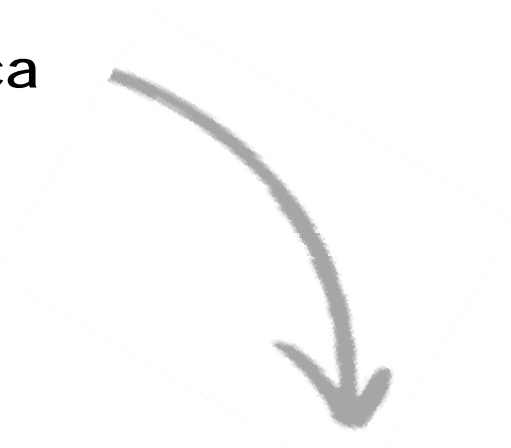




Consulta la buena práctica



Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales

La rueda AICP: Metodología de implantación del modelo

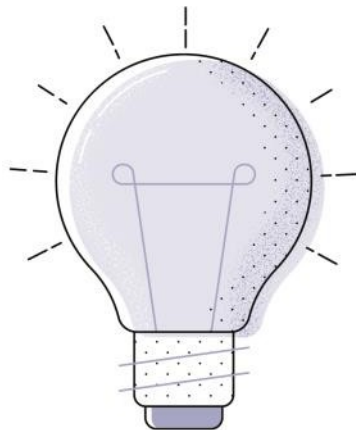


ÍNDICE

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA	3
2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	3
3. PERSONAS BENEFICIARIAS	4
4. TIPO DE ACTIVIDAD	4
5. ÁMBITO TERRITORIAL.....	4
6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA	5
7. JUSTIFICACIÓN	12
8. OBJETIVOS	14
9. PALABRAS CLAVES	14
10. TEMPORALIZACIÓN	15
11. HITOS	16
12. RECURSOS	16
13. FINANCIACIÓN.....	16
14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	16
15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP).....	18
16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS.....	20

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

La rueda de la AICP es un método visual que se elabora mediante un círculo que debe ser dividido en las dimensiones del modelo AICP. Una vez l@s profesionales contestan el cuestionario online, se recogen todas las puntuaciones y se obtiene una media de cada una de las dimensiones, y al unir los diferentes puntos se obtiene una forma, que **informa sobre el equilibrio o falta de él**, en nuestro modelo de atención.



Posteriormente ya en equipo, seleccionamos las dimensiones sobre las que comenzaremos a trabajar (mapa de ruta) y establecemos unas acciones (ficha de acciones), obteniendo un plan que guíe nuestra acción. Es importante recalcar que la rueda AICP no es meramente una herramienta informativa y analítica, sino que su cometido está orientado hacia la motivación, dirección y acción en la consecución de metas del equipo y que facilite la participación también de las personas usuarias y familias.

En el 2021 hicimos una investigación sobre si la rueda coincidía según el grupo de interés que respondiera, participaron personas usuarias, profesionales y familiares.

2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Detallar el ámbito de actuación marcando con una X la opción u opciones que correspondan de la siguiente tabla:

Personalización, integralidad y coordinación: <i>experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.</i>	
Productos de apoyo y TIC: <i>diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tiene necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.</i>	
Entorno físico y comunitario: <i>experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.</i>	
Desarrollo organizativo y profesional: <i>Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.</i>	x
Acciones de comunicación: <i>aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.</i>	
Generación de conocimiento: <i>iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.</i>	
COVID-19: <i>se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.</i>	

3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Detallar las características de las personas beneficiarias marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	x
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	
Otro/s	X
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia:	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Detallar el tipo de actividad de su entidad marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Centro residencial	X
Comunidades, viviendas, domicilios	x
Centros ocupacionales	
Centros de día	X
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica:	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

Detallar el ámbito territorial de su entidad marcando con una X la opción que corresponda, especificando la zona de actuación:

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia): BALEARES	X
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica:	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

Describe a continuación, de forma detallada, en qué consiste la buena práctica, metodología empleada, fases de implementación, etc. (máximo 2.000 palabras):

El área de personas mayores de Intress hace años que trabaja para la implantación de la AICP en nuestros servicios, aprovechando la iniciativa e implicación de los equipos, pero era una implantación sin ningún sistema de medición, planificado a nivel básico, sin una mirada general y cada equipo seguía su metodología.

De ahí surge nuestra Buena Práctica, decidimos crear un proceso que nos permitiera saber dónde estamos, hacia donde queremos llegar, que puntos debemos reforzar y mantener pues son fortalezas, que puntos debemos reforzar y que apoyos pedir.

En el 2020 hicimos un pilotaje con un centro para ajustar tanto la herramienta como el proceso y en el 2021 lo implantamos como área.

La BBPP aúna instrumentos y conocimientos sobre el modelo que nos han permitido crear una metodología de implementación que se adapta a nuestro estilo y necesidades como entidad, y en especial como área.

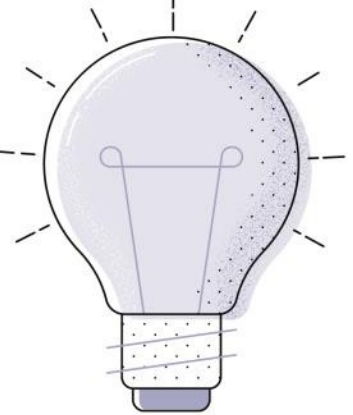
La rueda Aicp tiene dos momentos:

- Pilotaje 2020: se adapta el instrumento Avanzar de Teresa Rodríguez a nuestros servicios y en formato online, se marca una trayectoria y los documentos necesarios de trabajo. El pilotaje se realiza en un centro de día de 15 usuarios y 5 profesionales.
- Implementación 2021: se realizan las adaptaciones derivadas del pilotaje y se inicia la implementación de la metodología en los 7 centros de día, 3 casales de promoción de la autonomía y 1 vivienda tutelada para personas con discapacidad. Participan X profesionales.
- Pilotaje II 202: con los resultados de la primera rueda AICP, nos planteábamos si coincidiesen con la percepción de las personas usuarias y familiares. Creamos un cuestionario online de 20 preguntas, 2 para cada dimensión. Participaron X personas usuarias y X familiares.

Las fases de esta Buena Práctica son:

Fase 0. Presentación del proyecto a las direcciones, profesionales, usuari@s y familiares.

Se explica el procedimiento y el instrumento que se usará. El procedimiento que se sigue es el siguiente:



- a) Todo el equipo recibe el enlace del cuestionario, responderán al cuestionario durante su jornada. Pueden hacerlo desde su móvil, Tablet o el ordenador del centro. Tienen una semana, desde la recepción del enlace, para contestar.
- b) Una vez finalizado el tiempo de respuesta, se analizan los datos y se emite un informe que contendrá: rueda AICP, dimensiones fuertes a mantener, dimensiones a mejorar y dimensiones a trabajar. También se identifican los ítems donde el equipo ha tenido respuestas más dispares.
- c) El informe se explica en la reunión de equipo convocada para ello, y sobre todo se abre el debate para llegar al consenso sobre puntuación en esos ítems identificados como confusos. Se cierra el informe introduciendo las puntuaciones consensuadas nuevas y se vuelve a remitir. También se comparte el informe con las personas usuarias en la asamblea posterior a su elaboración y de la misma forma en una reunión con l@s familiares.
- d) Es el momento del mapa de ruta, un documento que recoge las 10 dimensiones y ítems concretos que se plantean abordar, ya sea de afianzamiento, de avance o de introducción. Recomendamos centrarse en las puntuaciones 1 y 2.
- e) Cuando han seleccionado los 10 ítems concretos, se pasa a la ficha de acción de cada uno de ellos, una ficha que permite explicar cómo mejorarán el ítem y como medirán su consecución o mejora.
- f) Se presenta el mapa y cada una de las acciones a todo el equipo de profesionales, personas usuarias y familiares. Si estos dos últimos grupos aportan sugerencias o cambios, se introducirán para poder obtener el documento definitivo.
- g) En diciembre se hace una evaluación conjunta del mapa y fichas para ver avance o progreso y se comunican los resultados.

Fase 1. Formación

Todas las profesionales de más de 1 año en el área han recibido formación en AICP, ya sea dentro del plan anual de formación, o en la formación online a la que llamamos **Sobremesa AICP** que realizamos durante todo el año conexiones monográficas mensuales de 90 min. en las que tratamos un elemento clave de la AICP, esta formación consta de 10 sesiones, y está especialmente dirigida a las profesionales de nueva incorporación o personas que deseen reciclarse en un tema en concreto.

Es importante asegurarnos que todas las personas que contestarán el cuestionario tienen conocimientos básicos en AICP, por ello las personas usuarias y familiares que en el 2023 se animen a participar en la respuesta al cuestionario también recibirán una formación.

Fase 2. Responder el cuestionario.

L@s miembros del equipo, y en un futuro personas usuarias y familiares, reciben el enlace del cuestionario (<https://forms.gle/q89NRArhji4GroMJA>), se les da una semana de tiempo para responder. Responder al cuestionario lleva 60 – 90 minutos para responder a los 215 ítems que se plantean. El cuestionario se responde durante la jornada laboral o estancia en el centro en el caso de usuari@s. Las familias podrán responder el cuestionario cuando y donde mejor consideren, teniendo a disposición profesionales, espacios y equipamientos para facilitar la tarea.

El Checklist se realiza mínimo cada dos años, menos en los casos donde se observa un cambio en el modelo, si el equipo es nuevo, o si aún no se han cumplido con las acciones del mapa y desean seguir trabajando en ellas. El equipo decide cuando volver a realizar el Checklist.

En el 2023 se plantea incluir a personas usuarias y familiares en la respuesta al cuestionario.

Fase 3. Análisis de resultados y presentación del informe

Una vez recibidas las respuestas se analizan los datos y se elabora un informe que permite al centro obtener una imagen de su nivel de implantación de forma muy visual en forma de rueda. Este informe se presentará también a personas usuarias y familiares.



El informe también presenta la puntuación detallada de cada dimensión, clasificadas en colores. En turquesa las dimensiones a mantener (con puntuaciones de 2,5 a 3), naranja a mejorar (de 2,5 a 2) y magenta las dimensiones a introducir (1 a 1'9).

C1_ CONOCIMIENTO DE LA PERSONA	2,2
C2_ AUTONOMIA	2,2
C3_ COMUNICACION	2,5
C4_ INDIVIDUALIZACIÓN Y BIENESTAR	2,4
C5_ INTIMIDAD	2,4
C6_ ACTIVIDAD COTIDIANA	2,2
C7_ ESPACIO FÍSICO	2,4
C8_ FAMILIA Y AMISTADES	2,1
C9_ COMUNIDAD	1,7
C10_ ORGANIZACION	2,2
	2,23

Si se detecta un ítem con respuestas muy dispares entre los miembros del equipo se resalta en el informe para poder debatirla en la reunión de mapa para clarificar y consensuar la puntuación, un ejemplo sería, cuando un mismo ítem es puntuado por un@ miembr@s con un 3, otr@s con un 2 y el resto con un 1, esta disparidad significa o que no se ha entendido la pregunta o que no están refiriéndose a lo mismo, como podemos ver en el ejemplo. A partir del 2023 se añadirán al debate personas usuarias y familias , si su respuesta difiere de la de l@s profesionales.

Las personas participan en su arreglo personal eligiendo como peinarse y arreglarse.	2	2	1	3	3	1	1	2	1,9
Las asistencias para ir al baño o cambiar los absorbentes siguen pautas personalizadas, no hay horarios estancos programados de forma estándar.	1	1	1	3	3	3	3	1	2

En el informe también tienen la puntuación de cada uno de los ítems, clasificados por

dimensiones.

	Se procura una relación cercana con las familias, evitando que estas se sientan juzgadas, culpabilizadas o inseguras. Se busca generar una relación de confianza ayuda y colaboración	2,7
	Se anima a que las familias estén presentes y participen en las actividades y vida cotidiana del centro	2,2
8. FAMILIA Y AMISTADES	Se estimula a que las personas conserven y mantengan contacto con sus amistades ya sea dentro o fuera del centro	2,7
	Se facilita que las personas tengan las comunicaciones que deseen con sus amistades, ya sea por teléfono, correo o internet.	2,8
	El centro no tiene un horario de visitas establecido.	2,7
	Existen espacios de visita privados	2,8
	Las visitas pueden comer, merendar o cenar en el centro con su familiar o amigo/a.	2,8

Fase 4. Reunión de mapa

Se convoca al equipo para compartir el informe y elección de los 10 ítems que van a abordar y que aparecerán en el mapa de ruta. El mapa de ruta es un documento que recoge de forma simplificada los objetivos del equipo. Desde el área recomendamos no elegir más de 10 ítems, pero se puede valorar porque muchos de ellos cuando se abordan tienen mejora automática de otros. Un ejemplo de mapa de ruta:

Mapa de ruta

Fecha inicio del mapa:

Servicio:

Fecha final del mapa:

Dimensión	Ítem	Fecha consecución	Responsable
1	Además de los datos de salud recogemos aspectos centrales de la persona” tales como: Su historia de vida, las metas u objetivos que la propia persona señala como su actual proyecto de vida, Sus fortalezas y capacidades, Sus preferencias en los cuidados, Sus preferencias en vida cotidiana, Su satisfacción con la vida.	2º semestre 2021	TS
1	Contamos con espacios (reuniones de grupo, perfiles de capacidades) para visibilizar y compartir este acercamiento desde la puesta en valor de la persona.	1º semestre 2021	Dirección
	Los menús tienen opciones que permiten adaptarse a los gustos y no solo a la dieta recomendada.	1º semestre 2021	Gerocultora 1
	Las personas eligen dónde comer (en que mesa, comedor, cafetería, terraza...) y con quién.	1º semestre 2021	Gerocultora 2
	Existe un documento que orienta sobre la secuencia y acciones a realizar para valorar, estimar y en su caso apoyar las preferencias que conllevan riesgos. Se aplica cuando estas se producen.	1º semestre 2021	Dirección
	Cuando la persona tiene competencia para elegir se le informa de los beneficios esperados de seguir las indicaciones como de los riesgos que asumen cuando no se aceptan. Una vez informada, tiene la opción de renunciar a las indicaciones técnicas, siempre que su decisión no afecte a terceros o les provoque perjuicio, asumiendo y firmando expresamente su decisión.	2º semestre 2021	TS
	Sabemos si la persona ha realizado un documento donde se recogen sus voluntades anticipadas y llegado el caso se tiene en cuenta	1º semestre 2021	Dirección
	Se realiza algún acto de despedida donde puedan participar la familia, compañeros y profesionales.	2º semestre 2021	Gerocultora 3
	Las personas pueden recibir visitas y mantener conversaciones en espacios privados, sin que les oigan otras personas.	2º semestre 2021	Gerocultora 4
	Las personas usuarias participan en la programación de las actividades mediante las asambleas, donde los/as profesionales plantean las actividades para el mes siguiente y donde las personas usuarias pueden también hacer propuestas o sugerir cambios.	2º semestre 2021	Gerocultora 5

Finaliza la reunión con el acuerdo de l@s miembros del equipo piensen o recojan acciones o ideas para abordar los ítems seleccionados y los presenten en la reunión de acciones dentro de 15 días. Se facilitará una copia a cada miembro y se cuelga

en el tablón de equipo.

Fase 5. Reunión de acciones

El objetivo de esta reunión es concretar con que acciones trabajaremos los ítems seleccionados, para ello se compartirán las ideas individuales para construir acciones consensuadas por el equipo. Un ítem puede abordarse hasta con tres acciones, depende del nivel que se quiera alcanzar, no es lo mismo un ítem con una media de 2,5, que uno con una media de 1. Recomendamos plantearse aumentar a la puntuación siguiente, es decir, si trabajamos un ítem con un 1 la meta será obtener un 2 en el próximo check-list.

Para cada acción se hará una ficha que nos permitirá explicar la metodología y desarrollo, así como también medir el nivel de consecución:



<i>Nom de l'acció</i>			
<i>Component</i>		<i>Qui</i>	
<i>Acció clau a la que correspon</i>		<i>Recursos específics</i>	
<i>Descripció de l'acció del servei</i>		<i>Indicadors de consecució:</i>	Del 25 %
			Del 50 %
			Del 75 %
			Del 100 %
<i>Temporalització (data de consecució)</i>		<i>Data avaluació</i>	
		<i>Compliment</i> <small>(marca amb una X el % de consecució de l'acció)</small>	0%
			25%
			50%
			75%
100%			
		<i>Observacions sobre el compliment</i>	

Fase 6. Compartir con personas usuarias y familias

Uno de los objetivos de esta metodología es facilitar la participación de las personas usuarias y de las familias no sólo en aspectos del día a día del centro o en los planes de cuidado, sino también participar en la implantación del modelo de forma estratégica, pasando a auténticos colaboradores en la implantación estando informad@s del plan de implantación y pudiendo aportar sugerencias o mejoras a las acciones que el equipo se ha planteado.

Fase 7. Evaluación anual

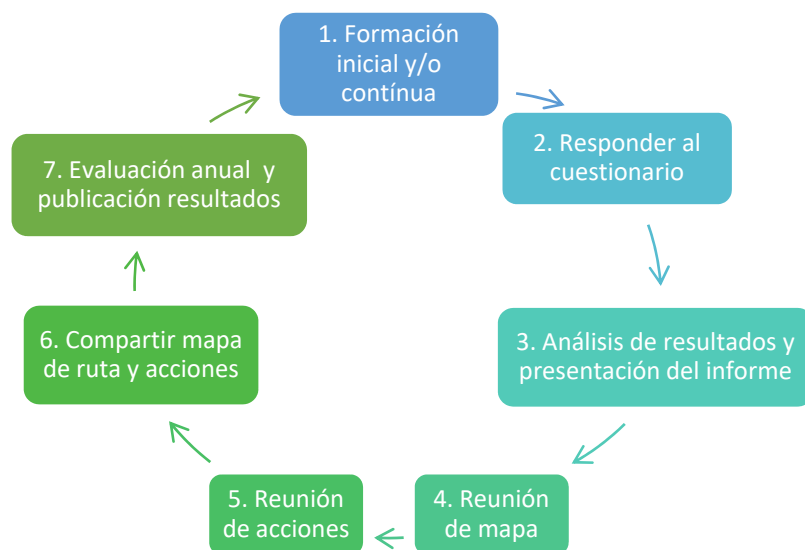
El mes de noviembre se realiza una reunión para evaluar las fichas de acciones y ver el progreso o analizar las dificultades, aquí se deciden que acciones por falta de tiempo pasan al mapa del año siguiente y cuales se dan por finalizadas.

Los resultados de esta evaluación se compartirán con el equipo, con las personas usuarias en la asamblea de diciembre y con las familias mediante un informe.

La metodología presentada tiene un carácter cíclico, al igual que la metodología PDCA, que garantiza la atención continua sobre la mejora de la calidad del modelo de atención. Después de la evaluación y aplicación de acciones de mejora, el proceso se reinicia.

La rueda AICP permite a profesionales evaluar su propio método de trabajo y mejorarlo en los aspectos que consideran prioritarios, así como también permite la colaboración de cómo desarrollar las acciones de mejora a personas usuarias y familias. Debido a que el nivel de implantación del modelo en un servicio forma parte de un proceso integral, los resultados de la rueda AICP impactan positivamente a toda el área de conocimiento

El proceso cíclico de la rueda AICP sería el siguiente, no incluimos la fase 0 al ser un momento que solo se da al inicio del proyecto. Este ciclo se repetiría, mínimo, cada dos años, coincidiendo con la nueva respuesta al cuestionario:



7. JUSTIFICACIÓN

Especifique el motivo o causa que motivó la puesta en marcha de la iniciativa:

Hace años que en el área de personas mayores trabajamos y nos formamos para poder implementar y desarrollar el modelo AICP en nuestros servicios, pero nos encontrábamos con las siguientes dificultades:

- esta implementación iba ligada a la voluntad de la dirección
- no había una metodología que se adaptara a nuestra forma de trabajar
- no existía una sistematización ni recogida de datos ni cumplimiento
- la implantación era un proceso aleatorio sin una planificación.

Nuestra metodología se inspira en la herramienta visual de coaching personal de la rueda de la vida que facilita la obtención de una visión gráfica de los aspectos que componen nuestra vida y el grado de satisfacción y equilibrio respecto a ellos, originada por Paul J. Meyer, un pionero en el área de desarrollo personal y profesional y fundador de Success Motivation Institute.

Al ser una herramienta de autoanálisis por áreas consideramos que podía ligarse al instrumento AVANZAR de Teresa Martínez que también analiza por dimensiones, y que favorecería una toma de conciencia acerca del nivel de implantación o avance en el que nos encontramos y los aspectos en los que debemos trabajar y mejorar para alcanzar un mayor progreso en relación con el modelo.

Esta herramienta nos ha sido útil para:

- Obtener una mayor percepción y perspectiva integral respecto a las dimensiones que conforman el modelo.
- Identificación de las dimensiones más desarrolladas y fuertes, y cuáles precisan de un mayor trabajo ya que el equipo considera que están más alejadas del modelo.
- Evaluación del nivel de desarrollo del modelo en el servicio tanto global como parcial o por dimensiones.
- Facilita el proceso de toma de decisiones respecto a qué dimensiones debemos mejorar debido a la clarificación y consenso.
- Estimula la acción debido a que clarifica la dirección en la que debemos focalizar las energías y esfuerzo.
- Promueve la motivación debido a que proporciona un enfoque y a que fomenta el establecimiento de objetivos y la planificación.
- Permite la visualización de los progresos realizados mediante la recogida de indicadores por acción y la evaluación anual.
- Puede ser aplicada en diferentes tipos de servicios de atención a personas mayores o discapacidad, así como también nos ofrece una visión como área de conocimiento.

Complementando a esta herramienta hemos diseñado el mapa de ruta, con las fichas de acción de cada una que lo conforman.

Las distintas herramientas se combinan y coordinan dando lugar a una metodología cíclica , de similitud a la PDCA.

8. OBJETIVOS

Indique el Objetivo General y los Objetivos Específicos de la iniciativa:

Objetivos generales:

- OG1: Ofrecer una metodología de implantación del modelo AICP en los servicios de atención.
- OG2: Medir progresos y recoger acciones, para poder realizar una evaluación global sobre el trabajo realizado.
- OG3: Obtener una foto de la situación actual como área de conocimiento para poder ofrecer las herramientas necesarias a l@s profesionales que apoyen y faciliten su avance en la implantación.
- OG4: Integrar a las personas usuarias y familiares en el proceso de implantación del modelo desde un nivel más estratégico, transformándolos en colaborador@s.

Objetivos específicos:

- OE1: Crear una herramienta y desarrollar una metodología para implantar el modelo AICP en los servicios y obtener una imagen sobre el nivel de implantación como área.
- OE2: Obtener una mayor percepción y perspectiva integral respecto a las dimensiones que conforman el modelo como servicio y área de conocimiento.
- OE3: Identificar las dimensiones consideradas fuertes, cuáles a mantener y cuales a mejorar o iniciar.
- OE4: Facilitar la toma de decisiones, planificación y ejecución de los equipos sobre AICP.
- OE5: Facilitar la participación de las personas usuarias y familias a un nivel más estratégico.

9. PALABRAS CLAVES

Describa cuatro "palabras claves" relacionadas con su buena práctica y porqué tienen importancia, por ejemplo: palabra clave "Personalización", porque llevamos a cabo

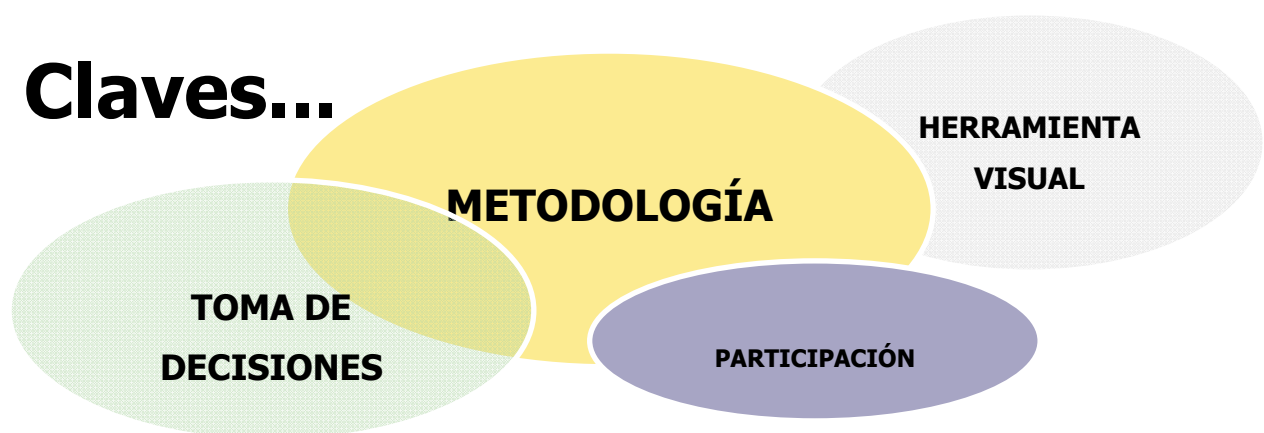
una atención personalizada, centrada en las características e idiosincrasia de cada una de las personas, teniendo en cuenta su opinión, intereses, valores, costumbres...

Palabra clave 1: **Metodología**, ofrecemos una metodología que facilita la implantación desde el autoanálisis, consenso y mejora continua. El objetivo final es sistematizar y dotar de una estructura a la implantación del modelo AICP, desde el autoanálisis hasta la evaluación de las acciones priorizadas por el equipo.

Palabra clave 2: **Herramienta visual**, uso de una herramienta que nos ofrece una imagen en la que fácilmente se identifica las dimensiones fuertes, a mantener y mejorar. Al ser visual ofrece una visión también de los progresos.

Palabra clave 3: **Toma de decisiones**, los equipos se vuelven más ágiles en cuanto a la toma de decisiones, selección de objetivos y desarrollo de acciones, así como también evalúan de forma más concreta sobre el progreso que se ha conseguido.

Palabra clave 4: **Participación**, esta metodología incluye en la planificación y evaluación no sólo a profesionales, sino también a personas usuarias y familias que hasta ahora tenían una participación en aspectos más operativos del día a día , y mediante esta metodología pasan a un nivel más estratégico, obteniendo una visión integral del servicio y sobre todo , entendiendo su modelo de atención.



10. TEMPORALIZACIÓN

Indique la fecha de inicio de la buena práctica (mes y año):

Este proyecto se inicia en Septiembre del 2021 y no tiene una fecha fin en el tiempo.

11. HITOS

Describir hitos importantes, como, por ejemplo, premios, reconocimientos recibidos por la iniciativa que se presenta. Si no los hubiera, indicar no procede.

No procede.

12. RECURSOS

Describir los recursos necesarios para llevar a cabo la experiencia, en cuanto a personal necesario y recursos materiales:

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:
 - Dirección del área de conocimiento.
 - Equipo de profesionales del centro.
- Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:
 - Cuestionario online.
 - Documentos: proceso, informe resultados, mapa de ruta y ficha acciones.

13. FINANCIACIÓN

Detallar el tipo de financiación con el que cuenta la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Recursos propios	X
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	
Subvenciones	
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Elegir el objetivo/s de desarrollo sostenible a los que contribuya la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	
Igualdad de género	
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	X
Reducción de las desigualdades	X
Ciudades y comunidades sostenibles	
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	X
Alianzas para lograr los objetivos	
No procede / No aplica	

15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

Esta BBPP pretende sistematizar y ofrecer una metodología que por una parte facilite el análisis de la situación y toma de decisiones, pero también que permita la recogida de indicadores que permitan visualizar el progreso con relación a la implantación del modelo, tanto a nivel de servicio como de área.

La implantación del modelo en los centros tiene el objetivo final de resultar apoyos profesionales que se adapten a los planes y/o proyectos de vida de las personas usuarias, así como también fomentar la toma de decisiones a niveles más estratégicos de personas usuarias y familias.

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

La rueda Aicp es una garantía de que en los centros desarrolla estrategias para respetar la individualidad de las personas usuarias. La experiencia considera la individualidad de cada persona tanto usuaria como profesional, trabajando directamente con la gestión y las personas.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

La rueda Aicp es una garantía de que en los centros ofrece los espacios donde las personas usuarias los gestionan y los usan de forma independiente, y donde los profesionales están a disposición por si requieren apoyos determinados. Además, esta experiencia ayuda a incorporar la independencia de trabajo personal y entre equipos.

Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

Para garantizar la actuación óptima y desarrollo en **todas las dimensiones** del modelo, el conjunto de acciones para la mejora debe planificarse, organizarse y evaluar, no sólo por parte de l@s profesionales, sino también de las personas usuarias y familias.

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

El hecho de obtener unos documentos como son el informe de resultados y el mapa de ruta facilita que se compartan con las personas usuarias y familiares el nivel de implantación y las acciones que se considera abordar, de esta forma facilitamos integrar en las fichas de acción propuestas o sugerencias recibidas de personas usuarias y familiares o la aprobación del mapa y sus acciones tal cual se presenta.

También la herramienta asegura la participación en la evaluación de tod@s l@s profesionales al facilitar el cuestionario online, pero también genera el trabajo en equipo agilizando la toma de decisiones y planificación al trabajar sobre ya un informe de resultados.

Principio de Inclusión social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

El análisis global de la situación del servicio facilita la implantación del modelo de forma integral. Como se trabaja desde la AICP, la experiencia permite introducir la inclusión social en todo su desarrollo.

Principio de Continuidad de atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

Entendiendo la implantación como un proceso de mejora continua en las dimensiones que lo conforman, entendemos que garantiza la continuidad de la atención porque nos facilita adaptar la atención y los apoyos que se ofrecen de acuerdo con la situación actual del centro o área de conocimiento, así como también facilita la continuidad de los cuidados en cuanto a la participación de personas usuarias y familiares.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

La innovación es procedimentar la implantación del modelo AICP que contemple desde la autoevaluación hasta la evaluación de la planificación, así como también destacamos el uso de nuevas tecnologías y extender la participación en un nivel más estratégico a personas usuarias y familias.

Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

Esta Buena Práctica consideramos que puede replicarse en cualquier servicio de atención a las personas mayores y/o con discapacidad. Es una metodología que se usa tanto a nivel operativo como organizacional, en este caso cómo área de conocimiento.

Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

Esta experiencia trabaja con diferentes equipos de trabajo internamente, pero permite conectar a las personas profesionales a la vez que a las usuarias y familias. Además, se ha consolidado a través de la integración de ayuda profesional externa.

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

Se cuida el uso de un lenguaje inclusivo y con perspectiva de género tanto en cuestionarios como en documentos o presentaciones. Desde el modelo AICP, se garantiza la diversidad de las personas tanto usuarias como profesionales, considerando sus preferencias en todo momento.

Criterio de Evaluación y Resultados

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

La BBPP cuenta con sistemas de evaluación en diferentes momentos, los cuales explicaremos a continuación:

1) Efectividad y cumplimiento de objetivos

- Evaluación inicial: Checklist e informe de resultados Checklist
- Evaluación intermedia: presentación del mapa de ruta y fichas de acciones.
- Evaluación final: del mapa de ruta y fichas de resultados.
- % de acciones desarrolladas con un cumplimiento menor del 50%
- % de acciones desarrolladas con un cumplimiento mayor del 50%
- % de acciones desarrolladas con un cumplimiento del 100%
- % de dimensiones que han aumentado su puntuación en implantación.
- % de servicios que han informado a personas usuarias
- % de servicios que han informado a familiares

2) Impacto social

- Informe de resultados por servicio
- Informe de resultados por área
- Profesionales que han participado en el proceso
- Profesionales que han participado en la formación "Sobremesa AICP"
- Personas usuarias que han participado en la formación "Sobremesa AICP" (2023)
- Familiares que han participado en la formación "Sobremesa AICP" (2023)
- % de servicios que han aumentado su puntuación en implantación del modelo cada 2 años.
- % de aumento del Grado de satisfacción de las personas usuarias y familiares desde el desarrollo de la metodología.
- Personas usuarias que han participado en el proceso de Checklist (2023)
- Familiares que han participado en el proceso de Checklist (2023)

¿Qué resultados se han obtenido?

- El nivel de implantación del modelo en el área de promoción de la autonomía personal en Intress es del X, sobre 3.
- Las dos dimensiones más desarrolladas son:
 - Las dimensiones menos desarrolladas son:
 - N° de profesionales que participan en la formación "Sobremesa AICP"
 - EL X% de los servicios han realizado el Checklist
 - El X% de los servicios han desarrollado el mapa de ruta
 - El X% de los servicios han desarrollado las fichas de acciones
 - N° de acciones propuestas como área
 - Nª de acciones desarrolladas con un cumplimiento menor del 50% como

Criterio de Perspectiva de Género

- área
- N^a de acciones desarrolladas con un cumplimiento mayor del 50% como área
- N^a de acciones desarrolladas con un cumplimiento del 100% como área
- N^o de personas usuarias a las que se le ha presentado el proceso
- N de familiares a las que se le ha presentado el proceso
- El grado de satisfacción general de las personas usuarias desde el desarrollo de la metodología es del X , X puntos por encima del año anterior.
- El grado de satisfacción general de las familias desde el desarrollo de la metodología es del X , X puntos por encima del año anterior.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

Se utiliza un centro facilitador que también ha sido evaluado por las personas usuarias. El ambiente se trabaja en esta experiencia tanto a un nivel físico como organizacional.