



***Orientaciones para la
implantación de modelos
de atención a personas
que necesitan apoyos en
zonas rurales a partir de
la experiencia de A Gusto
en Casa en Castilla y León***

EXPEDIENTE A2021/010268

Agosto, 2023

fresno
the right link



Este proyecto (Ref. VS/2020/0290)
ha recibido financiación del programa de la Unión Europea
Empleo e Innovación Social ("EaSI") 2014-2020.



Nombre Proyecto: Integrated social and Health care in the home at Rural Scale RuralCare

Acrónimo: RURALCARE

Proyecto: EaSI Programa de Empleo e Innovación Social de la Unión Europea (2014-2020)
EaSI Programme of the DG Employment, Social Affairs and Inclusion of the European Commission (2014-2020)

Código: VP/2019/003

Duración: 01 octubre 2020 – 30 septiembre 2023 (36 meses)

Coordinador: Gerencia de Servicios Sociales (Junta de Castilla y León)

Socios: Diputación de Valladolid
European Social Network
Fundación Personas
Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León
Universidad de Valladolid

Índice

1. Presentación.....	4
2. El reto de desarrollar un modelo de cuidados sostenible en las zonas rurales	5
2.1. Contexto territorial	5
2.2. Las debilidades del modelo de atención actual.....	7
2.3. Un nuevo modelo de atención para responder al reto de los cuidados en el entorno rural	8
3. A Gusto en Casa: descripción y resultados.....	10
3.1. ¿Qué es A Gusto en Casa?.....	10
3.2. Resultados conseguidos	13
4. El funcionamiento del modelo en la práctica.....	15
4.1. Aspectos esenciales del modelo	15
4.2. Herramientas.....	19
4.3. Actores	26
5. Recursos humanos.....	27
5.1. Perfiles profesionales.....	28
5.2. Más allá de los roles: hacia un cambio en la cultura de trabajo de los profesionales	29
6. Recomendaciones y aprendizajes para implantar el modelo.....	30
6.1. Desarrollar una nueva prestación “cuidados en la comunidad”	30
6.2. Crear un ecosistema adecuado	31
6.3. Contar con los recursos humanos adecuados.....	33
6.4. Implantar el modelo desde la experimentación y la adaptación progresiva al territorio	35
7. Enlaces y recursos de interés	37
7.1. Sobre el proyecto Rural Care, el proyecto A Gusto en Casa y el cambio de las políticas de cuidados en Castilla y León.....	37
7.2. Referentes del marco de cambio de políticas a nivel nacional e internacional.....	37

1. Presentación

A Gusto en Casa es un proyecto de atención a personas que necesitan apoyos, principalmente mayores, con discapacidad o enfermedad crónica en sus domicilios implantado en las zonas rurales de Castilla y León. A Gusto en Casa se integra por distintos proyectos (a gusto en mi casa, integr@tención, Fronteira2020, RuralCare, OIKOS, A Gusto en Casa por convenio), todos ellos se conciben como una alternativa a la institucionalización con perspectiva 24/7, para el abordaje en el territorio de cualquier necesidad de apoyos profesionales para personas con enfermedades crónicas, dependencia, discapacidad, incluido casos complejos, en un territorio despoblado. El proyecto experimenta una innovación social buscando un nuevo modelo de atención en el que **el proyecto de vida de la persona se sitúa en el centro** de la configuración de las atenciones y servicios que recibe.

El proyecto surge como una **alternativa al modelo actual de cuidados**, a través de la atención personalizada en la propia vivienda y en el entorno que es la referencia vital de las personas. Con ello se busca principalmente ofrecer una atención adecuada y de calidad, que responda a los deseos de las personas de vivir en sus casas y en su propia comunidad, que es el entorno en donde desarrollan su proyecto de vida y con ello mejorar su bienestar¹. Además de responder a las expectativas de las personas el modelo persigue el cumplimiento de las Convenciones, tratados y orientaciones internacionales sobre modelos de apoyo personalizados y comunitarios^{2 3}. El modelo también busca una mejora de la eficiencia, ahorrando costes frente a un modelo residencial más caro y difícilmente sostenible dadas las tendencias demográficas de envejecimiento de la población. Por tanto, A Gusto en Casa logra ofrecer una atención no solo más **adaptada** a la voluntad de las personas, sino también más **asequible** para usuarios y familias, y con ello **sostenible** para el sistema en su conjunto, en línea con las recomendaciones de la Comisión Europea⁴.

La experiencia de A Gusto en Casa en Castilla y León sirve para **ilustrar una serie de elementos comunes** de un modelo de atención alternativo al actual para el cuidado de personas mayores, las personas con discapacidad, así como de otros grupos que requieran cuidados de larga duración. Su enfoque y método de trabajo pueden ser aplicados en otras zonas rurales de España y de Europa. Sin embargo, es importante tener en cuenta que **cada territorio debe de adaptar el modelo** de acuerdo con su contexto. Ese contexto debe considerar tanto las peculiaridades de la gestión de la provisión de los servicios sociosanitarios en el territorio concreto de implantación como los determinantes de la normativa nacional con la que tenga que convivir y armonizarse; en el contexto español es de vital importancia la convivencia con el sistema de protección y cartera de servicios de la ley

¹ El 81,3% de la población española considera que las personas con necesidades de apoyo han de vivir en la comunidad con los apoyos que sean necesarios. Fuente: **Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia Estatal de Desinstitucionalización**. Documento inicial de referencia para el diseño de la Estrategia – Diagnóstico Julio 2023.

² Asamblea General de **Naciones Unidas** (2012). Resolución 67/139. Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad.

³ Naciones Unidas. [Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad](#).

⁴ La **Comisión Europea** en la [Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre su Estrategia Europea de Cuidados](#), insta a reforzar el acceso a unos **servicios asistenciales accesibles, asequibles y de calidad**.

39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes.

Este documento sirve por tanto para **facilitar la implantación de experiencias similares** por parte de las Comunidades Autónomas que estén interesadas en transformar su modelo de cuidados. Para ello:

- **Se explica la necesidad de un nuevo modelo de atención** a personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos que requieren cuidados de larga duración para responder a las necesidades de cuidados en las zonas rurales de España y de Europa (capítulo 2).
- **Se describe el modelo de A Gusto en Casa** en sus principales elementos (capítulo 3).
- Se muestra **cómo se ha implementado** el modelo en la práctica en Castilla y León (capítulo 4).
- Se realizan **recomendaciones para la implementación en zonas rurales** (capítulo 5).

2. El reto de desarrollar un modelo de cuidados sostenible en las zonas rurales

El modelo actual de cuidados, que se basa en dar apoyos limitados a las personas en sus domicilios para que luego pasen a residencias cuando tienen que necesitar apoyos complejos y continuados, presenta muchas limitaciones que cuestionan su viabilidad: por una parte no responde a los principios y recomendaciones internacionales de que las personas cuenten con los apoyos necesarios para poder vivir en comunidad, por otra tiene muchas carencias desde el punto de vista de la calidad de los apoyos, dado que se centra más en atender que en apoyar el proyecto de vida de las personas, además, desde el punto de vista económico resulta costoso y difícilmente viable en el medio plazo.

Europa se enfrenta al desafío de proporcionar cuidados personalizados de calidad que respondan a los deseos de las personas, en pleno cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento y el incremento de las tasas de dependencia. En las zonas rurales este desafío constituye un doble reto, por las dificultades de proporcionar servicios de calidad en territorios cada vez más despoblados y por la presencia cada vez más significativa de población mayor o con otras necesidades como enfermedades crónicas, discapacidad, etc., que necesita atención.

2.1. Contexto territorial

El 15,9% de la población en España y el 35,9% en Castilla y León vive en zonas rurales, entendidas como municipios de menos de 30.000 habitantes. De éstos, el 59,3% en España y el 84,2% en Castilla y León vive en municipios de menos de 5.000 habitantes, lo que corresponde al 9,43% de la población en España y al 30,23% en Castilla y León⁵.

⁵ Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. [Demografía de la población rural](#).

En la actualidad el medio rural en España, y en muchos otros lugares de Europa, sufre de una serie de problemas estructurales relacionados con la despoblación, el envejecimiento, la falta de servicios públicos, de accesibilidad o de falta de oportunidades laborales, lo que dificulta la provisión de servicios de atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

Esta problemática es aún más severa en las zonas rurales de Castilla y León especialmente las más despobladas. Esta dificultad hace del modelo A Gusto en Casa una experiencia de mayor interés para las demás Comunidades Autónomas, que cuentan con territorios que afrontan problemas de ruralidad muy similares en mayor o menor intensidad.

- **Despoblación:** El principal problema del medio rural es la reducción de la población y su envejecimiento. Ésta es consecuencia principalmente de la migración hacia el medio urbano, fenómeno que lleva ocurriendo décadas a nivel mundial en paralelo con el crecimiento de la productividad del trabajo en el sector agrario. Sin embargo, en las últimas décadas el fenómeno se ha intensificado y aproximadamente 6.500 municipios en España, el 81% del total, han perdido población, en su mayoría municipios de menos de 1.000 habitantes⁶. Castilla y León cuenta con un elevado número de municipios (2.248) de los cuales la mayoría (2.119) no llegan a los dos mil habitantes. La dispersión de la población es muy elevada, Castilla y León cuenta con la segunda menor densidad de población de las Comunidades Autónomas. Mientras la densidad en la UE es de 109 habitantes/km² y en España de 92,7 hab/km², en Castilla y León solo alcanza los 25,9 hab/km².
- **Reducción y supresión de servicios públicos.** El despoblamiento implica una reducción de los recursos disponibles para la financiación de recursos públicos, entre los que cabe destacar los recursos educativos, sanitarios, culturales, sociales y, muy importante, las redes de transporte público, que alejan aún más los recursos existentes en la zona a sus habitantes. Esta reducción de recursos públicos tiene implicaciones para la atención de las personas de todas las edades, incluidas por supuesto las mayores, y con ello desincentiva la residencia en las zonas rurales, creándose un círculo vicioso entre despoblamiento y reducción de los servicios en el medio rural.
- **Falta de oportunidades laborales.** La supresión de servicios públicos implica también a reducción de oportunidades laborales, ya de por sí limitadas por la falta de tejido productivo, lo que desincentiva la atracción de población y favorece la emigración. A su vez, la falta de población desincentiva las inversiones que crean oportunidades laborales, por dificultades de captación de profesionales y de demanda para el mercado.
- **Pérdida de vida social y cultural.** La dinámica de despoblamiento genera una falta de vida social que favorece el aislamiento, lo que reduce el atractivo para vivir en las zonas rurales, especialmente para nuevos habitantes que carecen de arraigo en la zona.
- **Brecha digital.** Por último, la dispersión geográfica y la presencia de núcleos poblacionales pequeños desincentiva la inversión en infraestructuras de conectividad digital, que a pesar de llevarse a cabo suceden a menudo con un retraso respecto a las zonas urbanas. Esta realidad material, unido a una mayor distancia de la oferta de dispositivos y especialmente a un menor nivel de competencias digitales por parte de una población envejecida explica la presencia de la brecha digital. Esta brecha limita el acceso

⁶ Consejo Económico y Social (CES) (2021), [“INFORME 02| 2021. UN MEDIO RURAL VIVO Y SOSTENIBLE”](#).

a la información sobre recursos en el entorno y desincentiva la atracción de población, a pesar del potencial que ofrece el teletrabajo para la repoblación de las zonas rurales.

Los retos de la ruralidad y el envejecimiento son especialmente profundos en Castilla y León

- Europa de media, tiene una **tasa de envejecimiento** del 20%, España del 19% y Castilla y León el 25,1%. Existe un alto grado de sobre envejecimiento en la región, donde el 38,3% de los adultos mayores tienen 80 años o más.
- Se espera un **intenso crecimiento de personas sobre envejecidas** (80 o más años) y dependientes que se prevé que pasen de los 115.000 actuales a 150.000 en los próximos años.
- **Resulta muy significativo el envejecimiento en el medio rural**, un tercio de las personas mayores vive en municipios de menos de 2.000 habitantes.
- **El 60% de las personas dependientes y el 50% de las personas con discapacidad viven en un medio rural** con necesidad de dotación de servicios de proximidad en riesgo de exclusión territorial.
- El acceso a los servicios y la provisión de cuidados de larga duración son particularmente **complejos en el medio rural**, lo que se traduce en costes más elevados y menor calidad de los servicios.

2.2. Las debilidades del modelo de atención actual

En la actualidad la respuesta que se da al reto de cuidar a las personas mayores en las zonas rurales se centra en el servicio de ayuda a domicilio, combinado con atención residencial cuando las personas pierden más autonomía o requieren apoyos intensos y continuados. **Este modelo tiene una serie de debilidades:**

- **No se adecúa a los deseos de las personas:** La atención residencial no responde al deseo de las personas que prefieren en su mayoría vivir en sus casas y en su entorno hasta el final de su vida.
- **Se basa en categorizaciones y en respuestas estandarizadas:** El servicio de ayuda a domicilio ofrece una atención estandarizada en base a la categorización y nivel de dependencia, pero no responde a la voluntad y deseos de la persona. Esto genera insatisfacción entre personas y familias en tanto que no se ofrece una atención personalizada. **La respuesta es lenta y no llega a todas las personas que necesitan apoyos:** el enfoque basado en la categorización de dependencia del modelo actual no garantiza la atención a las personas que necesitan apoyos y que no tienen reconocida la situación de dependencia; en consecuencia, tampoco ejerce una función preventiva.
- **No resulta eficiente por sus elevados costes:** Los costes del actual sistema son altos, especialmente los costes de atención residencial. Estos costes cuestionan la viabilidad del modelo en el largo plazo dadas las perspectivas de cambio demográfico.
- **Favorece la dinfimica de despoblación del medio rural** al desplazar tanto a las personas mayores como a sus cuidadores de los domicilios en los que viven a residencias que normalmente se sitúan en municipios de mayor tamaño.

El modelo de cuidados actual se apoya en una lógica que resulta errónea en muchos sentidos, parte de que no se puede atender a las personas en sus domicilios cuando requieren apoyos intensos o viven solos y de que la atención en residencias resulta más barata o que es la única

opción viable para atender a las personas hasta el final de su vida. Sin embargo, no responde a los deseos de las personas, con lo que consigue limitada satisfacción, desplaza a las personas de sus entornos e incrementa los costes al no dar respuestas preventivas y hacer que muchas personas pasen de la asistencia a domicilio a las residencias.

De hecho, la Comisión Europea menciona en la [Estrategia Europea de Cuidados](#) que “A menudo, los cuidados de larga duración no son proporcionales a las necesidades, son inasequibles y no respetan los altos niveles de calidad. Por otro lado, siguen existiendo retos significativos a la hora de garantizar los principios de igualdad, libertad de elección, el derecho a una vida independiente y la prohibición de todas las formas de segregación para las personas con necesidades de cuidados de larga duración”.

Se necesita por tanto un **modelo alternativo** que responda mejor a las necesidades y deseos de las personas, refuerce su dignidad y se base en sus derechos, en línea con las normativas internacionales como la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad o el Pilar Europeo de Derechos Sociales, así como con la Estrategia Europea de Cuidados. La respuesta a esta necesidad es aún más apremiante en las zonas rurales.

2.3. Un nuevo modelo de atención para responder al reto de los cuidados en el entorno rural

El proyecto “A Gusto en Casa” nace como una de las experiencias innovadoras de la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo, aprobada en junio de 2017. Persigue ensayar un modelo alternativo de cuidados, con la perspectiva de desarrollar un cambio sistémico más amplio en línea con la tendencia general hacia la desinstitucionalización de los cuidados. “A gusto en mi casa” se puso por primera vez en marcha en 2018 en el medio rural de la provincia de Ávila.

Desde entonces se han impulsado una serie de iniciativas a lo largo de la geografía de Castilla y León, (a gusto en mi casa, integr@tención, Fronteira2020, RuralCare, OIKOS, A Gusto en Casa por convenio). En la actualidad se ha extendido al ámbito rural de todas las provincias de Castilla y León hasta **atender a 1.393 personas en total**, de las que aproximadamente 950 están en activo. El objetivo es alcanzar la cifra de 3.000 personas en 2023.

La lógica fundamental del proyecto es que se han de garantizar los derechos de las personas y en concreto el derecho a vivir en su entorno natural, facilitando todos los apoyos personalizados necesarios para que puedan desarrollar su proyecto de vida, utilizando los recursos familiares y del entorno y haciendo todo ello con una relación coste-resultado viable. Desde esta perspectiva A Gusto en Casa:

Da respuesta a cualquier situación y necesidad de apoyo profesional

El modelo que desarrolla A Gusto en Casa tiene el objetivo de que las personas que tienen cualquier necesidad de apoyos profesionales, preferentemente mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, puedan permanecer en su domicilio desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que contribuyan al mantenimiento de su estilo de vida, proporcionando los apoyos necesarios para desarrollar su proyecto de vida, en línea con las disposiciones normativas y recomendaciones internacionales.

Sigue las prescripciones de las normativas y recomendaciones internacionales

La [Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad](#) establece en su Artículo 19, sobre el Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de **elegir su lugar de residencia** y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.

A su vez, el [Pilar Europeo de Derechos Sociales](#) establece en su Principio número 18 sobre Cuidados de larga duración que: “Toda persona tiene derecho a **cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad**, en particular de **asistencia a domicilio** y servicios comunitarios”.

Además, la [Estrategia Europea de Cuidados](#), pone el foco especialmente en la ruralidad y subraya los **problemas de equidad por insuficiencia de acceso a opciones de cuidados de larga duración en las zonas rurales de Europa**.

Responde a los deseos de las personas y de la sociedad

El 87% de las personas mayores prefiere vivir solo en su casa sobre ingresar en una residencia, según la Encuesta Europea de Salud en España (2020) realizada por el Instituto Nacional de Estadística. Además, el **88% de las personas mayores de Castilla y León son propietarias de sus viviendas**, siendo de prácticamente el 100% en el medio rural, con un gran sentimiento de afección hacia ellas.

En una encuesta elaborada para la Estrategia Nacional de Desinstitucionalización realizada con una muestra de 2.500 personas representativa para el conjunto de la población española, el **81.3% de las personas consideran** que se ha de potenciar que las personas que necesitan apoyos puedan vivir incluidas en la sociedad y en comunidad, y que **han de vivir con los apoyos que sean necesarios en sus domicilios o en viviendas normalizadas** (82% para las personas mayores y 75% para las personas con discapacidad).

Resulta más eficiente

Los datos de la evaluación económica del proyecto RuralCare, un proyecto piloto del modelo A Gusto en Casa, demuestran que ha resultado ser competitivo respecto a la atención residencial al tener un coste mucho menor: mientras que el coste por persona y mes en atención a residencias alcanza 1.392,87€, el coste en Rural Care ha sido de 681,94 € por persona, es decir, cuesta menos de la mitad (-51%), siendo la diferencia de -710,93€.

Es sostenible en el largo plazo

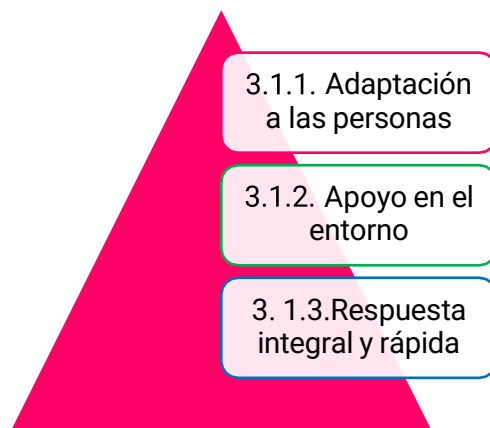
A Gusto en Casa se concibe por tanto como una **apuesta a largo plazo** de la Junta de Castilla y León en el marco de un cambio estratégico más amplio. Esta decisión es coherente con el hecho de que la realización de un pilotaje implica asumir una serie de compromisos para su continuidad, tanto con las personas, como con las entidades y la sociedad en su conjunto.

El **objetivo final es la implantación efectiva en todo el territorio de Castilla y León**, garantizando a los ciudadanos la posibilidad de elegir una alternativa de cuidados en la comunidad, viable para el abordaje en el territorio de cualquier necesidad de apoyos profesionales para personas con enfermedades crónicas, dependencia, discapacidad, incluido los casos más complejos que requieren una atención 24/7.

3. A Gusto en Casa: descripción y resultados

3.1. ¿Qué es A Gusto en Casa?

A Gusto en Casa es un proyecto de atención a personas que necesitan apoyos profesionales basado en:



3.1.1. Respuesta organizada en base a las necesidades y voluntad de las personas

A Gusto en Casa **proporciona atención a las personas poniéndolas en el centro**, basándose por tanto en su libre decisión y sus deseos, estructurada a través de su proyecto de vida. De esta manera la intensidad de los apoyos se organiza no en base al criterio de los profesionales, sino de acuerdo con las necesidades de la persona entendidas de manera subjetiva.

Esto implica una **nueva relación entre las personas y los profesionales**, que toma un carácter claramente simétrico, al tiempo que deriva en la personalización de los servicios ofrecidos. Este enfoque contrasta con el modelo tradicional, en el que el profesional decide la configuración de los servicios, creando una relación asimétrica y estandarizando los servicios.

Planificar la atención de acuerdo con los deseos de las personas implica responder a la **voluntad de las personas de vivir en sus viviendas y seguir manteniendo las relaciones con su comunidad**, y por tanto ofrecer los cuidados en sus casas. El modelo de atención centrado en la persona y la provisión de apoyos en el propio domicilio van por tanto de la mano, facilitando el desarrollo de proyecto de vida de las personas en el entorno en el que viven y desean vivir.



3.1.2. Respuesta que tiene en cuenta las necesidades y apoyo en el entorno

Propiciar apoyos en el **entorno** es por tanto como una de las claves de A Gusto en Casa. Desde un punto de vista, el proyecto contempla a la persona no de manera individual, sino teniendo en cuenta su situación, tanto en su propia vivienda como en el entorno en el que vive, los apoyos familiares con los que cuenta, trabajando con el concepto de riesgo hogar en lugar de con una categorización de dependencia. Esta visión implica que los servicios informales del entorno de las personas y los comunitarios serán la columna vertebral del plan de apoyos al Proyecto de vida, siendo los servicios profesionales subsidiarios de éstos, tanto en intensidad como en horario. Este enfoque se diferencia así de las soluciones residenciales, en las que las personas que requieren cuidados de larga duración son desplazadas de su entorno, siendo necesario por parte de los servicios de atención suplir el déficit que se provoca al alejar a la persona de su entorno y sus apoyos naturales.

3.1.3. Respuesta integral

Para ser efectivo el cuidado en el domicilio necesita ir de la mano de una **atención integral**, a la que responden los servicios ofrecidos desde el proyecto A Gusto en Casa:

- En el plano material esto implica ofrecer obras de adaptación en el domicilio y proporcionar productos de apoyo para adaptar las viviendas a las necesidades de las personas mayores, mejorando con ello la seguridad, la accesibilidad y la movilidad.
- En el plano de los servicios la atención integral implica la atención de distintos profesionales⁷:

⁷ Acceso a la web del [proyecto A Gusto en Casa](#).

- Un profesional, coordinador de caso social, vinculado al centro de servicios sociales (CEAS), responsable de garantizar que los cuidados y apoyos sean adecuados y satisfactorios para la persona.
 - Un profesional, gestor de caso, vinculado a la entidad social, que ayuda a la persona a diseñar su proyecto de vida, definir los apoyos que precisa y garantizar que éstos estén disponibles y se ofrezcan respetando sus deseos.
 - Un profesional o varios, prestando servicios de asistencia personal, encargados de proporcionar los apoyos para la realización de las actividades cotidianas, tanto en el hogar como en la comunidad. Estos profesionales están vinculados a la entidad social.
 - Transporte en las situaciones que se requieran incluido el apoyo para el mantenimiento de relaciones sociales.
 - Profesionales que ofrecen asistencia sanitaria a domicilio, proyectada y de urgencia, desde el sistema de salud pública.
 - Teleasistencia básica y avanzada.
 - Proyecto de apoyo a los cuidadores no profesionales.
 - Actividades en la comunidad.
 - Compatibilidad de la cartera de servicios con el Servicio de ayuda a domicilio, centro de día o cualquier otra prestación con la que ya contara el usuario y tenga sentido dentro del plan de apoyos al proyecto de vida.
- En el plano institucional la provisión de diferentes servicios requiere de la coordinación con distintos actores, principalmente servicios sociales, tercer sector y servicios de salud.
 - A Gusto en casa ha logrado dar un paso más allá y no solo ofrece atención a las personas en su casa mediante la asistencia personal, sino que además se gestiona y tramita la propia atención también desde el domicilio, a través de las visitas de servicios sociales y tercer sector.
 - Además, A Gusto en Casa ofrece acompañamiento para socializar en el entorno y para el desplazamiento a otros municipios a través de la asistencia personal, para acudir a tiendas, citas médicas, peluquería, etc., favoreciendo con ello una mayor integración y aprovechamiento de los recursos del entorno.

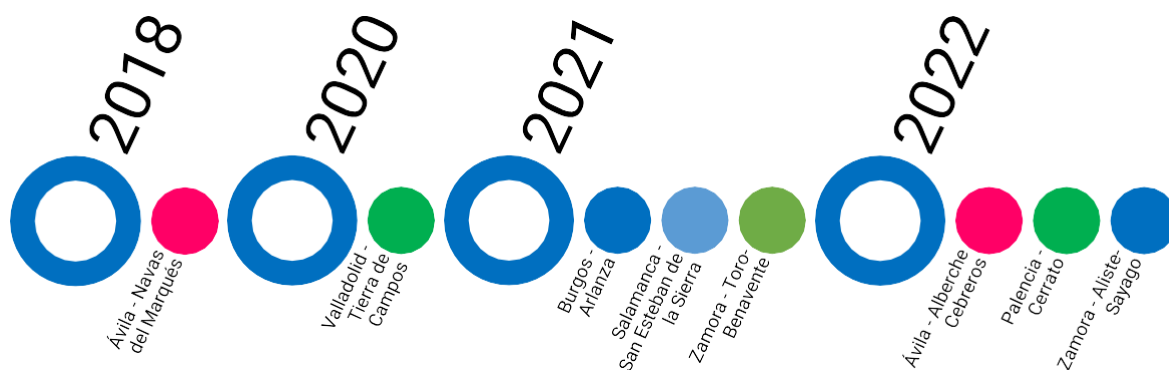


[Enlace a vídeo presentación de Rural Care.](#)

3.2. Resultados conseguidos

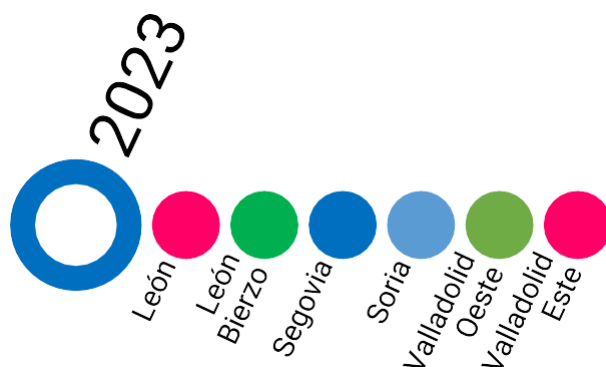
3.2.1. ¿En qué territorios estf i funcionando?

La implantación del proyecto **A Gusto en Casa** ha sido **progresiva** a lo largo del territorio de Castilla y León. El proyecto comenzó su implantación en 2018 en el medio rural de la provincia de Ávila, en la zona de Navas del Marqués.



Fuente: Memoria A GUSTO EN CASA. Datos acumulados a fecha 30 de abril 2023.

En un periodo de 5 años se ha extendido a todas las provincias de Castilla y León y actualmente se está desarrollando en territorios del ámbito rural de las provincias de Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora. Más adelante a partir de 2023 se ha extendido a nivel provincial:



Fuente: Memoria A GUSTO EN CASA. Datos acumulados a fecha 30 de abril 2023.

Por lo tanto, a fecha de 30 de abril de 2023 "A gusto en casa" está disponible en todas las provincias, si bien la cobertura territorial aún es limitada dado que la implantación del proyecto lleva diferente ritmo según las provincias, estando especialmente avanzada en Zamora y Salamanca y de manera incipiente en León, Segovia y Soria.

3.2.2. ¿A cuántas personas llega?

En Castilla y León existen en la actualidad aproximadamente **76.000 personas con dependencia viviendo en domicilios**. Según estimaciones de la Gerencia de Servicios Sociales, la previsión es que, de estas personas, según los datos de las zonas de actuación:

- Un 30% no demandan cuidados (optan por la prestación económica de cuidados en el entorno familiar).
- Un 30% optan por ayuda a domicilio.
- Un **40% podría a elegir el proyecto A Gusto en Casa**, lo que daría lugar a una demanda potencial de aproximadamente **30.000 usuarios**.
- El objetivo es alcanzar el 10% (3.000) usuarios potenciales para finales de 2023.
- Hasta la fecha⁸ A Gusto en Casa ha atendido a **1.393 personas**. De estas han causado baja 442 personas, lo que supone una cifra de aproximadamente 951 personas activas.

3.2.3. ¿Cúfil es el coste medio por usuario?

Los datos de la evaluación económica del proyecto Rural Care, demuestran que **este modelo es mucho más eficiente en la relación coste-resultado que la atención residencial al tener un coste mucho menor**:

- El coste por persona y mes en el grupo de residencias alcanza los 1.392,87€⁹.
- El coste en Rural Care ha sido de 681,94 € por persona, es decir, cuesta menos de la mitad (-51%), siendo la diferencia de -710,93€.
- Esta diferencia de costes no solamente resulta en un beneficio económico para la administración sino también para los usuarios, dado que mientras que el porcentaje medio de participación en la financiación en el modelo de atención alcanza el 63,87% en el proyecto Rural Care es de 16,46%.

El modelo de atención centrado en la persona implica una flexibilidad tanto de horarios como de atención, lo que genera una “**personalización de los costes**”, más aun teniendo en cuenta que como es lógico el coste por hora varía considerablemente en función del día y la hora¹⁰:

COSTE/HORA	ASISTENCIA PERSONAL
P/H diurna laboral	14,50 €/h
P/H diurna festivo	16,50 €/h
P/H nocturna laboral	17,50 €/h
P/H nocturna festivo	19,50 €/h

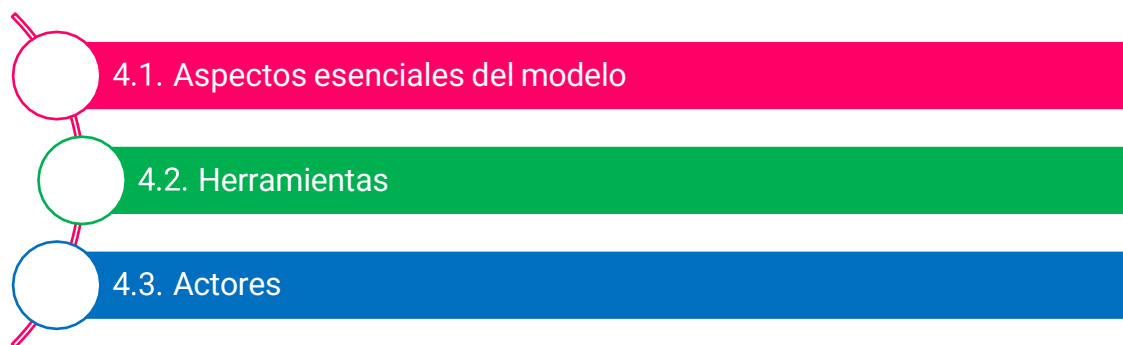
⁸ A fecha 30 de abril de 2023.

⁹ Téngase en cuenta que sobre este coste incide la mayor edad y los mayores niveles de dependencia de sus componentes.

¹⁰ Presentación “El proyecto Rural Care y la experiencia de integración de los cuidados en Castilla y León”. Cursos de verano Universidad Menéndez Pelayo 2022.

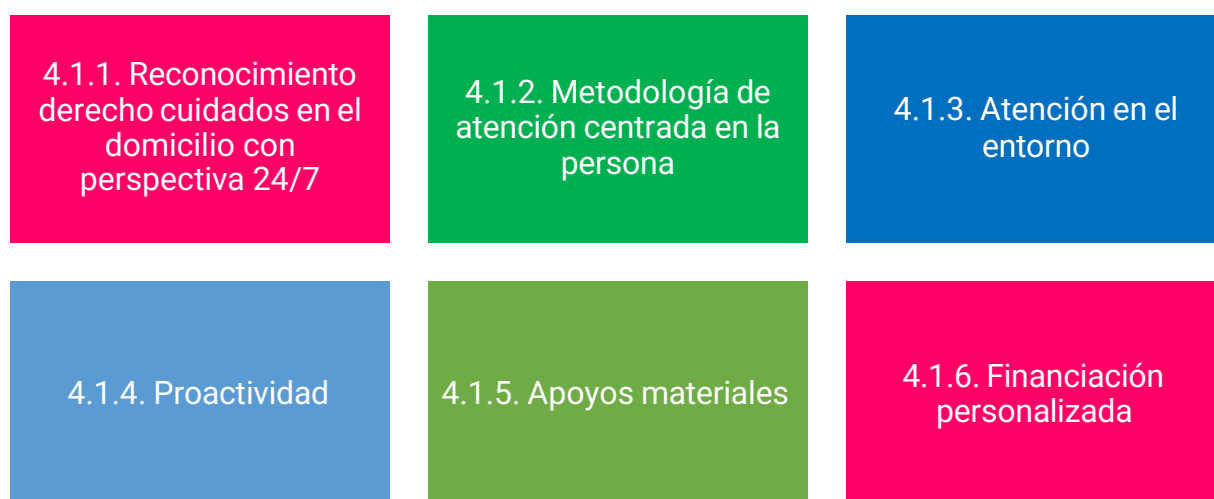
4. El funcionamiento del modelo en la práctica

¿Cómo logra el modelo A Gusto en Casa proporcionar una atención integral que responda a los deseos de las personas? Para lograr este objetivo es fundamental tener bien definidos una serie de aspectos clave del modelo, que se apoyan en la práctica en unas herramientas que son utilizadas por los actores, quienes finalmente proporcionan la atención.



4.1. Aspectos esenciales del modelo

La puesta en práctica del modelo A Gusto en Casa tiene una serie de aspectos esenciales que definen la esencia del modelo. Estos aspectos pueden ser implantados en otras regiones, si bien es importante adaptar la implementación práctica a las características de cada lugar, teniendo en cuenta las competencias de las distintas administraciones, la organización de los recursos, la configuración territorial, el papel de los distintos actores de la sociedad civil en el entorno, etc.



4.1.1. Reconocimiento de derecho a recibir cuidados en el domicilio y en la comunidad con perspectiva 24/7

El objetivo principal del proyecto es constituirse en una alternativa viable a la atención en instituciones y tiene su base en el artículo 19 de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (derecho a vivir en comunidad y a contar con los apoyos necesarios para la participación en comunidad). Un desafío de envergadura si además se pretende luchar contra la exclusión territorial a la que se han visto relegadas las personas que viven en las zonas rurales, especialmente las rurales profundas en los bordes periféricos de la comunidad autónoma. Lograr este objetivo ha determinado que la cartera de servicios del A Gusto en Casa se haya ido completando con nuevas prestaciones y con más compatibilidades entre ellas para que fuera posible una atención personalizada adaptada a las circunstancias del territorio.

4.1.2. Metodología de atención centrada en el proyecto de vida de la persona

A Gusto en Casa aplica un modelo de atención centrado en la persona, que significa poner a las personas en el centro de las intervenciones profesionales y que sean ellas quienes decidan qué, cómo, cuánto y cuándo quieren ser apoyadas. De esta manera no se parte de los servicios estipulados en catálogos, sino que **se pregunta a las personas por sus deseos**. Esto supone una gran diferencia frente al sistema de dependencia, que se basa fundamentalmente en categorizaciones en las que se organizan las respuestas de manera estandarizada, sin adecuarse a las necesidades y deseos de las personas.

La organización de la atención en A Gusto en Casa gira en torno a los deseos de las personas, primando por tanto lo subjetivo sobre lo objetivo. Desde este enfoque personal, la historia y el proyecto de vida de las personas cobra protagonismo, poniendo sus expectativas y deseos en el centro del plan de intervención. Estos deseos se materializan en un proyecto de vida, que agrupa las expectativas, acciones y decisiones de cada persona en un momento de su vida y al que deben servir los apoyos que recibe.

Esto implica desarrollar **soluciones flexibles e individualizadas**, guiadas por el proyecto de vida de cada persona, frente a respuestas estandarizadas que homogeneizan en lugar de respetar la individualidad.

La adaptación a los deseos de la persona implica que los **cuidados se dan en el propio hogar** con el fin de permitir la continuidad de la residencia en el mismo, frente a los cuidados en centros o grandes instituciones. Para facilitararlo el proyecto prevé la mejora de las condiciones de los hogares, con inversiones y ayudas técnicas del hogar.

4.1.3. Apoyos para continuar el proyecto de vida en el hogar y en el entorno natural

Uno de los elementos más definitorios de este modelo es la relevancia que otorga a la influencia del entorno en la calidad de vida de la persona, su independencia y su bienestar social en línea con el marco estratégico del sistema de atención a la dependencia y promoción del envejecimiento activo de la Junta de Castilla y León¹¹. La perspectiva de la intervención parte por tanto del propio territorio, ya que el territorio es el espacio de vida compartido donde emergen los recursos endógenos. Esto contrasta con las soluciones residenciales, en las que las personas que requieren cuidados de larga duración son desplazadas de su entorno, lo que obliga al sistema residencial a suplir las carencias que

¹¹ [Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021.](#)

emergen al suprimir todo el conjunto de apoyos naturales con el que cuenta la persona en su entorno natural.

Este enfoque es coherente con la perspectiva de la **segmentación de hogares en riesgo**, en el que se pone el foco no solo en la dependencia, sino en situaciones, teniendo en cuenta el entorno de las personas y sus apoyos naturales. El nivel de riesgo del hogar se ve influido por la presencia o no de otra persona en el hogar y su capacidad para proporcionar cuidados.

La atención en el entorno en el que la persona vive supone **implicar a las diferentes entidades** y organizaciones que actúan en el campo de lo social: los Ayuntamientos, los CEAS, los Centros de salud, las parroquias, Cáritas, las asambleas locales de Cruz Roja, las Diputaciones, los centros de desarrollo rural y asociaciones y el vecindario.

Por otra parte, la vinculación con el entorno supone también **favorecer la interacción de la persona** con el mismo a través del acompañamiento, para promover la socialización o el acceso a los recursos del entorno. En A Gusto en Casa esto se hace tanto en el entorno de proximidad, o vecindario, como facilitando el desplazamiento a otros municipios, para asistir a citas médicas, peluquería o realizar compras, algo clave en el medio rural para personas que residen en municipios con una oferta reducida de bienes y servicios. Esto se ha llevado a cabo acompañando a la persona mediante diferentes medios de transporte, frecuentemente mediante el desplazamiento en los coches de los asistentes personales. Esto ha supuesto además un importante ahorro frente a otras alternativas como el taxi y ha sido un elemento muy valorado por las familias.

4.1.4. Proactividad y rapidez de la respuesta para ajustarla a las necesidades de cada momento

Otro elemento clave de A Gusto en Casa es la intervención preventiva y proactiva. La prestación de los servicios se produce a partir del momento en que se acuerda el Plan de Apoyos Provisional entre el gestor del caso y la persona, cuando se precisan apoyos a las actividades básicas de la vida diaria. La validación se realiza por escrito o por **silencio positivo** transcurridos tres días hábiles desde la presentación del Plan de Apoyo acordado con la persona cuando se incluya apoyo para las actividades básicas de la vida diaria, y quince días en el resto de los casos¹².

Esta proactividad contrasta con el modelo tradicional que es mucho más lento y por tanto actúa de manera reactiva, es decir, proporciona apoyo a las personas cuando la situación ya ha empeorado. El **acceso a la atención no vinculado a un procedimiento administrativo de acceso a la prestación, ni siquiera la concesión de dependencia** es clave para esta proactividad. En A Gusto en Casa se han proporcionado apoyos desde el inicio del proceso de valoración de dependencia, en lugar de esperar a que este reconocimiento finalice de manera positiva. Por ejemplo, el proceso de resolución de dependencia tarda aproximadamente 5 meses en la zona de implantación de Rural Care (Tierra de Campos, Valladolid)¹³. Más aún pueden entrar en el proyecto personas que no tengan situación o reconocimiento de dependencia. De hecho, el 12% de los usuarios están aún pendientes de

¹² Propuesta del Proyecto Rural Care.

¹³ Evaluación de resultados de Rural Care en las instituciones.

valoración de dependencia, lo que muestra la facilidad de acceso al proyecto A Gusto en Casa¹⁴.

La proactividad de A Gusto en Casa no solo se produce para la entrada en el proyecto, sino que se caracteriza además por una mayor flexibilidad en la intensidad de los apoyos frente al modelo de ayuda a domicilio. Esta flexibilidad resulta de gran valor cuando cambian las circunstancias de la persona, por ejemplo, cuando surge un problema médico bien del propio usuario o bien del cuidador principal, o se requiere intensificar los apoyos (ver explicación previa sobre el silencio positivo).

4.1.5. Adaptaciones de la vivienda y ayudas técnicas

El modelo de atención en el domicilio necesita adaptar las viviendas para permitir la permanencia en el propio domicilio y mejorar la calidad de vida en el mismo. Por esta razón uno de los principales elementos que aportan un valor diferencial al proyecto A Gusto en Casa es la posibilidad de realizar obras de adaptabilidad/accesibilidad y proporcionar productos de apoyo para mejorar la vida en los domicilios.

Este conjunto de apoyos materiales son clave para lograr que un hogar en riesgo se convierta en un hogar seguro: aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas, así como los servicios de proximidad activados en intensidad y rapidez necesarias para que la persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica pueda permanecer en el hogar sin que esto atente contra su seguridad y garantice su estilo de vida.

Las adaptaciones necesarias de la vivienda se consiguen mediante obras que mejoran la adaptabilidad y la accesibilidad en los domicilios, que permiten suprimir barreras tanto en el interior del domicilio como en el acceso al mismo.

Los productos de apoyo son ampliamente diversos e incluyen entre los más frecuentes: camas articuladas, colchones y cojines antiescaras, barandillas de cama, asientos y banquetas de ducha, sillas de ruedas, andadores, bastones, tensiómetros, diferentes tipos de grúas móviles, gradiores, sistemas de localización personal, pastilleros, sillas con orinales, o barras de apoyo y asidero abatibles, entre otros.

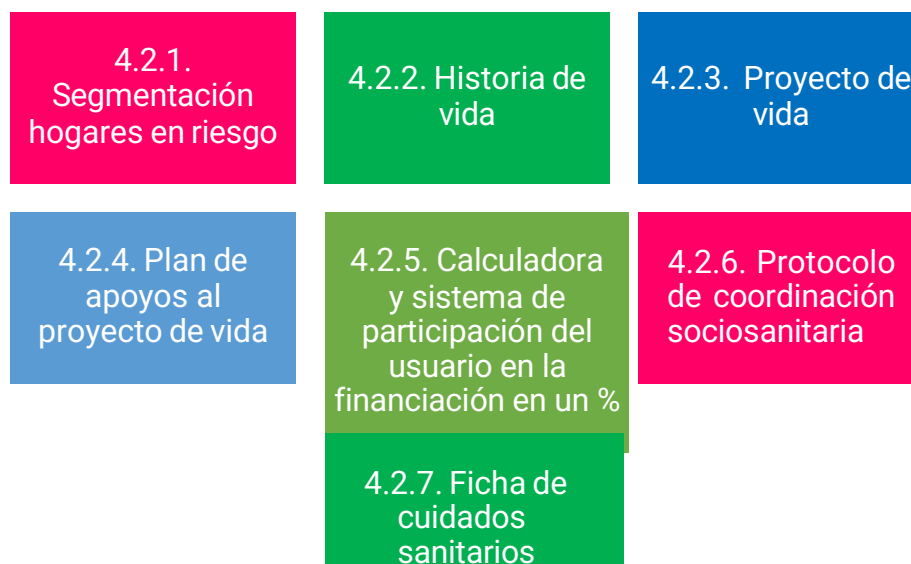
4.1.6. Financiación personalizada y adaptada a la evolución del plan de apoyos

El despliegue de la cartera de servicios de una forma ágil y personalizada sería imposible sin que se desplegara la financiación simultánea adaptada a los diferentes cambios en el plan de apoyos del proyecto de vida (recaídas de salud, variaciones e incluso ausencia total del cuidador principal, nuevas necesidades etc.) así como para el abordaje de los préstamos de productos de apoyo o de la financiación de las adaptaciones del hogar para hacerlo accesible. Esta financiación simultánea, ajustada a una liquidación mensual, ha sido clave para resolver el equilibrio financiero necesario entre la financiación pública y la aportación del propio usuario con unas reglas de justicia social.

¹⁴ Fuente: Memoria A GUSTO EN CASA. Datos acumulados a fecha 30 de abril 2023. Es de destacar también que el porcentaje de los usuarios con grado 0, es decir con fragilidad pero sin dependencia reconocida, representan el 9% del total de las personas que reciben cuidados del proyecto, lo que implica la superación de los criterios habituales de atención a la dependencia tradicionales.

4.2. Herramientas

¿Cuáles son las herramientas clave que se utilizan para poner en práctica las atenciones del proyecto **A Gusto en Casa**? Los aspectos esenciales del modelo antes descrito se ponen en práctica a través de las siguientes herramientas, que son los instrumentos que permiten desarrollar la filosofía del proyecto:



4.2.1. Segmentación de los hogares en riesgo

El grado de autonomía de la persona depende no solo de sus limitaciones personales, definidas por la categorización de su grado de dependencia, sino también del entorno en el que viva, de las personas con las que conviva y su situación y estado, lo que determina la viabilidad o el riesgo del hogar.

A Gusto en Casa sigue una **segmentación de los hogares en riesgo para la valoración y planificación de servicios**, teniendo en cuenta tanto la situación individual (por ejemplo, la soledad) como la fragilidad de sus cuidadores. De esta manera se considera a la persona desde un punto de vista holístico, valorando tanto a la persona como a su entorno, frente a la consideración única del grado de dependencia, discapacidad o enfermedad crónica de la persona.

El concepto de **hogar en riesgo**, que se define de acuerdo a las siguientes variables:

- N.º de personas que residen en el domicilio: Hogar unipersonal o compartido.
- Grado de dependencia.
- Características del cuidador.
 - Cuidador viable:
 - que ofrece una atención suficiente y adecuada.
 - que ofrece una atención insuficiente, bien por el tiempo de dedicación, por tener a su cargo a otras personas que también requieren cuidados, o por otras circunstancias.
 - Cuidador frágil que, por su avanzada edad, dependencia, condiciones de salud, estado emocional u otras situaciones personales o sociales, no puede ofrecer a la persona los apoyos y cuidados que precisa.

- Existencia o no de deterioro cognitivo.

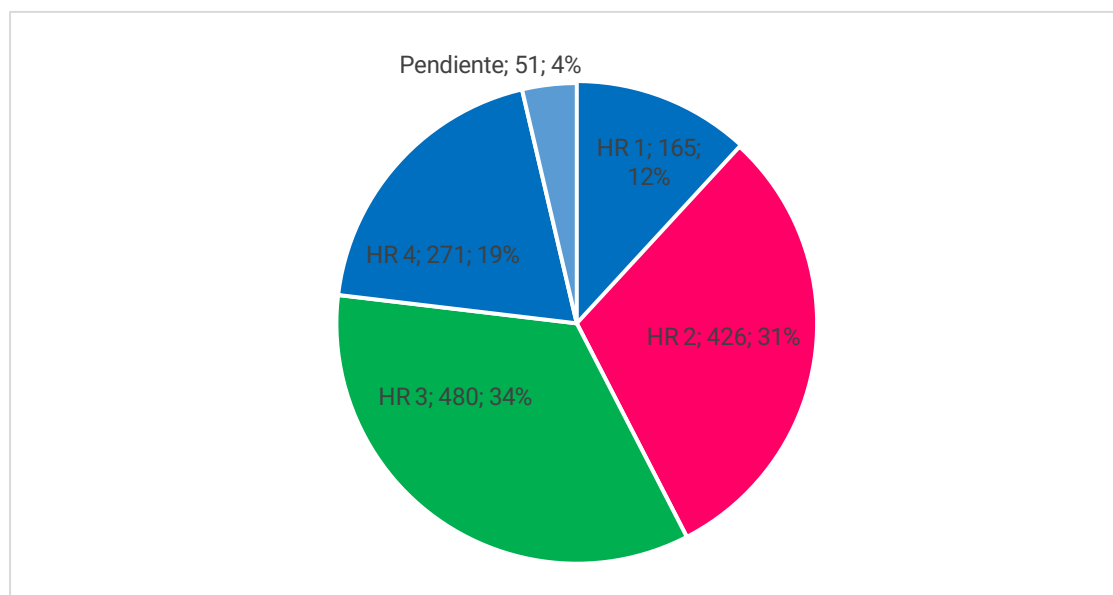
Este planteamiento es coherente con la visión de que la mayor causa de institucionalización no es la dependencia, sino vivir solo o no tener cuidador viable, es decir, no contar con los apoyos para vivir en el entorno. Se consideran cuatro niveles de riesgo hogar, del más bajo (HR1) al más alto (HR4), que se describen a continuación:

NIVEL RIESGO	DE	PERFIL DE NECESIDAD	SIN DETERIORO COGNITIVO	CON DETERIORO COGNITIVO
HR4		1 - Hogar unipersonal, con una persona de GI, GII, o GIII de dependencia		X
		2 - Hogar unipersonal, con una persona de GIII de dependencia	X	
		3 - Hogar en el que vive una persona de GI, GII o GIII de dependencia, con una persona cuidadora frágil		X
HR3		1 - Hogar unipersonal, con una persona de GII de dependencia	X	
		2 - Hogar en el que vive una persona de GI, GII o GIII de dependencia con una persona cuidadora viable con atención insuficiente	X	X
		3 - Hogar en el que vive una persona con GII, o GIII de dependencia, con un cuidador frágil	X	
HR2		1 - Hogar unipersonal, con una persona de GI de dependencia	X	
		2 - Hogar en el que vive una persona de GI de dependencia, con un cuidador frágil	X	
		3 - Hogar con una persona con GII o GIII de dependencia con una persona cuidadora viable con atención adecuada	X	X
HR1		1 - Hogar en el que vive una persona con GI de dependencia y con una persona cuidadora viable con atención adecuada	X	X
		2 - Hogar con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o grado 3 sin dependencia		

En la práctica, **A Gusto en Casa ha logrado efectivamente prestar atención a todos los niveles de hogares en riesgo**, incluidos los de mayor riesgo (HR4), que representan un 19% de los casos. A su vez, el 20% de las personas que reciben atención tienen un Grado de dependencia 3 y un 25% Grado 2¹⁵.

¹⁵ Fuente: Memoria A GUSTO EN CASA. Datos acumulados a fecha 30 de abril 2023.

Gráfico 1. Número de personas usuarias del proyecto “A Gusto en Casa” por riesgo del hogar, a 30 de abril de 2023



Fuente: Memoria A GUSTO EN CASA. Datos acumulados a fecha 30 de abril 2023.

4.2.2. Historia de vida

La historia de vida es el relato constructivo de la propia trayectoria de vida, elaborada tanto por la propia persona como también por sus allegados, especialmente en el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado. Conocer la trayectoria vital de la persona y sus principales eventos vitales es esencial para comprenderla y por tanto para poder desarrollar una atención verdaderamente personalizada.

La historia de vida es una metodología que nos permite conocer a la persona, comprenderla y ofrecerle un apoyo personalizado que le permitirá tener una vida mejor. También es un instrumento de comunicación y ofrece una oportunidad única para comenzar a crear un vínculo afectivo entre quienes cuentan y comparten su historia y quienes la escuchan.

Debe incluir no solo lo que ya se ha vivido, sino también el momento presente y el futuro deseado¹⁶.

4.2.3. Proyecto de vida individual

El proyecto de vida se define como el conjunto de **expectativas, acciones y decisiones** que la persona, a lo largo de su vida, despliega para alcanzar determinadas metas, guiadas por valores personales. El proyecto de vida es un elemento fundamental desde la perspectiva de los derechos, ya que toda persona se merece tener un proyecto de vida que le permita realizar cosas que le satisfagan personalmente y le aporte una ilusión por la propia vida. La residencia en el propio domicilio cuando es la voluntad de la persona es la base sobre la que se desarrolla el proyecto de vida.

¹⁶ Junta de Castilla y León “ATENCIÓN EN RED PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN”.

En el contexto de las personas que necesitan cuidados el proyecto de vida incluye tanto los objetivos y acciones que la persona se propone y puede realizar por sí misma, como aquellos para los que necesitará el apoyo de otros.

El proyecto de vida es por tanto la principal forma de expresión de la autodeterminación, elemento clave en la calidad de vida de una persona. Es además algo en **constante cambio** que debe adaptarse permanentemente. Este proyecto pone en movimiento expectativas sobre el lugar que quieren ocupar en su entorno, así como las acciones y decisiones elegidas para lograr las metas deseadas.

PROYECTO DE VIDA

PROYECTO DE VIDA		DE		4	Metas. Objetivos.						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Nombre: Edad: Hogar de Riesgo: Grado de dependencia: de Localidad: Fecha: </div>				Deseos de orden superior (repercute en todo el proyecto de vida)							
1	Valores	Competencias		Objetivos y metas (salud y autonomía, hábitos diarios y rutinas, interacción social)							
2	Lo que le gusta de su día a día	Lo que NO le gusta de su día a día		Aficiones y actividades de participación comunitaria							
3	Aspectos de su historia de vida		Red de Apoyos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #ffc107;"> <th style="text-align: center;">Apoyos naturales</th> <th style="text-align: center;">Apoyos profesionales</th> <th style="text-align: center;">Apoyos comunitarios</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Apoyos naturales	Apoyos profesionales	Apoyos comunitarios			
Apoyos naturales	Apoyos profesionales	Apoyos comunitarios									

4.2.4. Plan de apoyos al Proyecto de vida

A partir del conocimiento y del diálogo con la persona se le propone un Plan de apoyos que por una parte garantice los apoyos necesarios para poder seguir viviendo en el entorno y por otra apoye en el desarrollo del proyecto de vida. En la práctica este apoyo se estructura a través de una serie de medidas secuenciales:

- **Plan de apoyo provisional**, elaborado por el gestor de caso con información de los familiares y cuidadores, que reúne las formas de apoyo más urgentes y necesarias para facilitar las actividades básicas de la vida diaria.
- Después de un período de tiempo aproximado de dos meses, se elaborará el **plan de apoyos al proyecto de vida definitivo**, que incluirá el desarrollo del proyecto de vida del individuo. Este plan definitivo incluirá:

- **Plan de apoyos sociales**, que facilita la realización del proyecto de vida de la persona, con el fin de propiciar un espacio de puesta en común y cooperación entre quienes participan en la prestación de apoyos de aquellos aspectos que pueden contribuir a una vida más significativa para la persona.
- **Plan de cuidados sanitarios**, que recoge todas aquellas recomendaciones necesarias para el cuidado de la salud de la persona, sin perder de vista los deseos de la persona y sus propias elecciones.

4.2.5. Calculadora y sistema de participación del usuario en la financiación en un %

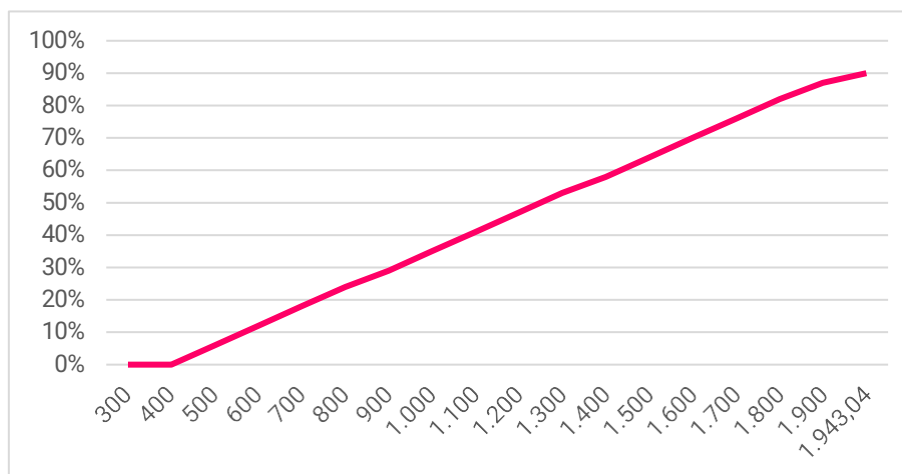
El proyecto A Gusto en Casa se financia parcialmente a través de un sistema de participación del usuario en la financiación en un % siguiendo el principio de justicia social que implica progresividad en la financiación. La filosofía del sistema es doble. Por una parte, se busca siempre **garantizar el acceso** de las personas a los apoyos que necesitan, independientemente de su nivel de renta. Por otra parte se busca un **uso racional y eficiente** de los recursos, evitando un uso inadecuado o abusivo de los mismos. Para lograr esto en condiciones de equidad se establece un sistema en el que los esfuerzos son graduales en función del nivel de ingresos.

La comunicación del porcentaje de la participación del usuario en la financiación se lleva a cabo a través de la **calculadora personalizada**, que es utilizada por el gestor de caso para informar a las familias sobre el coste que tendrá que afrontar por los servicios que desearía.

Concepto	Sistema de participación del usuario en la financiación
Apoyo a la elaboración del proyecto de vida	No tiene % de participación del usuario en su financiación.
Adaptación del hogar	El 50% del coste de la adaptación acordada hasta el límite de la cuantía según tipo de Hogar en Riesgo. La Gerencia de Servicios Sociales aportará el 50% restante. La financiación máxima aportada varía entre 680€ y 4.500€ en función del nivel de riesgo de hogar.
Productos de apoyo	Los productos de apoyo que adquiera la persona en régimen de propiedad tendrán una participación del usuario del 50% del coste total, hasta el límite de la cuantía según tipo de Hogar en Riesgo. El resto del coste será asumido por la Gerencia de Servicios Sociales. Si los productos de apoyo se obtienen bajo la modalidad de alquiler, serán gratuitos para la persona y la Gerencia de Servicios Sociales asumirá el 100% del coste.
Apoyos profesionales de carácter social y otros servicios pactados	El importe del % de participación del usuario se calcula teniendo en cuenta el coste de los servicios y su capacidad económica personal. En cualquier caso, cuando el coste del servicio sea superior a su capacidad de gasto, la diferencia será financiada a cargo del proyecto.
Servicios sanitarios	Gratuitos no tienen coste para la persona.

La capacidad económica personal se calcula según los criterios establecidos en la normativa¹⁷. En la práctica siguen un esquema progresivo en el que **el porcentaje de participación del usuario en la financiación oscila entre el 0% y el 90% en función del nivel de renta.**

Gráfico 2. Porcentaje de participación del usuario en la financiación en función de la capacidad económica personal



Fuente: Junta de Castilla y León "ATENCIÓN EN RED PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN".

En el marco del % de participación del usuario en la financiación la **intensidad de la atención muy variable y siempre ajustada a las necesidades personales**. A título ilustrativo se muestra el ejemplo de Rural Care en el que coexistían desde usuarios con muy baja intensidad, una quinta parte recibe menos de 10 horas al mes de atención, hasta usuarios con más de 100 horas al mes (un 8,3% del total).

Distribución de la intensidad del servicio de asistencia personal

Tiempo transcurrido	Nº	%
Menos de 10 horas/mes	24	19.8%
De 10 a 15 horas/mes	23	19.0%
De 16 a 20 horas/mes	6	5.0%
De 21 a 25 horas/mes	24	19.8%
De 26 a 30 horas/mes	21	17.4%
De 31 a 50 horas/	5	4.1%
De 51 a 100 horas/mes	8	6.6%
Mfis de 100 horas/mes	10	8.3%
Total	121	100.0%

Fuente: Evaluación de Procesos de Rural Care.

4.2.6. Protocolo de coordinación sociosanitaria

La asistencia sanitaria resulta esencial para poder desarrollar el proyecto de vida y para el bienestar de la persona. Por esta razón resulta clave la coordinación de los apoyos con

¹⁷ La capacidad económica personal se calcula según los criterios previstos en el artículo 32 de la Orden

FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

sanidad, para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y al mismo tiempo que los cuidados tengan en cuenta las pautas recomendadas por los profesionales sanitarios.

El Protocolo Coordinación Sociosanitaria sirve para facilitar la coordinación entre profesionales de los servicios sociales, sanidad y entidades sociales. El protocolo se encuentra recogido en un documento y orienta principalmente sobre tres aspectos a definir:

Roles y funciones de los profesionales sanitarios

Información para compartir entre servicios sociales y sanitarios, soporte documental

Coordinación en casos de especial complejidad

Roles y funciones de los profesionales sanitarios

El protocolo de coordinación sociosanitaria define los roles del Coordinador de Caso Sanitario y de los Profesionales de referencia sanitarios:

- a) **Coordinador de Caso Sanitario:** Con carácter general, este rol recaerá en la figura del Trabajador Social Sanitario. Sus funciones son:
 - **Derivación** de personas susceptibles de ser beneficiarias del Proyecto A Gusto en Casa. La derivación siempre será al Coordinador de Caso Social.
 - **Enlace** entre el equipo sanitario de referencia de la persona adherida y el coordinador de caso social y el gestor de caso.
 - Transmisión de **información**. Custodia de la documentación.

- b) **Profesionales de referencia sanitarios:** Es un rol desempeñado por el personal médico y de enfermería de Atención Primaria. Sus funciones son:
 - **Coordinación** con el trabajador social del ámbito sanitario para la derivación, al coordinador de caso social, de personas cuya situación pueda resolverse o mejorar a través de A Gusto en Casa.
 - Elaboración y remisión del **Plan de Cuidados Sanitarios y hoja de medicación** a través del Coordinador de Caso Sanitario.

Información para compartir entre servicios sociales y sanitarios, soporte documental

El protocolo define que con carácter general **el intercambio de información entre servicios sociales y sanitarios se realiza a través de los coordinadores de caso de ambos sistemas**, siendo la vía de comunicación preferente el correo electrónico y, cuando sea necesario, se puede establecer contacto mediante llamada telefónica y/o reuniones presenciales.

Se considera más adecuado no establecer una periodicidad concreta para la coordinación y el intercambio, sino que ésta se produzca siempre que cualquiera de los profesionales lo consideren adecuado.

Coordinación en casos de especial complejidad

El protocolo establece que para los casos de especial complejidad se puede valorar la entrevista directa entre la persona responsable de la gestión de caso y el profesional de referencia sanitario.

Con estos elementos A Gusto en Casa logra crear un marco con el que ofrecer una gestión coordinada entre la atención social y la sanitaria de manera flexible y única.

4.3. Actores

¿Quién se encarga de poner en marcha la atención para las personas en A Gusto en Casa?

El trabajo diario de las **instituciones y los profesionales** que se encuentran detrás del modelo es sin duda la clave para su éxito.

4.3.1. Colaboración institucional y cooperación estrecha con el Tercer Sector

A Gusto en Casa es un modelo con liderazgo público en el que la provisión de servicios se lleva a cabo a través de entidades de iniciativa social. La puesta en práctica del modelo de atención centrado en la persona en las zonas rurales requiere contar con un entramado institucional adecuado, compuesto por:

1. **Departamento de la administración pública que lidere** el diseño, implantación, evaluación y transferencia del modelo.
2. **Instituciones que son clave en el territorio** y que tienen que favorecer la implementación del proyecto:
 - a. **Centros de Servicios Sociales (CEAS)**, responsables de la difusión, tramitación y gestión del servicio, en coordinación con las entidades sociales que lo proveen.
 - b. **Sistema de salud**, responsable de la provisión de servicios de salud esenciales para la población mayor.
 - c. **Diputaciones provinciales y ayuntamientos**, que juegan un rol en la difusión del proyecto y en la dinamización del entorno a través de la organización de actividades. Además, las diputaciones provinciales gestionan los propios servicios sociales en los municipios de menor tamaño.

Resulta clave lograr el apoyo de estas instituciones para la implantación del proyecto, para lo cual a menudo surgen obstáculos dado que se requiere de un proceso de cambio cultural y de mentalidades.

3. **Red de entidades sociales**, como agentes encargados de la provisión de los servicios. Las entidades sociales del ámbito de la discapacidad son las que más han avanzado en la perspectiva del desarrollo de proyectos de vida, desde una visión de respeto de los derechos de la persona; por eso son un actor esencial en el desarrollo del proyecto.

4.3.2. El papel esencial de las entidades del Tercer Sector en la provisión de los apoyos

El compromiso de las entidades sociales con el territorio y el conocimiento de este se considera un factor clave para el éxito del proyecto debido a las dificultades que implica su implementación en las **zonas rurales**, lo que podría haber desincentivado a la prestación de **servicios** en los municipios más alejados y de menor tamaño a otros agentes, como a empresas privadas. Esto pone de manifiesto la importancia de contar con un ecosistema previo para la implementación de proyectos piloto, especialmente en zonas que implican

dificultades como las zonas rurales. La cooperación público-privada con entidades sociales es una forma de crear tejido social y de reforzar el capital social en el territorio.

No obstante, es importante tener en cuenta que la respuesta de con quien se debe implementar el modelo **depende de cada territorio**, dependiendo de características como la menor o mayor presencia de entidades sociales, su tamaño y capacidad, la distribución competencial o la mayor o menor predisposición de los agentes a colaborar con el cambio. En este sentido la entidad elegida para iniciar el pilotaje debe tener, o alcanzar, las siguientes características:

- Experiencia en prestación de servicios comunitarios.
- Implantación previa de la entidad en la zona rural de actuación.
- Tamaño suficiente que permita acometer despliegues de servicios y contrataciones de personal suficientes.
- Un departamento de gestión de profesionales con medios para abordar nuevas tareas.
- Experiencia en el desarrollo de apoyos a proyectos de vida a personas vulnerables.
- Un equipo técnico innovador.

Hasta la fecha A Gusto en Casa cuenta con la colaboración con **9 entidades sociales en 11 territorios diferentes**. En la práctica la implementación sigue un **modelo territorial**, en el que normalmente una misma entidad se encarga de la puesta en marcha del proyecto en una zona determinada. La razón de ser de este sistema es la concentración de recursos y desarrollo de economías de escala en un territorio con una alta dispersión geográfica y un número reducido de usuarios en la fase de despegue. De esta manera cada una de las entidades se encarga de una de las 11 áreas de salud de Castilla y León (existen dos áreas en León y Valladolid y una por provincia en el resto).

Por otra parte, generalmente la misma entidad se encarga también de la implementación de INTecum¹⁸ en el territorio donde desarrolla A Gusto en Casa.

5. Recursos humanos

¿Qué roles dentro de estas instituciones son claves para la provisión del servicio y qué funciones tienen? A Gusto en Casa implica la provisión de servicios por parte de diferentes agentes. El modelo de atención incorpora por tanto varias instituciones con diferentes perfiles profesionales:

¹⁸ INTecum es un nuevo proyecto impulsado por la Junta de Castilla y León que ofrece a las personas con una enfermedad en fase avanzada o terminal los apoyos que necesite para que pueda seguir viviendo en el hogar; Actualmente se extiende también a los enfermos de ELA. Más información en el [enlace](#).



5.1. Perfiles profesionales

5.1.1. Coordinador de caso social

Esta función se sitúa dentro del sistema local de servicios sociales, CEAS (Centro de Acción Social), se considera básica para que el nuevo modelo funcione y como garante del ajuste del plan de apoyos. Este perfil trabaja como agente facilitador y enlace con las gestoras de caso y las coordinadoras de caso sanitarias. Es imprescindible por tanto para las coordinadoras de caso social mantener una coordinación continua con estos agentes.

Sus tareas principales consisten en la información a las posibles personas usuarias y la tramitación para el acceso al proyecto, la coordinación con el gestor de caso, el profesional de atención primaria de salud y con el coordinador de caso sanitario y en el seguimiento y validación del plan de apoyos. Además, debe participar en la activación de la comunidad, en coordinación con el dinamizador del territorio y en coordinación con el gestor de caso.

5.1.2. Gestor de caso

Dentro de la entidad social, el gestor de caso es responsable de garantizar que la persona adherida disponga de los apoyos pactados (a través de la figura del asistente personal), la gestión de recursos comunitarios, o la valoración de la accesibilidad del hogar. Entre sus funciones se encuentra la elaboración de la historia de vida y el apoyo a la persona para la definición de su proyecto de vida, la propuesta del plan provisional y del plan definitivo de apoyos, su valoración económica, la coordinación con los profesionales de atención primaria de salud y con el coordinador de caso social y la gestión de los asistentes personales y seguimiento de sus funciones. Además, tiene la función de impulsar el entorno comunitario en coordinación con el profesional de referencia y el coordinador de caso social.

5.1.3. Asistente personal

Es el profesional de atención directa, con formación para la asistencia personal, que proporciona los apoyos necesarios a personas dependientes, con discapacidad o

enfermedad crónica para promover y fomentar su autonomía personal, vida independiente y participación social. Es además el profesional con el que la persona establece una mayor relación de confianza.

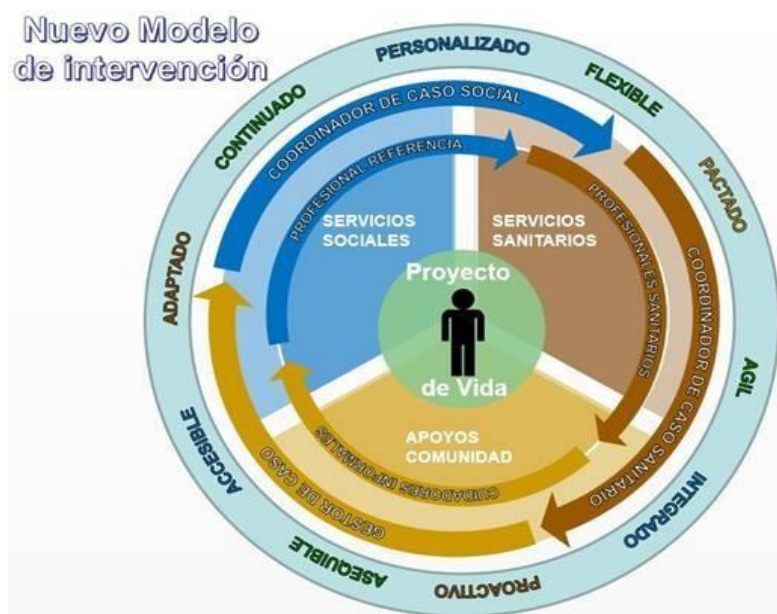
Entre sus funciones se encuentra también apoyar al gestor de caso en el desarrollo del proyecto-historia de vida e impulsar el entorno comunitario, supervisar y apoyar a la persona en actividades de la vida diaria, como higiene personal o tareas domésticas, acompañar y gestionar de citas (citas médicas, compras, peluquería, etc.), en algunos casos conduciendo para llevar a la persona, además de promover actividades y relaciones con el entorno para evitar la soledad.

Las tareas de asistencia personal con relación a un usuario las realizan, habitualmente, varios profesionales, siendo uno de ellos, el que mayor vinculación tenga con el usuario, el que desarrolle las funciones de profesional de referencia.

5.1.4. Coordinador de caso sanitario

Dentro del Sistema Público de Salud, el coordinador de caso sanitario corresponde al Trabajador Social Sanitario. Este rol proporciona el plan de cuidados sanitarios y apoyo en la intervención cuando sea necesario, deriva a las personas susceptibles de ser beneficiarias de A Gusto en Casa al coordinador de caso social, hace de enlace entre el equipo sanitario de referencia de la persona adherida y el coordinador de caso social y el gestor de caso, transmitiendo información entre estos profesionales.

La coordinación entre estos roles es la base para el funcionamiento de un nuevo modelo integrado:



5.2. Mfis allfi de los roles: hacia un cambio en la cultura de trabajo de los profesionales

Más allá de la definición de roles profesionales, en el ámbito de los recursos humanos resulta clave su cualificación y recualificación y especialmente el **cambio cultural** que implica el modelo en la práctica. Este cambio cultural no es automático sino gradual, dado que conlleva

el aprendizaje de nuevas formas de trabajar, nuevos roles y formas de relacionarse entre profesionales y con las personas y familias. En Rural Care una de las claves de la coordinación y buen funcionamiento del proyecto fue la continuidad de profesionales en su puesto de trabajo y el surgimiento de relaciones de confianza entre profesionales de diferentes instituciones, relaciones que favorecieron este cambio cultural.

Otra cuestión clave es **conseguir contar con los profesionales adecuados**. La Estrategia Europea de cuidados insiste especialmente en la necesidad de con los profesionales adecuados para los cuidados y en la dificultad de encontrar profesionales cualificados. Esta escasez de profesionales es aún mayor en las zonas rurales. En el marco del proyecto se han utilizado distintas estrategias para paliar esta dificultad (ver apartado de recomendaciones).

6. Recomendaciones y aprendizajes para implantar el modelo

6.1. Desarrollar una nueva prestación “cuidados en la comunidad”

6.1.1. Una prestación de fimbrito estatal

La implantación de una **nueva prestación de servicios sociales que garantice los cuidados en la comunidad** puede ponerse en marcha por cada comunidad autónoma en el ejercicio de sus competencias exclusivas en servicios sociales. No obstante, la implicación e **impulso desde el fimbrito Estatal**, como garante de los derechos y corresponsable de la atención a los grupos vulnerables podría suponer un avance decisivo a esta nueva cultura de cuidados. Además, no solo supondría un avance en la transformación de la cultura de los cuidados, sino que haría el sistema sostenible a medio plazo dado que es más costo-eficiente que la atención institucional.

Esta iniciativa, estaría alineada con la estrategia estatal de desinstitucionalización, y **permitiría la plasticidad de la cartera de servicios actual sin tener que sustituirla**, dando tiempo al sistema de dependencia y de servicios sociales a adaptarse al nuevo modelo de cuidados sin tener que desmontar el sistema actual de prestaciones, permitiendo a la vez que los usuarios finales de los servicios puedan acceder en un tiempo más corto a los cuidados en la comunidad. En este sentido se propone que esté disponible en el plazo máximo de 18 meses para que cualquier persona tenga la posibilidad de acceder a ella en un plazo razonable.

Hay que poner de relieve que para el medio rural no hay alternativa de atención institucional que se pueda optimizar ya en estos momentos, por lo que su implantación permitiría avanzar en la disminución de la brecha de acceso a los servicios públicos que sufre de forma generalizada el medio rural de todo el Estado.

Por tanto, se propone que, **dentro del sistema de dependencia, en la cartera de servicios estatal se incluya una nueva prestación de “Cuidados en la comunidad” que ademfis tenga una financiación diferencial mayor que los actuales grados de dependencia y que financie a todas las personas que finalmente resulten dependientes desde el momento de su prestación efectiva.**

6.1.2. ¿Cómo implantar un modelo de atención centrado en la persona en zonas rurales?

El proceso de experimentación y aprendizaje a través de las diferentes experiencias de A Gusto en Casa ha permitido identificar una serie de recomendaciones de utilidad para su transferencia a otros entornos rurales en otras comunidades autónomas.

Prácticamente todas las regiones de España y de Europa cuentan con territorios rurales que afrontan retos similares en cuanto a la atención de personas mayores. A su vez, el deseo de las personas mayores de vivir en sus casas no es una peculiaridad de Castilla y León, sino algo común entre las personas mayores de Europa. La implantación de modelos similares a A Gusto en Casa, que desarrollen los cuidados en el entorno es una necesidad generalizada.

Por lo tanto, **la filosofía, el enfoque, las herramientas y las metodologías de trabajo de A Gusto en Casa son válidas para otros territorios**. Sin embargo, es importante subrayar que es fundamental **adaptar el modelo al contexto de cada región**, teniendo en cuenta cuestiones como la dispersión poblacional en el medio rural, la geografía, la dotación de infraestructuras de transporte, el ámbito competencial o la presencia y capacidad de las entidades del tercer sector.

6.2. Crear un ecosistema adecuado

La creación de un ecosistema adecuado es la base imprescindible para la implantación del modelo. Es preciso contar con los socios adecuados, que éstos compartan una visión común, que cuenten con los recursos y herramientas necesarias para poder coordinarse, y que operen en un entorno administrativo favorable. Para ello es necesario:

6.2.1. Garantizar el liderazgo institucional

El punto de partida para el impulso y la dinamización del ecosistema es que una **administración pública tome un papel de liderazgo**. Este agente debe de disponer de las competencias adecuadas para ello, así como contar con la visión y el compromiso constante en el tiempo para impulsar una transformación gradual que solo puede sucederse de manera paulatina en el medio y largo plazo.

6.2.2. Difundir el planteamiento del modelo para lograr una visión compartida

Para lograr este apoyo es clave que exista una **visión compartida entre los actores** sobre el cambio que se quiere implantar. El enfoque del modelo de atención centrado en la persona supone un cambio importante respecto al modelo de atención tradicional, en el que la atención se decide por parte del profesional, planteando por tanto una redefinición de roles entre los profesionales y las personas. Este cambio puede despertar la oposición en primera instancia de algunos agentes, por lo que resulta fundamental explicar el modelo para facilitar su entendimiento y sensibilizar sobre sus virtudes desde el punto de vista humano.

También es importante **extender esta sensibilización a las personas** que reciben la atención y a sus familiares, para que entiendan lo que es la filosofía de los apoyos al proyecto de vida y su diferencia con el servicio de ayuda a domicilio. Las personas pueden percibir algunos aspectos de la metodología, como preguntas sobre su historia de vida o preferencias, como una invasión de la intimidad en caso de no entender la filosofía del proyecto. De la misma

manera resulta esencial especialmente difundir el enfoque del planteamiento a las **familias** para que respeten y apoyen los deseos de las personas.

6.2.3. Contar con los socios adecuados

Un elemento clave de todo ecosistema son los actores que lo integran. Resulta clave contar con el apoyo de las instituciones fundamentales del modelo para desarrollar el proyecto de vida de la persona:

- **Entidades del tercer sector** de acción social que sean expertas en el desarrollo de proyectos de vida, partiendo de aquellas que ya están implantados en el territorio.
- **Diputaciones y ayuntamientos** que apoyen la difusión del proyecto entre potenciales trabajadores y usuarios.
- **Servicios sociales** que apoyen la difusión y tramitación del proyecto de manera ágil, facilitando la coordinación y el ajuste de los apoyos.
- **Servicio de salud** que proporcione la atención necesaria para que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida y tener un mayor bienestar.

6.2.4. Construir un buen sistema de coordinación entre las instituciones

La participación de diferentes actores requiere de una coordinación eficaz que resulte sencilla de cara al usuario. En las zonas rurales existe una cercanía que hace posible conocerse y establecer fácil relación entre profesionales, facilitando la comunicación. No obstante es importante impulsar esta coordinación y facilitar los medios para ella, a través de:

- Presencia de **roles profesionales**, como gestores de caso y coordinadores de caso social, que trabajen mano a mano desde diferentes instituciones.
- **Aprendizaje** de las claves del proyecto, compartiendo una misma visión.
- **Dotación suficiente de personal** para que exista tiempo material necesario para la coordinación y la resolución de cuestiones cotidianas de manera ágil, además de **permanencia del personal** en los puestos. El éxito de la coordinación reside en un contacto continuado por parte de profesionales que han tenido una estabilidad en el puesto y han podido interiorizar pautas de coordinación y crear relaciones con otros profesionales.
- **Protocolos** de coordinación entre distintos actores, como el protocolo de coordinación sociosanitaria.
- Creación de **herramientas de información** compartidas.

6.2.5. Flexibilizar los procedimientos administrativos

La esencia del modelo no reside en comenzar por los cambios normativos sino en **aplicar cambios con flexibilidad que posteriormente una vez que demuestran ser útiles se elevan a prescripciones normativas**. El modelo de atención propuesto se caracteriza por su **agilidad y proactividad**, lo que requiere de la suficiente flexibilidad administrativa para que esto sea posible. Por otra parte, la flexibilidad facilita la personalización de los servicios, que se ve limitada por la rigidez administrativa. Si bien es necesario que exista un conjunto de procedimientos y normas para poder implantar el modelo, su aplicación debe de contar con el suficiente margen de flexibilidad para permitir la adaptación de los recursos a cada persona y facilitar de ese modo la **personalización de los servicios**. Además, esta flexibilidad es también importante para facilitar el proceso de **aprendizaje y cambio cultural a nivel**

institucional, evitando que las organizaciones ahoguen sus esfuerzos en resolver rigideces administrativas.

Se recomienda por tanto que el acceso a la **atención no esté vinculado a la concesión de dependencia**, sino que se dirija a todas las personas que necesitan apoyos profesionales, así como buscar fórmulas como el **silencio administrativo** que hace que los recursos que se prescriben se garanticen en el plazo de tres o quince días. Esto permite proporcionar apoyos desde el inicio del proceso de valoración de dependencia, en lugar de esperar a que este reconocimiento finalice de manera positiva.

6.2.6. Dinamizar el entorno

El desarrollo de los proyectos de vida de las personas pasa también por una mayor socialización y participación de la comunidad. Por esta razón resulta clave tanto la dinamización del entorno como la creación de un entorno más inclusivo y accesible para las personas.

Para ello se recomienda:

- **Incrementar los recursos y equipos especializados en dinamización.**
- **Fomentar los encuentros informales tradicionales.**
- **Mapear los recursos** de la zona y las actividades ya existentes.
- **Crear redes y alianzas** con entidades que ya trabajen en la dinamización del entorno:
 - Grupos de acción local, que cuentan con financiación para desarrollar actividades en la comunidad.
 - Animadores comunitarios de los centros de servicios sociales.
 - Departamentos de envejecimiento activo de la diputaciones.
 - Ayuntamientos.
 - Asociaciones de jubilados.
- Conectar las actividades y recursos comunitarios con profesionales y usuarios a través de **aplicaciones digitales**, como una App móvil para la difusión a gestores de caso y asistentes personales, o una App en Smart TV que permita difundir esta información a asistentes personales y usuarios en sus domicilios, etc.
- Mejorar el **sistema de transporte** y adaptarlo para favorecer la participación social y posibilitar seguir estando conectados con la comunidad.

6.3. Contar con los recursos humanos adecuados

El ecosistema de cuidados necesita de los trabajadores adecuados para poner en marcha el modelo. Esto implica no solo captar y retener al personal necesario, sino también formarle adecuadamente y cuidar su bienestar.

6.3.1. Captar y retener a profesionales

La captación y retención de profesionales es sin duda el principal reto de los cuidados en las zonas rurales dispersas, tanto en la experiencia de A Gusto en Casa en Castilla y León como en la mayoría de las zonas rurales de Europa.

- La escasez de mano de obra en las zonas rurales en un contexto de competencia con otros servicios hace necesario **mejorar las condiciones laborales** para lograr atraer y

retener a profesionales, a través tanto de jornadas más extensas como de salarios más elevados.

- Resulta clave realizar acciones de sensibilización desde la administración pública y las entidades sociales para **impulsar el reconocimiento social del sector** y de sus profesiones en las zonas de implantación y en la sociedad en su conjunto.
- Se recomienda también desarrollar acciones para **generar sentimiento de pertenencia a las entidades y combatir la soledad** en el trabajo, frecuente en la sucesión de jornadas de trabajo en el domicilio de las personas en ausencia de contacto con otros compañeros.

6.3.2. Impulsar el apoyo institucional para la captación

El apoyo institucional juega un papel muy importante para reforzar la capacidad de las entidades de captar candidatos en un contexto de escasez de mano de obra. Para incrementar este apoyo se recomienda:

- Contar con un papel activo de **la administración en la difusión** de las oportunidades de empleo realizadas por parte de las entidades sociales.
- **Involucrar también a los ayuntamientos** en la difusión del proyecto. Es importante lograr que los ayuntamientos perciban al proyecto como un aliado en su lucha contra la despoblación.
- Contar con la participación de los **servicios regionales de empleo** en la captación de personal y en la formación.

6.3.3. Ofrecer una formación adecuada

Es necesario que el personal cuente con la formación adecuada para que provea servicios de calidad, así como para promover el cambio cultural institucional necesario para que la implantación del modelo funcione.

- Se recomienda ofrecer una **formación bñsica** a asistentes personales a través de un curso inicial en asistencia personal de aproximadamente 50 horas de duración.
- Se recomienda también ofrecer **formación continua** a través de píldoras formativas, tanto a las gestoras de caso como a asistentes personales.
- Es importante reforzar las **competencias digitales** de los asistentes personales para facilitar la implantación de soluciones de gestión y coordinación basados en herramientas digitales.
- También se recomienda ofrecer **formación especializada** en ámbitos como el duelo, deterioro cognitivo, ELA, y ayudas técnicas.

6.3.4. Crear las herramientas del modelo

En paralelo se considera clave desarrollar las herramientas y soportes de trabajo necesarios para el funcionamiento del modelo. El modelo de expansión territorial progresivo permite llevar a cabo este desarrollo desde los pilotajes iniciales. Entre las herramientas más relevantes se encuentran:

- Manual sobre trabajo que se ofrece a los profesionales tras su contratación.
- Sistemas de seguimiento, en el que los asistentes personales anotan datos clave sobre su trabajo diario.

- Protocolo de coordinación sociosanitaria.
- Documentos de intervención, como el Plan Provisional de Apoyos, el Plan de Cuidados Sanitarios, el Proyecto de vida o el Plan de apoyos al proyecto de vida.
- Calculadora para estimar la cuantía del % de participación del usuario en la financiación.

6.4. Implantar el modelo desde la experimentación y la adaptación progresiva al territorio

6.4.1. Desarrollar el modelo por fases y etapas progresivas

El modelo actual de atención a las personas mayores y a persona con discapacidad está instaurado desde hace décadas. Por esta razón la implementación de un modelo alternativo no puede realizarse de manera inmediata, sino que debe ser **progresiva**:

- Se recomienda comenzar la implantación por unos **territorios acotados** de modo que se vaya experimentando y creando las condiciones y el conocimiento apropiado para extender la provisión de servicios paulatinamente a otras zonas.
- Esta estrategia de expansión geográfica por etapas progresivas permite **experimentar y posteriormente evaluar** tras cada etapa, lo que ofrece una base empírica sobre la que llevar a cabo modificaciones que permitan ir ajustando el modelo a la realidad local.
- Ese proceso progresivo favorece además el **aprendizaje y el cambio de cultura institucional**, necesario para la creación de un ecosistema sólido, que requiere tiempo y alineamiento de los distintos actores.
- El aprendizaje institucional y la adaptación del modelo a la realidad local se traduce en el **desarrollo y mejora de una serie de herramientas**, sistemas de soporte y protocolos de coordinación que facilitan el trabajo a los profesionales.
- Este **cambio de mentalidades** necesita tiempo para trasladarse también a los ciudadanos, permitiéndoles entender y valorar el modelo a partir de la experiencia práctica, y con ello favorecer que los responsables de políticas de distintos niveles lo vean como una solución más eficiente y especialmente que responde mejor a las necesidades de las personas.

6.4.2. Favorecer la creación de un entorno de innovación

La fase de implantación no debe de centrarse prioritariamente en transformar normativas sino en transformar prácticas y culturas de trabajo que luego estén soportadas por las normativas. Para ello resulta fundamental que los diferentes actores implicados puedan trabajar en un entorno de **flexibilidad a nivel normativo y procedimental**, que favorezca tanto el cambio cultural como el aprendizaje a través de la experiencia que dé lugar al desarrollo de mejoras progresivas a partir de la implementación. De lo contrario se puede caer en el error de aprobar inicialmente una normativa que no resulte adecuada para las peculiaridades del territorio, o que se encuentre con la carencia de un ecosistema fértil, algo que solo puede conseguirse mediante la experiencia gradual en el tiempo. Esto puede llevar a un fracaso en la implementación del modelo, generando costes y desconfianza en los actores, así como a sucesivos cambios de normativa, lo que genera confusión.

De la misma manera, los procesos de transformación a partir de la innovación gradual requieren de **fondos específicos** que ofrezcan una flexibilidad suficiente para la puesta en marcha proyectos de carácter experimental que permitan este crecimiento gradual y aprendizaje a partir de un proceso de prueba y error clave para la adaptación del modelo a la realidad local. En el Caso de A Gusto en Casa ha favorecido especialmente contar con la cofinanciación de proyectos europeos. En todo caso contar con financiación europea no es suficiente si no hay un compromiso efectivo de la administración autonómica.

6.4.3. Adaptar el modelo a la realidad territorial

Los principios y enfoque del modelo A Gusto en Casa son válidos para cualquier territorio. Su materialización práctica ha de ser adaptada teniendo en cuenta las características y realidad de cada territorio, como las competencias de las distintas instituciones, la implantación de las entidades del Tercer Sector, la configuración del sistema de ayuda a domicilio, el sistema de participación del usuario en la financiación en un % y el desarrollo de la prestación vinculada, etc.

La implantación de un nuevo modelo de cuidados requiere por otra parte **trabajar con los agentes implicados para diseñar conjuntamente los proyectos**, el plan de trabajo y aprovechar con ello su conocimiento de la realidad local, así como las potencialidades del conjunto de los actores.

6.4.4. Soportar el modelo en cambios procedimentales y normativos

En un proceso de experimentación **es necesario que aquellos cambios que se introducen y demuestran buenos resultados, se consoliden institucionalmente con cambios en los procedimientos administrativos y normativos, así como en los sistemas de financiación, con el fin de que sean sostenibles en el tiempo.** Una vez se demuestra que los cambios introducidos consiguen resultados y se obtienen los aprendizajes necesarios para definir la puesta en práctica del modelo, resulta esencial crear un marco estable a través del desarrollo de normativas y procedimientos que consoliden los servicios, de manera que tengan un soporte normativo y procedimental necesario tras la experimentación. Esto proporciona estabilidad a medio plazo para todos los actores implicados, lo que resulta clave para las entidades proveedoras de cara a realizar las inversiones necesarias en medios y recursos humanos para prestar el servicio de manera adecuada a gran escala.

7. Enlaces y recursos de interés

7.1. Sobre el proyecto Rural Care, el proyecto A Gusto en Casa y el cambio de las políticas de cuidados en Castilla y León

- [Página web del proyecto Rural Care](#)
- [Página web del proyecto A Gusto en Casa.](#)
- Junta de Castilla y León [“ATENCIÓN EN RED PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN”.](#)
- [Tríptico A Gusto en Casa-Viviendas en Red](#)
- Presentación [“El proyecto Rural Care y la experiencia de integración de los cuidados en Castilla y León”.](#) Cursos de verano Universidad Menéndez Pelayo 2022.
- [Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021.](#)
- [Proyecto INTecum, atención al final de la vida: Protocolo de cuidados paliativos](#)

7.2. Referentes del marco de cambio de políticas a nivel nacional e internacional

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. [Estrategia Estatal de Desinstitucionalización.](#)
- Naciones Unidas. [Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.](#)
- Comisión Europea [Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre su Estrategia Europea de Cuidados.](#)