

CuideM

*Cuidar mimando,
nuestro día a día*



GENERALITAT
VALENCIANA

Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN	3
2. MARCO JURÍDICO	5
3. OBJETIVO Y VALORES	6
4. PERSONAS BENEFICIARIAS	10
5. PROGRAMAS A DESARROLLAR	10
5.1. Millor a casa	10
5.1.1. Nuevo modelo del Programa de atención a domicilio (PAD)	10
5.1.2. Programa de teleasistencia avanzada	17
5.2. L'alegria de conviure	19
5.2.1. Centros de envejecimiento activo (CEA)	19
5.2.2. Programas de atención a enfermedades neurodegenerativas en centros diurnos	21
5.2.3. Queda't a prop. Puntos de atención municipal	23
5.2.4. Residencias de Personas Mayores Dependientes (RPM)	24
6. DE RESIDENCIA A HOGAR. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA. ÁREAS DE MEJORA	49
7. ANEXOS.	73

Palabras clave de Cuidem

Respetar, cuidar mimando, reconocimiento de historia vital, encontrar las capacidades y potenciarlas, apoyar el deseo de las personas, atender el sentimiento de pertenencia en la comunidad, en el entorno, calle, barrio, pueblo, ciudad, defender su cultura. Disfrutar de la vida.

Metodologías clave

- Atención centrada en la persona
- Respecto a la decisión de elección de maneras de vida
- Retorno de los conocimientos a la comunidad
- Entrega hacia las personas que lo requieren

1. FUNDAMENTACIÓN

La Generalitat viene promoviendo desde hace tiempo toda una serie de políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, garantizando su atención en función de sus circunstancias personales, su estado de salud, su propia autonomía, y para retrasar una posible situación de dependencia y atendiéndola en todo caso si llega.

Las políticas de reconstrucción hacia la humanización de la atención y la responsabilidad que la administración pública valenciana tiene que ejercer han puesto ya unos firmes cimientos después de 6 años de legislatura. Por lo tanto, hay que dar un paso más allá, hacia la conexión de recursos, atender el sentir de la ciudadanía y respetar, sobre todo, la decisión individual, familiar, grupal y comunitaria, dando especial valor a la decisión de las personas sobre cómo quieren sentir la protección, los cuidados y la seguridad que hay que transmitir y por tanto favorecer además del equilibrio y bienestar físico, el psicológico, emocional y social.

De todas las personas es conocido que uno de los ejes fundamentales de nuestra sociedad mediterránea es la familia y las personas que amamos, que son parte de nuestra vida y con quien la compartimos, de nuestro entorno, de la calle, de donde compramos, donde dialogamos, donde nos atienden y donde se preocupan de nosotros y nosotras.

Un segundo eje de gran valor que tenemos en el mediterráneo es el sentimiento de pertenencia: de dónde somos, dónde vivíamos, a qué escuela íbamos, dónde celebrábamos las fiestas de jóvenes, qué raíces culturales, qué motes, qué relaciones tenemos, cómo nos vinculamos en grupos de iguales, o familiares o de relación por intereses, por hitos obtenidos, por deportes o por aficiones. Por eso, formar y ser parte activa de la comunidad es lo que significa la plena inclusión de las personas.

En consecuencia, las políticas públicas que van dirigidas a mantener a las personas en su entorno sociofamiliar son imprescindibles de abordar y asumir, adaptándolas a las nuevas necesidades de la sociedad, y para lo cual resulta necesario elaborar un documento de este nuevo modelo que tiene que poner el foco de interés en la calidad de la atención a las personas y, en este caso, en la manera en que se definen y desarrollan los procesos de atención a las personas en su hogar.

Con este nuevo modelo se intenta situar a las personas en el centro de la prestación de servicios, partiendo de la valoración y comprensión de su situación y circunstancias, en toda su diversidad y complejidad, y promoviendo y facilitando en todas sus actuaciones el mayor grado posible de desarrollo de sus capacidades y de su propia autonomía personal.

Además, se trata de un modelo que incorpora la perspectiva de género en todos los programas a desarrollar, desde una visión interseccional y con respeto y atención a la diversidad, que garantice la igualdad de trato y la no discriminación, en consonancia y coherencia con el modelo de atención centrada en la persona del cual se parte.

En este mismo sentido, este modelo tiene que contribuir no solo a evitar la precarización de salarios y condiciones laborales de las mujeres dedicadas a los cuidados sino, al contrario, tiene que favorecer y mejorar el trabajo que realizan, entre otras cosas, apostando por la prestación directa por el personal de las residencias los servicios de lavandería, cocina o limpieza, que en muchos centros residenciales demasiado a menudo están externalizados.

Este nuevo modelo de atención integral a implantar tiene que fomentar la serenidad, la confianza, la alegría, la comunicación, evitando el aislamiento, soledad, pena y tristeza, para que la atención llegue a cada casa que lo necesite, siendo el hilo conductor y conector con el entorno vital.

Un modelo que responde al imperativo ético de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de procurar el máximo de acompañamiento y apoyo a todas las personas que lo necesitan, mejorando con plena dignidad su calidad de vida.

Esta nueva política de atención integral a las personas mayores, denominada CuideM, se presentó como objetivo de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas en el seminario de gobierno de otoño celebrado en Ayora-Cofrentes, el 2 y 3 octubre de 2020. Este objetivo está relacionado con el Eje 3, objetivo 3, del Acuerdo del Botànic2os.

2. MARCO JURÍDICO

La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana requiere la obligatoriedad de coordinar los recursos, prestaciones y programas del territorio para dar respuesta a las personas más vulnerables. Anteriormente, el decreto 62/2017 desarrolló el reconocimiento y la atención de las personas en situación de dependencia y el acceso a sus prestaciones y recursos.

Uno de los criterios fundamentales de la Ley 3/2019 es dar respuesta a las personas que lo necesitan con celeridad, calidad y acercando los recursos. Por eso, durante estos 6 años se ha dotado presupuestariamente a los servicios sociales de atención primaria que se incardinan en los ayuntamientos y de competencia local, distribuyéndolos por las zonas de cobertura y en las áreas donde están inscritos, y generando las sinergias necesarias para conseguir una coordinación estrecha entre servicios arraigados en el territorio, y favoreciendo el impulso de nuevas prestaciones tanto profesionales como económicas y tecnológicas.

Las actuaciones de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas están alineadas con el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana que,

en la sentencia STSJCIV n.º 735/2013 de 20 de diciembre, recoge la necesidad de la personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial quién requiere mayor acción positiva como consecuencia de tener un mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades, así como el derecho a las personas a permanecer en su entorno tengan el grado de dependencia que tengan, es decir, a decidir libremente quedarse a vivir en su casa y por tanto respetando su voluntad de no ingreso institucional en ningún centro residencial y consecuentemente atendiendo a la libre elección de las personas en sus preferencias de recursos de atención, siempre y cuando sean las más adecuadas para su atención y dignidad, acreditadas así por los informes profesionales oportunos.

3. OBJETIVO Y VALORES

El objetivo principal de CuideM es diseñar y desarrollar una nueva política de atención integral a las personas mayores, que incorpore los aprendizajes adquiridos durante la gestión de la actual pandemia de COVID-19, priorizando el fomento de los buenos tratos, la promoción del envejecimiento activo, la garantía de derechos y la participación directa y activa de las personas mayores, la desinstitucionalización, el acompañamiento, el apoyo y la atención de proximidad.

En este sentido, este nuevo diseño de las políticas de garantía de derechos de las personas mayores priorizará los programas de prevención y fomento de los buenos tratos en el ámbito familiar, el envejecimiento activo, la lucha contra la soledad no deseada y acompañamiento en el duelo.

Los **valores** en los que se fundamenta CuideM son:

1.- Centralidad en la persona

Promocionando el bienestar y la autonomía de la persona a medida que enve-

jece, mediante el desarrollo de sus capacidades, desde un enfoque comunitario. Para lo cual, se implementará un plan de intervención personalizado arraigado en el entorno y en consenso con la familia para poder desarrollarlo.

2.- Amigabilidad del entorno

Proponiendo los entornos amigables, inclusivos, accesibles y seguros que faciliten la interacción social. Procurando la comunicación, así como la confianza en las personas profesionales que acuden al domicilio. La relación interpersonal es una de las herramientas más importantes en los cuidados y la transmisión de apoyo y afecto a la persona mayor.

3.- Responsabilidad de la administración pública.

Garantizar la universalidad de los servicios y prestaciones que favorezcan la atención integral en el envejecimiento activo, animando a su prestación, el acompañamiento en su ejecución, la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía es necesario, así como la calidad de la atención domiciliaria, evitando la institucionalización.

4.- Participación y empoderamiento

Promover el cambio social hacia un nuevo paradigma del envejecimiento activo y disminución de la soledad no deseada, que dé visibilidad y protagonismo a las personas mayores, con la participación y colaboración del Consejo Valenciano de Personas Mayores, que da voz y fomenta las políticas de igualdad de oportunidades.

5.- Investigación e innovación

Facilitar el cambio social y el bienestar en el envejecimiento activo a través de la apropiación del conocimiento, entendido como un proceso dinámico en continua adaptación a la realidad cambiante. Procurar la adaptación tecnológica y mejora de las situaciones con dificultades.

CuideM

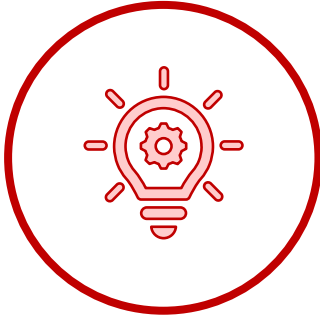
Cuidar mimando, nuestro día a día

Las políticas públicas que van dirigidas a mantener a las personas en su entorno sociofamiliar son imprescindibles de abordar y asumir, adaptándolas a las nuevas necesidades de la sociedad, y para lo que resulta necesario elaborar un documento de este nuevo modelo que debe poner el foco de interés en la calidad de la atención a las personas y, en este caso, en la manera en que se definen y desarrollan los procesos de atención a las personas en su hogar.

VALORES que se han de tener presentes en el desarrollo de los programas:

1. Centralidad en la persona
2. Amigabilidad del entorno
3. Responsabilidad de la administración pública
4. Participación y empadronamiento
5. Investigación e innovación





NUEVO MODELO

Situar a las personas en el centro de la prestación de servicios, partiendo de la valoración y comprensión de su situación y circunstancias, con toda su diversidad y complejidad, y promoviendo y facilitando en todas sus actuaciones el mayor grado posible de desarrollo de sus capacidades y de su propia autonomía personal.

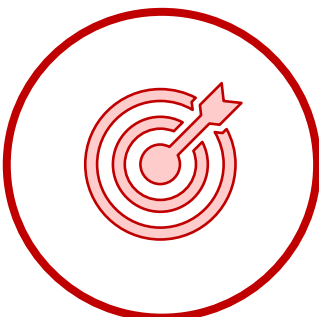
PERSONAS BENEFICIARIAS

Todas aquellas que viven en la Comunidad Valenciana y requieren cuidados y atenciones relacionadas con la autonomía y el bienestar, con especial atención a las personas mayores.



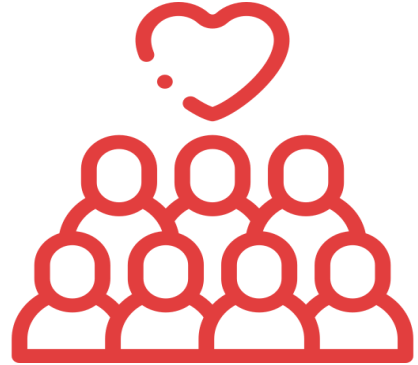
OBJETIVO

Diseñar y desarrollar una nueva política de atención integral a las personas mayores, que incorpore los aprendizajes adquiridos durante la gestión de la actual pandemia, priorizando el fomento de los buenos tratos, la promoción del envejecimiento activo, la garantía de los derechos y la participación directa y activa de las personas mayores, la desinstitucionalización, el acompañamiento, el apoyo y la atención de proximidad.



3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Las personas beneficiarias de CuideM son todas aquellas que viven en la Comunitat Valenciana y requieren cuidados y atenciones relacionadas con la autonomía y el bienestar, con especial atención a las personas mayores.



4. PROGRAMAS A DESARROLLAR

4.1. Millor a casa

Consiste en un nuevo modelo de atención domiciliaria que unifica en un programa único los actuales programas Major a casa y Menjar a casa, en coordinación con el Programa de atención a domicilio municipal, eliminando la dispersión de proyectos y dando cohesión a la intervención integral, y favoreciendo la autonomía personal de la gente mayor con una atención de proximidad e individualizada. Además, se redefinirá el servicio de teleasistencia con una mirada integral y de lucha contra la soledad no deseada.

4.1.1. Nuevo modelo del Programa de Atención a Domicilio (PAD)

Antecedentes

De un lado, el Servicio de Ayuda a domicilio (de ahora en adelante, **Programa de Atención a Domicilio** o PAD) se ha desarrollado y organizado en los países más avanzados en políticas sociales de manera heterogénea, de acuerdo con las necesidades de cada país. En España su implantación se ha dado fundamentalmente en los últimos 35 años, aunque ha seguido un modelo de crecimiento sin una regulación



homogénea a escala territorial. Actualmente, no hay la menor duda sobre la importancia de las prestaciones de atención domiciliaria a la hora de posibilitar a la ciudadanía en situación de dependencia o vulnerabilidad vivir el máximo de tiempo posible en su entorno, mejorando su calidad de vida y aplicando el principio de permanencia de las personas en su propio hogar, retrasando o evitando su institucionalización.

El PAD público tiene dos ejes de trabajo según el perfil de las personas que atienden respecto a su autonomía o dependencia. El PAD que atiende a personas con autonomía surge del Plan Concertado de las Prestaciones Básicas de los convenios con el Ministerio de Asuntos Sociales en 1984, mientras que la atención domiciliaria para personas en situación de dependencia nace en 2016, a través de la cartera de prestaciones y servicios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

En la Comunitat Valenciana, el PAD (a excepción de lo que se establece en el Decreto 62/2017, de 19 de mayo del Consell, por el cual se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia en las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas carece de regulación autonómica específica y son las corporaciones locales las que han procedido a su regulación en su ámbito respectivo.

En referencia a estos principios, tiene que subrayarse que es necesario un marco común regulador atendiendo al interés general de esta materia dentro del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

En la Comunitat Valenciana solo se había desarrollado de manera privada, por lo cual el PAD de dependencia es inexistente hasta 2017, cuando se desarrolla a través de su pilotaje en cinco municipios que reordenan las cinco fórmulas diferenciadas que había en los municipios: público, integral, mixto, privado y prestado por entidades mediante programas financiados a cargo de la asignación

tributaria del 0,7% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

Durante el año 2018, 2019 y 2020 fueron sumándose más municipios al proyecto, ante la calidad real que repercute directamente en las personas a atender. Así, durante 2021 el PAD de dependencia experimenta la mayor adhesión de municipios llegando actualmente a 351.

La progresión en adhesiones a través del contrato programa realizado con los ayuntamientos es tan positiva que para 2024 esperamos poder llegar mediante este programa a un 75% de la población atendida.

La financiación de la atención domiciliaria ha pasado de 6'4 millones en 2015 a 17'4 millones en 2020, es decir, un incremento del 172%. Para 2021, como respuesta a las necesidades del COVID-19, se han presupuestado 25,4 millones, un 46% más que en 2020.

De otro lado, los programas **Menjar a Casa** y **Major a Casa** se articulan, en el marco de la atención primaria básica, como servicios de proximidad para las personas mayores que no pueden gestionar por sus propios medios el acceso a su alimentación básica y a la higiene del hogar.

Desde el año 2015 hasta la actualidad, el número de plazas de personas usuarias de estos programas, distribuidas por provincias, es el siguiente:

A) Menjar a casa:

Alicante: 1.092 plazas

Castellón: 490 plazas

Valencia: 2.518 plazas

Total: 4.100 plazas

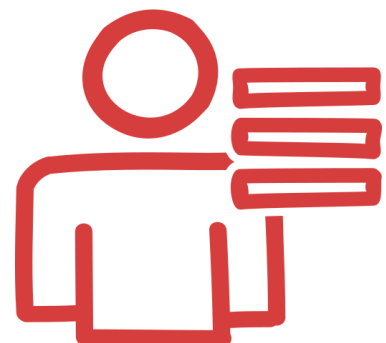
B) Major a casa:

Alicante: 206 plazas

Castellón: 119 plazas

Valencia: 215 plazas

Total: 540 plazas



Estas plazas están distribuidas a lo largo del territorio de la Comunitat Valenciana entre los ayuntamientos que se han adherido al programa. La cobertura de las plazas depende de las necesidades de los municipios adheridos, que son quienes gestionan directamente con las empresas adjudicatarias las altas y bajas de las personas usuarias.

La financiación de los programas Menjar en casa y Major a casa ha pasado de 3,7 millones de euros en 2015 (Menjar en casa 2,7 millones de euros y Major a casa 1 millón de euros) a 6,1 millones de euros en 2021 (Menjar en casa 4,34 millones de euros, Major a casa 1,46 millones de euros y comedores sociales de València 0,3 millones de euros).

Para el ejercicio 2022 está previsto el traspaso de la gestión de estos dos programas a los ayuntamientos, cuya financiación se realizará a través del correspondiente contrato programa, de forma que con esta financiación finaliza la gestión autonómica y se potencia la competencia local en la prevención y proximidad de los servicios sociales de atención primaria.

El nuevo Programa de atención a domicilio (PAD)

El Catálogo de Referencia de Servicios Sociales aprobado el 16 de enero del 2013 por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia incluye, entre las prestaciones de servicio, la atención y apoyo a la unidad de convivencia, definida como el conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico que pueden tener un carácter preventivo, asistencial y rehabilitador, destinadas a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual.

El PAD se considera como la prestación que tiene por objeto la detección de posibles situaciones de riesgo y la mejora de las condiciones de calidad de vida de las personas mediante la atención domiciliaria a estas y, si procede, la unidad

de convivencia, de acuerdo con sus necesidades. Por lo tanto, se define como el conjunto de actuaciones y cuidados realizados principalmente en el domicilio de la persona y su entorno, con el fin de atender las necesidades de la vida diaria, y dar apoyo personal para las personas que presentan limitaciones físicas, sociales y psicológicas. Para garantizar la eficiencia y calidad en la prestación del servicio, cuando corresponda, este tendrá que coordinarse con el equipo de atención primaria de salud.

El PAD, como un servicio integrado dentro de la atención primaria con un nivel de actuación básico, tiene las características siguientes:

- a) Universal
- b) Carácter generalista y polivalente.
- c) Enfoque comunitario.
- d) Carácter preventivo e integrador.
- e) Profesional

El Programa de atención a domicilio cuenta, como infraestructura fundamental, con los servicios sociales de atención primaria y con los centros de servicios sociales, dependientes de las entidades locales en las cuales se sitúan.

La necesidad de prestación del nuevo modelo de PAD desde los municipios contribuye a potenciar la atención centrada en la persona de manera integral y profesionalizada, dotándose de diferentes perfiles sociosanitarios que trabajan multidisciplinariamente y que aportan su mirada profesional desde distintas disciplinas.

Los **objetivos** del PAD se articulan en cuatro grandes grupos:

1.- Asistenciales:

- Apoyo en la realización de aquellas actividades de la vida diaria que no pueda ejercer la persona por si sola, realizando tareas de atención personal y/o domésticas.

- Atender situaciones coyunturales de crisis personales o familiares.
- Promover la adecuación de la vivienda a las necesidades de la persona.

2.- Preventivos:

- Colaborar en el mantenimiento de la persona usuaria en su entorno habitual.
- Mejorar el equilibrio personal de la persona usuaria, de su familia y de su entorno, mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Evitar o retrasar el internamiento de personas en instituciones.
- Prevenir el riesgo de marginación, aislamiento o abandono, prevenir el progresivo deterioro de las familias o su claudicación en el desarrollo de los cuidados.

3.- Rehabilitadores:

- Estimular y potenciar su autonomía personal física y psicológica.
- Mejorar la capacidad de las personas para desarrollarse en su medio habitual.

4.- Psicoeducativos:

- Potenciar un marco de convivencia saludable y una relación positiva con el entorno personal.
- Estimular la adquisición de hábitos que favorezcan la adaptación al medio y faciliten la continuidad en este.
- Proporcionar elementos educativos en competencias parentales.
- Promoción de la adquisición de competencias personales y sociales.
- Favorecer la participación de las personas y de las unidades de convivencia en la vida de la comunidad.

Las **modalidades** del PAD son:

a) Modalidad relacionada con la atención de las necesidades domésticas o del hogar.

El programa **Menjar a Casa** supone un servicio complementario de atención domiciliar que, además de proporcionar una alimentación saludable ajustada a la dieta pautada por los servicios médicos de atención primaria, evita que las personas mayores tengan que hacer compras innecesarias o cocinar los alimentos, con los riesgos domésticos asociados a esta tarea (uso del gas, quemaduras...). Se recomienda a las personas de más de 65 años con dificultades para comprar y preparar los alimentos o para salir a comer fuera de casa (por ejemplo, en los CEAM) y socializarse. El programa aporta el valor añadido de que la comida se sirve diariamente por una persona repartidora, que se convierte en referente de la persona beneficiaria y que hace el seguimiento de cómo se encuentra esta cada día, comprueba si consume o no los alimentos y comunica al equipo de atención primaria cualquier incidencia, por lo cual forma parte de la línea de actuación contra la soledad no deseada, junto con el servicio de teleasistencia.



El programa **Major a Casa** se ocupa de la higiene doméstica y de la lavandería de las personas beneficiarias, e incluye también la prestación del Menjar a casa. Complementa así, con los cuidados del entorno, la atención de las personas mayores en sus hogares.

b) Modalidad relacionada con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.

Como servicio de pulcritud personal en cuanto al mantenimiento de la higiene corporal, cuidado de la imagen personal, atención afectiva y emocional, cuidado de la reserva de capacidades y mejora de las potencialidades, compañía y

enlace con el entorno, así como respaldo de la movilidad y traslados, control de medicación y nutrición, en definitiva, cuidar mimando a las personas en todas sus habilidades y destrezas posibles.

4.1.2. Programa de teleasistencia avanzada

En el marco del Plan Nacional de Recuperación, Transformación y Resiliencia se ha propuesto la financiación del Programa de Teleasistencia Avanzada, un proyecto nuevo para la Comunitat Valenciana que tiene que cumplir un objetivo de protección, seguridad y compañía de las personas en situación de dependencia que se encuentren en sus domicilios, que junto con otros recursos ofrezca una atención integral, con un equipo multidisciplinario y con la metodología de intervención centrada en la persona.



La implantación del programa de teleasistencia avanzada se realizará entre 2021 y 2023 y su financiación asciende a un total de 26,1 millones de euros.



La teleasistencia avanzada es aquella que, además de los servicios de teleasistencia básica que la persona usuaria precise, incluye apoyos tecnológicos complementarios dentro o fuera del domicilio, o en ambos casos, así como la interconexión con los servicios de información y profesionales de referencia en los sistemas sanitario y social, desarrollando procesos y protocolos de actuación en función de la situación de necesidad de atención detectada.



Las personas beneficiarias serán aquellas que sean declaradas dependientes por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), siempre que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención (PIA).

Se tiene que considerar que la Comunitat Valenciana actualmente todavía cuenta con una escasez de recursos de proximidad que ofrezcan a las personas

con diversidad funcional y personas mayores poder permanecer en sus casas, con la capacidad de decisión y autogobernanza sobre las actividades de su vida diaria, fortaleciendo la comunicación no solo de las personas beneficiarias sino también de las familias que las protegen y las cuidan. De hecho, la teleasistencia en la actualidad beneficia a 18.000 personas siendo requerida por 50.000 personas que permanecen en sus casas.

Toda la inversión implantará y desarrollará un sistema tecnológico de protección, seguridad y cuidados en los domicilios que promuevan la autonomía personal, y se facilita a través del trabajo en red sociosanitaria, potenciando la permanencia de las personas en sus domicilios, evitando la institucionalización, impulsando empleos localizados y apoyando en todo momento la inclusión de los servicios en las zonas rurales.

El desarrollo del programa de teleasistencia avanzada está incardinado en el sistema de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, así como la prevención de esta.

Se podrán incluir como programas en el programa de teleasistencia avanzada la atención y seguimiento de las personas en situación de dependencia a través de los diferentes servicios específicos en materia de prevención, promoción, apoyo a la persona cuidadora o actuaciones especiales que se desarrollan en el territorio, como, por ejemplo:

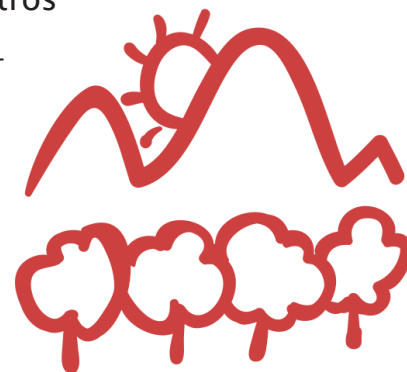
- Programa de atención psicosocial.
- Programa de promoción del envejecimiento activo y saludable.
- Programas de prevención y detección de deterioro cognitivo.
- Programas de telemonitorización de personas con enfermedades crónicas.
- Programa de teleasistencia como apoyo a la persona cuidadora.
- Protocolos especiales.
- Atención en situaciones de duelo.
- Prevención del maltrato.
- Prevención del suicidio.
- Atención en situación de contingencia y grandes catástrofes.

4.2. L'alegria de conviure

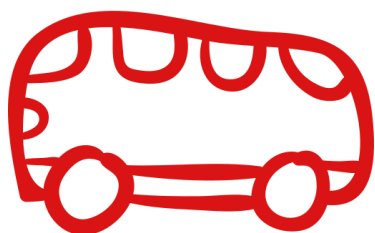
Consiste en un nuevo modelo de atención a las necesidades de las personas mayores, desde los recursos más básicos hasta los recursos residenciales: unificando los diferentes equipamientos de atención primaria básica destinados a las personas mayores, implantando programas específicos de atención a personas con enfermedades neurodegenerativas en los centros diurnos de personas mayores y extendiéndolos al ámbito rural mediante los puntos de atención municipal, e implementando el modelo de atención integral centrado en la persona en el ámbito residencial.

4.2.1. Centros de envejecimiento activo (CEA)

Se realiza una unificación de diferentes tipologías de centros en Centros de Envejecimiento Activo (CEA), con un vínculo con los equipos de atención domiciliaria y el carné de las personas mayores, en los que hay que fomentar la organización de actividades sociocomunitarias, el asociacionismo y la organización de ocio y vacaciones sociales para la misma gente mayor. Además de disponer en algunos casos de servicios de rehabilitación e higiene, parafina, podología, terapias rehabilitadoras y peluquería.



Se redefinen y unifican los Centros Especializados de Atención a Mayores (CEAM), los Centros Integrales de Mayores (CIM), los clubes de convivencia, los hogares de jubilados y asimilados como Centros de Envejecimiento Activo (CEA), que son centros destinados al desarrollo de programas de promoción del envejecimiento de manera saludable y prevención de la soledad no deseada, en régimen autogestionado por las personas mayores.



Como objetivos específicos de los CEA se indican:

- Favorecer la autoestima y la motivación de las personas mayores.
- Fomentar las relaciones interpersonales y la comunicación.
- Promocionar la participación de las personas mayores en la vida comunitaria.
- Promover la inclusión digital.
- Optimizar los activos de salud de cada territorio.
- Contribuir al mantenimiento y/o desarrollo de capacidades emocionales, físicas y cognitivas de las personas mayores.
- Identificar y prevenir el maltrato en las personas mayores y fomentar el buen trato.
- Prevenir el deterioro físico y cognitivo de las personas mayores.
- Identificar y canalizar situaciones de soledad no elegida.
- Promocionar hábitos de vida saludable.
- Fomentar el ocio, la cultura y el deporte en las personas mayores.
- Favorecer las relaciones intergeneracionales en los barrios.
- Fomentar las prácticas de buen trato a personas mayores.



Actualmente conviven varios recursos destinados al envejecimiento activo de personas mayores con diferentes nomenclaturas. Con la entrada en vigor del futuro decreto por el cual se regulará la tipología y funcionamiento de los servicios, programas y centros de servicios sociales y su ordenación dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, serán redefinidos como Centros de Envejecimiento Activo

(CEA).

En concordancia con el desarrollo de la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, los CEA se configuran como equipamientos de atención primaria básica, competencia de las entidades locales, salvo el proceso de transición que se tenga que realizar con los CEAM.

4.2.2. Programas de atención a enfermedades neurodegenerativas en centros diurnos

Consiste en la implantación y despliegue en la red de centros diurnos de personas mayores de programas específicos de atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, de acción sociocultural y acompañamiento social, terapias rehabilitadoras, garantía de la desinstitucionalización y coordinación sociosanitaria.

Estos programas, cuyos trabajos se iniciaron en mayo de 2018 con su presentación a las entidades del sector y la patronal, están destinados a mejorar la calidad de vida de personas dependientes en su entorno, puesto que gracias a la información y formación de las personas familiares y cuidadoras (prevención) se evitará el empeoramiento del proceso evolutivo degenerativo.

Destaca el trato directo con las personas familiares y cuidadoras, donde el acompañamiento desde las fases más iniciales (diagnóstico) es una apuesta segura en la atención, puesto que mejora el pronóstico de las personas enfermas y mejora los cuidados informales proporcionados por las personas familiares y cuidadoras con el asesoramiento continuado de las diferentes personas profesionales implicadas.

Los **objetivos** específicos son:

- Escuchar a la persona, comprenderla y aprender de sus puntos fuertes, capacidades y aspiraciones. Consiste a dar fuerza a la voz de la persona

con el compromiso de otorgarle capacidad de decisión en la elaboración de su plan de atención.

- Reconocer a la familia y las amistades como esenciales en la vida de la persona, especialmente en personas con diversidad funcional, puesto que se ve afectada la distribución de poderes en la familia, entre las amistades y otras personas significativas para ella. Tenemos que contemplar el individuo en un contexto familiar y comunitario, aquel que lo provee de un foro creativo de planificación, de resolución de conflictos y de apertura de vías de trabajo encaminadas a la mejora de su calidad de vida.
- Centrar el foco de la planificación en las capacidades de la persona, lo que es más importante para ella y los apoyos que necesita. Un compromiso de acciones que reconoce los derechos de la persona que hay que considerar como proceso continuo de escucha, aprendizaje y acción.
- Considerar la persona como copartícipe y corresponsable de la planificación, el desarrollo y la evaluación del proceso de atención. Se trata, pues, de que la persona y su entorno/familia se sitúen en el centro de todas las decisiones.
- Facilitar herramientas a las personas para tomar decisiones informadas en el manejo y la autogestión de su salud y bienestar, y elegir cuando invitar otras a actuar en su nombre (familia, amistades, etc.).
- Fomentar el trabajo profesional colaborativo de los servicios sociales y de salud, de forma que se hagan visibles y se tengan en cuenta las capacidades individuales, preferencias, valores, situaciones familiares y sociales, circunstancias, estilos de vida y metas de las personas.
- Reorientar la práctica de atención hacia la promoción de la autogestión, la independencia y la autonomía de la persona/familia.

4.2.3. Queda't a prop. Puntos de atención municipal

Los puntos de atención municipal, de implantación en el ámbito rural, tienen como elementos diferenciadores de otros recursos la especificidad de la atención, centrada en la persona y su entorno.

En su funcionamiento se configuran como puntos de atención dependientes de centros de día próximos, porque comparten la misma filosofía del Plan de Reordenación del Sector Residencial para Personas Mayores de la Comunitat Valenciana, conocido como 'Queda't a prop', es decir, facilitar que la persona sea atendida lo más cerca posible de su domicilio y de su entorno sociofamiliar, de forma que se sienta "como en casa".

Se trata de centros de dimensiones reducidas, situados en entornos rurales, que tienen como referente un centro de día, desde el cual se prestarán los programas que se requieran en atención a las características de las personas usuarias y sus familias o personas cuidadoras.

La financiación de esta red de centros diurnos va ligada a la financiación del Plan Convivint, el Plan Valenciano de Infraestructuras de Servicios Sociales 2021-2025, en el cual se ha previsto la creación de los siguientes puntos de atención municipal:

- Departamento 1 Els Ports - El Maestrat

Sant Jordi – Punto de atención (Traiguera)

- Departamento 2 La Plana Alta - L'Alcalatén

Vistabella del Maestrat – Punto de atención (Atzeneta)

- Departamento 3 La Plana Baixa - El Alto Mijares - El Alto Palancia

Argelita – Punto de atención (Onda)

Chóvar – Punto de atención (Soneja)

Ayódar – Punto de atención (Onda)

Puebla de Arenoso – Punto de atención (Montanejos)

Aín – Punto de atención (Onda)

Pina de Montalgrao – Punto de atención (Montanejos)

Castellново – Punto de atención (Soneja)

Sot de Ferrer – Punto de atención (Soneja)

Suera – Punto de atención (Onda)

Torás – Punto de atención (Altura)

Teresa – Punto de atención (Altura)

Viver – Punto de atención (Altura)

- Departamento 5 El Camp de Túria - La Serranía - El Rincón de Ademuz

Aras de los Olmos – Punto de atención (Alpuente)

4.2.4. Residencias de Personas Mayores Dependientes

Consiste en la implementación del modelo de atención integral centrado en la persona en el ámbito residencial, mejora de las ratios profesionales, unidades de convivencia reducidas y estables, y la humanización de espacios y estabilidad de la coordinación sociosanitaria con la mirada más social y familiar de las residencias de atención a personas mayores.

Antecedentes

El proyecto de este nuevo modelo residencial se inició en abril de 2017 con la creación de mesas de trabajo entre sindicatos, patronal, profesionales del sector social y sanitario y miembros del Consejo Valenciano de Personas Mayores, aprobándose en Consejo de Dirección de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas el 14 de enero de 2018, haciéndose posteriormente su presentación en un acto público.

Se ha continuado trabajando en la implementación del nuevo modelo residencial a través del decreto de tipologías, el establecimiento de ratios, etc. Y actualmente, está prevista la implantación progresiva del nuevo modelo de atención centrada en la persona empezando, en primer lugar, por las residencias propias de la Generalitat.

En el caso de las residencias de gestión directa está prevista la inversión en infraestructuras para adaptar estas al nuevo modelo convivencial. En concreto el Pla Convivint prevé una partida de hasta 66 millones de euros para la implementación de mejoras en centros de personas mayores.

En el caso de las residencias de gestión integral, conforme vayan caducando los contratos, se han hecho los cálculos para incluir en las nuevas licitaciones la implantación de este modelo. Para el caso del resto de centros residenciales, el nuevo modelo se pondrá en marcha después de la aprobación del Decreto de tipologías, en el plazo que se establezca en este.

Las nuevas plazas públicas, que en el Pla Convivint se ha estimado en 4.400, se financiarán con cargo en el presupuesto de la Generalitat conforme se vaya implementando el modelo.

Objeto y definición de centro residencial

Conjunto de espacios y servicios configurados como agrupación de unidades de convivencia, dirigido preferentemente a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, que garantice con carácter permanente o temporal la atención integral y continuada a la persona, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades, según su ciclo vital.

Los servicios de las residencias dan la posibilidad de disfrutar de estancias con compañía y profesionales que mejoran el estado físico y anímico a través de la inclusión de alojamiento, manutención, la atención de las necesidades básicas y de las necesidades particulares derivadas de la situación personal y social de

las personas atendidas, y sin perder en ningún momento su personalidad y vida social, adaptándose a sus gustos culturales, sociales y vivencias transcurridas.

En el centro residencial la vida cotidiana se organiza a partir de la autodeterminación de la persona, teniéndose que garantizar una atención personalizada basada en la identidad de la persona, su historia de vida, sus expectativas y deseos, su visión y su enfoque de la vida cotidiana, a través de un proyecto de vida personal, del personal profesional de referencia y de los apoyos que lo hagan posible.

Se trata, con este nuevo modelo residencial, de que las características y condiciones arquitectónicas y funcionales de los centros, tanto de los edificios, habitaciones, zonas comunes como de todo aquello que contenga su recinto, su equipamiento, la iluminación, la decoración, las ratios de profesionales, las unidades convivenciales, etc., evoquen en las personas residentes el sentimiento de estar en una vivienda, porque los centros son al fin y al cabo su hogar y por tanto tienen que facilitar el máximo posible esa experiencia: la de sentirse en casa.

Por eso, junto con los mismos elementos, condiciones y criterios que hoy por hoy forman parte del modelo residencial actual, el nuevo modelo plantea otros nuevos.

Objetivos de los centros residenciales

Los centros residenciales para personas mayores persiguen los siguientes objetivos:

a) Garantizar a las personas usuarias los cuidados y la asistencia personal necesarias para realizar las actividades de la vida diaria, tratando de mantener su autonomía personal y, en la medida de lo posible, promover y fomentar el desarrollo y evitar el deterioro de esta.

b) Que las personas usuarias mantengan o desarrollen, con el apoyo necesari-

rio, su proyecto de vida integrándolo en el centro.

c) Favorecer que las personas usuarias mantengan y amplíen, en la medida que forme parte de su proyecto de vida, las relaciones afectivas y sexuales, las relaciones con la familia, amistades y personas significativas y con otras personas residentes o ajenas al medio residencial.

d) Facilitar que participen, en la medida de lo posible, en la vida del centro y del municipio donde esté insertada la residencia, y de la vida pública, así como las relaciones intergeneracionales.

e) Favorecer la prevención, detección y respuesta a la violencia de género, así como cualquier otra manifestación de discriminación o violencia contra las mujeres o contra otras personas por cualquier condición o circunstancia personal, familiar o social.

El nuevo modelo de atención residencial garantiza:

a) la presencia permanente (24 horas al día) de personas cuidadoras con formación cualificada en atención y vínculo afectivo necesarios.

b) el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la rama social que fomenten de una atención integral orientada al bienestar social y conseguir la mejor calidad de vida.

c) la prestación de un servicio dirigido a la salud con un equipo de atención generalista y una atención especializada neurogeriátrica y psiquiátrica si se requiere.

Personas residentes

Podrán ser usuarias las personas con una edad igual o superior a 60 años, que hayan cesado en su actividad laboral y que se encuentren en situación de dependencia o en riesgo de sufrirla.



Excepcionalmente también podrán serlo las personas menores de esta edad, cuando su situación de dependencia funcional, psíquica o social así lo requiera y no sean susceptibles de atención en otro tipo de recursos sociales o sanitarios. Esta situación de excepcionalidad tendrá que ser justificada con los informes pertinentes (sanitario y psicosocial).

En los supuestos de personas mayores sin la consideración normativa de dependiente tendrá que quedar debidamente acreditado y justificado que la atención prestada en un centro residencial para personas mayores es la idónea para atender las necesidades de la persona, según los y las profesionales de los equipos sociales de base de referencia en cuanto a domiciliación.

Atención integral centrada en las personas

Según la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana, el Plan personalizado de intervención social (PPIS) “es el instrumento dirigido a las personas usuarias, familias o unidades de convivencia, diseñado para garantizar el carácter integral de la atención, su continuidad y homogeneidad en las intervenciones entre distintos equipos profesionales”.

En ese sentido, el PPIS tiene que realizarse de manera individual, con un carácter integral de atención, donde se aporte un diagnóstico de la situación con una valoración de las necesidades así como de las capacidades y las potencialidades, se especifique las diferentes intervenciones y terapias profesionales de los equipos técnicos y asistenciales, se planteen los objetivos concretos a lograr y se determinen los programas y actividades para conseguirlos.

Para lo cual, hay que realizar un estudio detallado de la historia de vida de la persona mayor, sus relaciones familiares, de amistad, sus conexiones con el entorno y la comunidad, la situación económica personal y familiar, su nivel académico o de instrucción, su historia laboral, las patologías y afecciones y condi-

ciones de salud que tiene, su relación con el asociacionismo, afinidades a lo largo del tiempo, interacciones culturales y sociales, sus creencias y convicciones religiosas, si hubiera, y sobre todo su legado y la transferencia que quiere realizar.

Así mismo, el proyecto de vida es el que permite dar sentido e inquietudes a cada persona, por lo cual tiene que ser práctico y personalizado, en resumen, vital para la realización de las actividades de la vida diaria y la relación con el medio social.

Mediante la escucha activa se planificarán las tareas y acuerdos conforme a las afinidades y a su predisposición, fomentando la comunicación, aprendizaje e intercambio de conocimientos.

Se impedirá el trato escolar, normativista y uniformizador, requiriendo la flexibilización de normas que permitan la realización de actividades sugerentes, motivadoras e inspiradoras para la persona residente (como puede ser la crianza de animales, el cultivo de plantas, el modelado de cerámica, la confección textil, cocinar...).

Además, el respeto a la persona mayor y su dignidad serán valores imprescindibles para una intervención social adecuada, eliminando en su atención cualquier trato estereotipado, sobreprotector o infantilizador; tiene que ser su capacidad cognitiva la que marcará el lenguaje a utilizar con ella.

Centros abiertos a las familias y personas allegadas

Se promueve la implicación y participación de las familias y su relación con las personas usuarias. Los servicios de atención residencial permiten que la persona usuaria comparta con su entorno afectivo y social, con familiares y personas allegadas, las mismas actividades que compartiría en su propia casa, como es el caso de comer en compañía.

Plazas

El nuevo modelo residencial trata de aproximar y mejorar los cuidados dentro del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales emulando la vida en un domicilio particular. Por eso, los centros residenciales de nueva creación no serán de más de 100 plazas y tendrán una distribución modular, donde el máximo de personas residentes convivientes en el módulo no será superior a 25 personas en el caso de los centros en funcionamiento, ni a 16 personas en el caso de los nuevos centros. Hay que exceptuar las viviendas tuteladas o supervisadas que no tendrán una capacidad de más de 10 plazas.

Los centros residenciales de más de 80 plazas existentes con anterioridad a la actual regulación tendrán que adecuarse en sus recientes obras a la distribución modular.

Figuras profesionales y ratios

En conformidad con el modelo de atención centrada en la persona, en los pliegos de los centros propios de gestión integral se ha propuesto:

Un incremento en la figura profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, Técnico en Integración Social, Certificación de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales, así como las titulaciones equivalentes de planes de estudios previos a las anteriormente referidas.

Sobre las ratios, se ha partido de la base de que la ratio actual de personas trabajadoras por personas residentes, en conformidad con la Orden de 4 de febrero de 2005, es de 0.22 y la ratio establecida por la resolución de 28 de junio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la cual se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acre-

ditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, es de 0.31 personas trabajadoras por personas dependientes con grados II y III (con criterio de exigencia en 2023).

En el proceso de incremento de plantillas actualmente se ha mantenido, como criterio general, que todos los centros dispusieran de al menos la ratio de 0.28. No obstante, se ha propuesto una ratio de 0.56 que permitirá una disminución del número de personas que tiene que atender la persona profesional en su jornada laboral (actualmente centrada en la atención asistencial en las actividades básicas de la vida diaria, ABVD), disponiendo de más jornada laboral para el desarrollo de actividades encaminadas a la atención centrada en la persona.

Con la misma línea de actuación, se ha propuesto para los centros de día (y estancias diurnas) una ratio de 0.3 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería o equivalente por persona usuaria, incrementando el actual 0.09 de la orden de 4 de febrero y la ratio 0.15 establecida por la Secretaría de Estado.

Por lo que respecta a las actividades y tareas a desarrollar por esta figura profesional, se ha hecho especial énfasis que estas no solo estarán centradas en el apoyo o desarrollo de las ABVD sino que comportarán otras encaminadas a la atención singular y personalizada de la persona mayor, con el fin de continuar con el plan de vida de esta, dentro del modelo de atención centrada en la persona que se tiene que implementar.

Esta figura profesional constituirá habitualmente la figura del personal de referencia, que es la persona de apoyo personalizado a cada persona usuaria en el día a día, desde un acompañamiento continuado. Es el principal referente para la persona mayor y para la familia.

Ejercen sus competencias desde el refuerzo del vínculo emocional y con una relación asistencial basada en la confianza

En la designación de la persona profesional de referencia se atenderá, en lo posible, su adecuación a las necesidades o condiciones específicas que pueda presentar la persona usuaria, y tendrá que ser una persona profesional de atención directa en los centros residenciales. Ningún profesional de referencia podrá serlo de más de seis personas usuarias en los centros residenciales.

Todas las personas profesionales del centro pueden ser profesionales de referencia, si bien la tendencia tiene que ser alguna de las personas profesionales de atención directa continuada, en particular la persona Técnica en cuidados auxiliares de enfermería o equivalente.

El criterio de determinación de la persona profesional de referencia no tiene que ser la distribución o número de personas a atender. Se tiene que constituir en una elección mutua entre persona mayor y profesional. Se tiene que posibilitar el cambio.

En los inicios es importante contar con la voluntariedad de las personas profesionales para asumir este nuevo rol.

Es importante que sus competencias estén descritas y sean respetadas y transmitidas adecuadamente a la persona mayor, familia y otras personas profesionales.

Es esencial para integrar estas nuevas competencias en las personas profesionales actuales formar inicial y posteriormente, en un continuo reciclaje. Es fundamental en el desarrollo de sus atribuciones el apoyo del equipo técnico y la dirección del centro.

Las **competencias o funciones** de la persona profesional de referencia son:

- Comunicación y confianza.

- Promover y reforzar vínculos emocionales y de confianza con la persona mayor y su entorno (familia, amistades...).
- Servir de apoyo y referente de seguridad para la persona mayor y su familia.
- Saber apoyar y servir de aliento ante momentos de vulnerabilidad y dificultad.
- Facilitar la comunicación entre la persona mayor y la familia.
- Conocimiento.
- Aproximarse al máximo a la historia de vida de la persona mayor.
- Reconocer las necesidades de cada persona mayor en cada proceso.
- Identificar y gestionar las competencias y capacidades mantenidas de cada persona mayor.
- Gestión de recursos.
- Identificar y gestionar las potencialidades/recursos de cada persona mayor.
- Encontrar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar.
- Identificar y gestionar los posibles recursos del entorno vital de la persona mayor.
- Apoyo al proyecto vital.
- Participar en su diseño junto con el equipo técnico.
- Apoyar la integración y participación de la persona mayor en este proyecto.
- Apoyar y velar por su desarrollo.



RPMD Monteolivete (València)

- Observar y aconsejar en su desarrollo.
- Coordinación, continuidad, coherencia de las intervenciones.
- Gestionar la información personal para su adecuada atención.
- Comunicación y coordinación con el entorno familiar.
- Comunicación y coordinación con el resto del equipo profesional.
- Identificación y gestión de situaciones especiales que requieren atención especializada.

RPMD Monteolivete (València)



Ubicación de los centros residenciales

1. Los centros residenciales para personas mayores se situarán preferentemente integrados en cascos urbanos o próximo a servicios comunitarios. En todo caso, estarán debidamente comunicados con el centro del municipio me-



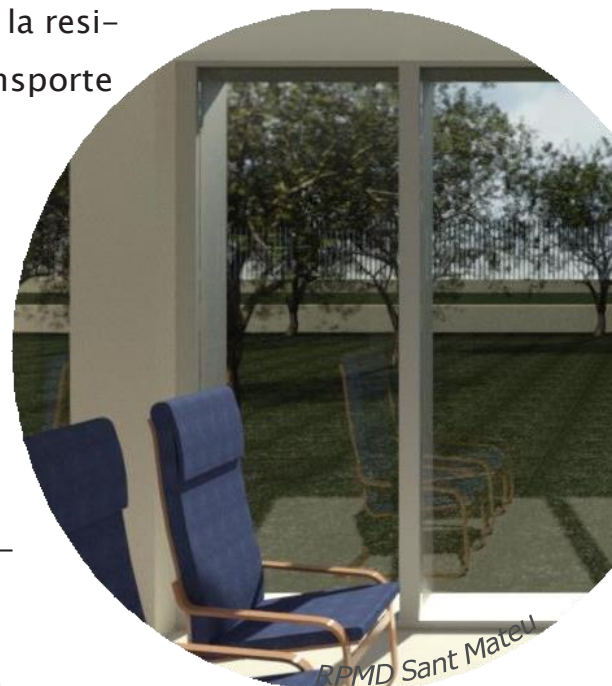
RPMD Lledó (Castelló de la Plana)



RPMD Lledó (Castelló de la Plana)

dian­te trans­por­te pú­bli­co o, en defec­to de esto, la resi­den­cia faci­li­ta­rá otro me­dio al­ter­na­tivo de trans­por­te di­a­rio al cen­tro del munici­pio.

2. La zona de ubi­ca­ción reu­ni­rá las de­bi­das con­di­cio­nes de se­gu­ri­dad, sa­lubri­dad y acce­si­bi­li­dad, y con­ta­rá con acce­so y al­re­de­do­res in­me­di­a­tos muy ilu­mi­na­dos.
3. Ten­drán que dis­poner de jar­di­nes o es­pa­cios ex­te­ri­o­res don­de po­der pa­sear o faci­li­tar el acce­so en es­pa­cios pú­bli­cos.



Esto po­si­bi­li­ta que la per­so­na resi­den­te no pier­da el con­ta­cto con sus re­des afec­ti­vas y su en­tor­no so­cial y faci­li­ta que con­ti­núe par­ti­ci­pan­do en las ac­ti­vi­da­des de su co­mu­ni­dad (co­mo ha­cer co­m­pras o en­car­gar­las en los co­mer­cios de su elec­ción, asis­tir a ac­tos cul­tu­ra­les, fes­ti­vos o re­li­gi­o­so­so, acudir a un ho­gar de con­vi­ven­cia, to­mar­se algo en un bar...).

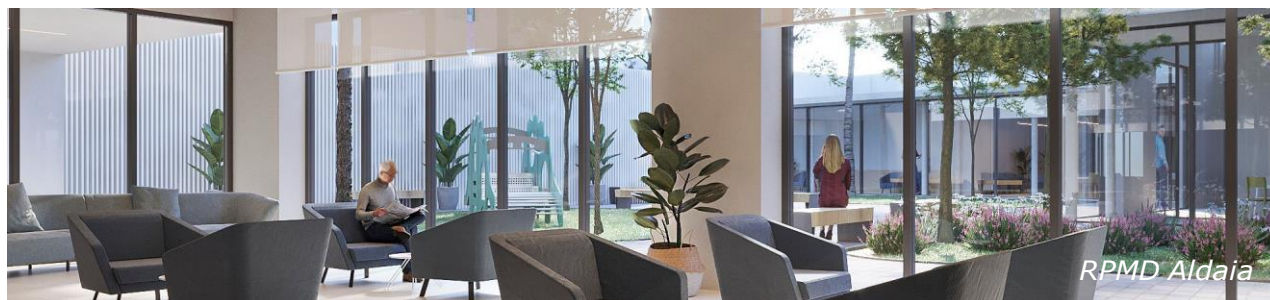


RPMD Sant Mateu



RPMD Aldaia

En todo caso, y en la medida de lo po­si­ble, los cen­tro­so resi­den­cia­les tie­nen que es­tar abier­to­so en la co­mu­ni­dad, tan­to para ofe­recer ser­vi­cio­so es­pe­cí­fi­co­so, co­mo para fa­vo­recer sus pro­ce­so­so de aten­ción, es­ta­ble­ci­en­do pro­ce­di­mien­to­so ági­le­so de acce­so, co­mu­ni­ca­ción y



RPMD Aldaia

derivación con los otros servicios existentes.

Condiciones básicas generales de los centros residenciales

Los centros residenciales tendrán que contar con:

a) Zona de administración, que comprenderá las dependencias destinadas a funciones de gestión y administración y las destinadas a las funciones de intervención del resto del personal técnico, así como sala de reuniones.

b) Áreas sociales y convivenciales, que comprenderán los espacios destinados a cuartos de estar, salas de actividades, de relax, sala de visitas, sala de despedida, salón de actos y visionados. Los cuartos de estar y salas de actividades comunes a todos los módulos contarán con una superficie de 0,5 m² por plaza, mínimo 40 m² o mayor según programa y actividades.

En estas zonas comunes se dispondrá dos baños adaptados, cada 40 plazas,



RPMD Monteolivete (València)

uno para hombres y otro para mujeres.

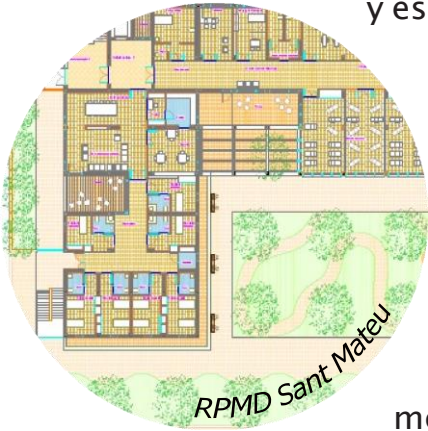
Es aconsejable la utilización de varios espacios de dimensiones reducidas con preferencia a una única sala de grandes dimensiones, o la posibilidad de modular una sala grande. En todo caso, se crearán diferentes ambientes para posibilitar o facilitar la realización de más y diferentes actividades, y que además evitan la sensación de masificación mediante el diseño adecuado, a través de biombos, circuitos de butacas...

Los cuartos de estar se dotarán de butacas de carácter individual suficientes y de características ergonómicas que garanticen la seguridad y el confort de las personas usuarias, pudiendo conseguir dormir con todos los requisitos necesarios.

c) Área sanitaria, que comprenderá los espacios de sala de consulta (médica general, neurológica, psiquiátrica) sala de curas y botiquín, sala de fisioterapia



RPMD Monteolivete (València)



y espacio dedicado al servicio de farmacia o al depósito de medicamentos. Espacio de atención terapéutico psicológico y ocupacional...

d) Zona de servicios, que comprenderá, entre otros, los espacios de cocina, limpieza, almacenes y lavandería.

Cocina: se estará a lo previsto en la normativa que, en cada momento, regule las condiciones exigibles, en particular los requisitos higiénicos-sanitarios específicos previstos en relación con los centros residenciales. El servicio de cocina será preferiblemente propio.

Los módulos contarán con servicio pinche de cocina, favoreciendo el ejercicio de autonomía por parte de las personas residentes, potenciando la ejecución de las actividades de la vida diaria, potenciando las capacidades y aprendizajes comunes como unidad de trabajo de mejora personal para la conservación y rehabilitación de la memoria procedimental.



RPMD Aldaia



RPMD Aldaia

Almacenes: se contará con los espacios adecuados de almacén para que se guarden por separado los alimentos, la lencería y los productos de limpieza del centro. Contarán con un dispositivo que impida el acceso a las personas usuarias y con las medidas higiénicas y de seguridad necesarias.

Lavandería: se prestará servicio de lavandería preferiblemente propio que garantice el lavado periódico de lencería y ropa de personas residentes. En cualquier caso, el centro residencial contará con una unidad básica de lavado de ropa.

Las zonas comunes generales se proyectarán con tabiques móviles de forma que puedan existir espacios grandes que se puedan convertir en más pequeños según las necesidades, con gran transparencia visual y luminosos.

RPMD Monteolivete (València)

También es importante el diseño del espacio exterior que integrará zonas de paseo para que las personas usuarias puedan penetrar en las zonas verdes, con recorridos en bucle de forma que una persona



con enfermedad de Alzheimer u otras demencias pueda empezar a andar y volver al punto de partida siguiendo el recorrido.

Existirán en el exterior zonas con posibilidad de estar a la sombra mediante toldos retráctiles o cualquier otro mecanismo.

Integrarán algún espacio para que nietos, nietas, bisnetos o bisnietas, puedan acudir a la residencia, y se puedan encontrar en ambientes adecuados, como zonas de juegos incluidas. De este modo facilitaremos las visitas de todo el núcleo familiar. Estas zonas de juegos se situarán próximas en las zonas de visita de familiares, para favorecer espacios de relación intergeneracionales.

Se incorporarán sistemas de alerta y alarma contraincendios para personas con diversidad funcional sensorial.

Así mismo, se introduce la perspectiva de sostenibilidad en todos los elementos arquitectónicos de las nuevas residencias, mediante la implantación de placas fotovoltaicas (también en los edificios existentes), y diseños bioclimáticos con sistemas de climatización e iluminación más eficientes y confortables, reduciendo el impacto humano en nuestro entorno.

e) Hay que proporcionar los servicios funerarios necesarios con la mayor eficacia y discreción, ayudando en todo el posible y aportando la profesionalidad de los equipos psico-sociales.

f) Se garantizarán los oficios religiosos y el respeto a las creencias de las personas usuarias.



RPMD Sant Mateu

g) Las personas residentes podrán incorporar en sus habitaciones objetos o enseres personales o familiares por los cuales tengan especial inclinación o afecto por su trayectoria de vida.

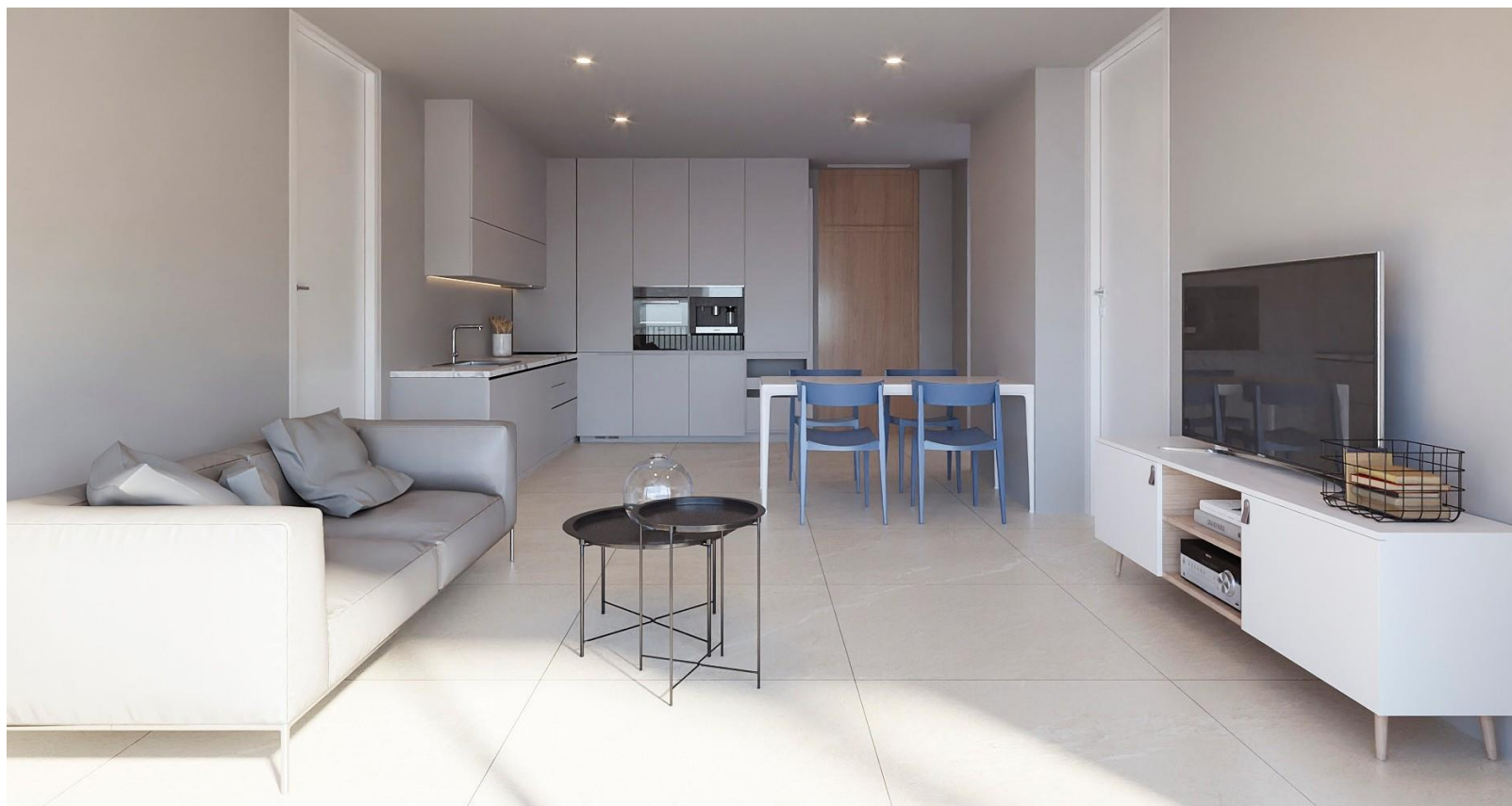
En conclusión, se prevé humanizar los espacios de vida de las personas mayores, haciendo que su vida transcurra de la manera más parecida a un entorno familiar y alejándonos de espacios seriadados, tratando de personalizar las atenciones necesarias para cada persona usuaria.

Módulos

Habrán cuatro tipos de módulos interconexionados que darán respuesta a las limitaciones que por edad podemos llegar a sufrir y que con valentía hay que afrontar, dando respuesta a las necesidades de nuestros estados cognitivos y capacidades psicofísicas y sociales.



RPMD Monteolivete (València)



Cada módulo dispondrá de los siguientes espacios:

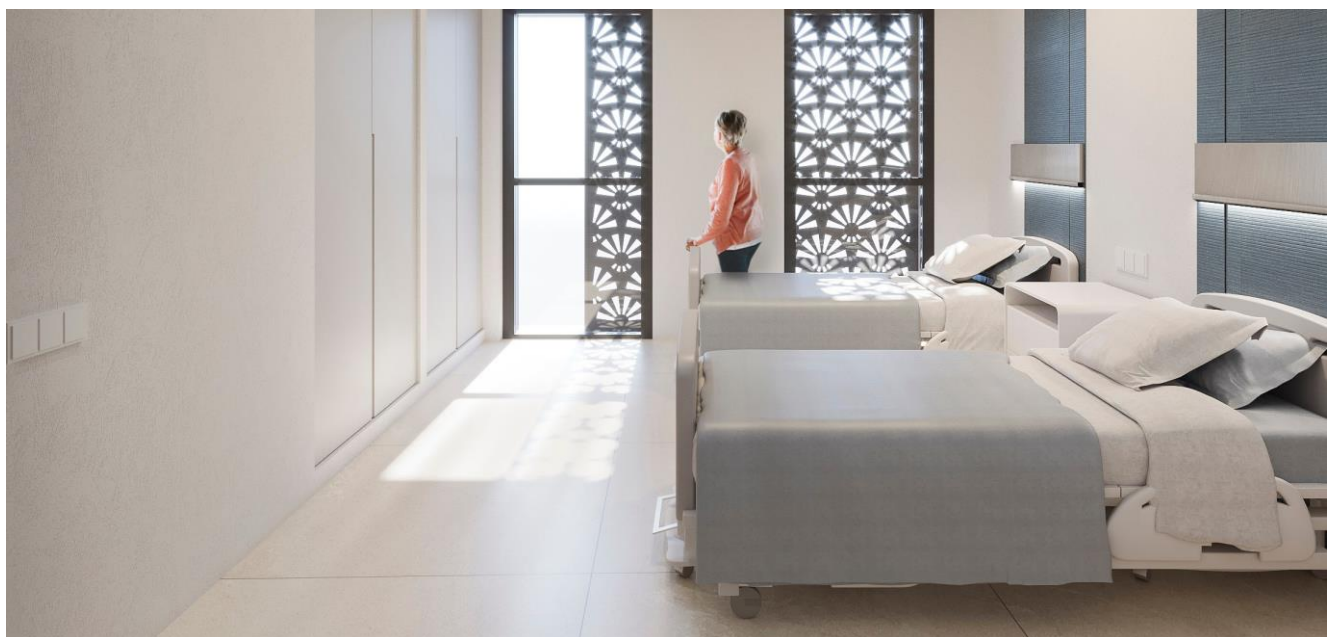
Áreas comunes:

- 1) Se considerarán espacios comunes del módulo los comedores y los cuartos de estar. Los cuartos de estar se dotarán de butacas de carácter individual suficientes y de características ergonómicas que garanticen la seguridad y el confort de las personas usuarias.
- 2) Se reservará espacio suficiente para el almacenaje de útiles de vajilla y otros propios del uso del comedor.

Habitaciones:

Diseño básico: Las habitaciones serán individuales o dobles, teniendo que contar todos los centros residenciales con un 60% del total de plazas en habitaciones de uso individual, como mínimo. Estos porcentajes son mínimos; no obstante, dada la importancia que tiene la intimidad personal para la convivencia, se recomienda como tipo ideal la habitación individual.

Las habitaciones dobles tendrán una superficie útil mínima de 30 m², incluido el cuarto de baño.



RPMD Aldaia

Las habitaciones individuales tendrán una superficie útil mínima de 15 m², incluido el cuarto de baño.

El baño tendrá una superficie mínima 5m² y podrá ser compartido.

Dispondrán todas de lavabo adaptado en su interior, aunque se podrán diseñar otras soluciones de módulos de habitación, ya sea individual o doble.

Hay que permitir el paso de 2 metros desde el armario a la cama y pared para dar amplitud a las sillas de ruedas y camas articuladas y grúas.

El pavimento debe de ser antideslizante, sobre todo adecuado en las zonas de baño. Hay que diseñar las ventanas adecuadas por seguridad que dan posibilidad a ventilación y luz naturales, provocando la conservación y salubridad, así como no permitiendo la humedad en la habitación.

Las habitaciones dispondrán de iluminación de techo, de lectura y de mesilla de cama, facilitando en todo momento las diferentes actividades que se pueden determinar en las habitaciones

Las camas tienen que estar adaptadas a las características del módulo, articuladas y que puedan ser bajadas a las horas nocturnas evitando la exposición a caídas.

El mobiliario podrá ser llevado de casa, facilitando en todo caso cama, armario (con capacidad suficiente para guardar ordenadamente la ropa de las diferentes temporadas), silla auxiliar, estantería y mesilla de noche.

Hay que posibilitar antena de televisión y acceso a wifi a quien lo necesite.



Baños y lavabos:

En las áreas comunes del módulo existirá un lavabo dotado de váter y lavabo sin pedestal por cada 16 plazas.

Habrà un baño geriátrico por planta, completamente equipado y con disposición de duchas geriátricas con las garantías de seguridad necesarias.

Office-control:

Que permita el descanso nocturno de la persona profesional de atención directa.

Cocina:

Que permitirá la preparación de alimentos como en casa.

Dotación de electrodomésticos: nevera, cocina (no gas), microondas,

Pila de fregar y fregadero.

Zona de almacenaje, para utensilios y alimentos.

Zona de desechos para la recogida posterior.

Lavandería:

Dispondrá de los elementos necesarios para la limpieza de la ropa (lavadora, secadora, fregadero, almacenaje de productos, tendedero) y permitirá el acceso de aquellas personas usuarias que puedan realizar esta actividad en su vida cotidiana.

Los **perfiles** de las personas usuarias y las **características especiales** de cada módulo se concretan de la siguiente manera:

1) Módulo Unidad Convivencial-Activo

Perfil:

Personas mayores dependientes o con riesgo de dependencia, con capacidades cognitivas conservadas.



Características especiales del módulo:

Configurar un ambiente/espacio de habitabilidad personalizado (llevar mobiliario, objetos, decoración, colcha): posibilidad de personalizar habitación e incorporar elementos personales en los espacios comunes.

Las habitaciones serán individuales o dobles, debiendo tener todos los centros residenciales un 60% del total de plazas en habitaciones de uso individual, como mínimo.

Se tenderá a programar las actividades de la vida diaria pertinentes más las de cultura y ocio que se proponga por la persona residente.

2) Módulo Unidad de Neurodegenerativas/rehabilitadora

Perfil:

Personas mayores afectadas de enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer, daño cerebral sobrevenido, enfermedad de Parkinson y otras demencias).

Características especiales del módulo:

Las habitaciones serán individuales o dobles, teniendo que contar todos los centros residenciales con un 60% del total de plazas en habitaciones de uso individual, como mínimo.

Todos los accesos a la unidad de estarán controlados con puertas adecuadas para el perfil de las personas usuarias.

Además de las recomendaciones ambientales de carácter general para todos los módulos, en la unidad neurodegenerativa:

- a) Se evitarán los pequeños objetos decorativos accesibles y peligrosos para estas personas.

- b) Se evitará una excesiva estimulación (ruidos ambientales, etc.).
- c) Se utilizarán colores pastel, cálidos y suaves, evitando la gamma de rojos, granates, etc.
- d) Se facilitará la orientación de las personas usuarias, a través de colores específicos en cada puerta de habitación de la unidad, con el nombre y la foto de la persona residente en las mismas, pictogramas en las puertas de servicios, etc.
- i) Se utilizarán relojes y calendarios de gran tamaño y de fácil lectura, que faciliten la orientación temporal.

3) Módulo Unidad de Trastornos de conducta/temporal

Perfil:

Personas mayores afectadas de enfermedad mental o diversidad funcional intelectual con deterioro cognitivo, que presentan trastornos de conducta continuada o temporal.

Características especiales del módulo:

Las áreas comunes tendrán las características generales señaladas en el apartado arquitectónico (ventanas y puertas con seguridad según normativa)

Todas las habitaciones serán individuales y tendrán las características generales. Cada habitación dispondrá de posibilidad de observación de la misma por el personal cuidador sin que haya que abrir la puerta (mediante observación directa o a través de circuito de TV conectado con el lugar de control de enfermería).

Todos los accesos a la unidad de trastornos de conducta contarán con puertas que dispongan de cerradura de seguridad evitando las cerraduras con llaves.

Además de las recomendaciones ambientales de carácter general para todos

los módulos, en la unidad de trastornos de conducta:

- a) Se evitarán los pequeños objetos decorativos accesibles y peligrosos para estas personas.
- b) Se evitará una excesiva estimulación (ruidos ambientales, etc.).
- c) Se utilizarán colores pastel, cálidos y suaves, evitando la gama de rojos, granates, etc.
- d) Se facilitará la orientación de las personas usuarias, a través de colores específicos en cada puerta de habitación de la unidad, con el nombre y la foto de la persona residente en las mismas, pictogramas en las puertas de servicios, etc.
- e) Se evitará la música ambiental y la televisión permanentemente encendida.
- f) Se prestará especial atención al nivel sonoro de los timbres y teléfonos fijos y móviles.
- g) Se utilizarán relojes y calendarios de gran tamaño y de fácil lectura, que faciliten la orientación temporal.

4) Módulo Unidad Sociosanitaria/paliativos/larga estancia

Perfil:

Las Unidades sociosanitarias–paliativas o de larga estancia están centradas, en principio, en la atención a personas mayores con patologías que ya no responden a un tratamiento curativo, presentan un deterioro progresivo, con frecuentes crisis de sus enfermedades que ha comportado sucesivos ingresos en centros hospitalarios o servicios de urgencia.

Características especiales del módulo:

Las áreas comunes tendrán las características generales señaladas en el apartado arquitectónico (ventanas y puertas con seguridad según normativa).

Las habitaciones serán individuales o dobles, teniendo que contar todos los

centros residenciales con un 60% del total de plazas en habitaciones de uso individual, como mínimo.

Dadas las características de la atención prestada en esta unidad, se preservará un espacio para ser personalizado por la persona residente o su familia, si bien atenderá a las necesidades de espacio y prestaciones para cuidados sociosanitarios.

Todas las habitaciones dispondrán de las instalaciones necesarias para uso hospitalario (oxígeno, aire, óxido nitroso y vacío).

Las habitaciones tendrán camas articuladas, en tren elevador, con barras de protección y con colchones viscoelásticos.

Dispondrá también de:

- Dispositivos necesarios para el baño o ducha de personas usuarias según grado de dependencia: sillas de baño, etc.
- Al menos, una grúa de traslado con dos tipos de arnés (uno para traslado desde la cama y otro para elevación y cambios de pañal).
- Pulsioxímetro, electrocardiógrafo y un carro de paradas con desfibrilador, su medicación y accesorios de urgencia.
- Cuarto de estar: se mantienen para casos de residentes que se levantan a butaca geriátrica unas horas determinadas.
-

Además, contará con los materiales necesarios para:

- La administración de medicación por vía oral con un sistema de unidosis, como por vía subcutánea e intravenosa.
- Técnicas de apoyo nutricional; sondas nasogástricas, catéteres de ostomía y sistemas de bombas de infusión.
- Técnicas de enfermería, materiales para curas, etc.
- Técnicas de rehabilitación: acceso a sala de fisioterapia adecuadamente dotada, que contará con medios informáticos.

6. DE RESIDENCIA A HOGAR. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA. ÁREAS DE MEJORA

Acabamos de entrar en la década 2021–2030 del envejecimiento saludable, declarada por la OMS. Esta iniciativa responde al hecho cierto de que las personas vivimos cada vez más años, por lo que se hace más necesaria que nunca la acción conjunta de toda la sociedad para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven. Y mejorar la calidad de vida de las personas mayores solo puede hacerse poniéndolas en el centro de la visión y acción política, institucional y social.

Los servicios de atención residencial a personas mayores no pueden quedarse atrás. Tenemos que pasar del tradicional modelo de atención rígido y paternalista, centrado en los servicios –a los que deben adaptarse las personas–, a un modelo centrado en la persona, en sus valores, sus circunstancias, su trayectoria, su historia de vida y su proyecto de vida –en el que los servicios se adaptan a las personas–. Se hace necesario apostar por un modelo mucho más respetuoso con las personas, con su voluntad, sus deseos y preferencias, y en el que, a su vez, profesionales y familias juegan un papel mucho más protagonista. Si vamos a vivir más años, tenemos que mejorar las condiciones en las que queremos hacerlo, para vivir mejor.

Desde la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas son varias las iniciativas que hemos ido desarrollando con la mirada puesta en la autodeterminación de las personas mayores, en el respeto a su capacidad de decisión sobre cómo quieren envejecer. El programa “CuideM” es un claro ejemplo de nuestra apuesta por envejecer mejor en casa, con los apoyos que sean necesarios y, solo cuando ello no sea posible, y por deseo expreso de la persona interesada, trasladarse a vivir a un servicio de atención residencial.

En el caso de los centros residenciales la persona no está en su casa, pero lo deseable es que viva como si lo estuviera. Con ese objetivo hemos modificado la normativa de autorización y acreditación de centros, limitando

las dimensiones a un máximo de 100 plazas, distribuidas en unidades modulares de un máximo de 16 plazas, que favorezcan la convivencia. El Plan "Convivint", a desarrollar entre 2021 y 2025, recoge 100 actuaciones en infraestructuras para personas mayores e incorpora 4.400 nuevas plazas al sistema. Pero es necesario seguir avanzando, porque de nada sirve invertir en la estructura si no va acompañado de un cambio de mirada en el interior, que asegure el pleno respeto a la autonomía, dignidad y participación de las personas usuarias.

En consecuencia, el servicio de atención residencial en la Comunitat Valenciana se plantea desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona. En las residencias para personas mayores la vida cotidiana se desarrolla en torno a la autodeterminación de la persona, garantizándose una atención personalizada basada en su identidad, su historia de vida, sus expectativas y deseos, su visión y su enfoque de vida, a través de un proyecto de vida personal, del personal profesional de referencia y de los apoyos que lo hagan posible. Se promueve la participación de las familias y la relación con la vida comunitaria. El trato, basado en el respeto, la dignidad y la diversidad de las personas, debe ser promotor de sus derechos, eliminando de raíz el edadismo y la infantilización. Este modelo responde al imperativo ético de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de mejorar con plena dignidad la calidad de vida de las personas.

La presente guía pretende acercar el nuevo modelo de atención integral centrada en la persona a las personas profesionales, usuarias, familiares y ciudadanía en general, a fin de concienciar sobre el cambio de paradigma. El proceso de transformación parte de la visión de que las personas mayores, todas y cada una de ellas, como cualquier otra, son únicas, con capacidades, con derechos y que se relacionan desde la interdependencia. Por ello, este cambio de modelo debe ser progresivo y abordarse desde la globalidad y la transversalidad de las intervenciones para que éstas sean aplicables a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración, acordes y en consonancia con la elección de su proyecto vital.

Con esta guía se introducen orientaciones a buenas prácticas de la vida cotidiana que ya pueden y deben ponerse en marcha. Se trata de transformar la orientación de nuestros centros residenciales hacia la prestación de unos servicios que se adapten mejor a las personas, sus gustos, sus preferencias, sus proyectos y estilo de vida, que secunden mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva. Avanzar en el desarrollo del proyecto vital de todas y cada una de las personas que nos han hecho este encargo, supone un reto que no sería posible sin la participación e implicación de todas las personas protagonistas: la propia persona, el equipo profesional y la familia.

6.1.- INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos del INE (enero 2022), la Comunitat Valenciana cuenta con una población de 5.058.138 habitantes. De éstos, 2.491.394 (49,26%) son hombres y 2.566.744 (50,74%) son mujeres. Las personas de 65 años o más representan un porcentaje del 19,69% sobre el total. De éstas, 436.819 (43,85%) son hombres y 559.239 (56,15%) son mujeres. En 2020 la esperanza de vida de las mujeres fue de 84,94 años, mayor que la de los hombres que fue de 79,76 años.

La población de la Comunitat Valenciana proyectada a 1 de enero de 2035, se estima en 5.179.830 habitantes. El envejecimiento de la población se intensificaría durante los años de esta proyección, alcanzando el grupo de 65 y más años un porcentaje del 26,64% en el año 2035 para el conjunto de la Comunitat Valenciana.

Tanto el aumento de la población mayor de 65 años, como de la esperanza de vida, aún con los avances en el modelo de cuidados, requiere replantear, repensar y planificar nuevas políticas públicas, efectivas y razonables, para atender esta nueva realidad, que garanticen unas condiciones de vida dignas, felices y de calidad a todas las personas mayores que permitan

desarrollar plenamente sus proyectos de vida, tanto en su casa como en un servicio de atención residencial.

6.2.- MARCO NORMATIVO

La base de este replanteamiento ha de partir en primer lugar del marco legislativo integrado por:

- Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana.
- Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI.
- Ley 9/2003, de 2 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres.
- Decreto 59/2019, de 12 de abril, del Consell, de ordenación del sistema público valenciano de servicios sociales.
- DECRETO 84/2018, de 15 de junio del Consell, de fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de la Generalitat.

6.3.- PRINCIPIOS RECTORES

El marco conceptual del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona se fundamenta en una serie principios rectores y criterios de actuación (Pilar Rodríguez, 2013):

1. Autonomía (autodeterminación). Las personas usuarias tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida y actuar con libertad. El derecho a la autonomía no se pierde por encontrarse en una situación de dependencia. Además, en casos de gran dependencia y/o deterioro cognitivo, la autodeterminación puede ser ejercida de manera indirecta a través de personas de apoyo o representantes.

Criterios de actuación: diversidad y empoderamiento.

- La planificación de los servicios y la práctica profesional deben contemplar una oferta diversificada, con un abanico amplio de posibilidades, de forma que se facilite la elección y la posibilidad de ejercer los derechos y autodeterminación de las personas usuarias.
- Las características, biografía y entorno de la persona deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar de forma personalizada los apoyos.
- Las actuaciones deben ir dirigidas al reconocimiento de las competencias de las personas y a posibilitarlas y estimularlas (desde técnicas de empoderamiento, entre otras) de tal forma que pongan de manifiesto sus preferencias y puedan elegir entre diferentes opciones relacionadas con los procesos que les afecten: rutinas cotidianas, imagen personal, relaciones, etc.
- En caso de personas con diversidad funcional o discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, debemos garantizar que se respetan sus deseos y preferencias (con el apoyo de la familia, su círculo próximo o profesionales de referencia).

2. Individualidad. Todas las personas son iguales en cuanto a ser depositarias de los mismos derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto.

Criterios de actuación: personalización y flexibilidad.

- La atención y los planes de apoyo han de diseñarse de forma personalizada, para que puedan adaptarse a las necesidades específicas de cada caso, evitando que sean las personas usuarias las que deban adaptarse a los servicios.
- Se trabajará desde el conocimiento integral de la persona, partiendo de su historia de vida, y se buscará el consenso de los planes de intervención con ella (o sus personas de apoyo). Los apoyos planificados tendrán en cuenta las preferencias de las personas, con el fin de permitir el desarrollo de su proyecto de vida.

3. Independencia. Aunque se tengan necesidades de apoyo y atención, todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas a través de actividades significativas.

Criterios de actuación: prevención y visibilización de capacidades.

- Se deben desarrollar programas y actuaciones para la prevención de la dependencia, así como para la rehabilitación o prevención de complicaciones.
- Identificar y apoyar capacidades preservadas de las personas con diversidad funcional o discapacidad y/o dependencia, en lugar de focalizar las actuaciones exclusivamente en las limitaciones.
- Acompañamiento de personas con gran dependencia. Siempre hay que explorar la posibilidad de restaurar o descubrir capacidades y explorar modos de incrementar la percepción de autoestima y bienestar.

4. Integralidad. La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo funcionamiento integrado es determinante para su calidad de vida. Estas dimensiones son dinámicas, y por tanto cambiantes a lo largo del ciclo vital.

Criterios de actuación: globalidad.

- Todos los cuidados e intervenciones de apoyo deben considerar este enfoque de integralidad, buscando la satisfacción no sólo de las necesidades básicas –alojamiento, manutención, higiene, seguridad...– sino que su atención se extenderá a todas las necesidades de las personas usuarias en todas sus esferas vitales –emocionales, comunicacionales, formativas, de salud, de ocio, culturales, lingüísticas, espirituales...– manteniendo los vínculos sociales, siempre que sea posible, en la comunidad de referencia.
- Deben ser tenidos en cuenta todos los agentes y factores del proceso de intervención: personas usuarias, profesionales, familiares y allegadas, el contexto comunitario, las condiciones ambientales y las infraestructuras y equipamientos.

5. Participación. Las personas con diversidad funcional o discapacidad y/o dependencia tienen derecho a participar en su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

Las personas usuarias (y en su caso sus familias) tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida. Podrán participar de forma directa o indirecta en la elaboración del plan personalizado de intervención social, así como en su seguimiento.

Criterios de actuación: accesibilidad e interdisciplinariedad.

- Se ha de planificar e intervenir para que en los diferentes entornos se incluyan elementos facilitadores que promuevan la autonomía

de las personas (productos de apoyo para la movilidad, para facilitar la orientación...). Supresión de barreras u obstáculos que limiten el funcionamiento, ya sean físicas, ambientales o de actitud (centradas en las limitaciones, estigmatizadoras o recriminatorias...).

- Hay que promover actitudes que sean proactivas e integradoras.
- Los programas de intervención y planes de apoyo siempre deben ser elaborados y ejecutados con un criterio de interdisciplinariedad. Además, el personal técnico debe interrelacionarse en todo el proceso e interactuar con las personas usuarias, promoviendo la participación directa o indirecta en su propio plan de intervención.
- La propia planificación debe contemplar medidas dirigidas al desarrollo de habilidades y competencias para la participación de las personas usuarias.
- Es necesario informar tanto a profesionales como a las personas usuarias y familiares acerca de los cauces de participación.

6. Inclusión social. Las personas que requieren apoyos son miembros activos de la comunidad y ciudadanos y ciudadanas con idénticos derechos que el resto. Por ello, incluso en una situación de gran dependencia, deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno y tener acceso y poder disfrutar de los bienes sociales y culturales en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Criterios de actuación: proximidad y enfoque comunitario.

- Los centros y recursos de apoyo han de situarse en el entorno próximo y cercano de las personas destinatarias.
- Se promoverá la participación activa de las personas dependientes en los recursos comunitarios.
- Dicha participación potencia su autoestima, favorece su autonomía y posibilita las interacciones gratificantes con el entorno comunitario.

7. Principio de continuidad de atención. Las personas con diversidad funcional o discapacidad y/o en situación de dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de forma continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

Criterios de actuación: coordinación y convergencia.

- Se han de implementar políticas de coordinación y complementación para la adaptación de los recursos a las necesidades de las personas, y no a la inversa.
- Es fundamental la coordinación entre los diferentes programas, prestaciones y niveles de los servicios sociales (atención primaria básica y específica), así como con otros sistemas (sanitario, educativo, vivienda, empleo...).

Desde las orientaciones y propuestas emanadas del Plan de Choque en Dependencia, aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en enero de 2021 y acordado en la Mesa de Diálogo Social en Dependencia, se establece como objetivos, además de reducir la lista de espera, mejorar los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas en situación de dependencia, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad, y asegurar que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas, como garantía de la calidad de esa atención. Para lograrlo, el propio Plan de Choque incluye la necesidad de modificar el Acuerdo de acreditación de centros y servicios del SAAD de 2008.

Dentro de este marco de actuación surgen nuevos enfoques en las áreas de actuación básicas que es necesario replantear para proporcionar la atención integral centrada en la persona en los servicios residenciales.

6.4.- IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES ÁREAS DE MEJORA PARA LA ADECUACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

Es importante, antes de proceder a la identificación de las áreas de mejora, que definamos los centros residenciales como el conjunto de espacios y servicios, así como su organización y gestión, que se configuran como agrupación de unidades de convivencia, dirigido preferentemente a personas mayores en situación o riesgo de dependencia, que garantice con carácter permanente o temporal la atención integral y continuada a la persona, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades, según el cometido social de su ciclo vital.

En el modelo actual, ingresar en un centro residencial suele ocasionar en la mayoría de las personas una ruptura con el itinerario de su vida anterior.

Estas personas pasan a vivir en un espacio impersonal donde las normas son uniformes para todas las personas usuarias, y en el que prevalecen éstas y el criterio profesional sobre sus deseos. En definitiva, la persona siente que ha perdido el control de su vida.

En un centro que aplica el modelo de atención integral centrada en la persona toda la organización y los roles profesionales se transforman para establecer una relación de ayuda que parta del conocimiento de la persona (de cada una de ellas) y se logre ofrecer una continuidad con su vida anterior, teniendo en cuenta sus preferencias, gustos, rutinas, etc. Además, los espacios, la decoración y todo el ambiente se organizan en espacios lo más parecidos a un hogar con la participación de las personas y de sus familias.

Se trata de conseguir ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas.

Los centros residenciales no solo prestarán servicios de alojamiento, manutención y atención a las necesidades básicas de las personas residentes, sino que atenderán, además, a las necesidades particulares derivadas de su situación personal y social. Para ello, cobra especial importancia el desarrollo de la historia de vida de cada persona residente con el objetivo de obtener información relativa a sus valores, intereses, hábitos, costumbres y gustos. De este modo, se identifican las preferencias y gustos de las personas residentes y se incorporan actividades de la vida cotidiana con valor terapéutico, sentido y significado para ellas.

El objetivo general es promover que las personas mayores con necesidad de apoyos y atención, que viven en residencias los reciban de acuerdo con sus deseos y preferencias, en las mejores condiciones, procurando su mayor grado de independencia, autonomía y bienestar personal. A tal efecto, los centros residenciales deben cumplir los siguientes objetivos específicos:

- a) Garantizar a las personas usuarias las atenciones y apoyos personalizados que sean necesarios para realizar las actividades de la vida diaria, buscando la satisfacción de sus necesidades básicas, emocionales y sociales.
- b) Promover el proyecto de vida de las personas usuarias adaptando los servicios y la planificación de las actividades del centro a sus preferencias y estilos de vida.
- c) Favorecer que las personas usuarias mantengan y amplíen, en la medida que forme parte de su proyecto de vida, las relaciones afectivas y sexuales, las relaciones con la familia, amistades y personas significativas, así como, con otras personas residentes o ajenas al medio residencial.
- d) Facilitar que participen, en la medida de lo posible, en la vida del centro y del municipio donde esté ubicada la residencia, y de la vida pública.

e) Promover la visión positiva y respetuosa de cada persona usuaria con independencia de su situación, necesidades de apoyos, género y orientación sexual, incidiendo, en su caso, con la detección precoz de situaciones de discriminación.

Desde estas premisas, se identifican las siguientes **áreas de mejora**:

6.4.1. IDENTIDAD Y DIGNIDAD PERSONAL

La identidad personal la conforma el conjunto de características propias de una persona que le permite reconocerse como única y diferente de las demás. Viene determinada, entre otras cosas, por el carácter, el comportamiento y los intereses de la persona; el modo en el que participa en la vida social y su afinidad con distintos grupos sociales, entre otras cuestiones. La dignidad es el derecho que tiene cada persona de ser respetada y valorada como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona.

Las personas usuarias de los centros residenciales, con independencia de su situación biopsicosocial, mantienen sus rasgos propios, diferentes al del resto de personas con las que comparten este espacio y son merecedoras en todo momento de una atención personalizada y de calidad.

Partiendo de este hecho, se ha de incidir en:

- Que todas las personas usuarias tienen derecho a la intimidad en su proceso de atención, independientemente de las condiciones estructurales del centro. En el momento de prestar el apoyo directo a la persona usuaria (ducha, vestido, aseo personal...) deben limitarse las interferencias de cualquier persona ajena y facilitarse desde la empatía y el respeto.

- Prestar el apoyo a la higiene y cuidado personal con el fin de alcanzar las mejores condiciones de salud y bienestar. Todas las actuaciones preservarán la voluntariedad, intimidad y dignidad de las personas usuarias.
- Desarrollar los cuidados sanitarios en el momento y lugar reservado para ello, con el fin de asegurar la atención y privacidad que requieren.
- Que las personas tienen derecho a mantener su imagen personal. La imagen expresa y refuerza la identidad personal y tiene un efecto positivo en la autoestima. Un aspecto cuidado influye positivamente en la interacción social y en la aceptación, consideración y respeto de los demás. Poder decidir en el día a día sobre su aspecto aumenta la sensación de control de la persona y favorece su bienestar emocional.
- Potenciar el derecho de autodeterminación de la persona usuaria, y empoderarla para que pueda llevar a cabo su expresión y ejecución tanto en las áreas personales como colectivas.
- Preservar las necesidades de salud sexual. La institución debe respetar los derechos sexuales de las personas usuarias como elemento de promoción de la salud sexual y de la salud en términos generales. Las personas usuarias pueden y han de poder disfrutar de sus momentos de intimidad y privacidad, especialmente en el ejercicio de la vida afectiva, siempre que exista consentimiento.
- Propiciar la atención y los apoyos necesarios desde una esfera humanizada, que refuerce la dignidad de la persona mayor, su autonomía y corresponsabilidad, erradicando enfoques infantilizadores y edadistas.
- Que la aplicación de contenciones a las personas usuarias se ha de realizar, en su caso, desde la individualidad de sus necesidades, preferencias e historia de vida. Las evidencias científicas ponen de manifiesto que las personas sometidas a sujeciones desarrollan consecuencias negativas sobre la esfera física, psíquica y se enfrentan a una pérdida de la dignidad y de la autoestima.
- Promover, apoyar y respetar la diversidad de cada una de las personas, propiciando la igualdad de trato, el buen trato, y el respeto a la identidad

cultural, origen, religión, creencias, lengua, etnia, género, orientación sexual o cualquier otra circunstancia personal o social.

6.4.2. SINGULARIDAD-PROYECTO DE VIDA Y PERSONALIZACIÓN DE LOS APOYOS

La atención a las personas mayores se ha prestado hasta la fecha como un suministro de servicios “tipo”. El modelo de atención integral centrada en la persona parte de la individualidad y singularidad de cada persona residente, centrándose en facilitar los apoyos y la generación de nuevas oportunidades que respondan al proceso vital que conlleva “hacerse mayor”.

Desde esta consideración se ha de centrar la actividad en:

- La importancia de conocer bien a las personas para identificar sus capacidades, sus necesidades, deseos y preferencias. Solo así podremos facilitar una atención personalizada.
- Plantear una atención integral que recoja todos los aspectos importantes para conocer a la persona desde su globalidad y desde ahí proponer y consensuar su plan personalizado de intervención social.
- Incorporar la biografía o historia de vida en la valoración integral como punto de partida y de necesaria actualización, para proponer las intervenciones personalizadas.
- Dar continuidad al plan personalizado de intervención social iniciado desde los equipos profesionales de atención primaria de servicios sociales y promover la coordinación de estos con los equipos de atención del centro.
- Identificar las fortalezas y capacidades de las personas usuarias a través de su historia de vida y reforzar de forma positiva su autopercepción.
- Contar con la participación, de forma directa cuando sea posible, de la persona en la planificación de sus apoyos y cuidados.

- Generar una buena praxis y una personalización de ésta en la prestación de los apoyos que requiera la persona mayor.
- Evitar las soluciones uniformes e iguales para todas las personas usuarias centradas en el área de seguridad. Armonizar las áreas de seguridad, autonomía y bienestar emocional.
- La planificación de las actuaciones debe realizarse desde la persona (no desde el sistema organizativo) considerando sus capacidades, potencialidades, preferencias y deseos, sin centrarse en sus déficits o carencias. Se han de plantear en todo momento actividades significativas que incremente el nivel funcional y emocional de la persona.
- Valorar y aprovechar la actividad cotidiana como un espacio terapéutico en el que se desarrollan habilidades funcionales, cognitivas y relacionales, promoviendo la participación de la persona mayor.
- Realizar los ajustes necesarios para facilitar la participación de las personas mayores con deterioro.

6.4.3. REFORMULACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y LAS INFRAESTRUCTURAS: EL HOGAR COMO MODELO DE ATENCIÓN

Implementar el modelo de atención centrada en la persona requiere llevar a cabo modificaciones en los diseños arquitectónicos, los modelos de gestión y los roles de las personas profesionales y los equipos técnicos.

Para ello, es necesario:

- Configurar los nuevos equipos de atención directa y los equipos técnicos interdisciplinarios.
- Implementar competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación, la empatía y la motivación.

- Conceptualizar la figura de la persona profesional de referencia y concretar sus funciones con el fin de constituirse en el referente principal para la persona, la familia y el entorno.
- Capacitar a la persona profesional de referencia para conocer la historia de vida, identificar las competencias y preferencias de las personas usuarias, participar en el diseño del plan personalizado de intervención social y velar por su desarrollo.
- Redefinir los cometidos de los equipos técnicos interdisciplinares con el fin de ser el soporte (asesorar, informar y formar) de los equipos de atención directa para encontrar las mejores opciones personalizadas en la atención cotidiana a cada persona.
- Organizar y optimizar los recursos disponibles para facilitar un modelo de atención basado en la calidad de vida, de forma que el discurrir de la actividad cotidiana del centro se centre en las necesidades y preferencias de las personas y no en las tareas asistenciales programadas.
- Definir sistemas de actuación, coordinación y seguimiento de casos complejos o de especial conflictividad mediante equipos o comités constituidos formalmente.
- Crear un clima organizacional de confianza, respeto y colaboración que promueva prácticas coherentes con el modelo de atención.
- Promover un plan de actuación que favorezca las condiciones esenciales de trabajo y la gestión de los recursos humanos desde la perspectiva de la atención centrada en la persona.
- Evitar los elementos que evoquen lo institucional y la uniformidad.
- Configurar las unidades de convivencia como un espacio en el que conviven las personas mayores, estructuradas en áreas comunes y privadas que proporcionan un ambiente agradable semejante a “la calidez del hogar”.
- Procurar espacios accesibles donde las personas se sientan tranquilas, seguras y cómodas.
- Diseñar espacios significativos que estimulen la actividad y la interacción de la vida diaria.

- Dotar de los equipamientos y elementos necesarios para configurar un ambiente seguro, amigable, confortable, que proporcione los apoyos necesarios para el desarrollo del proyecto de vida de cada persona residente y permita la personalización de los espacios o ambientes.
- Dignificar la alimentación que se proporciona en los centros, atendiendo a los gustos y preferencias de las personas usuarias y cuidando los detalles.

6.4.3.1.- Cambios en los roles del equipo multidisciplinar

La atención integral centrada en la persona requiere que las personas profesionales desplieguen nuevas y variadas competencias. Una parte importante de estas nuevas competencias comprende las áreas de la escucha activa, la empatía, la valoración de las capacidades y el acercamiento a la historia de vida, y están enfocadas a la capacitación de las personas, a la planificación de actividades terapéuticas desde la vida cotidiana y al uso de una metodología que incorpore a las personas en la toma de decisiones y a las familias en los planes de intervención.

Dentro del equipo interdisciplinar se redefinen los roles del equipo de atención directa y del equipo técnico de apoyo. Desde el modelo de atención integral centrada en la persona se da gran valor al equipo de atención directa sin abandonar la idea de equipo multidisciplinar completo.

- Equipo de atención directa y profesional de referencia

Compuesto por las personas profesionales que permanecen de forma continuada con la persona mayor en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.

Funcionalidades:

Cobra un mayor protagonismo pues son las personas profesionales que están día a día al lado de la persona residente y quienes mejor la pueden llegar a conocer.

Dentro del equipo de atención directa es imprescindible la figura de la **persona profesional de referencia**. Se trata de una persona profesional de atención directa que se ocupa de la atención personalizada y el bienestar de varias personas usuarias y quien se encarga de estar en contacto con el equipo técnico y formularle las consultas que sean necesarias.

La persona profesional de referencia es la persona cuidadora que conoce las necesidades, preferencias, deseos e historia personal y familiar de una determinada persona usuaria y que le ayudará a desarrollar su proyecto de vida, implicando al resto de profesionales en ello.

- Equipo técnico interdisciplinar de apoyo técnico:

Está formado por profesionales de las ramas de la terapia ocupacional, la psicología, el trabajo social, la fisioterapia, la enfermería, la medicina, la animación socio cultural y la integración social.

En las unidades neurodegenerativas/rehabilitadoras y de trastornos de conducta/temporal se establecerá un procedimiento especial de coordinación con el sistema de salud universal y pública para la atención directa de estas personas residentes por parte de las especialidades de neurología y psiquiatría.

Funcionalidades:

Asesoran y apoyan a las personas profesionales de atención directa. El equipo técnico tiene cometidos que tienen que seguir siendo desempeñados por profesionales de mayor cualificación (valoraciones especializadas, diagnósticos, la pauta de los tratamientos, intervenciones profesionales de su perfil, etc.). Las personas profesionales en este modelo desempeñan nuevos e importantes roles relacionados con la provisión de apoyos, con el empoderamiento de las personas y de los grupos, con el asesoramiento, la observación y el acompañamiento.

Como soporte del equipo de atención directa y del equipo técnico de apoyo se encuentra el **Equipo directivo, de administración y de servicios básicos**: formado por dirección, administración y gerencia, lavandería, cocina, limpieza y mantenimiento.

6.4.4. VIDA EN LA COMUNIDAD (la residencia en la comunidad y el centro como comunidad)

El proyecto de vida de las personas mayores ni se inicia ni finaliza en un centro residencial. El Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales ha puesto en valor esta realidad y está configurando la red de atención para el desarrollo de misma. No obstante, hemos de entender “esta red” no solo como la creación de servicios, sino también como la necesidad de implementar y continuar la participación de la persona mayor en todos sus sistemas relacionales.

Para ello se ha de incidir en:

- Promover y facilitar, siempre que la persona mayor lo desee, las relaciones familiares de manera que formen parte de su proyecto de vida, así como en la vida cotidiana del centro y su plan de apoyos.
- Estimular la presencia y colaboración familiar respetando su ritmo, su decisión y su grado de implicación tanto en el proyecto de vida de su familiar como en el proyecto de atención residencial.
- Promocionar y mantener los contactos de la persona mayor con su entorno de amistad y personas allegadas, siempre que ella lo considere, así como que estas personas participen en la vida del centro.
- Establecer y posibilitar la integración de la vida cotidiana de la persona mayor en la realidad comunitaria en la que se ubica el centro residencial, con los apoyos que se precisen.
- Fomentar el desarrollo de actividades significativas que conlleven la participación de la persona mayor en el barrio o municipio.

- Configurar un proyecto de colaboraciones voluntarias, integrado en los programas y actividades del centro, que contemple los cometidos a desarrollar, las funciones, y las interacciones con las personas profesionales de referencia.
- Impulsar encuentros y actividades con personas y grupos ajenos al centro que fomenten las relaciones intergeneracionales y multiculturales.
- Crear cooperaciones bidireccionales del centro residencial con el entorno comunitario en el que se ubica que permitan el pleno desarrollo de concepto de vecindad.

6.4.5. SINERGIAS ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

Es fundamental transformar el modelo de competencias divididas entre los servicios sociales y los servicios sanitarios en un modelo de competencias compartidas que se centre en las necesidades de las personas, con el fin de incrementar su bienestar y minimizar su dependencia.

Desde esta perspectiva se han de plantear objetivos centrados en:

- Consensuar que todas las personas tienen derecho a la salud y por tanto a la posibilidad de acceso a los servicios públicos sanitarios, independientemente del lugar donde vivan (tanto un domicilio particular como una residencia).
- Aceptar que los centros de atención residencial constituyen los domicilios de las personas mayores y en consecuencia es importante la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para garantizar la continuidad de la atención.
- Acordar que el personal sanitario que trabaja en los centros residenciales no puede ni debe sustituir en los cometidos que son propios de los servicios públicos sanitarios.
- Impulsar la creación de equipos de coordinación entre las personas profesionales de los centros residenciales y las del sistema sanitario

para acordar actuaciones basadas en el modelo de atención integral centrada en la persona.

- Establecer los mecanismos necesarios para garantizar el derecho a un proceso de muerte digna de las personas atendidas en los centros residenciales de personas mayores.

6.5.- HOJA DE RUTA

Visto lo anterior, se hace necesario plantear una hoja de ruta para llevar a cabo la implementación del modelo de atención centrada en la persona en los centros residenciales de personas mayores de titularidad y gestión de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

LOS 10 PRIMEROS PASOS

- Crear una comisión permanente en la Dirección General de Personas Mayores que lidere el proceso de cambio.
- Informar, comunicar y concienciar a las Direcciones Territoriales de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y los órganos directivos de los centros de la necesidad de implantar el modelo de atención integral centrada en la persona.
- Configurar un espacio de diálogo con las entidades sindicales y la Dirección General de Función Pública.
- Dotar de acompañamiento externo para el asesoramiento e implementación del proceso.
- Determinar los centros en los que se establecerán las experiencias piloto provinciales.
- Informar y sensibilizar a las personas profesionales.
- Formar al personal de los centros seleccionados en el modelo de atención centrada en la persona.
- Configurar los grupos de liderazgo en cada centro para promover el proceso de cambio.

- Establecer la hoja de ruta de cada centro.
- Informar, comunicar y hacer partícipes a las personas mayores y sus familiares o personas allegadas sobre el modelo de atención centrada en la persona.

6.6.- BIBLIOGRAFÍA

- Caro, J. (2019). La participación: base del envejecimiento activo en residencia. Disponible en: <https://www.geriaticarea.com/2019/06/05/la-participacion-base-del-envejecimiento-activo-en-residencia/>
- Código Ético para facilitar el papel de los familiares de residentes en Centros del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Oviedo, Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias, 2018.
- Guía práctica de gastronomía triturada. Fundació Alícia. 2016.
- Guibet-Lafaye, C. i Romañach, J.; Pié, A. coord. (2010). Deconstruyendo la dependencia. Propuestas para una vida independiente (pàg. 59).Guía de la alimentación saludable para atención primaria y colectivos ciudadanos. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) 2018.
- IMSERSO, SEGIB, and OISS. (2011). Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. En Programa Iberoamericano de Cooperación Para la Situación del Adulto Mayor en la Región.
- Iniesta, J. (2004) Privacidad, intimidad y salud sexual de las personas con discapacidad intelectual. Valencia: IVADIS.
- Irlés Rocamora J.A. y García-Luna P.P. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. Nutrición Hospitalaria 2014; 29(4): 873-879.
- López J.A. y cols. (2015) Guía de buena práctica clínica en geriatría. Alimentación, Nutrición e Hidratación en Adultos Mayores.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en:
www.segg.es

- López Nomdedeu C. y Cervera Ral P. Proceso de envejecimiento y calidad de vida: el anciano como individuo y el anciano institucionalizado. En: Serrano Ríos M. y cols. Guía de alimentación para personas mayores. ERGON 2010.
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno del País Vasco.
- Martínez, T; Díaz-Veiga, P.; Rodríguez y Sanchocastiello, M.(2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12.
- Moreno-Guillamont E. y cols. Manual de formación de manipuladores de alimentos en el sector de comidas preparadas. Dirección General de Personas Mayores (2020). Disponible en: <https://inclusio.gva.es/es/web/mayores/programa-de-formacion-de-manipulacion-de-alimentos-en-el-sector-de-comidas-preparadas7a0>
- Moreno-Guillamont E. y Martínez Martínez M. Manual de planificación de dietas en centros sociosanitarios. Dirección General de Servicios Sociales. Conselleria de Bienestar Social, 2004.
- Olazarán et al. (2010) “Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática”. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30 (2), 161–178.
- Organización Mundial de la Salud & UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Organización Mundial de la Salud.

- Oriol–Peregrina N. “Problemas éticos de las adaptaciones de la dieta en personas con disfagia”. Revista Internacional de Éticas Aplicadas, 2019, 29: 149–163. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000278>
- Protocolos IMSERSO, 2015.
- Rey Martínez, F.; Giménez Gluck, D. (coords.) (2010). Por la diversidad, contra la discriminación la igualdad de trato en España : hechos, garantías, perspectivas. Fundación Ideas.
- Solano L.A. (2019) Técnica y dietética culinaria: modificación de texturas y consistencia de los alimentos. Restauración Colectiva 20. Disponible en: <https://www.restauracioncolectiva.com/n/dietetica-culinaria-modificacion-de-texturas-y-consistencia-de-los-alimentos->
- Tom, L. Beauchamp, James F. Childress (1999). Principios de Ética Biomédica. Masson, 1999.

7.1. ANEXO I. PRINCIPIOS RECTORES DE ACTUACIÓN

Los principios que deben regir las actuaciones en los servicios de atención secundaria a personas mayores son los establecidos por la Ley Valenciana de Servicios Sociales Inclusivos para todo el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales:

Principios de carácter general y transversal.

- **Universalidad.** Se garantizará el derecho de acceso a los servicios especializados de atención a personas mayores en condiciones de igualdad, accesibilidad universal y equidad a todas las personas con residencia efectiva en todo el territorio de la Comunitat Valenciana.
- **Responsabilidad pública.** Los poderes públicos garantizarán la existencia y mantenimiento de una red de servicios especializados de atención a personas mayores, por medio de la dotación de personal, recursos técnicos y financieros, de las infraestructuras y equipamientos necesarios para asegurar el ejercicio de los derechos reconocidos.
- **Responsabilidad institucional** en la atención. Se garantizará la continuidad de la atención a las personas usuarias por todos los medios al alcance de la institución, durante el período en que la precisen.

Principios orientadores de la intervención.

- **Prevención.** En los servicios de atención a personas mayores se actuará preferentemente sobre las causas que originan la necesidad de un servicio especializado y darán la debida prioridad a las acciones preventivas.
- **Promoción de la autonomía y desarrollo personal.** Se facilitarán los medios necesarios para que las personas dispongan libremente de los apoyos y de las condiciones más convenientes para desarrollar sus proyectos vitales.

- **Promoción de la inclusión y de la cohesión social.** Se favorecerán las condiciones necesarias para desarrollar y consolidar los vínculos sociales de las personas, familias o unidad de convivencia y los grupos en el ámbito de la comunidad.
- **Perspectiva comunitaria.** Todas las intervenciones que se realicen desde los servicios especializados de atención a personas mayores estarán orientadas al desarrollo comunitario en todos sus ámbitos, fomentando valores de la participación, el respeto, la convivencia y la solidaridad, y estarán abiertos a la comunidad.

Principios de carácter metodológico.

- **Orientación centrada en la persona.** Se garantizará la atención personalizada, integral y continua, a partir de una intervención holística y favoreciendo una actuación transversal y coordinada.
- **Promoción de la intervención y la integración.** Se procurará la utilización de las prestaciones vinculadas al servicio como instrumento para el mantenimiento de la persona en su medio convivencial y comunitario.
- **Interdisciplinariedad de las intervenciones.** Se procurará el trabajo en equipo y la interacción de las aportaciones de las diversas profesiones del ámbito de la intervención social.
- **Calidad y profesionalidad** en la provisión de los servicios. Los servicios especializados de atención a personas mayores deberán responder a criterios y estándares mínimos de calidad, orientados a su mejora continua y se dispondrá de criterios para su evaluación.
- **Mínima restricción de la movilidad personal y de la plena conciencia.** Solo se emplearán, cuando existan evidencias de agravamiento o deterioro de la situación de vulnerabilidad de la persona y siempre que exista peligro para ella o para terceras personas, aquellas medidas de inmovilización o restricción física o farmacológica que sean prescritas médicamente y bajo supervisión tras haberse agotado todos los recursos de las personas profesionales, de conformidad con

los protocolos específicos, así como la normativa vigente y las recomendaciones en materia de derechos humanos.

Principios de gestión de carácter territorial, administrativo y organizacional.

- **Eficiencia y eficacia.** Los servicios especializados de atención a personas mayores deberán hacer un uso eficiente y eficaz de los medios disponibles para satisfacer las necesidades de las personas usuarias y sus familias.
- **Descentralización, desconcentración, enfoque de proximidad.** Se primará la atención a la persona en su entorno comunitario.
- **Participación democrática.** Se promoverá la participación de las personas usuarias y sus familias en la planificación de los servicios, y en todo caso, en la elaboración y/o adaptación del Plan Personalizado de Intervención Social.
- **Colaboración, coordinación y cooperación** con otros sistemas y servicios públicos. Los servicios de atención secundaria a personas mayores procurarán la colaboración, coordinación y cooperación con otros sistemas y servicios públicos, especialmente en el ámbito sociosanitario, con el fin de crear espacios compartidos y efectivos de responsabilidad pública.
- **Innovación:** se promoverá la innovación y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y favorecer el contacto con sus redes familiares y comunitarias.

7.2. ANEXO II.- DERECHOS Y DEBERES

Recogidos en la Ley Valenciana de Servicios Sociales Inclusivos, se reconocen a las personas usuarias y a las personas trabajadoras.

1) Derechos

1.-a) De las personas usuarias:

- Obtener una información completa, veraz, continuada, comprensible, accesible, suficiente y eficaz sobre la atención social y sobre las condiciones de acceso a la misma.
- Obtener una respuesta motivada, diligente y eficaz ante su demanda y obtener la resolución a su demanda del servicio, en un plazo máximo razonable que tendrá que fijarse reglamentariamente.
- Recibir una atención personalizada integral, a lo largo de su ciclo vital, en la que se consideren los aspectos individuales, familiares y comunitarios.
- Disponer de un análisis de necesidades individuales, familiares o sociales y, en su caso, de un plan personalizado de intervención social, de cuya copia dispondrá por escrito y en formato accesible.
- La asignación de una persona profesional de referencia que sea la persona interlocutora principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los otros sistemas de protección social y la globalidad y continuidad del proceso de atención.
- La libre elección de profesional de referencia, en los términos en los que se desarrolle reglamentariamente.
- Participar en la elaboración de los procesos de intervención social que les afecten y en la toma de decisiones relativas a ellos, contando con los apoyos humanos, materiales, técnicos o tecnológicos necesarios.
- Realizar sugerencias y reclamaciones, por medio de procedimientos reglados ágiles, accesibles y transparentes, y que estos se tengan en cuenta en el proceso de seguimiento y evaluación de la intervención.

- Elegir libremente entre las medidas o las prestaciones posibles, según la valoración técnica del equipo de profesionales que atiendan su situación.
- Recibir atención en un entorno que garantice la privacidad y la confidencialidad, con objeto de preservar su intimidad personal, su dignidad y el respeto de sus derechos y libertades fundamentales.
- Recibir una atención de urgencia social
- Acceder a su historia social única y asegurar la confidencialidad y la privacidad respecto a la información contenida, de acuerdo con lo que prevé la normativa vigente sobre el procedimiento administrativo común y sobre la protección de datos de carácter personal.
- Las prestaciones y servicios incluidos en el catálogo del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, en condiciones de accesibilidad universal y de acuerdo a los estándares de calidad establecidos.
- Intervenir en los órganos de participación existentes, en los términos establecidos en esta ley y su desarrollo reglamentario.
- Ser protegidas, en su persona y en sus bienes.
- Renunciar a las prestaciones concedidas, salvo que la renuncia afecte a los intereses de personas con apoyos que completan su capacidad, o cuando se trate de medidas cuya aplicación o ejecución estén impuestas por ley.
- Ser atendidas bajo el principio de libertad de elección y de accesibilidad de la comunicación, para garantizar la correcta recepción y comprensión de la información y que su opinión pueda ser expresada y entendida de forma adecuada:
 - 1) Con apoyos a la comunicación oral
 - 2) Con el uso de la lengua de signos.
 - 3) Con cualquier otro sistema de mediación a la comunicación.
- Ser atendidas, en función de su propia preferencia, en cualquiera de los dos idiomas oficiales en la Comunitat Valenciana, respetando sus derechos lingüísticos en los términos establecidos en la normativa vigente.
- Un segundo diagnóstico, en los términos fijados reglamentariamente.

Además de los anteriores, las personas usuarias de servicios de atención residencial y de atención diurna o nocturna tendrán asegurados los derechos fundamentales de la persona mediante un reglamento de régimen interior.

También tendrán derecho al ejercicio de la libertad individual para ingresar y permanecer en el establecimiento y para salir de él, sin perjuicio de lo establecido por la legislación específica vigente con respecto a las personas con capacidad modificada judicialmente y a las personas menores de edad con medidas judiciales o de protección.

1.b) Derechos de las personas profesionales

- Recibir un trato respetuoso y correcto por parte del personal responsable de los servicios, del resto de las personas profesionales y de las personas usuarias.
- Disponer de la orientación, información y formación que favorezcan su conocimiento, adaptación al servicio y una adecuada atención profesional a las personas usuarias.
- Participar, en su caso, en la planificación, organización, seguimiento y evaluación de las prestaciones y servicios de aplicación, en el departamento en el que se ubican, y en el nivel de atención secundaria.
- Participar en la elaboración de instrumentos técnicos de seguimiento o evaluación que se elaboran en el nivel de atención secundaria en su departamento.
- Disponer de los instrumentos y medios necesarios para desarrollar su trabajo adecuadamente y de acuerdo con los criterios de calidad que exige la normativa correspondiente.
- Trabajar en red con personas profesionales de servicios sociales de otros equipos, con el resto de sistemas públicos de protección social, así como con las entidades del tercer sector y organizaciones de ayuda mutua y de voluntariado social.
- La formación continua y a la actualización permanente de sus conocimientos durante su vida laboral, adecuadas a las características

de su profesión, que permitan que la atención a las personas usuarias se ajuste a las pautas de buena práctica profesional.

- Proteger su identidad y sus datos personales, si eso fuera pertinente, para cumplir las funciones encomendadas y para prestar correctamente el servicio, conforme se establezca reglamentariamente.
- La supervisión profesional estableciéndose para ello equipos supervisores de servicios sociales reconocidos para ejercer estas tareas.
- Renunciar a prestar atención profesional ante situaciones de injurias, amenazas o agresiones contra ellas, siempre que ello no comporte desatención, de acuerdo con el procedimiento que se establezca reglamentariamente.
- La autonomía técnica y científica en la intervención, sin más limitaciones que las establecidas en el ordenamiento jurídico y en los respectivos códigos deontológicos.
- Que se cumpla en su puesto de trabajo la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales, salud e higiene laboral.
- Al ejercicio efectivo de las funciones y tareas propias de su condición profesional y, en caso de ser personal empleado público, a ocupar un puesto de trabajo definido en el instrumento de ordenación del personal de la correspondiente administración pública.
- Unas condiciones laborales dignas y acordes a su categoría profesional sin que se puedan dar situaciones de discriminación de ningún tipo.
- Otros derechos que se les reconozcan en esta ley y su desarrollo reglamentario.

Los derechos de las personas profesionales que afectan al ámbito de la relación laboral serán objeto de negociación colectiva.

2) DEBERES

2.a) Deberes de las personas usuarias

- Adoptar una conducta basada en el respeto de los derechos del resto de las personas usuarias y profesionales que les atiendan, en la no discriminación y la colaboración.
- Comprometerse a participar activamente en su propio proceso de mejora, autonomía personal e inclusión social colaborando con las personas profesionales de servicios sociales responsables de su atención, seguimiento y evaluación de la intervención.
- Asumir y cumplir la responsabilidad que le corresponde en su propio proceso de intervención social.
- Facilitar la información veraz y suficiente sobre sus circunstancias personales, familiares y económicas, que sea necesaria para el acceso a la prestación que corresponda, así como comunicar sin dilación las variaciones que se produzcan en las circunstancias mencionadas.
- Asistir a las entrevistas con el personal de los equipos profesionales de servicios sociales, así como realizar las actuaciones prescritas como parte de sus itinerarios en el proceso de intervención social.
- Destinar las prestaciones recibidas a la finalidad para la que fueron concedidas.
- Cumplir las normas, requisitos, condiciones y procedimientos para uso y disfrute de la prestación asignada.
- Participar en el coste del servicio, en los términos establecidos por la normativa.
- Respetar los derechos reconocidos a las personas usuarias y a las personas profesionales en esta ley.
- Cumplir con el reglamento de régimen interior del servicio. Respetar y utilizar adecuadamente las instalaciones.

2.b) Deberes de las personas profesionales

Las personas profesionales de los servicios sociales, además de ajustarse en su actuación a los deberes que les imponga la normativa aplicable y, en su caso, el código deontológico propio de su disciplina, tendrán los siguientes deberes:

- Respetar todos los derechos recogidos en esta ley para las personas usuarias y las personas profesionales y favorecer el cumplimiento de estos.
- Conocer y cumplir la normativa vigente en el ámbito de los servicios sociales y, en particular, las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios en los que gestionan y ejercen su actividad.
- Informar a instancia competente inmediatamente superior de las situaciones de malas prácticas profesionales y cualquier otra situación que, según criterio profesional y basándose en los elementos de valoración de los que disponga, pueda comportar una vulneración de derechos.
- Participar, de acuerdo con sus conocimientos e información, en la elaboración de instrumentos técnicos, de seguimiento o evaluación, que se elaboren desde sus departamentos en el ámbito de la atención secundaria, e informar de posibles mejoras en el funcionamiento, la organización o las instalaciones donde se efectúa la provisión de servicios sociales.
- Trabajar en red con profesionales de otros equipos, así como del resto de sistemas de protección social.
- Formar parte de los procesos de evaluación periódica de las prestaciones.
- Asistir, en función de las necesidades del servicio correspondiente, a los cursos, jornadas y a otras actividades de formación y de supervisión, que sus respectivas entidades programen en sus planes de formación del personal y tengan relación directa con su puesto de trabajo.

- Facilitar a las personas usuarias información sobre el proceso de intervención, sus contenidos, necesidad de implicación e itinerario previsto, de manera comprensible y accesible.
- Respetar las opiniones, criterios y decisiones que las personas usuarias adopten por sí mismas o a través de su representante legal, de acuerdo con lo establecido por el ordenamiento jurídico y, en su caso, de acuerdo con una resolución judicial.
- Mantener, en sus relaciones con otras personas usuarias y profesionales, un comportamiento basado en el respeto mutuo y en la no discriminación, y asegurar la confidencialidad en el manejo de datos referidos a personas, situaciones y procesos de intervención.
- Respetar las normas de convivencia y los reglamentos de régimen interior en los centros en los que presten servicios sociales.
- Respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones de los servicios en los que desarrollen sus funciones.
- Comunicar a las personas titulares del servicio cualquier situación de inhabilitación o cualesquiera otras situaciones de las personas profesionales, en las que hayan recaído sanciones de privación o de incapacitación, incluidas las que habiendo sido objeto de denuncia puedan derivar en inhabilitación para el desarrollo del ejercicio profesional.

