-enfermedad mental, etc.).
	12	Creación de la RED de TRANSFORMACIÓN CLD en Asturias.
	13	Constitución de la Mesa MAPA (Modelo de Atención de Servicios de Proximidad) y grupos de trabajo específicos.
	14	Creación de puntos de VOZ EN EL CUIDADO en los centros y servicios comprometidos con el cambio, incluyendo una guía que oriente su desarrollo.

ÁREA II. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS

Esta segunda área señala las principales directrices que, en coherencia al modelo rector de la atención, deben dirigir la planificación del sistema de cuidados, el cual integra y organiza el conjunto de prestaciones y servicios vinculados al mismo.

104

Líneas de actuación

2.1. Información actualizada e identificación de necesidades

Propone la creación y el mantenimiento de un sistema de información socio-sanitaria actualizada que permita el diagnóstico territorial de necesidades facilitando la planificación y el diseño de servicios y actuaciones vinculadas al CLD.

2.2. Prevención de la dependencia y apoyo a la fragilidad

Incluye medidas dirigidas a identificar personas en situación de fragilidad y mayor riesgo de desarrollar situaciones de dependencia, prestando una especial atención a las personas mayores que viven solas y a los grupos familiares más vulnerables.

2.3. Capacidad de elección y flexibilidad

Afirma que las personas deben tener capacidad de elección sobre cómo deben ser sus cuidados y con ello su vida. Para lo cual hace falta no solo que las prestaciones sean diversas sino la participación de la persona en el diseño de sus apoyos, así como flexibilidad en la provisión de los mismos, todo ello integrado bajo el prisma de la ética del cuidado.

2.4. Desinstitucionalización y apuesta por vivir en casa

Se dirige a priorizar los apoyos que permitan vivir en casa, dado que es la preferencia mayoritaria de la ciudadanía, así como a destinar el cuidado residencial para las personas con gran dependencia o que vivan en situaciones de especial complejidad que impidan el cuidado en el domicilio. Incluye también medidas para avanzar en un modelo residencial hogareño y centrado en las personas, acorde al lema "cuando no se pueda vivir en casa, que se pueda vivir como en casa".

2.5. Refuerzo del papel de la comunidad

Reconoce y refuerza el papel de la comunidad, en primer lugar como proveedora de apoyos coordinados que permitan ofrecer una atención personalizada a quienes requieren un cuidado de larga duración. En segundo lugar, por ser el espacio relacional natural donde todas las personas de un entorno determinado (también quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia) conviven, aportan y se identifican, formando y sintiéndose parte de ella y desarrollando así propósitos personales que dan sentido a sus vidas.

2.6. Coordinación interinstitucional

Esta línea incorpora distintas medidas para facilitar la coordinación entre distintas áreas de responsabilidad pública, entendiendo que la atención integral y centrada en la persona, requiere no solo de una estrecha cooperación con el sistema sanitario sino también de la necesaria coordinación con otras áreas que afectan a una vida significativa para la persona (educación, cultura, deporte, justicia, empleo, medio ambiente, ocio, etc.).

LINEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
2.1. Información actualizada e identificación de necesidades	15	Sistema de registro de información socio-sanitaria actualizada por áreas que permita el diagnóstico de necesidades territoriales vinculadas al CLD.
2.2. Prevención de la dependencia y apoyo a la fragilidad	16	Impulso y desarrollo de programas de detección y atención a la fragilidad a personas que viven en sus domicilios.
	17	Impulso y desarrollo de programas de apoyo a personas en situación de soledad no deseada y grupos de convivencia especialmente vulnerables.
	18	Programas de prevención del incremento de la dependencia en centros de día y residencias.
2.3. Capacidad de elección y flexibilidad	19	Desarrollo de sistemas de Teleasistencia avanzada.
	20	Incorporación de la metodología de gestión de casos en SS Municipales para situaciones de alta complejidad.

	21	Ampliación de las opciones de elección (centro residencial, centro de atención diurna y servicios de apoyo en el domicilio) potenciando el incremento de las prestaciones económicas vinculadas a servicios.
	22	Medidas para flexibilizar el acceso y la atención en ciertos recursos (servicios en zonas rurales, centros y servicios para personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, enfermedad mental, etc.)
2.4.Desinstitucionalización y apuesta por el cuidado en casa	23	Priorización e intensificación de las prestaciones para la permanencia en casa (SAD, Teleasistencia, Atención diurna y Prestación económica vinculada al cuidado no profesional).
	24	Desarrollo de la figura del Asistente Personal y el apoyo a la Vida Independiente.
	25	Reorientación y diversificación de los servicios de atención domiciliaria (Programa IMPULSAD).
	26	Reorientación y diversificación de los servicios de atención diurna.
	27	Desarrollo e implantación de soluciones basadas en Tecnologías de la Información y la Comunicación para la vida independiente en casa y la generación de entornos accesibles y amigables.
	28	Definición y desarrollo de centros multiservicios para el apoyo a la permanencia en casa.
	29	Incremento de plazas socio-sanitarias temporales para convalecencia en residencias.
	30	Cambio normativo que impida la construcción de recursos residenciales modelo institucional y oriente la nueva construcción y reformas a modelos centrados en las personas.
	31	Evolución de las plazas residenciales de titularidad pública hacia modelos convivenciales micro y hogareños.
	32	Limitación de las plazas públicas residenciales para personas con gran dependencia o situaciones de alta complejidad psicosocial.

	33	Apoyo al desarrollo de viviendas para toda la vida que integren servicios de cuidados personales.
	34	Programas de valoración de las necesidades de adaptación del hogar y acceso sin demora a ayudas económicas para eliminación de barreras y adquisición de productos de apoyo.
	35	Apoyo a los proyectos de cooperativas de viviendas colaborativas (cohousing).
2.5. Refuerzo del papel de la comunidad	36	Identificación y desarrollo de medidas para mejorar la coordinación con diferentes organizaciones y servicios de la comunidad en asuntos relacionados con la prevención de la dependencia, la promoción de la autonomía personal y el CLD.
	37	Impulso de programas intergeneracionales y proyectos de voluntariado comunitario vinculados al CLD.
2.6. Coordinación interinstitucional	38	Impulso del plan de coordinación socio-sanitaria evaluando y concretando medidas de actuación conjunta entre los dos sistemas referidas a: prevención de la dependencia y cuidados sanitarios (en el domicilio, en los servicios de atención diurna y en centros residenciales).
	39	Identificación de medidas para mejorar la coordinación con diferentes áreas de responsabilidad pública (justicia, empleo, educación, cultura, deporte, etc.) en asuntos relacionados con el CLD.
	40	Uso de las tecnologías avanzadas para la tramitación y gestión de solicitudes y la optimización de los recursos existentes.
	41	Fortalecimiento de la coordinación con servicios sociales municipales a través de los Equipos Territoriales en relación a procedimientos y programas relacionados con el CLD.

ÁREA III. APOYO A LA TRANSFORMACIÓN Y A LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN LOS CENTROS Y SERVICIOS

Esta tercera área se dedica a facilitar la mejora y progresiva transformación de los actuales centros y servicios, muchos de ellos todavía muy distantes del modelo de atención rector planteado y con diseños arquitectónicos y modelos organizativos que dificultan su progreso.

108

Reconociendo la dificultad de este cambio, se propone desarrollar medidas para facilitar la gestión del mismo, ofreciendo formación y acompañamiento a las organizaciones y a los equipos profesionales que deseen adherirse a este movimiento transformador. La formación es entendida como una acción reflexiva que busca lograr un impacto real en el ámbito aplicado. El acompañamiento se entiende como un proceso flexible y participativo en el que se implique activamente cada servicio y sus protagonistas (personas usuarias, familias y profesionales).

También se dirige a apoyar procesos formativos en cuidadores no profesionales y familiares, ofreciendo conocimientos y consideraciones que permitan mejorar la práctica cotidiana, consolidar los logros y fomentar su bienestar.

Líneas de acción

3.1. *Modificación normativa y otras medidas administrativas*

Esta línea incluye en primer lugar medidas referidas a cambios normativos en la regulación de centros y servicios de tal forma que la normativa suponga un apoyo al cambio de modelo y no un freno.

También propone distintas medidas administrativas para apoyar el tránsito hacia el nuevo modelo rector de atención.

3.2. *Formación en el nuevo modelo de atención*

Contempla, en primer lugar, medidas destinadas a facilitar una formación básica desde un acceso fácil y ágil en relación al modelo

orientador de la atención, así como a competencias y metodologías clave en su aplicación.

Acoge, además, algunas medidas destinadas a apoyar procesos formativos más ajustados a los progresivos desarrollos que tengan los servicios y a generar alineamiento de las acciones formativas que se desarrollan en los distintos servicios con el modelo referencial.

3.3. Acompañamiento en el cambio

Incorpora medidas de apoyo a los distintos servicios para facilitar un proceso interno de desarrollo organizacional y de cambio a través de la revisión participativa, la reflexión ética y la implicación de los distintos actores del cuidado en cada realidad. Incluye también algunas medidas relacionadas con el asesoramiento técnico externo a los centros y servicios.

3.4. Preparación y actuación ante posibles emergencias sanitarias

Teniendo en cuenta la experiencia y los aprendizajes a consecuencia de la pandemia ocasionada por la COVID-19, esta línea recoge medidas dirigidas a anticipar y actuar ante posibles futuras emergencias sanitarias.

LINEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
3.1. Modificación normativa y otras medidas administrativas	42	Modificación de la normativa de autorización, acreditación e inspección de centros y servicios.
	43	Modificación normativa del SAD en Asturias.
	44	Desarrollo normativo del sistema de información, evaluación y publicitación de la calidad de los servicios de CLD.
	45	Líneas de subvención para apoyar procesos de cambio o mejora acordes al nuevo modelo de atención en CLD en centros y servicios de gestión privada (ESL y empresas).
	46	Inclusión de criterios vinculados al desarrollo del nuevo modelo de atención en CLD en el acuerdo de acción concertada así como en los pliegos administrativos de contratación de servicios.
	47	Elaboración de un documento de recomendaciones para la modificación de los convenios colectivos.

	48	Incremento de la cuantía económica de las plazas residenciales gestionadas por la iniciativa privada (con ánimo y sin ánimo de lucro) que cuentan con financiación pública.
3.2. Formación en el nuevo modelo de atención	49	Programa de formación básica sobre el nuevo modelo de atención en CLD y aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona.
	50	Acciones formativas en competencias éticas y relacionales clave en el nuevo modelo de atención en CLD.
	51	Formación básica en capacidades digitales que refuercen la colaboración interdisciplinar optimizada.
	52	Acciones formativas referidas a temas de especial complejidad en el cuidado (comunicación y bienestar en personas con demencias, final de vida, autismo, enfermedad mental grave, envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, etc.)
	53	Formación en figuras y metodologías clave para la aplicación del modelo rector (historia de vida, plan de atención personalizada, planificación centrada en la persona, profesional de referencia en centros y gestión de casos en el SAD) .
	54	Formación en la figura del Asistente Personal y el apoyo a la Vida Independiente.
	55	Inclusión de acciones formativas para profesionales públicos a través del IAAP sobre el nuevo modelo de atención en CLD y la aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona, incluyendo un itinerario específico de especialización.
	56	Alineamiento de la formación en el nuevo modelo de atención en CLD y en la aplicación de un enfoque de Atención Centrada en la Persona por parte de entidades, centros y empresas privadas dentro de sus planes de formación.
	57	Programación de webinarios temáticas identificados de especial interés por la Red-T-CLD.
	58	Desarrollo de programas formativos para cuidadores/as no profesionales en el entorno familiar.
3.3.Acompañamiento en el cambio	59	Diseño de una guía que oriente la metodología de acompañamiento a centros y servicios en el proceso

		de cambio/mejora del modelo de atención en el CLD.
	60	Impartición de talleres sobre liderazgo y equipos para apoyar a los responsables de los centros y servicios en el proceso de cambio.
	61	Elaboración de guías y documentos técnicos para el apoyo y desarrollo del cambio de modelo (reconceptualización de los diferentes servicios, metodologías y asuntos clave, procedimientos de trabajo desde la buena praxis, etc.).
	62	Creación de un equipo de técnicos/as referentes para el asesoramiento a centros y servicios (integrantes de la Red-T-CLD) en el proceso de cambio.
	63	Diseño y consenso de un itinerario de transformación global de las residencias públicas del ERA incluyendo medidas a corto, medio y largo plazo.
	64	Creación de espacios de reflexión ética en los propios servicios.
3.4. Preparación y actuación ante emergencias sanitarias	65	Existencia y aplicación de planes de contingencia en los distintos servicios.
	66	Medidas de apoyo por parte de la administración a los diferentes servicios que permitan hacer frente a posibles situaciones de emergencias sanitarias.
	67	Participación de los proveedores de servicios en la revisión y creación de protocolos socio-sanitarios ante situaciones de futuras emergencias sanitarias.

ÁREA IV. INNOVACIÓN Y CONOCIMIENTO

El área cuarta de esta estrategia está destinada a impulsar la innovación en el sector de los cuidados, dinamizando la generación de nuevas ideas, identificando buenas prácticas y animando a la realización de nuevos proyectos que aporten valor en un proceso continuo y progresivo de transformación de este sector en Asturias. Todo ello generando nuevo conocimiento que pueda ser posteriormente transferido a otros lugares.

112

Líneas de acción

4.1. Innovación y buenas prácticas

Su objetivo es impulsar la innovación así como identificar y apoyar las buenas prácticas ya existentes en el territorio.

Para ello propone el desarrollo planificado de proyectos piloto en líneas de innovación identificadas previamente, lo que permitirá conocer y testar el impacto de estas nuevas formas de cuidados en la población y poder extraer conclusiones y aprendizajes de cara a su posterior transferencia.

Así mismo reconoce la importancia de identificar, poner en valor y difundir las intervenciones sociales que puedan ser reconocidas como buenas prácticas y, por tanto, servir como modelos ejemplares para otros territorios y servicios.

4.2. Investigación

Se pretende apoyar e impulsar la realización de estudios de investigación que aborden asuntos de especial relevancia en el cuidado de larga duración y temas relacionados. En esta línea se tendrá especial consideración sobre la estrategia de especialización inteligente (Asturias S3), la cual identifica retos sociales y digitales asociados a este cambio de modelo.

4.3. Documentación

Recoge medidas relacionadas con la sistematización, documentación y difusión del conocimiento existente, así como del nuevo que se vaya generando en las distintas medidas de esta estrategia (procesos de transformación en los servicios, grupos de mejora, proyectos de innovación, proyectos piloto, etc.).

4.4. Promoción de la innovación asociada al concepto de salud digital

Hace referencia a un concepto amplio con importantes implicaciones actuales y futuras para la aplicación, gestión e intervención en la asistencia a las personas. De este modo, se plantean medidas asociadas a retos derivados de:

- el diseño, elección y uso de las tecnologías en este ámbito,
- la integración de tecnologías asistenciales con otras medidas y servicios ya en marcha,
- las consecuencias que conlleva su implementación, tanto cuando se pretende fomentar y apoyar la independencia, calidad de vida y participación social como cuando se dirigen a la prestación de cuidados y servicios, contribuyendo a optimizar los recursos y crear un entorno más seguro, y
- el refuerzo de la eficiencia del ecosistema innovador sociosanitario para mejorar la transferencia del conocimiento existente y generar nuevas oportunidades en cuanto a productos y servicios.

LINEA DE ACCIÓN	MEDIDAS	
4.1 Innovación y buenas prácticas	68	Creación de un laboratorio de ideas para la innovación en el cuidado y la solución de nuevos retos en Asturias.
	69	Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores en el CLD (residencias, domicilios, atención diurna, servicios integrados de proximidad en zonas rurales, nuevas tecnologías, etc.).
	70	Creación de herramientas o procedimientos digitales para identificar y compartir innovaciones y buenas prácticas en entornos similares.

	71	Elaboración de un catálogo de Buenas Prácticas (BBPP) en CLD en Asturias y certificación de las prácticas excelentes.
	72	Celebración de jornadas y premios de innovación y BBPP en servicios sociales y sociosanitarios en Asturias.
4.2 Investigación	73	Realización y apoyo a estudios relacionados con el proceso de transformación del modelo CLD.
	74	Realización y apoyo a la investigación de soluciones tecnológicas innovadoras relacionadas con el nuevo modelo de atención en CLD.
	75	Alineación con las prioridades estratégicas de Asturias S3 asociadas a las distintas áreas socio-sanitarias.
4.3. Documentación	76	Edición y difusión de guías, documentos técnicos, materiales de apoyo, dossieres temáticos, etc., para el desarrollo del cambio de modelo en CLD.
	77	Incorporación de repositorios documentales colaborativos y comunidades de aprendizaje.
4.4. Promoción de la innovación asociada al concepto de salud digital	78	Fomento de la alfabetización digital de profesionales y usuarios para la promoción de la salud, gestión y autocuidado.
	79	Adquisición progresiva de competencias digitales asociadas al paradigma de salud digital.
	80	Refuerzo de infraestructuras IT que garanticen la adecuada privacidad, gestión y explotación de los datos existentes.
	81	Difusión de innovaciones y casos de uso exitoso basados en las tecnologías digitales y habilitadoras en CLD y atención integral.
	82	Innovaciones basadas en el uso de las tecnologías digitales accesibles y habilitadoras para la mejora de la experiencia de la persona usuaria.
	83	Implementación efectiva de tecnologías para la vida independiente.
	84	Desarrollo y aplicación de soluciones de salud digital enfocadas a la prevención y al fomento de hábitos saludables.

	85	Refuerzo de la interoperabilidad e integración de datos entre áreas de intervención en relación con la persona usuaria.
	86	Alineamiento de los aspectos tecnológicos con las necesidades y preferencias de las personas.
	87	Optimización de los sistemas para el acceso y gestión de datos personales por parte de las propias personas usuarias.

ÁREA V. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y TRANSPARENCIA

La quinta y última área de esta estrategia se dirige al control de la calidad de los diferentes centros y servicios, así como a su evaluación continua, apostando por la transparencia de la información y de los resultados.

Líneas de acción

5.1. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención

Se dirige a disponer de información actualizada de los centros y servicios, con el fin de conocer su calidad, actuar tempranamente en situaciones de riesgo o sospecha de mala praxis. También propone realizar evaluaciones (internas y externa) de la calidad de la atención para garantizar su control y apoyar su desarrollo.

5.2. Acción inspectora

Incluye medidas destinadas a intensificar la acción inspectora teniendo en cuenta tanto sus competencias referidas al control de la atención dispensada en los centros y servicios, como a la necesaria orientación y apoyo al nuevo modelo de atención que se pretende impulsar.

LINEA DE ACCIÓN	MEDIDAS	
5.1. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención	88	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.
	89	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.
	90	Publicación en sitios webs de los resultados de la evaluación periódica de los centros y servicios que ofrecen CLD.
	91	Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación y apoyo del cuidado no profesional.
	92	Dotación y organización de efectivos habilitados para realizar evaluaciones periódicas de la calidad de los centros y servicios (personal públicos de servicios sociales y salud).
5.2. Acción inspectora	93	Incremento de la dotación del cuerpo de inspectores/as.
	94	Intensificación del número de inspecciones anuales de oficio y monográficas.
	95	Modernización de medios técnicos del servicio de inspección.
	96	Elaboración de planes anuales de inspección alineados con la estrategia T-CLD-Asturias.
	97	Revisión y endurecimiento de las medidas sancionadoras en relación a incumplimientos laborales y asistenciales por parte de centros y servicios que prestan CLD.

	98	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.
	99	Realización de inspecciones coordinadas (servicios sociales y salud) en centros o servicios que dispensan CLD para el control y actuación sin demora ante situaciones de riesgo.
	100	Desarrollo de la figura de colaboradores/as voluntarios/as con el Servicio de Inspección de centros (personas mayores, personas con discapacidad y familiares).

DESCRIPCIÓN DE LAS 12 MEDIDAS MÁS NOVEDOSAS

1/ Diseño e impartición de talleres reflexivos destinados a generar concienciación social y puesta en valor del cuidado (mirada al cuidado, lenguaje, imagen social, perspectiva de género, etc.) (medida nº 3).

La idea de esta medida es diseñar una serie de talleres reflexivos que contribuyan a generar concienciación social sobre una nueva mirada en el cuidado. Se elaborará una metodología a seguir, aportando materiales audiovisuales y didácticos, para poder ser replicados en metodología de cascada por todo el territorio. Cabe, a modo de ejemplos, citar los siguientes:

Taller. Cuidar personas, acompañar vidas. Dirigido a reflexionar sobre la importancia de la visión de las personas en el cuidado, la importancia del cuidado desde el reconocimiento y de entender el cuidado como el apoyo al proyecto de vida de cada persona.

Taller. Las palabras sí importan. Dirigido a reflexionar sobre el uso del lenguaje para la identificación de estereotipos negativos, la promoción del buen trato, el cuidado y la consideración social de las personas mayores y de las personas con discapacidad.

Taller. Una imagen, + que mil palabras. Dirigido a reflexionar sobre la importancia de la imagen en el buen trato, el cuidado y la consideración social de las personas mayores y las personas con discapacidad.

Taller. *Cuidar, hombres y mujeres*. Dirigido a tomar consciencia de que el cuidado es un asunto que afecta a hombres y mujeres y cómo introducir la perspectiva de género en el mismo.

2/ Creación de la RED para la transformación del cuidado de larga duración en Asturias (Red-T-CLD-Asturias) (medida nº 12).

El objetivo de esta medida es articular una red, integrada por los centros, servicios, profesionales y grupos que quieran estar especialmente comprometidos con este proceso de cambio en el cuidado y que estén dispuestos a involucrarse activamente en medidas incluidas en este plan. La red se concibe como el principal instrumento para el desarrollo participativo de este primer plan de acción, sirviendo de espacio de encuentro, intercambio de información y apoyo a lo largo del proceso de cambio. Los miembros de esta red, deberán aceptar una serie de compromisos y serán reconocidos oficialmente como integrantes de la misma. Se creará mediante resolución administrativa en la cual se describirá el propósito de esta red, sus principales cometidos, los compromisos y beneficios que otorga su pertenencia, el modo de adhesión, así como su estructura y funcionamiento.

3/Creación de puntos de VOZ EN EL CUIDADO en los centros y servicios comprometidos con el cambio (medida nº 14).

Esta medida consiste en la constitución de espacios donde las personas usuarias y familias puedan expresar sus opiniones, preferencias, valoraciones, preocupaciones y propuestas en temas vinculados al cuidado y atención de sus servicios relacionados con el desarrollo de este plan. Se articularán en los propios centros, servicios u organizaciones, pudiéndose aprovechar espacios ya existentes. Serán reconocidos como puntos de voz para desde allí articular consultas a lo largo del desarrollo de este plan. Se elaborará una guía que oriente el propósito de estos puntos, sus principales cometidos y recomendaciones para su buen funcionamiento.

4/ Diseño de una metodología de acompañamiento a de centros y servicios en el proceso de cambio/mejora (medida nº 59).

Este proyecto se dirige a facilitar el proceso de cambio y mejora, teniendo como referente el modelo de rector de la atención, a aquellos

centros y servicios que voluntariamente quieran adherirse y comprometerse activamente con este movimiento de transformación. Para ello deberán elaborar y llevar a cabo un plan de mejora de su actual recurso, para que, de una forma progresiva y adaptada a su realidad, puedan avanzar hacia el marco referencial propuesto.

La participación en este proyecto, incluirá al centro o servicio en la denominada Red pionera por el cambio del cuidado en Asturias y podrá contar con apoyos a lo largo del proceso.

La elaboración y desarrollo de un plan de centro comprometido con el cambio en el cuidado debe contemplar las distintas fases y actuaciones: comunicación interna, creación de un grupo motor, autoevaluación en el modelo rector de atención, elaboración y puesta en marcha de un plan de mejora, evaluación, documentación y transferencia del conocimiento generado).

5/ Creación de espacios de reflexión ética en los propios servicios (medida nº 64).

Esta medida, a desarrollar en colaboración con el Comité de Ética en Intervención Social, pretende extender la iniciativa piloto ya iniciada por este órgano, de modo que los distintos centros y servicios tengan espacios internos, compuestos por profesionales, personas usuarias y familias, formados en ética, para analizar, deliberar y realizar recomendaciones ante situaciones de la atención de los servicios que puedan generar conflictos éticos.

6/ Creación de un laboratorio de ideas para la innovación en el cuidado y la solución de nuevos retos en Asturias (medida nº 68).

Con esta medida se pretende poner en marcha procesos creativos para encontrar nuevas ideas ante situaciones de cuidado identificadas que requieran de respuestas innovadoras. Para ello, se identificarán asuntos de interés y se convocarán grupos de innovación contando con de personas expertas y usuarias siguiendo procesos participativos.

7/ Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores en el CLD (residencias, domicilio, atención diurna, nuevas tecnologías, etc.) (medida nº 69).

Los proyectos piloto tienen el objetivo de poner en marcha intervenciones innovadoras con el propósito de testarlas y generar suficiente conocimiento para orientar futuras generalizaciones. Se propone realizar proyectos piloto para la aplicación del modelo rector en distintos ámbitos (residencial, domicilios y comunidad). En el área 2 de este plan se contemplan líneas de subvenciones para apoyar económicamente proyectos piloto innovadores en el cuidado de larga duración. Todos los proyectos piloto serán acompañados y evaluados.

8/ Diseño de un sistema de información compartida y actualizada para el control y apoyo a los servicios de obligatoria cumplimentación para los centros y servicios con financiación pública (medida nº 88).

Esta medida, inicialmente pensada para centros residenciales, pretenden poner en marcha un sistema de información compartido en el cual se tenga información relevante actualizada de los centros para el control y desarrollo de la calidad de la atención dispensada. Se basará en información importante acorde al modelo rector consensuado. Los centros estarán obligados a su cumplimentación y actualización.

9/ Generación de un sistema de alertas y detección temprana de mala praxis (medida nº 88).

El sistema de información compartida permitirá generar un sistema de alertas que pongan sobre aviso de posibles riesgos en relación a la práctica asistencial. De este modo, las alertas permitirán informar al propio centro y también programar inspecciones monográficas.

10/ 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 modelo rector de atención y calificación de los mismos y publicación en sitios webs de los resultados de los centros residenciales. (medidas nº 89 y 90).

El sistema de evaluación integrará un conjunto de estándares que describan la calidad de los servicios, en coherencia con el modelo de atención consensuado, además de una batería de indicadores de

evaluación (de proceso y de resultados) que permita medir cambios y logros en relación a la atención dispensada. Existirán evaluaciones internas y externas periódicas con carácter obligatorio para los centros que reciban financiación pública. Se publicarán los resultados de los centros residenciales en sitios webs.

11/ Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación y apoyo del cuidado familiar y no profesional (medida nº 91).

121

Esta medida se dirige a crear un sistema propio para evaluar el cuidado familiar y no profesional que cuente con financiación pública. Un sistema pensado fundamentalmente para diseñar apoyos y permitir acompañamientos personalizados a los grupos familiares.

12/ Desarrollo de la figura de colaboradores/as voluntarios/as con el Servicio de Inspección de centros (personas mayores, personas con discapacidad y familiares) (medida nº 100).

Esta medida se dirige a incorporar personas mayores, personas con discapacidad y familiares, como agentes de colaboración en algunas visitas de inspección, considerando que el grupo de pares pueden aportar una visión y colaboración valiosa en el cometido inspector. La idea es que realicen labores complementarias a la labor de inspección, relacionadas con la observación y el diálogo con las personas usuarias y familias de los centros y servicios visitados.

4.4 Cronograma y evaluación de la estrategia

La temporalización de la Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias es de **6 años (diciembre 2021-diciembre 2027)**.

Una primera planificación que, seguramente, precisará de nuevas concreciones. La complejidad inherente a un proceso de transformación de tal calado, así lo requiere.

Para ello se propone una **ordenación temporal orientativa**, de modo que el conjunto de medidas planteadas se irán desplegando de una forma progresiva y flexible, buscando siempre que sea posible la acción colaborativa desde un trabajo coparticipado en red. También hay que señalar que algunas de las medidas del plan están enunciadas intencionalmente de una forma genérica, precisamente para que puedan ser definidas y concretadas desde la coparticipación. En este sentido, asegurar cierta flexibilidad en el desarrollo de las actuaciones es una característica necesaria.

No obstante, se describen 4 fases para impulsar su inicio y guiar el desarrollo progresivo del plan, contemplando sus cinco áreas, las 19 líneas de acción y las 100 medidas que lo componen. Estas fases indican qué medidas al final de cada fase deberán estar completadas, buscando una secuencia facilitadora que permita el avance global y una ejecución eficiente.

INICIO DE LA ESTRATEGIA Diagnóstico inicial y redacción del primer borrador	Junio 2020- Junio 2021
FASE 1/ Puesta en marcha. Preparándonos para comenzar	FINALIZA ⇨⇨ Abril 2022
FASE 2/ Iniciando el cambio y apoyando a los centros y proyectos comprometidos con mismo	FINALIZA ⇨⇨ Marzo 2023
FASE 3/ Consolidando la transformación	FINALIZA ⇨⇨ Diciembre 2026
FASE 4/ Conociendo el impacto logrado y continuando	FINALIZA ⇨⇨ Diciembre 2027

La primera fase, **“Puesta en marcha. Preparándonos para comenzar”**, se dirige a facilitar y el comienzo de la aplicación de la estrategia, permitiendo su desarrollo desde la co-participación de los actores a través de la Red-T- CLD, creada como espacio de intercambio e instrumento de apoyo. Hay que señalar que algunas medidas que se recogen, como las referidas al diagnóstico de la situación de partida y a procesos participativos, se llevaron a cabo con carácter previo a la redacción de este primer borrador. En esta primera fase, además, se podrán iniciar otras medidas que han sido temporalizadas, en cuanto a su finalización, en la fase tercera de este cronograma.

La segunda fase, **“Iniciado el cambio y apoyando a los centros y proyectos comprometidos con mismo”**, se centra precisamente en ofrecer algunas herramientas de apoyo inicial para que los recursos pioneros de nuestra comunidad que quieran adherirse y formar parte de este proceso de progresiva transformación cuenten con apoyos que faciliten su compromiso. Como en la fase primera, en este segundo momento de la estrategia, también se iniciarán y continuarán medidas que pretenden ser completadas en la fase tercera.

La fase tercera, **“Consolidando la transformación”**, pretende asegurar el despliegue y progreso de la totalidad de medidas contempladas en

esta estrategia. Como se ha señalado, aparecen temporalizadas en esta fase haciendo referencia a la fecha máxima en la que se prevé su desarrollo total.

La cuarta fase, “**Conociendo el impacto logrado y continuando**”, se destina fundamentalmente a evaluar el impacto logrado con las medidas desarrolladas en estos años, identificando logros, aprendizajes y nuevos retos.

124

La evaluación de la estrategia, en cuanto a su proceso y resultados esperados, se llevará a cabo de una forma continuada, contando para ello con la participación de los miembros integrados en la RED-T-CLD-Asturias, existiendo, sesiones específicas dedicadas a este cometido tras cada una de estas fases. Ello permitirá realizar ajustes en las medidas inicialmente planteadas así como la inclusión de otras nuevas que se consideren oportunas a lo largo de todo el proceso.

FASE 1. PUESTA EN MARCHA. PREPARÁNDONOS PARA COMENZAR

Temporalización

Finalización: Abril 2022.

Propósito y descripción

Esta primera fase se dirige a orientar y apoyar el despegue o inicio de la estrategia. Incluye un total de trece medidas, las cuales son básicamente de carácter preparatorio (figuran destacadas en amarillo en la tabla cronograma).

Evaluación de la fase 1

En primer lugar se constatará el grado de cumplimiento de la estrategia, dando cuenta de las medidas iniciadas, en desarrollo y las ya realizadas. Este

desarrollo se medirá a través de una escala de tres grados (no iniciada, en desarrollo, realizada). Esta calificación se obtendrá de la evaluación que realicen los integrantes de la red. Se contemplará también la revisión de las medidas planteadas en la estrategia.

En segundo lugar se medirá el logro de los resultados esperados en esta fase, utilizando para ello distintos indicadores.

Resultados esperados:

- Realización de al menos el 95% de las medidas de inicio.
- Creación y puesta en marcha de la Red-T-CLD. Indicadores básicos: aprobación de la resolución administrativa de creación de la Red-, nº de miembros adheridos.
- Identificación e inicio de dos proyectos piloto de Unidades de Convivencia en residencias tradicionales.

Se elaborará y se hará público el informe de evaluación de esta primera fase, proponiendo, en su caso, modificaciones en el plan inicialmente previsto.

FASE 2. INICIANDO EL CAMBIO Y APOYANDO A LOS CENTROS Y PROYECTOS COMPROMETIDOS CON EL MISMO

Temporalización

Finalización: Marzo 2023

Propósito y descripción

En esta segunda fase se irán iniciando de forma progresiva las diferentes medidas correspondientes a las cinco áreas de la estrategia. Además se dirige de forma concreta a impulsar una serie de medidas destinadas a apoyar el proceso de revisión, mejora e innovación de centros y servicios comprometidos con el cambio. Siete medidas específicas que pretenden ofrecer formación y acompañamiento a los centros y proyectos innovadores integrados en la RED-T-CLD-Asturias (figuran en la tabla cronograma destacadas en naranja).

En primer lugar se constatará el grado de desarrollo de la estrategia, dando cuenta de las medidas iniciadas, en desarrollo y las ya realizadas. Este desarrollo se medirá a través de una escala de tres grados (no iniciada, en desarrollo, realizada). Esta calificación se obtendrá de la evaluación que realicen los integrantes de la red. Se contemplará también la revisión de las medidas planteadas.

En segundo lugar se medirá el logro de los resultados esperados en esta fase, utilizando para ello distintos indicadores.

Resultados esperados:

- Realización de al menos el 95% de las medidas de formación y acompañamiento planificadas para esta fase.
- Crecimiento progresivo de la Red-T-CLD-Asturias. Indicadores básicos: nº miembros integrados en la red en este periodo.
- Desarrollo de los dos proyectos piloto de unidades de convivencia en residencias de una forma acorde a la planificación prevista en el proceso de acompañamiento (utilización de una lista de chequeo para corroborar el correcto desarrollo).
- Diseño de materiales formativos y de una metodología de formación en cascada para el apoyo del modelo (medidas 47, 48, 50, 52). Indicadores básicos: nº acciones formativas, nº participantes, encuesta de opinión sobre su utilidad.
- Elaboración y difusión de la guía que orienta el proceso de acompañamiento a centros y servicios en el cambio/mejora del modelo de atención en CLD. Indicadores básicos: nº centros a los que ha llegado la guía, encuesta de opinión sobre su utilidad.
- Celebración de talleres de liderazgo y equipos para apoyar a los responsables de los centros y servicios en el proceso de cambio. Indicadores básicos: nº de talleres, nº participantes y encuesta de opinión por parte de los participantes.

Se elaborará y se hará público el informe de evaluación de esta segunda fase, proponiendo, en su caso, las modificaciones en la planificación vigente que se consideren de interés para optimizar su desarrollo.

FASE 3. CONSOLIDANDO LA TRANSFORMACIÓN

127

Temporalización

Finalización: Diciembre 2026

Propósito y descripción

Esta tercera fase se dirige a impulsar y consolidar el conjunto de medidas que incluyen la presente estrategia. Pretende un avance flexible que permita cambios progresivos en los distintos recursos y territorios en relación a los diversos ámbitos y contextos de cuidados.

Evaluación de la fase 3

En este tercer periodo, anualmente se constatará el grado de desarrollo de la estrategia, dando cuenta de las medidas iniciadas, en desarrollo y las ya realizadas. Este desarrollo se medirá a través de una escala de tres grados (no iniciada, en desarrollo, realizada). Esta calificación se obtendrá de la evaluación que realicen los integrantes de la red. Se contemplará también la revisión y ajuste de las medidas planteadas.

Al finalizar esta fase (diciembre 2026) se medirá el logro de los resultados esperados utilizando para ello distintos indicadores.

Resultados esperados:

- Inicio de al menos el 90% de las medidas de la estrategia.
- Se han conseguido al menos el 75% de las medidas de la estrategia.
- Consolidación del funcionamiento de la Red-T-CLD. Indicadores básicos: nº miembros integrados, nº reuniones mantenidas y

principales acciones realizadas y encuesta de opinión sobre el interés y funcionamiento de la red.

- Incremento y mejora de los resultados logrados en relación al cuidado en casa. Indicadores básicos: nº personas cuidadas en casa, nº y tipo de servicios nuevos creados, nº y tipo de prestaciones recibidas, cambios significativos logrados y encuesta de satisfacción de las personas.
- Cambio en el modelo residencial. Indicadores básicos: nº de unidades de convivencia creadas, nº plazas residenciales en unidades de convivencia modelo hogareño, incremento de habitaciones individuales, prácticas centradas en la persona, cambios significativos en la organización de los servicios y encuesta de satisfacción de las personas-residentes, profesionales y familias.
- Resultados en servicios innovadores en la comunidad (servicios de atención diurna y otros proyectos). Indicadores básicos: Nº y tipo de servicio innovadores creados, nº personas atendidas y encuesta de opinión a personas usuarias, familias y profesionales.

Se elaborará y se hará público el informe de evaluación de esta tercera fase, proponiendo, en su caso, las últimas modificaciones en la planificación vigente que se consideren de interés para optimizar su desarrollo en la recta final de la misma.

FASE 4. EVALUANDO EL IMPACTO Y DANDO CONTINUIDAD

Temporalización

Finalización: Diciembre 2027

Propósito y descripción

Esta cuarta fase se dirige a completar las medidas que no hayan sido completadas en el periodo anterior así como a analizar el impacto de la estrategia, para de este modo obtener conclusiones y aprendizajes, visibilizar y celebrar logros y, en su caso, tras la identificación de futuras necesidades, proponer retos y nuevas planificaciones.

Se evaluará el grado de desarrollo final de la estrategia, dando cuenta de las medidas iniciadas, en desarrollo y las ya realizadas. Este desarrollo se medirá a través de una escala de tres grados (no iniciada, en desarrollo, realizada). Esta calificación se obtendrá de la evaluación que realicen los integrantes de la red.

Es además el momento de conocer el impacto logrado con esta estrategia para la transformación del CLD en el Principado de Asturias. Además de las medidas de seguimiento, se realizará un estudio sobre su impacto, detallando los cambios significativos logrados.

Tabla. Cronograma de la Estrategia T-CLD-Asturias

TIPO DE MEDIDAS	FECHA LÍMITE DE DESARROLLO
PUESTA EN MARCHA. PREPARATORIAS Y DE IMPULSO INICIAL	HASTA ABRIL 2022
APOYO A CENTROS Y PROYECTOS COMPROMETIDOS CON EL CAMBIO	HASTA MARZO 2023
CONSOLIDACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN	HASTA DICIEMBRE 2027

Área I. Sensibilización, comunicación y participación

LÍNEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
1.1. Reconocimiento social y nueva mirada al cuidado	1	Campaña de difusión para la dignificación del cuidado y el cambio del modelo en Asturias.
	2	Identificación y acuerdo de un conjunto medidas para la dignificación del cuidado profesional (salario, ratios, condiciones de trabajo, etc.).
	3	Diseño e impartición de talleres reflexivos destinados a generar concienciación social y puesta en valor del cuidado (mirada al cuidado, lenguaje, imagen social, perspectiva de género, etc.)

	4	Organización de encuentros con los medios de comunicación de Asturias para generar reflexión sobre el tratamiento informativo de las personas mayores, la discapacidad y el cuidado.
	5	Diseño y puesta en marcha de programas en centros educativos con metodologías intergeneracionales.
1.2. Comunicación del nuevo modelo de cuidados	6	Elaboración de una estrategia de comunicación para la presentación del nuevo modelo y la estrategia de transición.
	7	Medidas informativas sobre el nuevo modelo de atención CLD a profesionales, personas usuarias y familias (guías informativas, incorporación de información clave en los planes de acogida, etc.).
1.3. Participación y co-producción en el plan de acción	8	Entrevistas a grupos clave en la fase diagnóstica inicial.
	9	Procesos de consulta pública y participación social on line.
	10	Constitución de la Mesa MARES (Modelo de Atención Residencial) y grupos de trabajo específicos.
	11	Constitución de un grupo de contraste en relación a los CLD de especial complejidad (personas con autismo, con parálisis cerebral, con demencias, con enfermedad mental severa, con trastorno dual discapacidad intelectual-enfermedad mental, etc.).
	12	Creación de la RED TRANSFORMACIÓN CLD en Asturias.
	13	Constitución de la Mesa MAPA (Modelo de Atención de Proximidad) y grupos de trabajo específicos.
	14	Creación de puntos de VOZ EN EL CUIDADO en los centros y servicios comprometidos con el cambio incluyendo una guía que oriente su desarrollo.

Área II. Planificación del sistema de cuidados

LINEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
2.1. Información actualizada e identificación de necesidades	15	Sistema de registro información socio-sanitaria actualizada por áreas que permita diagnóstico de necesidades territoriales vinculadas al CLD.

2.2.Prevencción de la dependencia y apoyo a la fragilidad	16	Impulso y desarrollo de programas de detección y atención a la fragilidad a personas que viven en sus domicilios.
	17	Impulso y desarrollo de programas de apoyo a personas en situación de soledad no deseada y grupos de convivencia especialmente vulnerables.
	18	Programas de prevención del incremento de la dependencia en centros de día y residencias.
	19	Desarrollo de sistemas de Teleasistencia avanzada.
2.3. Capacidad de elección y flexibilidad	20	Incorporación de la metodología de gestión de casos en SS Municipales para situaciones de alta complejidad.
	21	Ampliación de las opciones de elección (centro residencial, centro de atención diurna y servicios de ayuda a domicilio) potenciando el incremento de las prestaciones económicas vinculadas a servicios.
	22	Medidas para flexibilizar el acceso y la atención en ciertos recursos (servicios en zonas rurales, centros y servicios para personas con discapacidad en proceso de envejecimiento, enfermedad mental, etc.).
2.4.Desinstitucionalización y apuesta por el cuidado en casa	23	Priorización e intensificación de las prestaciones para la permanencia en casa (SAD, Teleasistencia, Atención diurna y Prestación económica vinculada al cuidado no profesional).
	24	Desarrollo de la figura del Asistente Personal y el apoyo a la Vida Independiente.
	25	Reorientación y diversificación de los servicios de atención domiciliaria (programa IMPULSAD).
	26	Reorientación y diversificación de los servicios de atención diurna.
	27	Desarrollo e implantación de soluciones basadas en Tecnologías de la Información y la Comunicación para la vida independiente en casa y la generación de entornos accesibles y amigables.
	28	Definición y desarrollo de centros multi-servicios para el apoyo a la permanencia en casa.

	29	Incremento de plazas socio-sanitarias temporales para convalecencia en residencias.
	30	Cambio normativo que impida la construcción de recursos residenciales modelo institucional y oriente la nueva construcción y reformas a modelos centrados en las personas.
	31	Evolución de las plazas residenciales de titularidad pública hacia modelos convivenciales micro y hogareños.
	32	Limitación de las plazas residenciales de titularidad pública a personas con gran dependencia o situaciones de alta complejidad psicosocial.
	33	Apoyo al desarrollo de viviendas para toda la vida que integren servicios de cuidados personales.
	34	Programas de valoración de las necesidades de adaptación del hogar y acceso sin demora a ayudas económicas para la eliminación de barreras y la adquisición de productos de apoyo.
	35	Apoyo a los proyectos de cooperativas de viviendas colaborativas (cohousing).
2.5. Refuerzo del papel de la comunidad	36	Identificación y desarrollo de medidas para mejorar la coordinación con diferentes organizaciones y servicios de la comunidad en asuntos relacionados con la prevención de la dependencia, la promoción de la autonomía personal y el CLD.
	37	Impulso de programas intergeneracionales y proyectos de voluntariado comunitario vinculados al CLD.
2.6. Coordinación interinstitucional	38	Impulso del plan de coordinación socio-sanitaria concretando y evaluando medidas de actuación conjunta entre los dos sistemas referidas a: prevención de la dependencia, cuidados sanitarios (en el domicilio, en los servicios de atención diurna y en centros residenciales).
	39	Identificación de medidas para mejorar la coordinación con diferentes áreas de responsabilidad pública (justicia, empleo, educación, cultura, deporte, etc.) en asuntos relacionados con el CLD.
	40	Uso de las tecnologías avanzadas para la tramitación y gestión de solicitudes y la optimización de los recursos existentes.

	41	Fortalecimiento de la coordinación con servicios sociales municipales a través de los Equipos Territoriales en relación a procedimientos y programas relacionados con el CLD.
--	----	---

Área III. Apoyo a la transformación y a la gestión del cambio en los centros y servicios

LINEAS DE ACCIÓN	MEDIDAS	
3.1. Modificación normativa y otras medidas administrativas	42	Modificación de la normativa de autorización, acreditación e inspección de centros y servicios.
	43	Modificación normativa del SAD en Asturias.
	44	Desarrollo normativo del sistema de información, evaluación y publicitación de la calidad de los servicios de CLD.
	45	Líneas de subvención para apoyar procesos de cambio o mejora acordes al nuevo modelo de atención en CLD en centros y servicios de gestión privada (ESL y empresas).
	46	Inclusión de criterios vinculados al desarrollo del nuevo modelo de atención en CLD en el acuerdo de acción concertada así como en los pliegos administrativos de contratación de servicios
	47	Elaboración de un documento de recomendaciones para la modificación de los convenios colectivos.
	48	Incremento de la cuantía económica de las plazas residenciales gestionadas por la iniciativa privada (con ánimo y sin ánimo de lucro) que cuentan con financiación pública.
3.2. Formación en el nuevo modelo de atención	49	Programa de formación básica sobre el nuevo modelo de atención en CLD y aplicación de un enfoque de Atención Centrada en la Persona.
	50	Acciones formativas en competencias éticas y relacionales clave en el nuevo modelo de atención en CLD.
	51	Formación básica en capacidades digitales que refuercen la colaboración interdisciplinar optimizada.
	52	Acciones formativas referidas a temas de especial complejidad en el cuidado (comunicación y bienestar en personas con demencias, final de la vida, autismo, enfermedad mental grave,

		envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, etc.).
	53	Formación en figuras y metodologías clave para la aplicación del nuevo modelo de atención en CLD (historia de vida, plan de atención personalizada, planificación centrada en la persona, profesional de referencia y gestión de casos).
	54	Formación en la figura del Asistente Personal y el apoyo a la Vida independiente.
	55	Inclusión de acciones formativas para profesionales públicos a través del IAAP sobre el nuevo modelo de atención en CLD y la aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona, incluyendo un itinerario específico de especialización.
	56	Alineamiento de la formación en el nuevo modelo de atención el CLD y en la aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona de entidades, centros y empresas privadas dentro de sus planes de formación.
	57	Programación de webinarios temáticas de temas identificados de interés por la Red-T-CLD.
	58	Desarrollo de programas para cuidadores/as no profesionales en el entorno familiar.
3.3.Acompañamiento en el cambio	59	Diseño de una guía que oriente la metodología de acompañamiento a centros y servicios en el proceso de cambio/mejora del modelo de atención en el CLD.
	60	Impartición de talleres sobre liderazgo y equipos para apoyar a los responsables de los centros y servicios en el proceso de cambio
	61	Elaboración de guías y documentos técnicos para el apoyo y desarrollo del cambio de modelo (reconceptualización de los diferentes servicios, metodologías y asuntos clave, procedimientos de trabajo desde la buena praxis, etc.).
	62	Creación de un equipo de técnicos/as referentes para el asesoramiento a centros y servicios (integrantes de la Red-T-CLD) en el proceso de cambio.
	63	Diseño y consenso de un itinerario de transformación global de las residencias públicas del ERA incluyendo

		medidas a corto, medio y largo plazo.
	64	Creación de espacios de reflexión ética en los propios servicios.
3.4. Preparación y actuación ante emergencias sanitarias	65	Existencia y aplicación de planes de contingencias en los distintos servicios.
	66	Medidas de apoyo por parte de la administración que permitan hacer frente a posibles situaciones de emergencias sanitarias.
	67	Participación de los proveedores de servicios en la revisión y creación de nuevos protocolos socio-sanitarios ante situaciones de posibles futuras emergencias sanitarias.

Área IV. Innovación y conocimiento

LÍNEA DE ACCIÓN	MEDIDAS	
4.1 Innovación y buenas prácticas	68	Creación de un laboratorio de ideas para la innovación en el cuidado y la solución de nuevos retos en Asturias.
	69	Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores en el CLD (residencias, domicilios, atención diurna, servicios integrados de proximidad en zona rurales, nuevas tecnologías, etc.).
	70	Creación de herramientas o procedimientos digitales para identificar y compartir innovaciones y buenas prácticas en entornos similares.
	71	Elaboración de un catálogo BBPP en cuidados de larga duración en Asturias y certificación de las prácticas excelentes.
	72	Celebración de jornadas y premios de innovación y BBPP en servicios sociales y socio-sanitarios en Asturias.
4.2 Investigación	73	Realización y apoyo a estudios relacionados con el proceso de transformación del modelo de CLD.
	74	Realización y apoyo a investigación de soluciones tecnológicas innovadoras relacionadas con el modelo rector de cuidados.
	75	Alineación con las prioridades estratégicas de Asturias S3 asociadas a las distintas áreas socio-sanitarias.

4.3. Documentación	76	Edición y difusión de guías, documentos técnicos, materiales de apoyo, dossiers temáticos, etc., para el desarrollo del cambio de modelo en CLD.
	77	Incorporación de repositorios documentales colaborativos y comunidades de aprendizaje.
4.4. Promoción de la innovación asociada al concepto de salud digital	78	Fomento de la alfabetización digital de profesionales y usuarios para la promoción de la salud, gestión y autocuidado.
	79	Adquisición progresiva de competencias digitales asociadas al paradigma de salud digital.
	80	Refuerzo de infraestructuras IT que garanticen la adecuada privacidad, gestión y explotación de los datos existentes.
	81	Difusión de innovaciones y casos de uso exitosos basados en las tecnologías digitales y habilitadoras en CLD y atención integral.
	82	Innovaciones basadas en el uso de las tecnologías digitales accesibles y habilitadoras para la mejora de experiencia del usuario
	83	Implementación efectiva de tecnologías para la vida independiente.
	84	Desarrollo y aplicación de soluciones de salud digital enfocadas a la prevención y fomento de hábitos saludables.
	85	Refuerzo de la interoperabilidad e integración de datos entre áreas de intervención en relación con la persona usuaria.
	86	Alineamiento de los aspectos tecnológicos con las necesidades y preferencias de las personas.
87	Optimización de los sistemas para el acceso y gestión de datos personales por parte de las propias personas usuarias.	

Área V. Evaluación de la calidad y transparencia

LINEA DE ACCIÓN	MEDIDAS	
5.1. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención	88	Diseño de un sistema de información compartida y actualizada para el control y apoyo a los servicios de obligatoria cumplimentación para los centros y servicios con financiación pública, incluyendo un sistema de generación de alertas y detección temprana de mala praxis.
	89	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.
	90	Publicación en sitios web de los resultados de la evaluación periódica de los centros y servicios que ofrecen CLD.
	91	Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación y apoyo del cuidado no profesional.
	92	Dotación y organización de efectivos habilitados para realizar evaluaciones periódicas de la calidad de los centros y servicios (personal públicos de servicios sociales y salud).
5.2. Acción inspectora	93	Incremento de la dotación del cuerpo de inspectores/as.
	94	Intensificación del número de inspecciones anuales de oficio y monográficas.
	95	Modernización de medios técnicos del servicio de inspección.
	96	Elaboración de planes anuales de inspecciones alineados con la Estrategia-T-CLD-Asturias.
	97	Revisión y endurecimiento de las medidas sancionadoras en relación a incumplimientos laborales y asistenciales por parte de los centros y servicios que prestan CLD.
	98	Inhabilitación de profesionales para prestar cuidado, 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.
	99	Realización de inspecciones coordinadas (servicios sociales y salud) en centros o servicios que dispensan CLD para el control y actuación sin demora ante situaciones de riesgo.

	100	Desarrollo de la figura de colaboradores/as voluntarios/as con el Servicio de Inspección de centros (personas mayores, personas con discapacidad y familiares).
--	-----	---

5 Principales fuentes

Además de las referencias bibliográficas ya indicadas en el apartado 2.2.1 de este documento en el que se citan las principales aportaciones teóricas y empíricas que fundamentan el modelo rector propuesto, este documento ha consultado y se inspira en distintas publicaciones relacionadas con el enfoque de atención centrada en la persona y su aplicación en los cuidados de larga duración. Estas se pueden consultar en el dossier temático publicado por el Centro de Documentación de Servicios Sociales de Asturias (CDSSA), disponible en:

https://www.socialasturias.es/dossieres-tematicos-especializados/centro-de-documentacion/dossieres-tematicos_852_1_ap.html

6 AUTORÍA, PARTICIPACIONES Y AGRADECIMIENTOS

COORDINACIÓN TÉCNICA Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

- **Beatriz Díaz.** Jefa de Sección de proyectos singulares y evaluación de la calidad. Servicio de Inspección y Calidad. Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al cambio social. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.
- **Teresa Martínez.** Servicio de Inspección y Calidad. Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al cambio social. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Redactora principal del documento.

Con la colaboración de:

- **Begoña Menéndez y Begoña López.** Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al cambio social. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Redacción del apartado Análisis de la situación actual en el cuidado de larga duración en Asturias (epígrafes 2.1, 2.2. y 2.3.).
- **Ignacio Pedrosa.** CTIC. Aportaciones al documento en relación a innovación referida a las Tecnologías de Información y Comunicación.

DIRECCIÓN POLÍTICA

- **Melania Álvarez.** Consejera de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.
- **Jimena Pascual.** Directora General de Planificación, Ordenación y Adaptación al cambio social.

PARTICIPACIONES Y AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar queremos destacar la valiosa contribución realizada por los miembros de la MESA MARES (Modelo Atención Residencial Asturias), con sus aportaciones a la estrategia referidas, especialmente, a los servicios residenciales. Por orden alfabético:
 - AARTE
 - AESTE
 - ASCEGE
 - ARGAS
 - CC.OO
 - FAMPA
 - LARES
 - UGT
- En segundo lugar queremos reconocer las relevantes aportaciones recogidas de las distintas entidades y personas que han participado, en calidad de informantes clave, en las entrevistas realizadas en la fase diagnóstica previa a la elaboración de esta estrategia. Sus consideraciones, valoraciones y propuestas han permitido identificar las principales necesidades así como orientar la definición del modelo rector y muchas de las medidas concretas que integran esta estrategia.

Por el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares

Federaciones

- CERMI
- FAMPA

Asociaciones

- ADAFA
- AFESA
- ASOCIACIÓN FAMILIARES DEL ERA
- AXUNTASE
- SECOT

Por parte de responsables políticos

- Paula María Álvarez. Directora General de Gestión de Derechos Sociales.

- Joaquín Monteagudo. Director General de Servicios Sociales y Mayores (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar).
- Ana Suárez. Directora Gerente del ERA (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar).
- Sergio Valles. Director General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (Consejería de Salud)

Por parte de responsables (y en su caso profesionales) de servicios públicos

- COORDINADORES/AS DE EQUIPOS TERRITORIALES
- DIRECTORES/AS DE RESIDENCIAS DEL ERA
- DIRECTORES/AS DE CENTROS DE DÍA DE PERSONAS MAYORES PÚBLICOS
- DIRECTORES/AS DE CENTROS PÚBLICOS DE DISCAPACIDAD
- ENFERMEROS/AS SUPERVISORES (SESPA) EN RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID19
- RESPONSABLES DEL SAD MUNICIPAL (AVILÉS, GIJÓN, CANDAMO Y SIERO)
- VALORADORES/AS DE LA DEPENDENCIA

Por parte de responsables (y en su caso profesionales) de servicios privados

- DIRECTORES/AS DE RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA DE TITULARIDAD PRIVADA (CON ÁNIMO Y SIN ANIMO DE LUCRO)
- DIRECTORES/AS Y PROFESIONALES DE CENTROS PRIVADOS (SIN ÁNIMO DE LUCRO) DE DISCAPACIDAD

Por parte de colegios y asociaciones profesionales

- COLEGIO PROFESIONAL DE EDUCACIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS/AS DE ASTURIAS
- COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE ASTURIAS
- COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
- PLATAFORMA DE AUXILIARES DEL SAD ASTURIAS

Otros

- COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

- OTROS/AS EXPERTOS/AS: José Gutiérrez (Geriatría), Ignacio Pedrosa (Tecnologías de la comunicación e información), Trinidad Suárez (Envejecimiento, enfoque de género y ruralidad)

- En tercer lugar queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas usuarias, familiares y profesionales de atención directa de distintos servicios que compartieron sus opiniones participando en el cuestionario on line diseñado al efecto.

- Y finalmente queremos también expresar nuestra máxima gratitud a los 16 integrantes, que inicialmente han adquirido el compromiso de formar parte del grupo motor de la RED para la transformación del cuidado a larga duración en Asturias (T-CLD-ASTURIAS). Red que permitirá y alentará la acción coparticipada de las entidades, servicios, centros y profesionales que deseen implicarse activamente a lo largo de toda la estrategia. Los 16 integrantes desarrollan actualmente su labor en distintas áreas de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.
 - J. Carlos Álvarez
 - Ana Bernardo
 - Beatriz Díaz
 - Marta de Diego
 - Ana Fernández
 - Diana López
 - Covadonga López
 - Cristina López-Escobar
 - Mónica Martín
 - Fernando Martínez
 - Teresa Martínez
 - Begoña Menéndez
 - Ángeles Muñiz
 - Isabel Salinas
 - Carla Sánchez
 - Ana Suárez