Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

Servicios Sociales de Castilla y León

ATENCIÓN EN RED PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN

A GUSTO EN CASA + VIVIENDAS EN RED

Índice

1. REALIDAD DEMOGRÁFICA Y SOCIOLÓGICA EN EL TERRITORIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN3

2. PROYECTO A GUSTO EN CASA. CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN 8

2.1. Marco conceptual 8

2.2. Elementos fundamentales del modelo 11

2.2.1. Segmentación por hogares en riesgo como elemento de valoración y planificación de servicios. 11

2.2.2. Cambios en los instrumentos técnicos de intervención profesional: La Historia de Vida, El Proyecto de Vida y el Plan de Apoyos al Proyecto de Vida. 13

2.2.3. Revisión y reorganización de los roles profesionales 15

3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN FASES DE INTERVENCIÓN 18

3.1. PARTICIPANTES 18

3.2. ENTIDADES PARTICIPANTES 19

3.3. ACCIONES FORMATIVAS 19

3.4. FASES DEL PILOTAJE 19

3.5. BAJAS Y REPOSICIONES 22

3.6. SERVICIOS, QUE VAN A FACILITARSE A LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO 23

4. PROYECTO VIVIENDAS EN RED 23

4.1. Finalidad 23

4.2. Ejemplo de viviendas tipo para usuarios y para trabajadores 26

5 EMPLEO GENERADO 29

6 NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES. 29

**Las referencias a personas, colectivos, profesionales, etc. que figuran en el presente documento se indican en género masculino, como corresponde al género gramatical no marcado. Cuando proceda, será válida la cita de los preceptos correspondientes en género femenino.*

1. REALIDAD DEMOGRÁFICA Y SOCIOLÓGICA EN EL TERRITORIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN

Una de las características principales de Castilla y León es el envejecimiento demográfico, que suma a la negativa evolución de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y descenso de la mortalidad.

La esperanza de vida al nacer en Castilla y León ha aumentado en algo más de 9 años durante el periodo entre 1975 y 2015. Los últimos datos establecen una cifra de Esperanza de Vida al nacer de 80,89 años en los hombres y 86,48 años en las mujeres. La Esperanza de Vida en España se sitúa en 79,94 en hombres y 85,41 en mujeres, algo inferior a la media de Castilla y León. La Esperanza de Vida media en la UE, en 2014, era de 78,10 en hombres y 83,70 en mujeres, también inferior a la Esperanza de Vida de Castilla y León.

Este envejecimiento de la población en el caso de Castilla y León viene agravado por la fragmentación del mapa municipal, con un elevado número de municipios (2.248) de los cuales la mayoría (2.119) no llegan a los dos mil habitantes, el 94% de ellos localizados en el medio rural, el resto pertenecen a áreas de influencia urbana y 1.989 ni siquiera tienen mil residentes. (CESCYL 2015)

Castilla y León es una comunidad eminentemente rural y como reflejo de ello, más de la mitad de las personas de 65 y más años dependientes viven en municipios rurales, en concreto, el 60%. Otra característica relevante es que en el medio rural vive el 50% de las personas con discapcidad, que necesitan apoyos para la vida independiente y para su integración social al igual que las personas dependientes. Del total de personas dependientes, el 42% son mujeres que viven en el medio rural frente al 18% de hombres dependientes que viven en este mismo hábitat. Por tanto, las personas dependientes son sobre todo, mujeres de avanzada edad que viven en el medio rural.

A este panorama de dispersión y envejecimiento rural se le suma una nueva tendencia ligada a los nuevos modelos de familia que no es otra que un aumento generalizado de las personas mayores que viven solas. Según datos del INE: INEBASE: Encuesta Continua de Hogares, 2014, más del 23% de las personas de 65 y más años de Castilla y León, viven solas, y se prevé que para el 2031 se llegue al 33,2 %. Parece evidente que la soledad de las personas mayores es un modo de vida cada vez más frecuente en las sociedades contemporáneas y que aumentará durante los próximos años, por lo que es necesario poner en marcha medidas de apoyo, de manera especial a las que residen en el ámbito rural.

La falta de servicios en cantidad e intensidad suficientes ha motivado un éxodo creciente de personas mayores hacia medios urbanos para conseguir tener acceso a los servicios en el mejor de los casos y a centros residenciales en otras situaciones.

La respuesta tradicional ante este reto es la construcción de un centro residencial de tamaño mediano o grande en el núcleo urbano de mayor tamaño relativo para dar cabida a las personas dependientes del entorno. Esta solución no ha conseguido en la mayor parte de las situaciones ser satisfactoria, debido a que las personas mayores dependientes ante la disyuntiva de tener que ingresar en un centro, dan preferencia a uno situado cerca del domicilio de alguno de sus hijos, que generalmente están en la capital de provincia. Esta opción ha impedido desarrollar modelos que consoliden la población mayor en sus localidades habituales de residencia. No ha servicio tampoco para incrementar población joven en muchos de ellos.

Dentro del modelo en centros para cuidados de larga duración se ha ensayado con éxito el proyecto "En Mi Casa", para la atención de las personas mayores en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas, en el que se demuestran los efectos positivos que se generan al convertir a la persona y sus deseos en el centro de la intervención. Sin embargo la organización en unidades de convivencia no se acomoda a la escala de las localidades de menor población del ámbito rural, para el que es conveniente utilizar un modelo más orgánico que reproduzca la escala de la vivienda individual.

Es conveniente recordar que en todos los estudios disponibles las personas mayores manifiestan su deseo de permanecer en su vivienda siempre que se les garantice que pueden continuar con su estilo de vida en condiciones de seguridad. Ante este anhelo, que es reiterado en todos los tipos de sociedad, no es infrecuente conocer iniciativas tanto en el ámbito nacional como en el internacional buscando otro tipo de enfoques que permitan el mayor desarrollo de la calidad de vida de las personas con necesidad de apoyos, como el Cohousing, de Green Project y análogas, que siendo interesantes se acomodan mal a un mundo en descomposición como es nuestro medio rural, compuesto de pequeños núcleos de población prácticamente sin servicios.

Hay por tanto que completar la Red de recursos y prestaciones sociales para que se facilite la consolidación de la población en el medio rural y que se posibiliten nuevas incorporaciones de personas tanto mayores, personas con discapacidad y personas jóvenes al medio rural, unos en busca de unos servicios de calidad accesibles y personalizados y los jóvenes una carrera profesional sustentada sobre los servicios de proximidad a estas personas con necesidad de apoyos para la vida independiente. Castilla y León, el conjunto de España y el territorio europeo se enfrentan al reto de los cuidados de larga duración en un escenario sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento, con el reto añadido de la prestación de servicios en el ámbito rural, ya de por sí progresivamente despoblado y con escasas oportunidades de empleabilidad.

Aspectos como el envejecimiento y el sobreenvejecimiento de la población, un incremento de personas que viven solas y la dificultad de acercar los recursos a las personas que residen en pequeños núcleos rurales son elementos que comparten muchas regiones de Europa y que son fundamentales considerar, a la hora de implementar políticas que aseguren la igualdad de derechos de trato en la atención de los ciudadanos europeos con independencia de que viven en las grandes ciudades o en los pequeños municipios del mundo rural. No podemos obviar el hecho de que, en el fondo, trabajamos para que las personas vivan con calidad donde ellas quieren vivir, no donde se vean obligadas a vivir por falta o escasez de recursos.

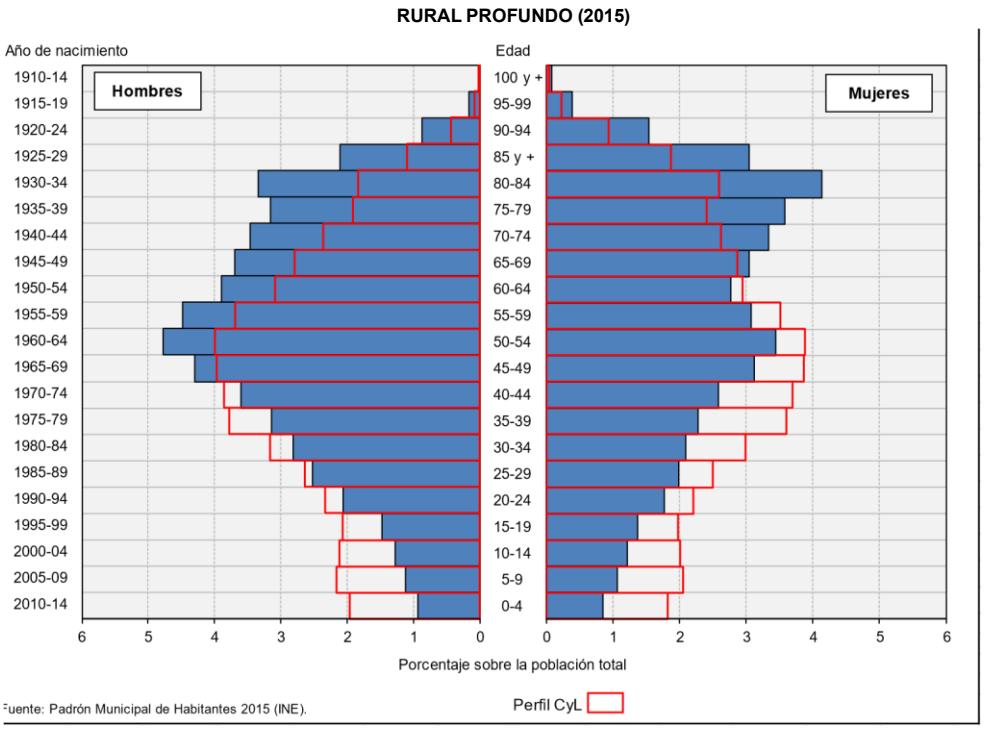
Castilla y León, es una Comunidad en la que esta situación incide con una mayor intensidad: la extensión del territorio, la dispersión poblacional, el alto índice de envejecimiento, y especialmente, el envejecimiento del entorno rural, hacen que resulte particularmente complejo el acceso a los servicios y la provisión de los cuidados de larga duración que precisan las personas.

En este escenario, no se puede prescindir de la consideración del incremento de la soledad de las personas mayores como un hecho que complica aún más la situación descrita y que, previsiblemente, se incrementará en los próximos años como consecuencia, entre otros factores, del aumento del número de personas muy mayores y de los cambios en las estructuras familiares.

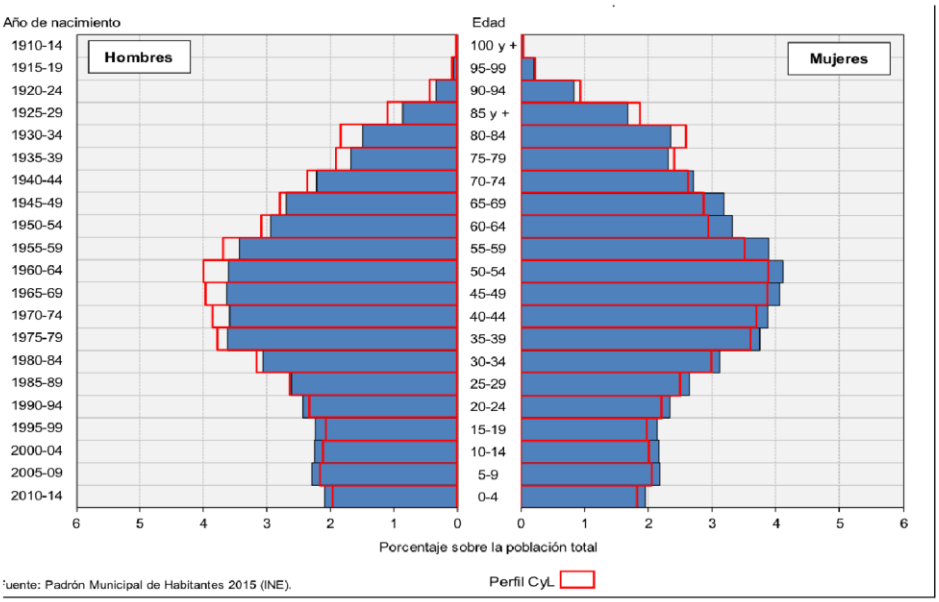
Desde esta perspectiva el territorio los proyectos A gusto en Casa y Viviendas en Red, son un excelente escenario de experimentación y pilotaje de potenciales medidas que aborden estos

retos. Los datos de Castilla y León que apoyan estos hechos, de forma sintética pueden resumirse en:

- ✓ Un gran **envejecimiento** de la población. El 25,06% de los castellanos y leoneses tiene 65 y más años agravado con un gran **sobreenvejecimiento (**el 38,33% de las personas mayores tiene 80 o más años).



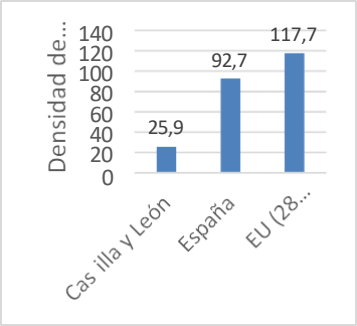
Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015 Figura 1. Pirámide de población rural profundo.



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal de Habitantes, 2015

Figura 2. Pirámide de población capitales y demás ciudades.

- ✓ Un **gran número de personas dependientes** y de personas afectadas por problemas neurodegenerativos, especialmente la enfermedad de Alzheimer, que supone un plus añadido de dificultad en estos cuidados. Sirva como ejemplo estos datos:
  - En Castilla y León más de 60.000 personas padecen Alzheimer y otras demencias.
  - El 41,3% de las personas con dependencia reconocida tiene deterioro cognitivo.
- ✓ Una **gran dispersión de la población** que reside en localidades **rurales** de muy pequeñas dimensiones. El 33,5 %, es decir, una tercera parte de todos los mayores de Castilla y León viven en municipios de menos de 2.000 habitantes que suponen una cifra de 2.121 municipios. Pero si profundizamos más en este aspecto, nos encontramos que el 18,7 % de los mayores de Castilla y León residen en las localidades aún más pequeñas, con una población inferior a 500 habitantes, y que representan nada menos que 1.793 municipios, casi el 80 % de todos los de la comunidad. Y ello en una de las regiones más extensa de Europa (94.226 km²).



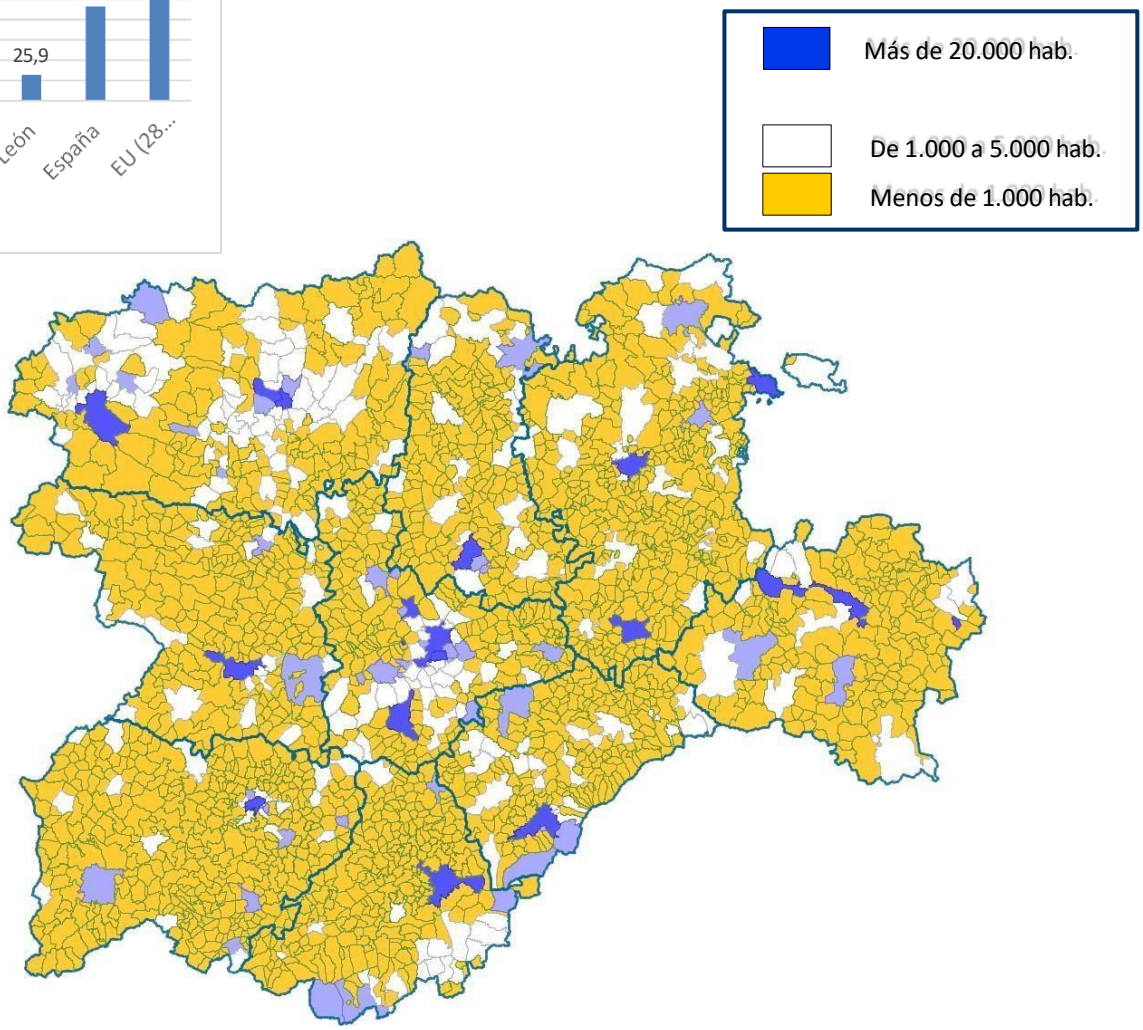


Figura 3. Densidad de población.

- ✓ Además hay un gran número de **personas mayores que viven solas** o con cuidadores muy frágiles. **25,6% de estos mayores viven solos**, dato que se incrementa en el caso de las personas mayores dependientes ya que el 26 % viven en soledad. Las estimaciones para Castilla y León auguran que dentro de 15 años el porcentaje de población que vivirá en soledad será del 34,0% (2033).
- ✓ La **forma de convivencia habitual** entre las personas mayores de Castilla y León es la vida en pareja (40,8%), seguida por los hogares unipersonales (27,3%) y muy de cerca por hogares compuestos por varias generaciones, conviviendo con hijos/as (13,7% parejas con hijos/as y 8,1% monoparentales).

- ✓ Un 62,4% de las personas octogenarias con discapacidad encuentra alguna **dificultad en su vivienda**. El mayor porcentaje de personas encuentra dificultades en las escaleras (40,6% en el total de la población y un 52,3% entre las personas mayores de 80 años) y en segundo lugar en el cuarto de baño (para un 27,0% del total y un 37,2% de las personas octogenarias).[1]
- ✓ Respecto a los **cuidadores**, los datos disponibles indican que entre las personas de 65 a 79 años, **son los cónyuges o las parejas las que cuidan en mayor medida.** Entre las personas octogenarias destacan las hijas, principalmente para las mujeres y las esposas y las hijas en el caso de los hombres. El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en Castilla León es el de una mujer, con **una edad media de 57 años**, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona necesitada de cuidados. Más de 30.000 mujeres-hijas atienden a alguno de sus padres o a ambos. Entre los cónyuges destaca la mujer que cuida a su esposo; es **cada vez más frecuente el hombre cuidador de elevada edad**.
- ✓ Según los datos del estudio de la EDAD[2], la ayuda que se dispensa a las personas dependientes es intensa y de larga duración. **Cuatro de cada cinco cuidadores principales declaran cuidar todos o casi todos los días de la semana**, buena parte de ellos en jornadas de ocho horas. Además, **el 33,5% lleva ocho o más años cuidando. Todo ello** sin olvidar la estrecha relación existente entre el "Síndrome del cuidador quemado (Burnout)" y el tipo de trato que reciben las personas.

2. PROYECTO A GUSTO EN CASA. CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

2.1. Marco conceptual

El marco conceptual que sustenta el modelo de provisión de cuidados de larga duración y que da soporte a la experimentación tecnológica y favorece la implementación de yacimientos de empleo, pone en el centro de la evaluación y de la planificación de los apoyos, a la persona y a su entorno. Las entidades que tienen la responsabilidad de apoyar a la persona para que pueda decidir sobre su propio proyecto de vida, se alinean en torno a la misma, poniendo en marcha los

[1] Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

[2] Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)

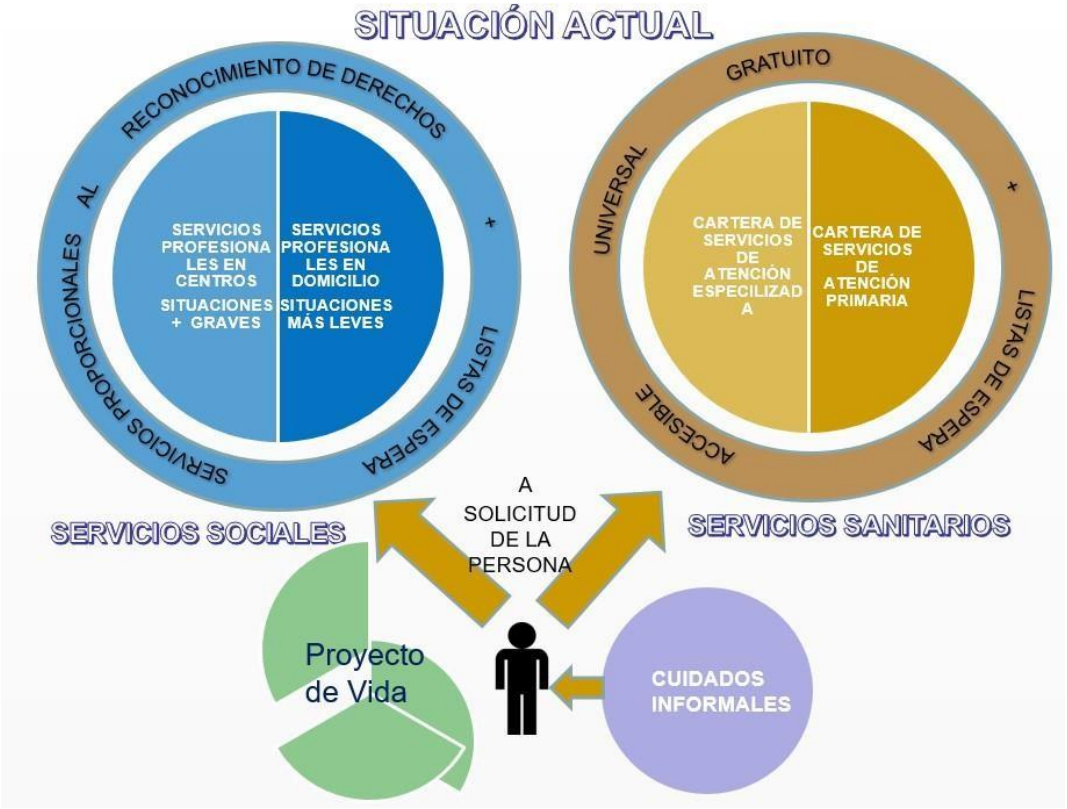
mecanismos de coordinación necesaria que garanticen una acción proactiva y complementaria, tomando como referencia los siguientes preceptos:

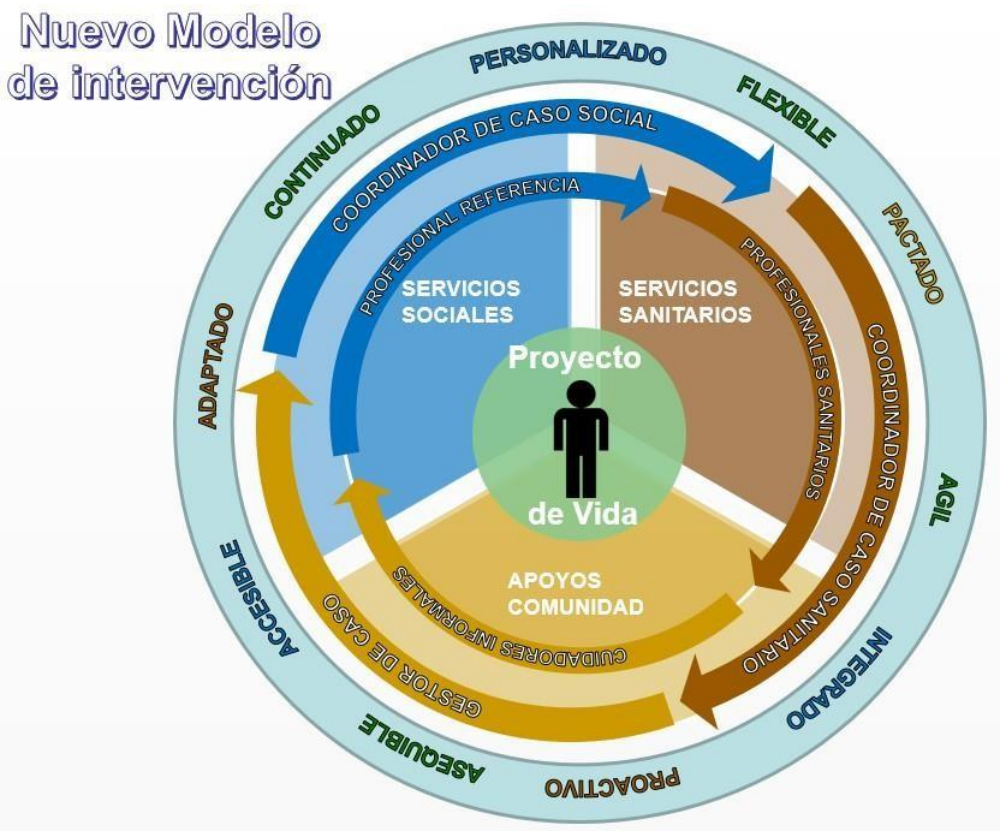
- ✓ **Atención en el propio domicilio.** En estos momentos, las lógicas en el diseño de los recursos sociosanitarios se asientan sobre el modelo de atención médico-rehabilitador que se apoya sobre instituciones, es decir, en lógicas de centros, y los servicios en el domicilio como mera respuesta previa antes del ingreso en un centro residencial o sociosanitario. El modelo que aquí se plantea, con la tecnología integrada en el paquete de servicios de larga duración, es una alternativa a la atención en centros y por lo tanto no se constituye como una opción temporal mientras claudica la atención en domicilio, por lo que está configurado para dar respuesta ante situaciones de picos puntuales en la atención y vuelta a situaciones valle, sin ninguna restricción. Mantener a las personas en su propio entorno pone como paradigma de los apoyos a las actividades cotidianas y al mantenimiento de las relaciones de vecindad para una vida inclusiva y significativa en la comunidad.
- ✓ **Calidad de vida**. Es el principal objetivo de los proyectos.
- ✓ **Intervención preventiva y proactiva** frente a la reactiva que sólo permite llegar cuando la situación ya se ha agravado y que actúa desde la demanda.
- ✓ **Consideración de la persona desde un punto de vista holístico,** por lo que se valora a la persona y a su entorno, frente a la sola consideración del grado de dependencia, discapacidad o enfermedad crónica.
- ✓ **Atención dirigida por la persona,** sus deseos y expectativas, trasladando el foco de la decisión, desde la opinión profesional a la elección de la propia persona acerca de cómo quiere vivir.
- ✓ **La atención sociosanitaria integrada en los planes de apoyo** es la base sobre la que se construye la coordinación de los dos sistemas de protección pública. Para que esto sea posible se han tenido en cuenta varios facilitadores, entre los que destaca que, tanto la gestión de la atención del sistema de salud como el de servicios sociales, se encuentran en el mismo ámbito competencial.
- ✓ **Soluciones flexibles e individualizadas,** guiadas por el proyecto de vida de cada persona, en contraposición a las respuestas estandarizadas que homogenizan en lugar de respetar la individualidad. La provisión de servicios tiene una estructura matricial, incluye tanto los cuidados sociales como los sanitarios y está configurada para responder de forma flexible a los planes de apoyos que se puedan pactar con la persona y su entorno. Se rompe, por tanto, el sistema de respuesta estándar.
- ✓ **Activación de los recursos comunitarios** para favorecer una sociedad inclusiva, cohesionada y una normalización de los cuidados, frente a los actuales entornos que resultan poco amigables para las personas que requieren cuidados de larga duración.
- ✓ **La innovación tecnológica** como herramienta de soporte a la vida independiente.
- ✓ **Accesibilidad,** diseñando y pilotando servicios para el medio rural, que involucren a operadores que ya están en este ámbito prestando servicios y agilizando el sistema de respuesta ante las necesidades detectadas para evitar los largos periodos de espera para el acceso a los servicios y prestaciones.
- ✓ **Sostenibilidad**. La despoblación del medio rural hace que el tejido empresarial encuentre pocas alternativas para su rentabilidad y la obtención de beneficios, por lo que, otro de los

pilares de este modelo es la atención y la provisión de cuidados de larga duración a través de entidades privadas sin ánimo de lucro, como principales operadores y provisores de servicios en los núcleos de menor población.

- ✓ **Asequibilidad**, aportando una respuesta equilibrada en el coste de los servicios mediante la búsqueda de sinergias en la prestación de los mismos a través del operador

La visión del cambio





2.2. Elementos fundamentales del modelo

La puesta en marcha de los proyectos se realiza en el marco de un modelo de cuidados de larga duración, que complementa sus funcionalidades, dirigido hacia el objetivo de favorecer la permanencia de las personas en su domicilio, según sus deseos y elecciones y pactando los apoyos necesarios para desarrollar su proyecto de vida. Las innovaciones que esto conlleva, se integrarán en el sistema de atención a la dependencia y de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma.

2.2.1. Segmentación por hogares en riesgo como elemento de valoración y planificación de servicios

La mejora de la calidad de vida y el apoyo para que las personas puedan permanecer en su domicilio, aconsejan que la valoración de la persona y la planificación de los servicios consideren, no sólo el grado de dependencia si no otras circunstancias del entorno de la persona.

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

- ✓ Nº 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.
- ✓ Presencia o no del deterioro cognitivo

La aplicación de los servicios transformará los Hogares de Riesgo (en adelante HR) en **Hogares Seguros** (en adelante HS), entendidos como aquéllos que, con las ayudas técnicas, las adaptaciones, los servicios de proximidad, así como la activación de los entornos comunitarios, contribuyen a que las personas que precisan cuidados de larga duración puedan permanecer en el hogar. Esta consideración tiene en cuenta los diferentes niveles de riesgo.

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

2.2.2. Cambios en los instrumentos técnicos de intervención profesional: La Historia de Vida, El Proyecto de Vida y el Plan de Apoyos al Proyecto de Vida.

Tradicionalmente ha sido la visión profesional la que ha prevalecido tanto en lo que se refiere a la valoración de las necesidades individuales de las personas como a los instrumentos de intervención. Partiendo de la lógica del modelo Medico-Rehabilitador se circunscribe el papel que debe desempeñar la persona objeto de atención a la mera adhesión tanto a la valoración de sus necesidades como a la respuesta técnica de los profesionales.

El cambio metodológico que implica este modelo desvía el peso de la toma de decisiones del profesional hacia la persona objeto de atención.

Los nuevos instrumentos técnicos que van a propiciar este cambio, son los siguientes:

Plan Provisional de Apoyos

El plan provisional de apoyos es el instrumento que guía los primeros apoyos ofrecidos a las personas. Se elabora considerando la evaluación inicial de la situación en la que se encuentra la persona, según lo que ella misma o su entorno cercano, en el caso de personas con deterioro cognitivo, expresen.

El plan provisional de apoyos recoge las medidas más urgentes para garantizar la seguridad y la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

La Historia de Vida

En sentido estricto, la historia de vida es el relato constructivo que la propia persona realiza de su trayectoria vital. También se aplica este concepto cuando la biografía no es relatada por la propia persona sino por personas cercanas a ella, lo que es muy frecuente en el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado.

La historia de vida es una metodología o estrategia muy valiosa que nos permite **conocer a la persona, comprenderla mejor y proponer apoyos personalizados que le permitan una mejor vida.** Además es un instrumento de comunicación y ofrece una oportunidad única para comenzar a **crear una vinculación afectiva** entre quién relata y comparte su historia y quién la escucha.

Es, por tanto, sólo un medio que nos permite acercarnos a la persona para conocerla, respetarla y poder concretar apoyos que le permitan vivir mejor y gestionar un proyecto de vida significativo. Debe recoger no sólo lo ya vivido, si no el momento actual y el futuro deseado.

La elaboración de la historia de vida es una tarea que debe **desarrollar el profesional de referencia con la persona a la que se va a prestar los apoyos.**

El Proyecto de Vida

El proyecto de vida puede ser definido como el conjunto de expectativas, acciones, decisiones que la persona, a lo largo de su vida despliega para alcanzar ciertas metas, que, a su vez, están orientadas por valores personales.

Es, por tanto una especie de "proyecto" que las personas desarrollamos a lo largo de nuestra vida para alcanzar nuestras metas en una dirección determinada. Un "proyecto" que pone en marcha expectativas sobre el lugar que queremos ocupar en nuestro entorno, así como acciones y decisiones que seleccionamos con mayor o menor acierto, para alcanzar las metas deseadas.

En el contexto de los cuidados de larga duración el proyecto de vida incluye tanto las metas y acciones que la propia persona se propone y puede realizar por sí misma, como aquéllas para las que precisará apoyo por parte de otros.

El proyecto de vida es la principal vía de expresión de la autodeterminación, elemento clave en la calidad de vida de las personas, proporciona percepción de control sobre su propia vida y se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, incluso cuando la persona llega a sus últimos días.

El proyecto de vida, así concebido es dinámico y cambiante, por lo que debe actualizarse de forma permanente.

En el caso de las personas con deterioro cognitivo avanzado, el proyecto de vida, podría ser enunciado como una dirección de vida que no marca directamente la propia persona sino quienes le acompañan desde el marco de la representación (diferente al de la sustitución donde quien decide lo hace según sus propios valores y no los de la persona a quien representa).

Las metas y las acciones propuestas respetarán la identidad de la persona y para ello deberemos tomar como referentes los valores de vida y modo de vida o costumbres de la persona, que serán conocidos por sus familias o amigos cercanos. La búsqueda del desarrollo o crecimiento se plantea desde el respeto y mantenimiento de la identidad personal.

El Plan de Apoyos al proyecto de vida

En el presente proyecto se han definido los siguientes planes de apoyo:

. Plan provisional de apoyos es elaborado por el gestor de caso con la información procedente de la propia persona, familiares y cuidadores, y recoge los apoyos necesarios, **más urgentes** para facilitar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Transcurrido un tiempo de, aproximadamente **dos meses**, se elaborará el plan definitivo de apoyos que posibilitará el desarrollo de su proyecto de vida.

. **Plan de apoyos sociales**, facilita la realización del proyecto de vida de la persona. Se trata 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. Por tanto, no hay que perder de vista que el protagonista es la propia persona.

La elaboración del plan de apoyos sociales es una responsabilidad del gestor de caso en colaboración con el profesional de referencia y con la propia persona o si así lo desea, su grupo de apoyo (grupo formado por persona de su entorno social y/o familiar).

En el caso de personas con deterioro cognitivo, es necesario formar un grupo de apoyo, en el **cual la persona será acompañada por un grupo reducido de personas que la conocen bien y la aprecian.**

. Plan de cuidados sanitarios es elaborado por los profesionales de atención primaria y 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.

2.2.3. Revisión y reorganización de los roles profesionales

Coordinador del Piloto

El coordinador del Piloto, será un rol profesional ejercido por un responsable de la Gerencia de Servicios Sociales. Sobre esta coordinación recaerá la toma de decisiones que sean precisas para el desarrollo del pilotaje.

Sus funciones serán:

- ✓ Coordinación de todas las acciones necesarias para la implementación del piloto
- ✓ Aprobación de los planes provisionales de apoyo y de los planes definitivos
- ✓ Impulso y activación de los grupos de trabajo que se creen en el marco del pilotaje
- ✓ Seguimiento y validación de las actuaciones realizadas y de la eficiencia en la utilización de los recursos

Coordinador de Caso Social

Esta figura, dentro del sistema de servicios sociales local, CEAS (Centro de Acción Social), se considera básica para que el nuevo modelo funcione y como garante del ajuste del plan de apoyos.

Sus tareas principales consisten en:

- ✓ Información a las posibles personas usuarias y acceso al piloto

- ✓ Coordinación con el profesional de atención primaria de salud y con el operador territorial
- ✓ Seguimiento y validación del plan de apoyos
- ✓ Participación en los grupos de trabajo que correspondan
- ✓ Activación de la comunidad, en coordinación con el dinamizador del Territorio y en coordinación con el gestor de caso

Coordinador de Caso Sanitario

Es el/la profesional de referencia para la provisión de los cuidados sanitarios, que será ejercido por el médico de familia del sistema público de salud.

Entre sus funciones destacan:

- ✓ Diseño y desarrollo del Plan de cuidados sanitarios
- ✓ Seguimiento de la atención sanitaria recibida por cada persona
- ✓ Participación en la comisión de desarrollo y valoración, directamente o través del profesional que se deigne
- ✓ Participación en los grupos de trabajo que correspondan
- ✓ Coordinación con el CEAS y con la entidad proveedora de servicios

Además del coordinador de caso sanitario, se considera básica la participación del personal de enfermería para coordinar los cuidados sanitarios con el plan de apoyos de la persona:

Tendrá los siguientes cometidos:

- ✓ Elaboración de la historia clínica de la personas.
- ✓ Propuesta del plan de cuidados teniendo en cuenta las preferencias y valores de la persona.
- ✓ Atención al cuidador familiar y enseñanza de cuidados.
- ✓ Coordinación e interlocución con el resto de profesionales que participan en el proceso para garantizar la calidad de la atención y la continuidad asistencial.
- ✓ Colaborar en el desarrollo y seguimiento del proyecto de vida de la persona
- ✓ Participación presencial o no presencial en las reuniones de trabajo que corresponda.

Gestor de Caso

Este profesional técnico está vinculado al operador territorial y será el valedor cualificado ante los sistemas sociales y sanitarios del plan de apoyos.

Entre sus funciones destacan:

- ✓ Propuesta del Plan provisional de apoyos, del Plan de apoyos definitivo y su valoración económica
- ✓ Coordinación con el coordinador de caso social y con los profesionales de atención primaria de salud
- ✓ Designación del profesional de referencia y seguimiento de sus funciones
- ✓ Alineación de los distintos proveedores de servicios
- ✓ Participación en los grupos de trabajo que correspondan
- ✓ Impulso del entorno comunitario en coordinación con el profesional de referencia y el coordinador de caso

Esta figura profesional, con independencia de que las entidades proveedoras de servicios tengan ya reconocido ese rol, se integra por primera vez en el engranaje de prestación de servicios desde la Administración Pública, con unas funciones que son interdependientes con respecto a las tareas del resto de profesionales de los sistemas social y sanitario públicos.

Al igual que el coordinador de caso, el gestor de caso, reorientará su labor profesional desde la metodología de la atención dirigida por la persona.

Profesional de referencia en el hogar

Es un/a profesional de atención directa, con formación para la asistencia personal y vinculado con el operador en el territorio. Será el profesional con el que la persona usuaria establecerá una mayor relación de confianza.

Tendrá los siguientes cometidos:

- ✓ Elaboración de la historia de vida de la persona
- ✓ Propuesta del plan de apoyos, tanto provisional como definitivo
- ✓ Apoyo al desarrollo del proyecto de vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona a él asignada, llevar a cabo el seguimiento
- ✓ Enlace y referencia de la familia o entorno socio familiar
- ✓ Interlocución con el resto de profesionales para compartir el desarrollo y seguimiento del proyecto de vida de la persona
- ✓ Contribución al funcionamiento y dinamización del grupo de convivencia en la comunidad acorde con el estilo de vida de la persona, en coordinación con el gestor de caso
- ✓ Participación en los grupos de trabajo que correspondan

Aunque en el sistema de servicios sociales esta figura ya existe en el ámbito de los centros residenciales, no existe formalmente en la prestación de apoyos en el ámbito de los cuidados de larga duración en el domicilio.

Profesional de referencia de servicios sanitarios

Son los profesionales de referencia de la persona, su médico/a y enfermera/o de la zona básica a la que pertenece el usuario. Sobre todo se considera básica la participación de su enfermera para coordinar los cuidados sanitarios con el plan de apoyos de la persona:

Tendrá los siguientes cometidos:

- ✓ Elaboración de la historia clínica de la personas.
- ✓ Propuesta del plan de cuidados teniendo en cuenta las preferencias y valores de la persona.
- ✓ Atención al cuidador familiar y enseñanza de cuidados.
- ✓ Coordinación e interlocución con el resto de profesionales que participan en el proceso para garantizar la calidad de la atención y la continuidad asistencial
- ✓ Colaborar en el desarrollo y seguimiento del proyecto de vida de la persona
- ✓ Participación presencial o no presencial en las reuniones de trabajo que corresponda

Dinamizador del territorio

Esta figura existe dentro del Sistema Público de Servicios Sociales de Castilla y León, vinculado a las entidades locales, cuya función es dinamizar los recursos comunitarios, para facilitar a las personas actividades con sentido, y que respondan a sus deseos y contribuyan a realizar sus proyectos de vida.

En el desarrollo de sus funciones, esta figura se coordinará con las entidades privadas más representativas del territorio.

3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN FASES DE INTERVENCIÓN

3.1. PARTICIPANTES

Se incluirá a las personas con necesidad de activación de su proyecto de vida**,** preferentemente, de 65 y más años, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que permanezcan en su vivienda habitual, para favorecer la permanencia en su domicilio.

Podrán participar en el proyecto, aquellas personas que residan en algún HR, según la clasificación que se especifica a continuación y que estén percibiendo prestación vinculada al servicio de asistente personal.

La intervención va a tener en cuenta los **perfiles de necesidad de cada persona y el tipo de Hogar en Riesgo**.

3.2. ENTIDADES PARTICIPANTES

- Gerencia de Servicios Sociales
- Sacyl: atención primaria
- Entidad del tercer sector de atención a personas con discapacidad
- Diputación Provincial correspondiente
- Ayuntamientos de las localidades del pilotaje

3.3. ACCIONES FORMATIVAS

La intervención comienza y se alimenta durante todo el proceso de jornadas formativas, tanto generales como específicas que estarán dirigidas a todos los profesionales implicados.

Se realizarán los siguientes tipos de formación:

a) Atención en el nuevo modelo de atención dirigida por la persona, que tendrá los siguientes contenidos:

- Ética de la intervención sociosanitaria.

- El proyecto de Vida: Concepto, la Historia de Vida y el Plan de Apoyos.

Esta formación estará dirigida a los Trabajadores Sociales de los CEAS, los Gestores de Caso y profesionales de atención directa, profesionales de Sanidad, asistentes personales y en general todos aquellos profesionales que tengan relación con el piloto.

b) formación Básica para los profesionales de atención directa y profesionales de referencia. Curso de 50 horas con los contenidos pactados con el CERMI (Comité español de representantes de personas con discapacidad)

c) Formación a los familiares o cuidadores informales sobre aquellos aspectos que sean necesarios para entender y apoyar este modelo de intervención

3.4. FASES DEL PILOTAJE

a).- SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y FASE PREPARATORIA DE LA INTERVENCIÓN: La determinación del universo de población objeto de la experiencia se realizará con la base de datos del SAUSS, desde los CEAS y teniendo en cuenta la tipología de HR. Para realizar esta tarea se podrá contar con la colaboración de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales correspondiente, quienes resolverán dudas y cuestiones acerca de prestaciones y servicios.

b). INFORMACIÓN Y ADHESIÓN. Se informará, a través del Trabajador Social, a la persona usuaria y a sus apoyos naturales sobre posibilidad de adhesión al proyecto (objetivos, prestaciones, servicios y otros apoyos a los que podrá tener derecho y las condiciones de prestación de los mismos, incluyendo la participación de los usuarios en la financiación de las mismas en un %). Facilitada la información y aclaradas todas las dudas de la

persona o de su entorno natural, se formalizará el acuerdo de adhesión al proyecto. Previa firma del consentimiento informado para compartir información.

Cuando se hayan producido las adhesiones al proyecto, se comunicarán al sistema de salud las incorporaciones con el acuerdo de adhesión para que se puedan compartir la información sanitaria y la de servicios sociales y se pueda planificar los planes de apoyo integrados.

En el supuesto de que se trate de personas que puedan tener derecho a las prestaciones de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, previa información y orientación a la persona de los derechos que puede adquirir de la misma, se procederá a iniciar el expediente o a actualizarlo, en su caso. La solicitud del reconocimiento de dependencia, cuando proceda, será requisito para la adhesión al proyecto. En el caso de tener derecho a las prestaciones del sistema de dependencia, será requisito para formar parte del pilotaje la elección de la prestación económica vinculada al servicio o encontrarse en cualquiera de las situaciones de compatibilidad con la misma. Este aspecto se le comunicará al posible candidato por parte del coordinador de caso social.

c).- VALORACIÓN INICIAL. Incluye la valoración social, de la salud, del hogar y su entorno, la identificación de demandas de la persona usuaria, necesidades de apoyo y formación a los cuidadores y propuesta de financiación. La finalidad de esta evaluación es tener en cuenta los aspectos que impidan a la persona la realización de actividades de la vida diaria u otros aspectos esenciales que impidan a la persona realizar sus actividades con autonomía.

d).- ELABORACIÓN DEL PLAN PROVISIONAL DE APOYOS. Con la información extraída de la/s visita/s y de la información proporcionada por la persona, el gestor de caso elaborará un plan provisional de apoyos, que incluirá todos los apoyos **urgentes y necesarios**, tanto de asistencia personal, como de productos de apoyo o adaptaciones (imprescindibles). El plan provisional de apoyos deberá estar elaborado en un formato adecuado y con un lenguaje accesible, para que sea consensuado con el usuario (y comprendido por los miembros de su entorno familiar, si los hubiera).

El Plan provisional de apoyos se prestará durante el tiempo que se requiera para elaborar con la persona la historia de vida y reunir información suficiente para poder elaborar el proyecto de vida. Una vez presentado y aceptado por la persona y valorado por el CEAS, será aprobado por el coordinador del proyecto. El profesional de referencia será el encargado de realizar los apoyos personales.

Se elaborará una base de datos por parte de la entidad proveedora de servicios en el que se recoja la información fundamental relativa a la persona y que servirá de base para la coordinación de los diferentes agentes implicados.

e).- ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA. El Proyecto de Vida se irá perfilando desde el comienzo de la intervención. Para desarrollarlo primero se trabajará sobre la **Historia de Vida**, en la que se recogerá de forma narrativa y en primera persona un recorrido por los hitos autobiográficos de la persona, además de incluir valores, recuerdos y experiencias. La historia de vida no puede ser una entrevista o un cuestionario sino que se (el asistente personal/gestor de caso) deberá establecer una relación de confianza para que, en su interacción diaria,

favorezca una conversación que permita conocer la historia de la persona e incorporar los aspectos importantes que definan posteriormente en el proyecto de vida, lo realmente significativo para ella y la esencia de cómo quiere vivir.

El Gestor de caso, siempre con el consentimiento expreso de la persona, dará soporte documental a la historia de vida elaborada por el profesional de referencia. Sólo en aquellos casos en los que la persona no esté recibiendo el servicio de asistencia personal, la historia de vida será elaborada por el Gestor de Caso.

El proyecto de vida tendrá soporte documental, si así lo autoriza la persona, y contemplará desde los de valores la persona, sus deseos y objetivos para trabajar, desde la atención a lo cotidiano, hábitos y rutinas, hasta las acciones y metas de orden superior que le permitan vivir mejor y con mayor sentido de vida. También es importante trabajar en cuestiones relacionadas con el final de la vida y planificar decisiones por adelantado. Para ello se podrá contar con un grupo de apoyo, en el que además de la persona, estén su gestor de caso, su profesional de referencia y alguien de su familia o persona/s significativa/s.

El proyecto de vida (documento) se presentará a la persona para que sea autorizado o modificado en su caso y será la base del trabajo del asistente personal y la gestora de caso, quiénes deberán estructurar los apoyos necesarios (personales o materiales) para la consecución tanto de los aspectos relativos a su día a día y hábitos diarios como de las metas de orden superior más significativas para la persona. Las adaptaciones del hogar, los productos de apoyo, el plan de cuidados sanitarios y el plan de apoyo social que se establezcan girarán en torno al proyecto de vida consensuado con la persona y siempre bajo su criterio y su toma de decisiones.

En el proyecto de vida, se incluirán las acciones de capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales si es preciso. Además, el profesional de referencia realizará la historia de vida de cada persona.

f).- PLAN DE APOYOS SOCIALES Y PLAN DE CUIDADOS SANITARIOS. El proyecto de vida incluye el plan de apoyos sociales y el plan de cuidados sanitarios. El coordinador de caso del CEAS, aprobará y supervisará la aplicación de ambos planes de apoyo y el cumplimiento del proyecto de vida.

Se incorporarán por medio del profesional sanitario que se lo facilitará, al gestor de caso, la ficha con los cuidados sanitarios que será la base para pactar con la persona usuaria el plan de cuidados sanitarios que deberá incluirse en el proyecto de vida

Además deberá trabajarse en los entornos comunitarios para incorporar el plan de apoyos sociales, así como las interacciones personales. Se fomentará en la medida de lo posible la participación social y la integración en la vida comunitaria, bien a través de asociaciones, centros, actividades, etc. bien por sí mismo o con la colaboración de familiares, personas de confianza o voluntariado.

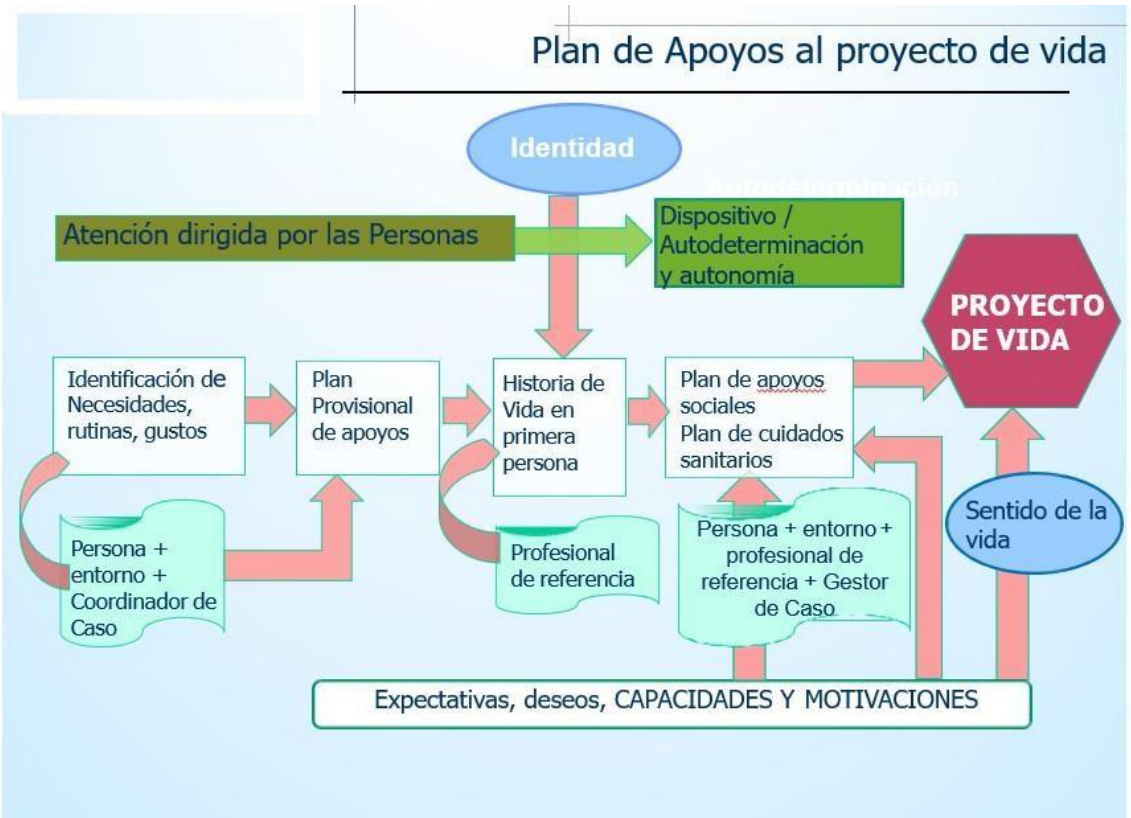


Figura 6: Plan de apoyos al proyecto de vida.

g).- REVISIÓN DEL PROYECTO DE VIDA. La revisión, tanto del proyecto de vida como de los planes de apoyo, se realizará siempre que la persona lo solicite o cuando los profesionales implicados aprecien cambios en su situación que así lo aconsejen. En cualquier caso, se realizará al menos cada 3 meses.

3.5. BAJAS Y REPOSICIONES

Una vez que las personas se hayan adherido al proyecto podrán causar baja del mismo en dos supuestos distintos:

Voluntaria: En este caso, la persona deberá firma un documento de renuncia. A su vez, el trabajador social deberá rellenar un documento en el que además de indicar las intervenciones realizadas con la persona hasta el momento, se explican las motivaciones que le han llevado a tomar la decisión.

Por fallecimiento: En este caso, el gestor de caso deberá completar el documento de baja indicándolo.

Posteriormente se podrá realizar un estudio detallado de las causas de abandono.

Todas las personas que causen baja serán reemplazadas por otras siguiendo los criterios de selección anteriormente descritos en el apartado 3.6.

3.6. SERVICIOS, QUE VAN A FACILITARSE A LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

a).- **Servicios de proximidad**, asistencia personal: tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social y, en general para el desarrollo del proyecto de vida, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones.

b).- **Apoyo a las familias** y a las personas mayores, a través de acciones formativas, grupos de autoayuda, periodos de descanso, etc.

c).- **Centros de Día y Centros Multiservicios**, desde los cuales se puedan ofrecer Servicios de Promoción de la autonomía personal, comedor o catering, lavandería, préstamos de ayudas técnicas…

d).- **Productos tecnológicos de apoyo**.

e).- **Servicios sanitarios**, incluyendo el seguimiento de enfermería, programado y a demanda y orientación sobre cuidados y pronóstico. Educación para la salud: autocuidado de la persona, información a la familia y a la comunidad.

f).- **Teleasistencia, teleasistencia avanzada y Activación del vecindario.**

h) Alquiler simbólico de la Vivienda para las personas del proyecto Viviendas en Red.

4. PROYECTO VIVIENDAS EN RED

4.1. Finalidad

El proyecto *Viviendas en red* tiene como finalidad ofrecer una alternativa de calidad para la promoción de la autonomía y los cuidados de larga duración a las personas con necesidades de apoyo (personas mayores y personas con discapacidad) ofertando viviendas con alquiler simbólico a personas originarias o con apego a la zona rural de intervención que no dispongan de vivienda en el municipio, o bien, que la tengan pero presente dificultades de accesibilidad que desaconsejen la intervención o que carezcan de vivienda y se encuentren con perfil de necesidad de los recogidos en el proyecto A gusto en Casa. Se incluirá igualmente una oferta de viviendas a ocupar por los profesionales que estén vinculados a los proyectos relacionados con los cuidados de proximidad a cambio de un alquiler social.

Las viviendas que integren la oferta de viviendas en red deben estar implantadas en localidades de pequeña o media población en una zona rural en fuerte proceso de despoblación, ofertando viviendas desocupadas o interviniendo sobre la realidad arquitectónica construida, mediante procesos de rehabilitación e incluso,

excepcionalmente con pequeñas intervenciones de nueva planta que permitan una oferta suficiente de servicios de proximidad y garanticen la inclusión social de las personas residentes del municipio y los nuevos vecinos (usuarios de los servicios y los profesionales).

Por tanto, Viviendas en Red será el conjunto de viviendas inclusivas, los edificios polivalentes, de todas las localidades afectadas por el proyecto, así como el conjunto de servicios del proyecto A gusto en Casa, con unidad de gestión en red, que garantice la seguridad y la calidad de vida de las personas con necesidad de apoyos y que faciliten la nueva vecindad de los trabajadores que lo necesiten.

Las intervenciones sobre la realidad construida se realizarían para dotar de condiciones de accesibilidad y seguridad a las viviendas que ocuparán o fueran a ocupar las personas susceptibles de necesidad de apoyos y convertirlas en viviendas de uso individual o doble, pensadas para que adicionalmente los familiares de los usuarios pudieran compartir fin de semana o algunos días con ellos, dotadas de los elementos tecnológicos suficientes para que equipos de intervención pudieran acudir en situaciones de emergencia, pero posibilitando la mayor autonomía para las personas que allí residan.

Se actuará también sobre edificios de perfil comunitario que necesiten rehabilitación con el fin de proveer de espacios polivalentes que faciliten actividades sociales que puedan servir para la población general (incluida la guardería, en su caso, para los hijos de los profesionales). Se realizarán de nueva planta cuando no haya esta tipología de locales en los núcleos intervenidos.

Se priorizarán aquellas viviendas que no precisen intervenciones de rehabilitación o que sean de escasa entidad, tanto si son de titularidad municipal como si el municipio las ofreciera por tenerlas en régimen de alquiler, siempre que éste supere 5 años de duración.

La oferta mínima de viviendas adscritas a Viviendas en Red por localidad, sumadas a los usuarios del proyecto A gusto en Casa, salvo excepciones justificadas técnicamente, deberá permitir que haya una ocupación permanente que no sea inferior a 10 usuarios en el mismo municipio. La oferta global del proyecto de 30 viviendas para personas con necesidad de cuidados.

Las viviendas y centros polivalentes deberán ser de titularidad de la entidad local que forme parte del consorcio de Viviendas en Red y las que sean objeto de rehabilitación o de nueva planta (excepcionales) quedarán afectadas para este uso para los próximos 30 años.

Tanto en la rehabilitación de lo existente como en las viviendas de nueva construcción, o alquiladas al efecto, se habilitarán al menos 10 viviendas con alquiler social, que se ofertará a los profesionales que estén vinculados a la atención de las personas con

necesidad de apoyos. Se promoverá la conciliación familiar y laboral de los trabajadores vinculados a estos servicios, con una oferta de servicios para los hijos menores de forma que cubran su jornada laboral, y que haga atractivo para las familias jóvenes implantarse en el medio rural.

Todas las intervenciones que se realicen tanto de rehabilitación como de nueva planta respetarán la tipología arquitectónica, la escala y demás elementos de la localidad en la que se intervenga.

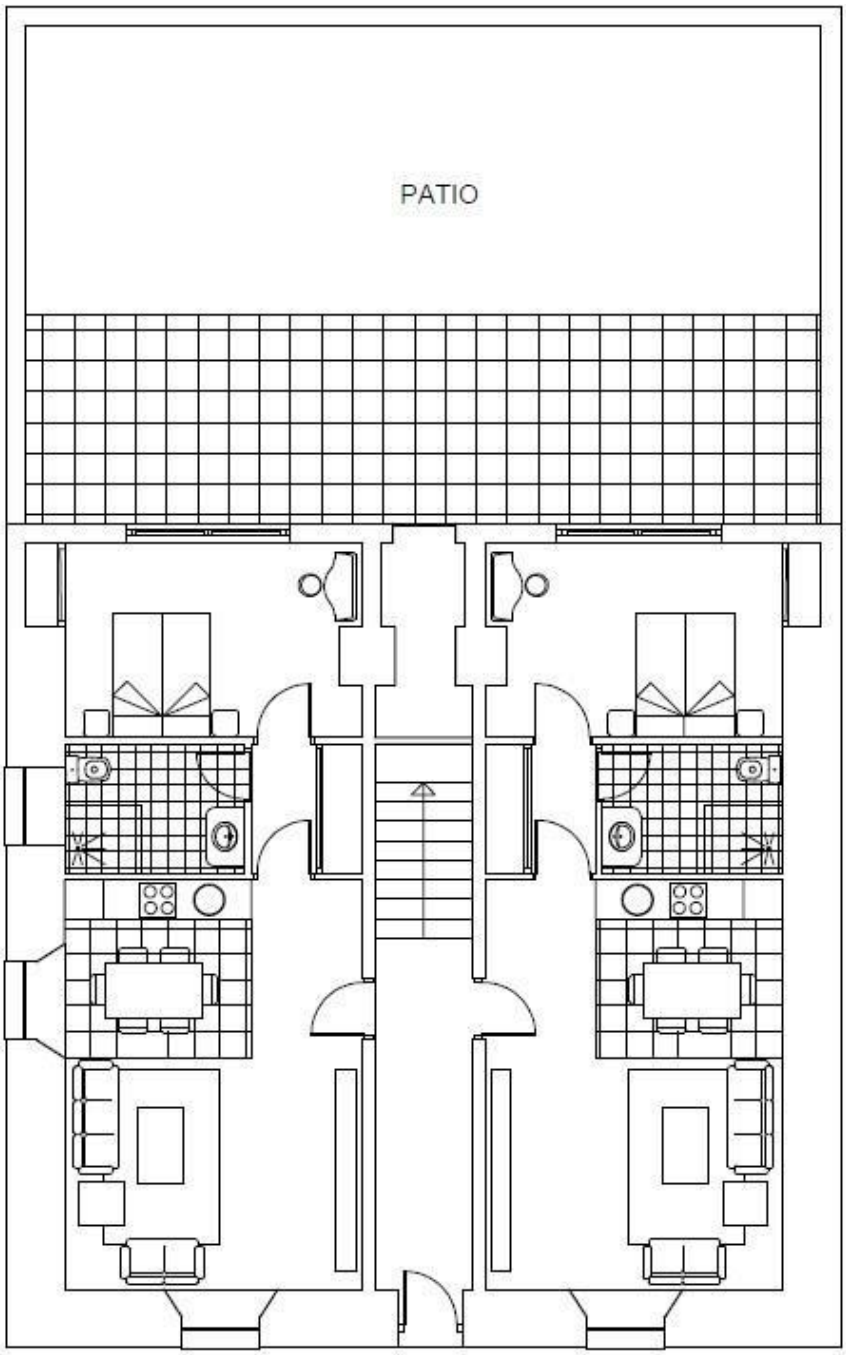
El resultado debe permitir que cada vivienda tenga, con carácter general el uso individual, salvo decisión del usuario. En este último caso, el uso de cada vivienda no será superior a dos, salvo situaciones en las que alguna persona vulnerable dependa del usuario y su permanencia en el recurso sea satisfactoria. Deberá permitir que familiares o amigos acudan al hogar y puedan alojarse temporalmente. Por lo tanto contarán con un dormitorio y un salón-comedor con cocina americana, así como un baño accesible.

El salón contará con un sofá convertible en cama. Las dimensiones de la habitación y del salón comedor serán de 20 m2 y de 30 m2 respectivamente cuando sean de nueva construcción. En el supuesto de rehabilitación, se podrán reducir estas dimensiones hasta los 12 m2 y los 20 m2 útiles. Las viviendas de nueva planta tendrán una superficie útil aproximada de 60 m2 cuadrados.

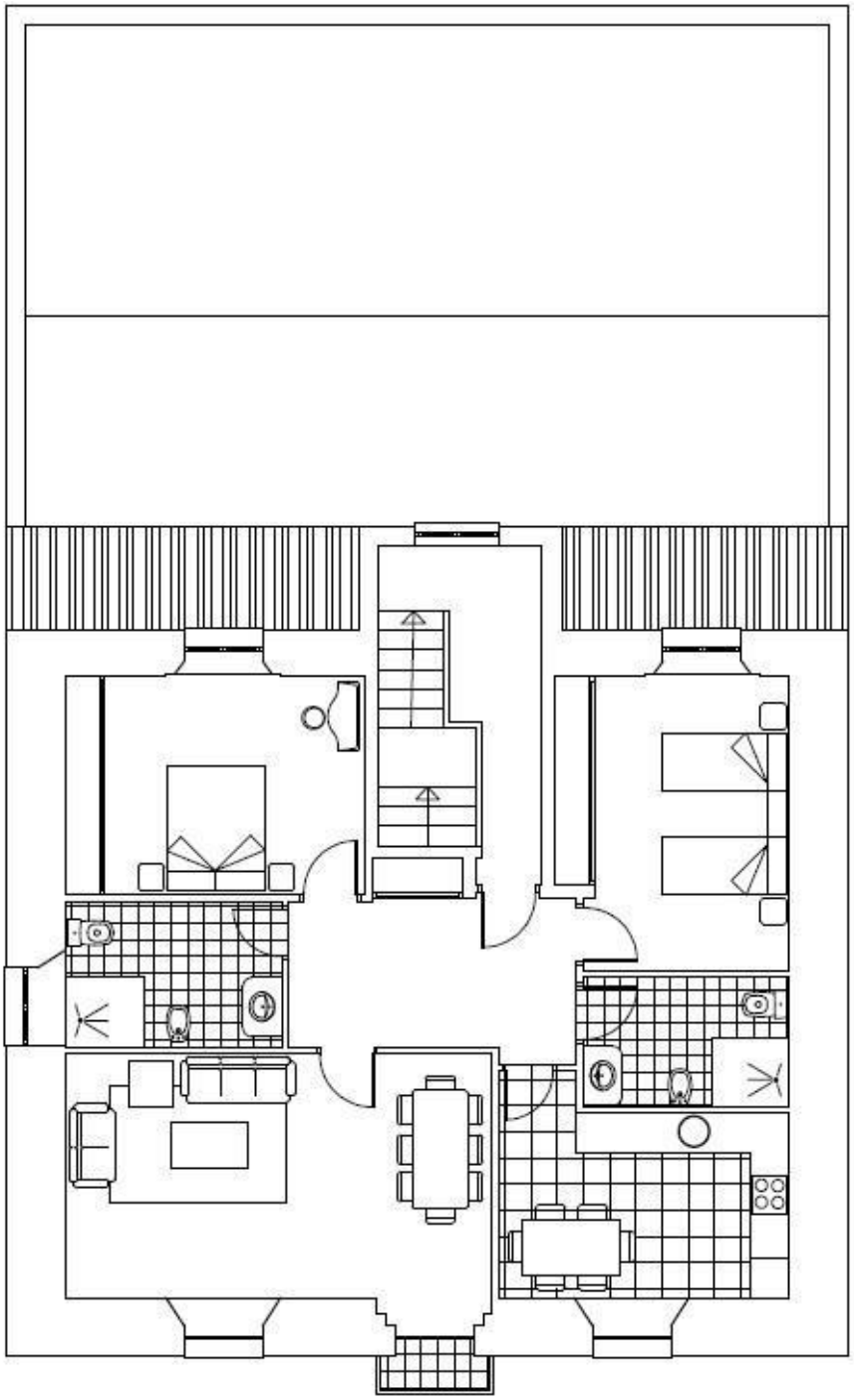
Cuando un solo edificio pueda alojar varias viviendas, nunca superarán el número de cuatro, computadas exclusivamente las destinadas a usuarios. En los edificios que haya más de una planta, la planta superior se destinará a la vivienda familiar de trabajadores.

La entidad responsable de la provisión de los servicios de Viviendas en Red será aquella elegida de entre las entidades sin ánimo de lucro del ámbito de la atención a las personas con discapacidad, que ya operan en ese territorio y que cuenta con nivel técnico contrastado que garantiza la calidad de vida de las personas con necesidad de apoyos en modelos similares al aquí propuesto.

4.2. Ejemplo de viviendas tipo para usuarios y para trabajadores



PLANTA BAJA DOS VIVIENDAS PARA CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN



PLANTA PRIMERA UNA VIVIENDA PARA TRABAJADORES DE LA RED

5. EMPLEO GENERADO

La Generación de nuevos servicios para completar la Red de recursos y prestaciones de Servicios Sociales en el territorio, dirigido a las personas más vulnerables en su propio entorno, no solo conecta con los deseos de la mayor parte de la población, ya sean futuros usuarios o sus familias, sino que se constituye en un elemento de inclusión social y de dinamización económica y social de las zonas donde se implantan.

La experiencia en pilotajes similares es que se genera empleo de calidad, no deslocalizable, en unas proporciones que permite hablar de una dinamización económica considerable además de ser un elemento tractor de nuevas actividades económicas subsidiarias y la puesta en marcha o consolidación de servicios públicos básicos.

La previsión de la puesta en marcha del proyecto A gusto en Casa + Viviendas en Red supondrá en la práctica la atención directa de 150 personas dependientes y con discapacidad, con una generación de empleo directo en jornadas completas de al menos 5 profesionales técnicos con estudios universitarios y 90 personas como profesionales de atención directa que se ofertarán en primer lugar entre las personas que cumplan requisitos domiciliados en la zona de actuación.

El que participen entidades del tercer sector comprometidas con el territorio concreto de actuación y con las personas con discapacidad, permite contar con un elemento adicional de inclusión social, ya que en tono al 20% del empleo que se genera puede ser desarrollado por personas con discapacidad de ese territorio, lo que implica la creación del equivalente al menos 30 empleos a jornada completa para personas con discapacidad.

Por tanto, estas iniciativas tienen retornos de todo tipo y se constituyen como pilar esencial a la hora de abordar la lucha contra la despoblación del medio rural y son un elemento estratégico para garantizar el acceso a los servicios esenciales de la población.

6. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

En aquellos supuestos en los que las personas decidan recibir los servicios en centros residenciales, éstos deberán adoptar el modelo de Atención Integral y Centrado en la persona del mismo modo que las personas que reciban apoyos profesionales en A gusto en Casa y Viviendas en Red, de forma que se garantice que este modelo de atención esté implantado en toda la Red de los Servicios Sociales de Castilla y León.

Se pretende, asimismo a contribuir de forma decidida a consolidar la política de la Unión Europea para la desinstitucionalización de los cuidados de larga duración y que prevalezcan los valores europeos comunes sobre dignidad, igualdad y respeto por los derechos humanos. En virtud de lo estipulado por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas y la Convención Europea de Derechos Humanos, los Estados miembros y la Unión Europea deben introducir medidas que refuercen la transición de los servicios institucionales a los servicios basados en la comunidad. Entre los artículos principales de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas

pertinentes para la desinstitucionalización, el artículo 19 establece el derecho a una vida independiente.

En estos momentos, la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades está liderando la implantación de un modelo de centro residencial que está definido en el anteproyecto de Ley en el que se consolida el modelo de atención en el hogar cuando no sea posible hacerlo en la propia vivienda de la persona.

Se introduje el término espacio privado en habitación individual, con uso doble cuando así lo decida el usuario en los centros residenciales, como la unidad mínima de composición de los centros residenciales, formando parte de una unidad de convivencia con tamaño y ambiente de hogar familiar que garantice la atención individualizada y contribuya a la socialización de las personas en los centros residenciales. También se promueve que los centros tengan la condición de centros multiservicios que posibilite la conexión con el barrio donde estén situados los centros y permita que éstos se constituyan en una plataforma de servicios para las personas en su propio domicilio, tanto dentro como fuera del edificio donde se enclave el centro residencial.

Como elemento central de los modelos de atención con origen ético se encuentra el reconocimiento de la Dignidad de cada persona. Dignidad que necesariamente conlleva conceptos como autodeterminación, intervención basada en apoyos, proyecto de vida o calidad de vida, que, a todas luces, deben de prevalecer sobre aquellos otros ligados a cuidados asistenciales. Cuidados asistenciales que, siendo necesarios, pasan de ser un objetivo indiscutible a ser elementos sometidos a la autodeterminación de las personas usuarias, al fomento de los afectos y de las relaciones personales, al bienestar emocional, a la inclusión social, al desarrollo personal y a las expectativas y deseos de las personas mayores usuarias de los centros de atención social.

En línea con lo anterior, conviene citar el principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales: toda persona tiene derecho a servicios asequibles de atención a largo plazo y de buena calidad, en particular atención domiciliaria y servicios basados en la comunidad. En este sentido, la definición de centro residencial para cuidados de larga duración, debe preservar aquellos aspectos que integran el valor del domicilio particular que es el concepto de hogar, definido de una forma amplia, que permita, que por medio de las nuevas tecnologías, la robótica y nuevas formas de organización de los servicios, que puedan existir nuevas tipologías de centros residenciales que se asemejen el máximo posible a la vivienda en la comunidad.

Por último el anteproyecto de Ley introduce la creación de un sistema que promueve la calidad de los servicios residenciales que se sustente en el conocimiento del funcionamiento de los principales sistemas referentes en servicios sociales. La mayor parte de los países de nuestro entorno cuentan con organismos –en algunos casos públicos, en otros privados y en otros mixtos− que asumen funciones relativas a la autorización, el registro, la acreditación, la inspección, la estandarización y/o la evaluación de los servicios de atención a la dependencia.

Estos organismos asumen también funciones relativas a la investigación, la innovación, la difusión de información, la formación y otras tareas relacionadas con la gestión del conocimiento en ese campo. Cabe destacar en ese sentido organismos y entidades tales como el Care Inspectorate escocés, la Care Quality Commision inglesa, el Socialtyrelsen sueco, la Alta Autoridad de Salud francesa o la Federación de Seguros de Enfermedad alemana, así como el

Social Care Institute for Excellence o el National Institute for Health and Social Care, también en el Reino Unido. Se trata en todos los casos de centros tractores, que mediante su actividad impulsan la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad en la prestación de servicios sociales y/o de atención a la dependencia.

Dotar por tanto, al modelo de atención residencial para los cuidados de larga duración de un mecanismo que promueva e impulse la calidad y la innovación se ha considerado estratégico por lo que se ha incorporado como uno de los elementos destacados del anteproyecto de Ley.

Se considera que la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de los centros y su correspondiente publicidad pueden constituirse como un elemento tractor para la mejora de la calidad de los servicios sociales, bajo el principio de transparencia, sobre la base del conocimiento generado por la evidencia científica y apoyada en el consenso entre los principales agentes del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. Esta actividad permitirá que la evaluación exhaustiva de los servicios prestados a los usuarios permita una comparación de la calidad de éstos, midiendo, sobre la base de resultados en calidad de vida. El informe de la evaluación que realicen los evaluadores será pública para que los futuros usuarios de los servicios puedan elegir con garantías el centro de su elección. El funcionamiento del sistema de evaluación de la calidad de los servicios actuará de forma complementaria al servicio de Inspección que seguirá haciendo sus funciones de forma análoga a como se viene realizando en la actualidad, pero con un sistema de información que le permitirá conocer a distancia y en tiempo real los requisitos de obligado cumplimiento en materia de ratios de personal y cualificaciones, organización de los servicios, documentación obligatoria y análogos.