



# CuidAs

## GUÍA 1: CÓMO LIDERAR EL CAMBIO. AVANZANDO HACIA EL MODELO ORIENTADOR DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,  
Transformación y Resiliencia



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE DERECHOS  
SOCIALES Y BIENESTAR





# CuidAs

## GUÍA 1: CÓMO LIDERAR EL CAMBIO. AVANZANDO HACIA EL MODELO ORIENTADOR DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

#CuidandoPersonasAcompañandoVidas



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,  
Transformación y Resiliencia



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE DERECHOS  
SOCIALES Y BIENESTAR

© Septiembre, 2022

Versión original: Marzo, 2022.

Elaborada por: Teresa Martínez Rodríguez.

Edita: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.

Diseño y maquetación: Lola G. Zapico.

Depósito legal: AS 02104-2022



## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>PREPARARSE PARA EMPEZAR</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>DIEZ PASOS PARA LIDERAR UN PROCESO DE CAMBIO O MEJORA</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>25</b>
<b>5.</b>	<b>PARA SABER MÁS</b>	<b>35</b>



# 1. INTRODUCCIÓN

Esta guía ha sido diseñada para apoyar procesos de cambio y mejora hacia el modelo de calidad que orienta el cambio en el CLD en Asturias.\*

En primer lugar, se dirige a los centros y servicios comprometidos con el cambio que se hayan adherido bajo esta modalidad a la Red CuidAs, para facilitarles alguna información sobre cómo liderar internamente un proceso de revisión y mejora en su propio recurso.

En segundo lugar, se dirige a los y las profesionales, entidades, consultores, etc., que vayan a realizar labores de asesoramiento y acompañamiento a los distintos centros y servicios para avanzar en este tránsito.

Se trata de una guía breve que ofrece una información resumida de los principales asuntos que deberán ser contemplados. Es por tanto, una propuesta meramente orientativa que simplemente pretende ofrecer pistas generales sobre cómo liderar una secuencia ordenada. Lógicamente, el camino a seguir deberá ser concretado y decidido en cada lugar teniendo en cuenta las opciones reales y su momento actual.

En el apartado **Prepararse para empezar** se señalan algunas claves iniciales importantes a tener en cuenta con carácter previo, antes de iniciar este proceso. En el apartado **Diez pasos para conducir un proceso de cambio o mejora** se ofrece una secuencia general que puede ayudar a guiar un recorrido de progreso. En **Anexos** se comparten algunos soportes que pueden servir de apoyo para distintos cometidos y fases del proceso. Finalmente, en **Para saber más** se referencian diversos documentos y herramientas de interés.

---

\* Esta guía se inspira en distintas publicaciones que se relacionan en el último apartado, **Para saber más**. Fundamentalmente resume y adapta contenidos de publicaciones previas de Teresa Martínez (2013), así como de materiales docentes suyos no publicados, contando para ello con el permiso de la autora.



## 2. PREPARARSE PARA EMPEZAR

Abordar un cambio de modelo en un centro o servicio no es algo que se pueda improvisar, hay que prepararse. Llevar a la práctica el modelo orientador propuesto para facilitar una atención de calidad en los centros y servicios, como marco teórico de la Estrategia CuidAs, puede resultar de cierta complejidad. No obstante, siempre es posible iniciar procesos de mejora gradual, adaptados a las posibilidades de cada servicio que vayan enfocando el cambio.

En esta fase preparatoria, queremos señalar la importancia de cuatro asuntos. Los tres primeros pueden ser entendidos como condiciones facilitadoras del proceso. El cuarto tiene el objetivo exploratorio de identificar facilitadores y barreras en el centro/servicio, lo cual ayudará a plantear mejor el inicio de cada proceso de mejora.

### 2.1. COMPROMISO POR PARTE DE LOS RESPONSABLES DEL CENTRO/SERVICIO U ORGANIZACIÓN CON AVANZAR EN EL MODELO ORIENTADOR

La implicación de los responsables del centro o servicio es una condición necesaria para avanzar hacia un cambio global del modelo de atención y no conformarse con buenas prácticas aisladas. Conocer el modelo orientador y asumir un compromiso con el desarrollo de sus criterios y la puesta en marcha de las acciones clave es, sin lugar a duda, un primer paso. Ello no quiere decir que el proceso, a nivel técnico, pueda estar delegado en otras figuras y profesionales, pero estos deben estar amparados siempre por el compromiso de los responsables del servicio u organización.

En el Anexo 1 figura el modelo orientador del CLD, marco referente de la calidad de centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración en el Principado de Asturias, el cual se estructura en cinco pilares (salud integral, seguridad, atención centrada en la persona, entorno facilitador y diseño/organización de los centros y servicios) y se desarrolla en veinticinco criterios.





## 2.2. APUESTA POR UN LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y COMPARTIDO

La figura de dirección es clave en un proceso global de cambio, pero debe asumir un liderazgo compartido, empoderando por una parte a los equipos y a los distintos profesionales, pero también implicando a la personas usuarias y a sus familias. Sin la implicación de todos los agentes que participan en el cuidado y atención cotidiana de los centros y servicios, será muy difícil lograr un cambio real en el día a día.

La figura de dirección, a su vez, debe ser respaldada por su organización, es decir, recibir apoyo y recursos que permitan abordar este proceso. Cuando no esté suficientemente motivada para acometer este proceso también puede ser conveniente plantear su relevo. Si quien o quienes tienen la máxima responsabilidad del centro/servicio no lideran el proceso con creencia y saber hacer, el riesgo de fracasar es alto.

Liderazgo transformacional significa estimular y apoyar, por parte del centro/servicio/organización, procesos de crecimiento y cambio en las personas y equipos. Procesos de desarrollo acordes a los valores de la organización y que permitan el fortalecimiento de actitudes y capacidades que, a su vez, faciliten la aplicación del modelo orientador.

El modelo orientador precisa de organizaciones más horizontales, con mayor compromiso de las personas, lo cual requiere apoyo a las personas y trabajar relaciones interpersonales basadas en la confianza.

## 2.3. UN GRUPO MOTOR DE ARRANQUE INICIAL COMPROMETIDO

Una medida que suele resultar de gran ayuda para iniciar estos procesos es la de proponer un grupo motor reducido “inicial o de arranque” que apoye, junto con la dirección del centro o servicio, el comienzo del proceso de revisión y mejora. Lo más operativo suele ser contar inicialmente con personas claramente implicadas y comprometidas con el cambio. Posteriormente se deberá ampliar el grupo, pero para comenzar, es bueno que exista un grupo tractor motivado, a ser posible contando con varios profesionales de distintas categorías que tengan capacidad de liderazgo y que cuenten con formación previa en modelos de calidad de vida y atención centrada en la persona.



## 2.4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO/SERVICIO. IDENTIFICACIÓN DE FACILITADORES Y BARRERAS

En esta fase preparatoria será conveniente realizar un primer chequeo de los facilitadores y las barreras que existen en el centro/servicio en el momento actual. La idea es identificar ambos de una forma sencilla, para así poder reconocer y poner a disposición aquellos elementos posibilitadores de la mejora, a la par minimizar las dificultades detectadas.

En el Anexo 2 se ofrece un listado de facilitadores y barreras descritos en relación al avance hacia centros/servicios centrados en las personas agrupados en diferentes áreas. Una relación que puede ayudar a la identificación de los mismos y que, sin ningún problema, puede ser adaptada o ampliada.

Una vez realizada esta primera revisión, será el momento de definir qué tipo de proyecto se va a acometer estableciendo el alcance del mismo en el centro/servicio/organización. Por ejemplo, decidir si se va a realizar un proyecto piloto en parte del centro o servicio o si se va a intervenir en la totalidad del mismo.

En caso de encontrar barreras importantes, podrá ser necesario tomar algunas medidas antes de iniciar el proceso de revisión y mejora. Por ejemplo, si la ratio de un servicio es claramente insuficiente, quizás sea imprescindible empezar por allí. Si el clima laboral es muy negativo, lo más oportuno puede ser comenzar por idear alguna intervención organizacional dirigida a sanear esta situación.

### 3. DIEZ PASOS PARA LIDERAR UN PROCESO DE MEJORA

Una vez realizada la fase preparatoria, se señalan diez pasos que pueden ayudar a conducir el proceso de mejora en el centro o servicio tomando como referencia el modelo orientador propuesto.

Se trata de una secuencia orientativa que, por supuesto, puede y debe ser adaptada a la realidad y momento de cada recurso.

<b>PASO 1</b>	Comunicación interna de la propuesta
<b>PASO 2</b>	Reflexión compartida sobre la mirada a las personas, los valores del buen cuidado y definición de la misión/visión del centro/servicio
<b>PASO 3</b>	Consolidación de un grupo motor
<b>PASO 4</b>	Formación básica sobre los elementos clave para avanzar hacia una atención centrada en las personas
<b>PASO 5</b>	Autoevaluación participativa
<b>PASO 6</b>	Elaboración del primer plan de mejora
<b>PASO 7</b>	Formación en apoyo al plan de mejora
<b>PASO 8</b>	Puesta en marcha del plan de mejora y acompañamiento
<b>PASO 9</b>	Seguimiento, documentación y evaluación del primer plan de mejora
<b>PASO 10</b>	Seguir avanzando

Veamos con un poco más de detenimiento cada uno de estos pasos.



---

## PASO 1 Comunicación interna de la propuesta

---

La comunicación en el propio centro/servicio de que existe una propuesta de iniciar un proceso de revisión participativa y de mejora es algo esencial para que el proceso funcione. Tiene varios objetivos: informar de lo que se pretende, sensibilizar de la necesidad de ello, despejar dudas y generar alianzas.

El primer objetivo es facilitar información al conjunto del centro o servicio (personas usuarias, familias y profesionales). Una buena información es el principal antídoto frente a los rumores y los malos entendidos. Para ello es importante identificar los principales mensajes a transmitir, quiénes son los destinatarios, quién va informar y qué estrategia se va a seguir.

---

### Se deberá ofrecer información sobre:

- El contexto del proceso: la Estrategia CuidAs como herramienta del cambio en el cuidado.
  - El modelo orientador, como referente marco de la calidad de los servicios
  - Qué motiva la decisión del centro/servicio a adherirse a este proceso de cambio, qué aporta a lo que ya se tiene, qué se pretende hacer en el centro/servicio y cómo se va ir desarrollando.
  - Cómo se piensa facilitar la comunicación y participación a lo largo del proceso de los implicados (personas usuarias, familias y profesionales). Es decir, qué canales de información se prevé utilizar.
- 

Es importante que el grupo motor de arranque lidere este proceso, y se conviertan en los principales referentes e informadores de todo el proceso. También será necesario generar canales de información permanentes (reuniones periódicas, espacios webs para consultas, etc.) así como un lugar donde se puede consultar la información y la documentación de interés.



---

### Posibles actuaciones informativas:

- ◆ Identificación de mensajes principales a transmitir y personas destinatarias.
  - ◆ Reuniones con personas usuarias, familias y profesionales.
  - ◆ Jornada abierta informativa.
  - ◆ Canales de información permanente.
  - ◆ Repositorio de documentación básica.
  - ◆ Reuniones y acuerdos con organizaciones sindicales.
- 

La comunicación interna tiene otros objetivos que van más allá de la información, pretende sensibilizar sobre la necesidad [y oportunidad] de liderar un cambio en el modelo de atención y generar alianzas desde la invitación a la participación en el proceso.

Un aspecto de especial relevancia es identificar las dudas, dificultades y resistencias que esta propuesta puede suscitar. Han de entenderse como algo normal en todo proceso de cambio y buscar acuerdos y alianzas. Para ello es importante partir del reconocimiento de los logros y fortalezas del centro/servicio, que siempre existen, además de permitir que afloren las principales dificultades, temores y resistencias.

El esfuerzo invertido en esta fase (que en ocasiones puede llegar a ser importante) nunca es un tiempo perdido, ya que se traducirá en una mayor colaboración posterior.



---

### Algunas estrategias que pueden ayudarnos en nuestro objetivo de sensibilizar y generar alianzas:

- ▶ Indagar y compartir los momentos y experiencias que nos han hecho “replantearnos” la atención que damos o el modelo que tenemos, vivencias que si sabemos aprovecharlas suponen “un antes y un después”.
  - ▶ Identificar y abordar las resistencias que el grupo tiene ante el cambio. Unas tienen que ver con falta de información (creencias erróneas sobre lo que es este modelo de atención), otras provienen de dudas justificadas (escasez de recursos, normativas que impiden ciertas acciones...) mientras que muchas de ellas son temores.
  - ▶ Dejar que afloren las resistencias, comentarlas, empatizar con los temores que esconden, informar sobre creencias incorrectas, reconocer las dificultades reales, señalar y visualizar alternativas que puedan ser realistas y efectivas.
  - ▶ Conocer cómo lo han hecho en otros centros o servicios. Visitar otros recursos, escuchar experiencias y testimonios, ver vídeos de experiencias reales, conocer cómo ha sido su proceso, sus dificultades, sus logros y trasladar su balance positivo final, tiene un poder extraordinario. Especialmente cuando la experiencia la trasladan “iguales”.
  - ▶ Visibilizar y concretar lo que aporta avanzar en el modelo orientador y en un enfoque centrado en las personas. En muchos casos los y las profesionales están convencidos de que “eso ya lo hacemos”. Poner ejemplos, comparar modos diferentes de resolver situaciones (confrontando formas orientadas al servicio y formas orientadas a las personas), realizar chequeos de formas de actuar ante situaciones del día a día suele dar buenos resultados.
  - ▶ Reconocer el esfuerzo que esto supone, pero insistir y hacer ver los beneficios. Si no se percibe el beneficio o necesidad del cambio es muy difícil apuntarse al mismo. Es fundamental ser capaces de transmitir lo que supone este modelo de atención haciendo un especial hincapié en los beneficios que reporta para todos, no solo para las personas usuarias sino también para profesionales y organización.
  - ▶ No negar las dificultades y reconocer los límites. No todo es posible y es importante conocer hasta dónde se puede llegar y qué aspectos u objetivo no son posibles.
  - ▶ Insistir en la flexibilidad del proceso y la apuesta por la participación de los implicados. Es un proceso que debe ser necesariamente construido desde la coparticipación.
-



---

## **PASO 2 Reflexión compartida sobre la mirada a las personas, los valores del buen cuidado y definición de la misión/visión del centro/servicio**

---

Propiciar espacios donde se pueda generar una reflexión compartida entre profesionales, familias y personas usuarias es algo fundamental en este proceso.

Tomando como referencia la visión que el modelo orientador propone de las personas que precisan cuidados y los valores del buen cuidado que de ella se derivan, se recomienda abrir espacios participativos en los que se pueda reflexionar colectivamente sobre:

### **a) La visión que se tiene de las personas [personas usuarias, familias y profesionales] y de sus roles en el cuidado.**

---

#### **Algunas preguntas:**

- ¿Cómo ven los y las profesionales a las personas usuarias? ¿Y a las familias?
  - ¿Cómo ven las familias a profesionales y a personas usuarias?
  - ¿Y las personas usuarias, cómo ven a familiares y a profesionales?
- 

### **b) Lo que se entiende por el buen cuidado, es decir, los valores centrales del mismo.**

Esta primera reflexión, si es bien conducida, permite un espacio de encuentro y enriquecimiento potentísimo, será el momento de definir de una forma consensuada cuál ha de ser la misión y visión del centro/servicio. Es posible que el centro/servicio ya tenga estas definiciones —suele ser un cometido habitual cuando se definen los procesos o sistemas de calidad— pero quizás sea ahora una buena ocasión de revisarlos desde un espacio participativo y ver si se sitúan en coherencia con el modelo orientador.

- 
- ▶ **La misión.** Es el propósito o razón que da sentido a la existencia del centro/servicio. Es importante asegurarse de que está enunciada de una forma acorde a las propuestas del modelo orientador. Su enunciado debe motivar a las personas y mostrar la apuesta del centro.
  - ▶ **La visión.** Es la forma como la organización se ve a sí misma en un futuro. Visualiza el centro incorporando los cambios previstos y los objetivos que se pretenden alcanzar.
-



Una vez consensuados los valores, la misión y la visión del centro/servicio, ya se puede decir que se cuenta con el “ideario del centro”. Es el faro que permitirá dar luz a las dudas que surjan y especialmente a cotejar si las prácticas cotidianas son acordes al modelo [expresado en valores, misión y visión] por el que se ha apostado.

---

### **PASO 3 Consolidación de un grupo motor**

---

En este tercer momento es cuando se propone consolidar y ampliar el inicial grupo motor que facilitó el arranque del proceso.

El esfuerzo y compromiso del conjunto del personal del centro/servicio es indispensable para avanzar en este modelo. Tanto por parte del equipo técnico como por parte del conjunto de auxiliares, gerocultores/as o cuidadores/as, que son quienes acompañan y apoyan a lo largo del día a las personas, así como del resto de profesionales que aunque no realicen atención directa en los cuidados, tienen cometidos importantes en otros servicios (limpieza, lavandería, cocina, mantenimiento, recepción, etc.). La implicación de las personas usuarias y las familias también resulta esencial en el cambio.

El proceso de incorporación de todos estos agentes a un grupo promotor puede requerir de distintas actuaciones y tiempos en función de la cultura participativa del centro. En los casos de centros/servicios que vienen de modelos alejados de la ACP suele ser necesario un trabajo previo solo con profesionales para que comprendan la visión del cuidado que ofrece este modelo y contribuyan a facilitar la participación de las personas usuarias y de sus familias. No obstante, desde el inicio hay que buscar modos en que las personas usuarias y familias participen en el proceso de revisión y mejora.

Es recomendable que en cada centro/servicio (o incluso a nivel de organización) se elabore un documento que recoja los cometidos del grupo motor.





---

#### **PASO 4 Formación básica sobre los elementos clave para avanzar hacia una atención centrada en las personas**

---

Este es el momento de facilitar una formación inicial sobre las principales consideraciones, elementos y acciones clave para avanzar hacia una atención centrada en las personas, un enfoque que se escucha repetidamente, pero sobre el cual existen algunos equívocos.

De inicio se recomienda una formación para el conjunto de profesionales del centro o servicio, pero no hay que descartar hacerla extensible a familiares y personas usuarias, utilizando formatos menos técnicos.

Se trataría de una formación básica, no muy extensa, que abarcara asuntos como los siguientes:

- El concepto de atención centrada en la persona. Qué es y no es.
- La atención personalizada, algunas claves para avanzar.
- El entorno facilitador. La importancia del día a día: el espacio físico, la actividad y las relaciones interpersonales.
- La cultura y la organización.

En el Anexo 3 se ofrece un desglose de algunos contenidos optando siempre por la formación reflexiva.



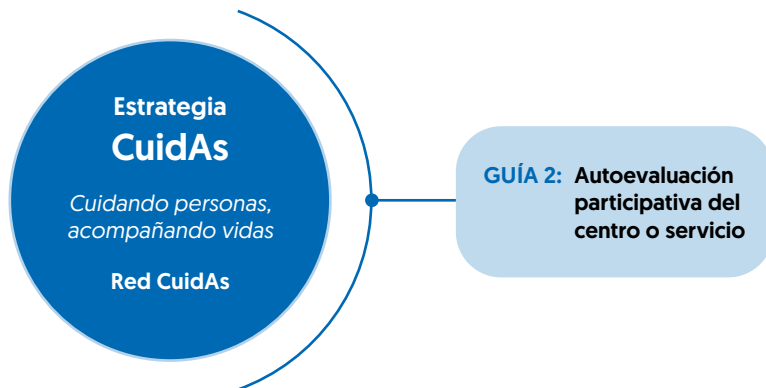
---

## PASO 5 Autoevaluación participativa

---

En este quinto paso el objetivo es que el centro/servicio lleve a cabo una autoevaluación cualitativa de su situación actual en los cinco pilares del modelo orientador utilizando para ello sesiones de revisión participativa. Para orientar este proceso de revisión se ha elaborado la Guía para la autoevaluación participativa del centro/servicio.

Tras esta revisión participativa, el centro/servicio contará con una autoevaluación en los veinticinco criterios, identificando tanto los logros alcanzados como las áreas de mejora. Un proceso liderado por el grupo motor pero que debe extenderse al conjunto de profesionales, personas usuarias y familias.



---

## PASO 6 Elaboración del primer plan de mejora

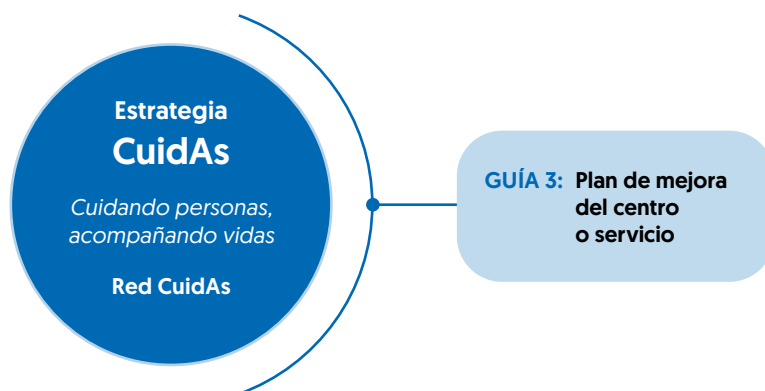
---

Partiendo de la autoevaluación realizada, el grupo motor, elaborará un primer plan de mejora, proponiendo un conjunto de medidas referidas a los cinco pilares del modelo orientador, incluyendo indicadores de evaluación para su seguimiento.

Para obtener una información más detallada de esta fase se recomienda consultar la Guía para la elaboración del plan de mejora del centro o servicio.

Se aconseja que la elaboración del plan de mejora ofrezca una propuesta de intervención realista, asumible, pero global y armónica. Es decir, hay que evitar un avance que solo incluya medidas aisladas o de escaso impacto. Para ello, puede resultar de interés realizar programaciones que combinen ciertas actuaciones que bien por su carácter fundamental, bien por su potencial de impacto transversal, se consideran acciones clave (Anexo 3).

La participación junto con la progresividad, son características esenciales para el éxito de un plan de mejora. No podemos plantearnos cambiar todo a la vez; debemos saber qué objetivos priorizar, identificar lo que hoy sí es posible y trazar un proceso de cambio planificado y asumible, desglosando y ordenando eficientemente las actividades a realizar. Cada centro o servicio cuenta con una historia única y vive un determinado presente.





---

### Algunas recomendaciones para seleccionar las medidas de mejora:

- ▶ Que los cambios que se proponen sean valorados, mayoritariamente, como algo importante por las personas usuarias, las familias y por el conjunto de profesionales de atención directa.
  - ▶ Que los cambios busquen un mayor bienestar y un mayor control/elección/poder para las personas usuarias.
  - ▶ Que el esfuerzo requerido por parte del personal sea proporcional a las ganancias previstas.
  - ▶ Que faciliten las buenas relaciones interpersonales y no generen efectos relacionales negativos.
  - ▶ Que sea viables para la organización.
  - ▶ Que se prioricen las medidas que tengan un efecto transversal, es decir, con potencial para afectar a distintos procesos.
  - ▶ Comenzar por cambios posibles, que estén temporalizados y que sean fruto del consenso. Empezar con cambios sencillos y exitosos, es decir, que tengan altas probabilidades de “salir bien” con un esfuerzo asumible.
  - ▶ Cuando se acometan cambios más complejos (por ejemplo la puesta en marcha de unidades de convivencia en centros residenciales o el inicio de la participación de las personas y familias en las reuniones del plan personalizado de atención), comenzar con experiencias “piloto” con profesionales, personas usuarias y familias voluntarios. Ello permite, en primer lugar, experimentar y aprender de los logros y las dificultades. Los intentos con participantes motivados tienen mayores posibilidades de éxito y esto facilita su extensión al resto del centro encontrando una menor resistencia.
  - ▶ Proponer indicadores de evaluación, viables y sensibles, que permitan un adecuado seguimiento del desarrollo de la medida.
-



---

## **PASO 7 Formación en apoyo al plan de mejora**

---

El plan de mejora deberá integrar aquellas acciones formativas que se consideren necesarias, tanto referidas a profesionales, como a personas usuarias o a familias.

Por ello, un plan de formación continua siempre deberá formar parte del proceso de mejora previsto.

Llevar a cabo una formación inicial, aunque suele ser algo necesario, no suele resultar suficiente ya que es preciso cambiar formas de hacer que en ocasiones están muy automatizadas. Muchas veces es necesario “desaprender” y esto siempre es costoso. Requiere autoobservación, reflexión y entrenamiento en los distintos momentos de atención para que realmente se transfieran los conocimientos a las prácticas cotidianas y se logren cambios en la relación con las personas.

Por ello es altamente recomendable contar con un plan flexible de formación, en correspondencia con las medidas de mejora, optando por un modelo de aprendizaje activo donde el conjunto de profesionales se implique activamente y desarrollen habilidades que les capaciten para aplicar las diferentes medidas de mejora o cambios propuestos en los escenarios cotidianos de cuidados.



---

## **PASO 8 La puesta en marcha del plan de mejora desde el acompañamiento a los protagonistas del cuidado**

---

El desarrollo del plan de mejora debe realizarse desde un acompañamiento continuado a profesionales, al voluntariado implicado en el servicio y, también, a las familias y a las personas usuarias.

### **a) Acompañamiento a profesionales y a equipos.**

El acompañamiento implica tanto identificar y poner en valor los logros que se vayan consiguiendo como dar apoyos ante las dificultades

El grupo motor será un elemento clave en este apoyo. También puede designarse figuras internas del centro (por ejemplo, coordinador de una unidad, responsable asistencial u otras figuras profesionales) que asuman el acompañamiento de profesionales y de equipos.

En una fase primera puede ser necesario contar con un acompañamiento externo especializado en centros o servicios con conflictividad en cuanto al clima laboral o muy alejados del modelo orientador.

En la definición de las acciones de acompañamiento a profesionales, familias y personas usuarias, resulta de utilidad acotar a quién se acompaña, cuándo, para qué, en qué consistirá dicha acción y quién realiza el acompañamiento.

### **b) Acompañamiento a personas usuarias y familias.**

La figura de profesional de referencia debe tener un importante papel en ello, manteniendo reuniones periódicas con las personas usuarias y las familias “a su cargo”. El objetivo es doble: recabar su opinión sobre su situación y la atención que recibe en el centro, así como una visión más general sobre cómo marcha el proceso de mejora.

### **c) Acompañamiento al voluntariado.**

No debemos olvidar que el voluntariado implicado, además de recibir una formación acorde que permita una acción sinérgica y afín al modelo rector, también requerirá de acciones de acompañamiento. Es esencial lograr una actuación alienada y complementaria a la de profesionales y familiares.



---

### Algunas recomendaciones para el buen desarrollo del plan de mejora:

- ▶ Compartir la responsabilidad en el desarrollo de las diferentes medidas del plan de mejora. Suele ser positivo que cada medida cuente con una persona responsable de coordinar y supervisar el desarrollo de la misma. Esto favorece la implicación de las personas. Las medidas de carácter más técnico corresponderán al conjunto de profesionales, pero pueden existir otras medidas que puedan ser responsabilidad de familiares, voluntarios/as o personas usuarias. El compromiso individual evita que la responsabilidad tienda a diluirse.
  - ▶ Ser flexibles. La existencia de un plan de mejora debe ir acompañada por la flexibilidad, de modo que si a lo largo de la puesta en marcha se aprecian dificultades o se producen circunstancias que alteran lo previsto, el grupo promotor sea capaz de realizar ajustes.
  - ▶ Dar cabida a nuevas propuestas. Por otro lado, en el proceso de mejora que se planifique han de tener cabida las propuestas que vayan surgiendo de los equipos de atención directa. Estas nuevas ideas son un buen indicador de que los equipos están motivados con los cambios. Sin embargo, es conveniente que las nuevas propuestas sean refrendadas por el equipo promotor para asegurar su coherencia con el modelo y la adecuada implantación de las mismas. Se trata de apostar por un proceso abierto y constructivo a la par de evitar desviaciones del modelo producto de iniciativas entusiastas, pero no suficientemente reflexionadas.
  - ▶ Aprender a gestionar la incertidumbre y saber afrontar las situaciones más complejas. Avanzar hacia este modelo orientador implica asumir cambios, estar dispuestos a que afloren discrepancias y también a asumir ciertos riesgos. Saber gestionar estos momentos de dificultad es vital para la supervivencia del nuevo modelo que queremos implantar así como para crecer como grupo y organización. Afrontar las dificultades y la incertidumbre es una habilidad profesional clave que hemos de saber manejar tanto a nivel individual como cuando trabajamos en equipo.
  - ▶ Estar atentos a las resistencias y “retrocesos”. La puesta en marcha real de cambios, aunque hayan sido trabajadas previamente las resistencias y hayan sido acordadas las medidas, puede suscitar momentos de duda, “resucitar” las resistencias e incluso llegar a generar disputas o malos entendidos. También hay momentos de retroceso o vuelta atrás que hay que aprender a detectar tempranamente para poder intervenir.
-



---

## **PASO 9 Seguimiento, documentación y evaluación del primer plan de mejora**

---

Se han de planificar evaluaciones que sean asumibles. Se trata de obtener información que nos permita documentar los cambios y el impacto generado. Recoger la opinión de los actores del cuidado, utilizando técnicas cualitativas que no sean demasiado complejas, suele ser una buena opción. Además, será necesario registrar los indicadores que nos permitan seguir el avance de las medidas de cambio concretas incluidas en el plan de mejora, de modo que podamos comprobar cómo se va progresando y qué aspectos deben irse modificando.

---

## **PASO 10 Seguir avanzando: celebraciones y sucesivos planes de mejora**

---

El proceso de revisión y mejora ha de entenderse como un proceso continuo. Continuar desarrollando sucesivos planes de mejora, previa evaluaciones internas participativas, debe ser la dinámica habitual del centro. La periodicidad de estos procesos es algo a decidir por el propio centro/servicio. No obstante, realizar una evaluación interna participativa cada 3/4 años y planes temporalizados de mejora semestrales puede ser una buena opción.

En estos procesos cobra una especial relevancia ser capaces de mantener y de consolidar los logros conseguidos. Esto es algo que si se desatiende, puede acabar haciendo que este proceso de cambio vaya poco a poco perdiendo fuerza, se caiga en la inercia o incluso se retroceda a prácticas anteriores.

En esta línea es importante identificar y permitirse “celebrar” los avances conseguidos. Porque sucede que, en ocasiones, tendemos a fijarnos solo en lo que todavía no funciona bien y desatendemos lo logrado, con la falta de refuerzo y el riesgo de extinción que ello supone. La celebración visibiliza el avance, reconoce, motiva. Contribuye a generar conciencia colectiva sobre el modelo de atención y a afianzar la nueva visión o cultura en la que se pretende avanzar.



## 4. ANEXOS

### ANEXO 1: MODELO ORIENTADOR DE LA CALIDAD EN CENTROS Y SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN





---

## **PILAR I 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.

---

### **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/as)**

El centro/servicio pone en marcha actuaciones en apoyo a profesionales y familiares cuidadores/as 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 profesionales del propio servicio, como con quienes trabajan desde 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.

---



---

## **PILAR II Seguridad**

---

### **Criterio 6 Espacios 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.

---

### **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 cero 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 consensúan 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].

---



---

### **PILAR III 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.

---

#### **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.].

---



---

## **PILAR IV 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.

---

### **Criterio 17 Actividad cotidiana con sentido**

El servicio/centro, sus profesionales, familias y voluntarios/as facilitan, permiten y proponen la realización de 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, éstas participan 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.

---



---

## **PILAR V**    **Diseño y organización de los centros y servicios**

---

### **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.

---

## ANEXO 2: IDENTIFICACIÓN DE FACILITADORES Y BARRERAS PARA AVANZAR EN ACP

### 1. CULTURA, LIDERAZGO Y ACTITUDES ANTE EL CAMBIO

Facilitador	Barrera
▶ Dirección convencida, formada y capaz de abordar proceso transformación	• Dirección con dudas, escasa formación o dificultades para abordar un proceso de transformación
▶ Definición de la misión del centro y de los valores rectores de la atención y coherencia con las actuaciones y organización de la atención	• Falta de definición de la misión y de los valores rectores de la atención o discrepancia con las actuaciones y organización de la atención
▶ Buen clima laboral, ambiente de apertura, optimismo, innovación, creatividad, entusiasmo	• Problemas de clima laboral, rigidez, desmoralización, instalación en la queja, falta de creatividad, desmotivación
▶ Percepción de la ACP como camino necesario y oportunidad de mejora	• Percepción de la ACP como algo irrelevante, no necesario
▶ Confianza en el trabajo en equipo	• Desconfianza hacia el trabajo en equipo
▶ Optimismo, autoconfianza, sentimiento de capacidad	• Pesimismo, inseguridad, temor a no saber hacer
▶ Comunicación interna clara y fluida	• Dificultades en la comunicación interna

### 2. ELEMENTOS ORGANIZATIVOS

Facilitador	Barrera
▶ Equipos bien definidos y con buen funcionamiento. Cometidos bien definidos.	• Dificultades en el trabajo en equipo. Ambigüedad o falta de claridad en los cometidos profesionales.
▶ Flexibilidad y cierta polivalencia en profesionales de atención directa	• Rigidez en el funcionamiento de profesionales, ausencia de polivalencia
▶ Atención organizada según personas (necesidades y preferencias)	• Atención organizada por tareas
▶ Normas necesarias y consensuadas	• Normas numerosas y escasamente consensuadas
▶ Unidades o módulos de funcionamiento descentralizado	• Funcionamiento del centro como un todo
▶ Asignación estable de auxiliares	• Rotación de auxiliares



### 3. PROFESIONALES

Facilitador	Barrera
▶ Ratio Auxiliares suficiente	• Ratio Auxiliares insuficiente
▶ Equipo técnico suficiente	• Equipo técnico insuficiente
▶ Profesionales formados y motivados hacia la ACP	• Profesionales no formados o no motivados hacia la ACP
▶ Profesionales competencias y habilidades de comunicación afines ACP	• Profesionales competencias y habilidades comunicación distantes ACP
▶ Satisfacción laboral, no percepción de estrés laboral	• Insatisfacción, estrés laboral, burnout

### 4. ESPACIOS FÍSICO Y MEDIOS MATERIALES

Facilitador	Barrera
▶ Unidades de convivencia hogareñas	• Diseño institucional (tipo hotel u hospital)
▶ Espacios comunes amplios y suficientes	• Espacios comunes escasos
▶ Mayoría de habitaciones individuales	• Mayoría de habitaciones compartidas
▶ Comedores descentralizados o de tamaño reducido	• Comedores centralizados, grandes
▶ Baños con acceso directo desde la habitación	• Baños fuera de las habitaciones
▶ Diseño arquitectónico con posibilidades de adaptación	• Diseño arquitectónico difícil adaptación
▶ Ambiente hogareño y cuidado con detalles que proporcionan calidez	• Ambiente institucional, decoración poco cuidada, desangelado, frialdad ambiental
▶ Disponibilidad de medios materiales necesarios para realizar cambios	• No disponibilidad de medios materiales necesarios para realizar cambios
▶ Zona exterior agradable, segura y con acceso fácil	• Ausencia zona exterior segura



## ANEXO 3: ALGUNAS ACCIONES CLAVE PARA AVANZAR EN EL MODELO ORIENTADOR DEL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN

### 1. Reflexión sobre la mirada a la **persona** y el concepto de buen cuidado

Una reflexión que ha de buscar el alineamiento entre profesionales, personas usuarias y familias.

### 2. Formación reflexiva sobre elementos clave en el buen cuidado y la atención personalizada

Tomando como referencia la Ruta “Buen trato” elaborada dentro del proyecto Rutas de progreso en ACP (Fundación Matía/T. Martínez), cabe señalar siete elementos:

- 1) Conocer y reconocer a las personas.
- 2) Apoyar la autodeterminación.
- 3) Promover la independencia funcional.
- 4) Proteger y evitar el daño.
- 5) Salvaguardar la intimidad.
- 6) Procurar vida significativa y bienestar emocional.
- 7) Facilitar la comunicación.

### 3. Formación reflexiva sobre elementos clave de los entornos facilitadores de vida significativa y bienestar

- La importancia de lo cotidiano.
- La influencia del espacio físico en el comportamiento, las interacciones y el bienestar personal. Claves para un espacio centrado en las personas.
- La importancia de la actividad cotidiana.
- Los entornos relacionales facilitadores de vida significativa.

### 4. Revisión del espacio físico y acuerdo sobre cambios para la mejora

Revisar y acordar cambios, propiciando la participación de personas usuarias, familias y profesionales). Las siguientes diez claves relacionadas con un espacio centrado en las personas pueden ser de utilidad para ello:

- 1) Accesibilidad universal (física, cognitiva) y seguridad.
- 2) En centros: diseño y ambiente hogareño. Eliminación de los elementos “institucionales”.



- 3) En centros: tamaño limitado de las unidades y grupos de convivencia.
- 4) Los pasillos.
- 5) La personalización de las habitaciones y sus entradas.
- 6) Estimulación sensorial (iluminación, ruido, nivel de estimulación...).
- 7) Objetos significativos y acceso a las propias pertenencias.
- 8) Claves visuales estimuladoras de la actividad física y la interacción social.
- 9) Personalización, no uniformidad.
- 10) Participación de las personas [personas usuarias, familias y profesionales] en el diseño y cambio de ambientes.

#### 5. Revisión de la actividad cotidiana y acuerdo sobre cambios para la mejora

- Actividad cotidiana significativa individual [rutinas para el bienestar].
- Actividades en grupo.
- Actividades en conexión con la comunidad.

#### 6. Reflexión sobre el papel y la colaboración con familias

- Reflexión sobre el rol de la familia y modos de colaboración con los equipos.
- Presencia y participación de las familias en la atención.
- En centros residenciales: participación en actividad y vida cotidiana en el centro.

#### 7. Reflexión y revisión de aspectos organizativos del centro/servicio

- Asignación estable auxiliares/cuidadores.
- Grupos convivencia cotidiana reducidos en centros.
- Elección y flexibilidad en cuidados personales y vida cotidiana: organización tareas, horarios, etc.

#### 8. Formación y puesta en marcha de metodologías para la atención personalizada

- Historia de vida.
- Plan personalizado de atención.
- En centros: profesional de referencia.
- En comunidad: gestor/a de caso o coordinación de los apoyos.

## 5. PARA SABER MÁS

Martínez, T. (2019). *El modelo ACP-gerontología. Aplicar y evaluar atención centrada en la persona en servicios gerontológicos*. Serie Documentos ACP-gerontología, Nº 7.

Martínez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Instrumentos para la revisión participativa. Disponibles en: [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com).

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., y Rodríguez, P. (2014). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Álava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

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





# #CuidandoPersonasAcompañandoVidas



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE DERECHOS  
SOCIALES Y BIENESTAR



Plan de Recuperación,  
Transformación y Resiliencia



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU