

Versión resumida

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

Cuidando personas,
acompañando vidas

1

Sobre este documento

Este documento es la versión abreviada de la Estrategia para la Transformación del Modelo de Cuidados de Larga Duración (CLD) a personas adultas en el Principado de Asturias.

2

Presenta de forma esquemática una selección de los principales contenidos que integran el documento completo:

- 1/** Las principales necesidades identificadas y algunas recomendaciones a tener en cuenta en el nuevo modelo de cuidados de larga duración en el ámbito de los Servicios Sociales del Principado de Asturias tras el análisis de la situación de partida realizado.
- 2/** El modelo de atención propuesto para definir y orientar la calidad de la atención en los centros y servicios, de titularidad pública y privada, que ofrecen CLD.
- 3/** Las áreas, líneas de acción y medidas que integran la Estrategia para la Transformación del CLD a personas adultas en el Principado de Asturias en el ámbito de los Servicios Sociales. Fases y cronograma previsto.

Esta versión resumida permite obtener una visión rápida de la información más relevante que integra la versión completa, lectura que se recomienda para poder tener una correcta comprensión e interpretación del proceso llevado a cabo y de las propuestas que esta estrategia contempla.

1/Las principales necesidades identificadas y algunas recomendaciones a tener en cuenta en la Estrategia para la Transformación del Modelo de CLD a personas adultas en el Principado de Asturias.

Esta estrategia parte de un análisis de la situación de partida realizado que ha teniendo en cuenta, fundamentalmente, **tres fuentes**:

- La **descripción de la red de servicios sociales** que ofrecen CLD existentes en el Principado de Asturias.
- Un **estudio realizado sobre la actual demanda de cuidados de larga duración** (Blanco et al., 2021) mediante una encuesta a una muestra representativa de la población asturiana entre 55 y 75 años.
- **Entrevistas realizadas un amplio grupo de informantes clave** (83 personas, pertenecientes a 62 entidades/servicios/instituciones) realizadas en el periodo octubre 2020-marzo 2021, indagando sobre la percepción de la necesidad de un cambio en el CLD en Asturias, sobre las fortalezas y debilidades de los actuales servicios, así como sobre las vivencias y aprendizajes extraídos de la pandemia ocasionada por la Covid-19.

La integración de toda esta información obtenida desde la escucha a diversos actores en el CLD en Asturias y recabada en meses de trabajo previo, ha permitido identificar un conjunto de necesidades así como diversas consideraciones de interés para mejorar el sistema de cuidados de larga duración y los actuales centros y servicios.

A continuación se recogen las **doce necesidades identificadas** junto con algunas **recomendaciones de ellas derivadas**.

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.

5

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.

6

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.

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.

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 orientador en el CLD. 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 orientador 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 SOCIO SANITARIA

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 socio sanitaria entre los recursos residenciales, de atención diurna así como del SAD y los diferentes servicios de salud (primaria y especializada). Impulsar las actuales estructuras socio sanitarias 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.

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

11

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.

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

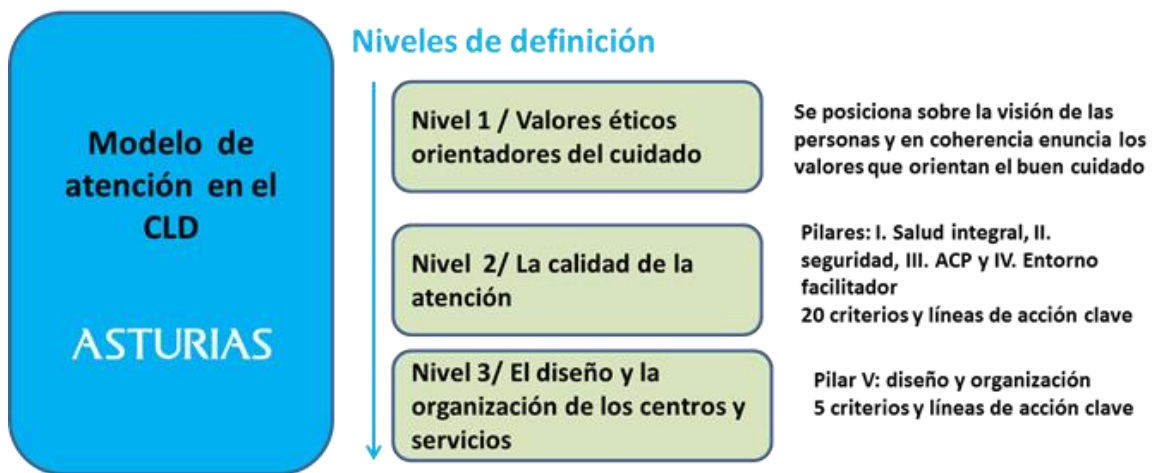
La Estrategia para la transformación del CLD a personas adultas en el Principado de Asturias parte de un **modelo orientador que define la calidad de los centros y servicios (tanto de titularidad pública como privada) en el ámbito de los Servicios Sociales**. Un punto de partida que se considera indispensable para orientar el diseño y cambio de los centros, servicios y también de los proyectos innovadores. Un marco que aunque es de carácter teórico, tiene una clara vocación aplicada y surge para orientar los distintos procesos de cambio, mejora e innovación, desde una determinada definición de la calidad en el cuidado, sin por ello perder de vista la necesaria flexibilidad que deben tener los centros, servicios y proyectos en su diseño y gestión.

Una mirada y definición de la calidad asistencial orientada desde la óptica del BUEN TRATO que cuenta con una doble fundamentación: la ética y la evidencia científica.

De este modo, el modelo orientador propuesto se describe desde tres niveles complementarios:

- a) Un primer nivel de **orden ético**, que partiendo de una visión posicionada sobre las personas que precisan cuidados, enuncia con claridad el conjunto de valores rectores dirigidos al **BUEN TRATO**.
- b) Un segundo nivel de **orden teórico**, que define la **calidad de la atención** de los servicios que prestan cuidados de larga duración. Un marco que se articula en cuatro pilares fundamentales (salud integral, seguridad, atención centrada en la persona y entorno facilitador), formulando 20 criterios de calidad (5 por cada pilar) así como distintas acciones clave y elementos clave que facilitan su desarrollo.
- c) Un tercer nivel, **relacionado con la gestión** de los centros y servicios, que añade un quinto pilar de calidad referido al **diseño y organización** de los mismos. Este pilar señala 5 criterios y distintos elementos y acciones clave para que la gestión de los servicios sea acorde a los dos niveles anteriores.

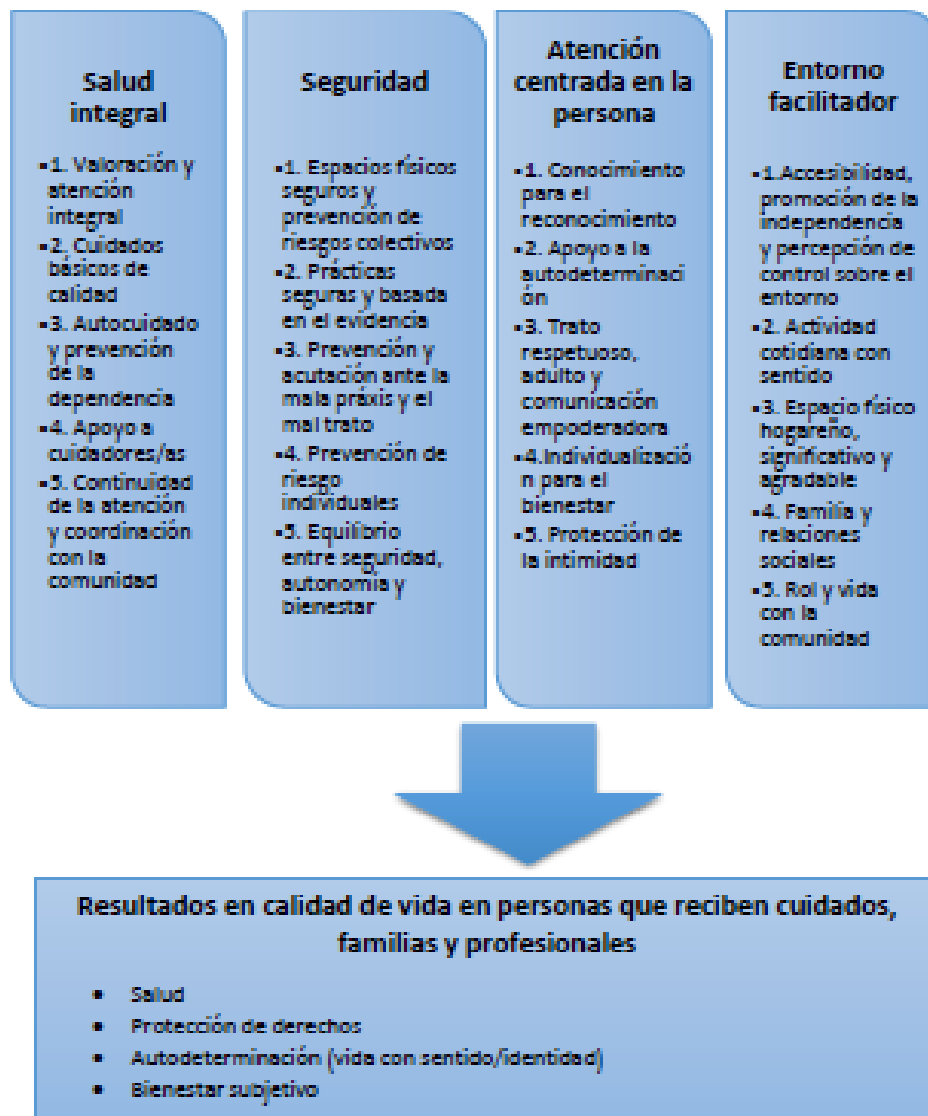
En resumen, se propone un modelo que contempla atención y gestión, señalando 25 criterios que orientan la calidad de los servicios que ofrecen cuidados de larga duración. Un modelo del cual se derivará un sistema de evaluación periódica, consensuando estándares e indicadores referidos a las principales tipologías de servicios, para así permitir el seguimiento, control y desarrollo de la calidad de la atención dispensada.



2. Primer nivel definitorio 1. Valores éticos orientadores del cuidado.

| 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. |

2.1. Segundo nivel definitorio. La calidad de la atención.



A continuación se muestra la definición de los 20 criterios que definen la calidad de la atención en estos cuatro pilares. En la versión completa se ofrecen para cada criterio las líneas y elementos de acción clave que facilitan el desarrollo del mismo.

PRIMER PILAR. SALUD INTEGRAL

Criterio 1. Valoración y atención integral. 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.

17

Criterio 2. Cuidados básicos de calidad. 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.

Criterio 3. Autocuidado y prevención de la dependencia. 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.

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

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

SEGUNDO PILAR. SEGURIDAD

Criterio 6. Espacios físicos seguros y prevención de riesgos colectivos.

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

18

Criterio 7. Prácticas seguras y basadas en la evidencia.

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.

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

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

Criterio 9. Prevención de riesgos individuales.

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.

Criterio 10. Equilibrio entre seguridad, autonomía y bienestar emocional.

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).

TERCER PILAR. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Criterio 11. Conocimiento y reconocimiento. 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.

19

Criterio 12. Apoyo a la autodeterminación. 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.

Criterio 13. Trato respetuoso, adulto y comunicación empoderadora. 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.

Criterio 14. Individualización para el bienestar. 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.

Criterio 15. Protección de la intimidad. 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.).

CUARTO PILAR. ENTORNO FACILITADOR

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

20

Criterio 17. Actividad cotidiana con sentido. El servicio/centro, sus profesionales, familias y voluntarios/as, facilitan, permiten y proponen la realización actividades estimulantes, agradables y con sentido para las personas.

Criterio 18. Espacio físico hogareño, significativo y agradable. El espacio físico del centro está orientado a las personas, participando estas en su diseño y ofrece un ambiente confortable y hogareño.

Criterio 19. Familia y relaciones sociales. 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.

Criterio 20. Rol y vida en la comunidad. 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.

2.2. Tercer nivel definitorio. Criterios y elementos clave en el diseño y organización de los centros y servicios

QUINTO PILAR. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN

21

A los 20 criterios anteriores, este modelo en este tercer nivel vinculado al diseño y gestión de los centros y servicios, añade otros cinco. En la versión completa se ofrecen para cada criterio las líneas y elementos de acción clave que facilitan su desarrollo.

Criterio 21. Elementos clave en el diseño y organización interna de los servicios. El centro/servicio contempla y desarrolla criterios de organización interna que facilitan una atención alineada con el modelo orientador propuesto.

Criterio 22. Liderazgo transformacional y desarrollo organizacional afín al modelo orientador. 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. Criterio 23. Reconocimiento y apoyo a profesionales y a equipos de trabajo. 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.

Criterio 24. Coordinación con otros sistemas y entorno comunitario. 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.

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






3/ Áreas, líneas de acción y medidas de la Estrategia para la transformación del CLD a personas adultas en el Principado de Asturias. Fases y cronograma.

La Estrategia para la Transformación del modelo de CLD a personas adultas en el Principado de Asturias se estructura en **5 áreas** que, a su vez, se desarrollan en **20 líneas de acción** complementaria y un total de **105 medidas**.

En el documento que ofrece la versión completa, se describen las distintas líneas de acción así como las 12 medidas más novedosas.

La estrategia tendrá una duración de **6 años (diciembre 2021-diciembre 2027)**. En la versión completa se describen las cuatro fases para su puesta en marcha que se contemplan así como la evaluación prevista.

Las cinco áreas de la Estrategia T-CLD-Asturias

-  **Área I** **Sensibilización, comunicación y participación**
-  **Área II** **Planificación del sistema de cuidados**
-  **Área III** **Apoyo a la transformación y a la gestión del cambio en los centros y servicios**
-  **Área IV** **Innovación y conocimiento**
-  **Área V** **Evaluación de la calidad y transparencia**

Fases y cronograma

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

Líneas de acción y medidas

| Área I. Sensibilización, comunicación y participación | | |
|---|---------|--|
| 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 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 la estrategia | 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 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

| 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 dirigido 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 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 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 hogareños y centrados en las personas. |

| | | |
|--|----|--|
| | 31 | Evolución de las plazas residenciales de titularidad pública hacia modelos convivenciales micro y hogareños. |
| | 32 | Priorización 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 del papel de la farmacia comunitaria como recurso de proximidad para el desarrollo de programas de apoyo a las personas que precisan cuidados y a sus cuidadores/as. |
| | 38 | Impulso de programas intergeneracionales y proyectos de voluntariado comunitario vinculados al CLD. |
| 2.6. Coordinación interinstitucional | 39 | 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). |
| | 40 | 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. |
| | 41 | Uso de las tecnologías avanzadas para la tramitación y gestión de solicitudes y la optimización de los recursos existentes. |
| | 42 | Fortalecimiento de la coordinación con servicios sociales municipales a través de los Equipos |

| | | |
|---|----|---|
| | | Territoriales en relación a procedimientos y programas relacionados con el CLD. |
| 2.7. Competencias profesionales afines al modelo orientador en CLD | 43 | Creación de un grupo de trabajo, junto con los diversos colegios profesionales, para el análisis del rol y las competencias profesionales vinculados al modelo orientador en CLD. |
| | 44 | Elaboración de un documento de propuestas en relación a competencias profesionales y necesidades formativas de los distintos grupos profesionales implicados en 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 | 45 | Modificación de la normativa de autorización, acreditación e inspección de centros y servicios. |
| | 46 | Modificación normativa del SAD en Asturias. |
| | 47 | Desarrollo normativo del sistema de información, evaluación y publicitación de la calidad de los servicios de CLD. |
| | 48 | 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). |
| | 49 | 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. |
| | 50 | Elaboración de un documento de recomendaciones para la modificación de los convenios colectivos. |
| | 51 | 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 modelo orientador de la atención | 52 | Programa de formación básica sobre el nuevo modelo de atención en CLD y aplicación de un enfoque de Atención Centrada en la Persona. |

| | | |
|--|----|---|
| | 53 | Acciones formativas en competencias éticas y relacionales clave en el nuevo modelo de atención en CLD. |
| | 54 | Formación básica en capacidades digitales que refuercen la colaboración interdisciplinar optimizada. |
| | 55 | 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.). |
| | 56 | 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 en centros y gestión de casos en el SAD). |
| | 57 | Formación en la figura del Asistente Personal y el apoyo a la Vida Independiente. |
| | 58 | 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. |
| | 59 | Alineamiento de la formación en el nuevo modelo de atención en CLD y en la aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona por parte de entidades, centros y empresas privadas dentro de sus planes de formación. |
| | 60 | Programación de webinarios temáticas identificadas de especial interés por la Red-T-CLD. |
| | 61 | Desarrollo de programas formativos para cuidadores/as no profesionales en el entorno familiar. |
| 3.3.Acompañamiento en el cambio | 62 | 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 CLD. |
| | 63 | Impartición de talleres sobre liderazgo y equipos para apoyar a los responsables de los centros y servicios en el proceso de cambio. |
| | 64 | 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.). |
| | 65 | 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. |
| | 66 | Diseño y consenso de un itinerario de transformación global de las residencias públicas del ERA incluyendo medidas a corto, medio y largo plazo. |
| | 67 | Creación de espacios de reflexión ética en los propios servicios. |
| 3.4. Preparación y actuación ante emergencias sanitarias | 68 | Existencia y aplicación de planes de contingencia en los distintos servicios. |
| | 69 | Medidas de apoyo por parte de la administración que permitan hacer frente a posibles situaciones de emergencias sanitarias. |
| | 70 | 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

| LÍNEA DE ACCIÓN | MEDIDAS | |
|--|----------------|--|
| 4.1 Innovación y buenas prácticas | 71 | Creación de un laboratorio de ideas para la innovación en el cuidado y la solución de nuevos retos en Asturias, conectando con iniciativas ya en marcha en el campo de la innovación en el CLD. |
| | 72 | Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores en CLD vinculados al cambio en el modelo residencial (unidades de convivencia modelo hogareño). |
| | 73 | Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores en CLD vinculados a la mejora y diversificación de la atención diurna. |
| | 74 | Identificación y apoyo a proyectos piloto innovadores dirigidos a la creación de ecosistemas locales de cuidados, nuevos servicios de proximidad, etc., adaptados a las distintas necesidades territoriales. |
| | 75 | Creación de herramientas o procedimientos digitales para identificar y compartir innovaciones y buenas prácticas en entornos similares. |

| | | |
|--|----|--|
| | 76 | Elaboración de un catálogo de Buenas Prácticas (BBPP) en CLD en Asturias y certificación de las prácticas excelentes. |
| | 77 | Celebración de jornadas y premios de innovación y BBPP en servicios sociales y socio-sanitarios en Asturias. |
| 4.2 Investigación | 78 | Realización y apoyo a estudios relacionados con el proceso de transformación del modelo de atención en CLD. |
| | 79 | Realización y apoyo a la investigación de soluciones tecnológicas innovadoras relacionadas con el modelo orientador de CLD. |
| | 80 | Alineación con las prioridades estratégicas de Asturias S3 asociadas a las distintas áreas socio-sanitarias. |
| 4.3. Documentación | 81 | Edición y difusión de guías, documentos técnicos, materiales de apoyo, dossiers temáticos, etc., para el desarrollo del cambio de modelo de atención en CLD. |
| | 82 | Incorporación de repositorios documentales colaborativos y comunidades de aprendizaje. |
| 4.4. Promoción de la innovación asociada al concepto de salud digital | 83 | Fomento de la alfabetización digital de profesionales y usuarios para la promoción de la salud, gestión y autocuidado. |
| | 84 | Adquisición progresiva de competencias digitales asociadas al paradigma de salud digital. |
| | 85 | Refuerzo de infraestructuras IT que garanticen la adecuada privacidad, gestión y explotación de los datos existentes. |
| | 86 | Difusión de innovaciones y casos de uso exitoso basados en las tecnologías digitales y habilitadoras en CLD y atención integral. |
| | 87 | Innovaciones basadas en el uso de las tecnologías digitales accesibles y habilitadoras para la mejora de la experiencia de la persona usuaria. |
| | 88 | Implementación efectiva de tecnologías para la vida independiente. |
| | 89 | Desarrollo y aplicación de soluciones de salud digital enfocadas a la prevención y al fomento de hábitos saludables. |

| | | |
|--|----|---|
| | 90 | Refuerzo de la interoperabilidad e integración de datos entre áreas de intervención en relación con la persona usuaria. |
| | 91 | Alineamiento de los aspectos tecnológicos con las necesidades y preferencias de las personas. |
| | 92 | 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

| LÍNEA DE ACCIÓN | MEDIDAS | |
|---|---------|--|
| 5.1. Información actualizada y evaluación periódica de la calidad de la atención | 93 | Diseño de un sistema de información compartida y actualizada de obligatoria cumplimentación para los centros y servicios con financiación pública, incluyendo un sistema de generación de alertas y detección temprana de mala praxis. |
| | 94 | Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación (interna y externa) de los diferentes servicios basado en estándares de calidad e indicadores, acorde al nuevo modelo de atención en CLD. |
| | 95 | Publicación en sitios web de los resultados de la evaluación periódica de los centros y servicios que ofrecen CLD. |
| | 96 | Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación y apoyo del cuidado no profesional. |
| | 97 | Dotación y organización de efectivos habilitados para realizar evaluaciones periódicas de la calidad de los centros y servicios (personal público de servicios sociales y salud). |
| 5.2. Acción inspectora | 98 | Incremento de la dotación del cuerpo de inspectores/as. |
| | 99 | Intensificación del número de inspecciones anuales de oficio y monográficas. |
| | 100 | Modernización de medios técnicos del servicio de inspección. |
| | 101 | Elaboración de planes anuales de inspección alineados con la Estrategia T-CLD-Asturias. |

| | | |
|--|-----|--|
| | 102 | Revisión y endurecimiento de las medidas sancionadoras en relación a incumplimientos laborales y asistenciales por parte de centros y servicios que prestan CLD. |
| | 103 | Inhabilitación de profesionales para prestar cuidados, así como en su caso de titulares de servicios para operar en el sector, tras la constatación de infracciones de especial gravedad como delitos de maltrato. |
| | 104 | Realización de inspecciones coordinadas (servicios sociales y salud) en centros o servicios que dispensan CLD para el control y la actuación sin demora ante situaciones de riesgo. |
| | 105 | Desarrollo de la figura de colaboradores/as voluntarios/as con el Servicio de Inspección de centros (personas mayores, personas con discapacidad y familiares). |