

2021

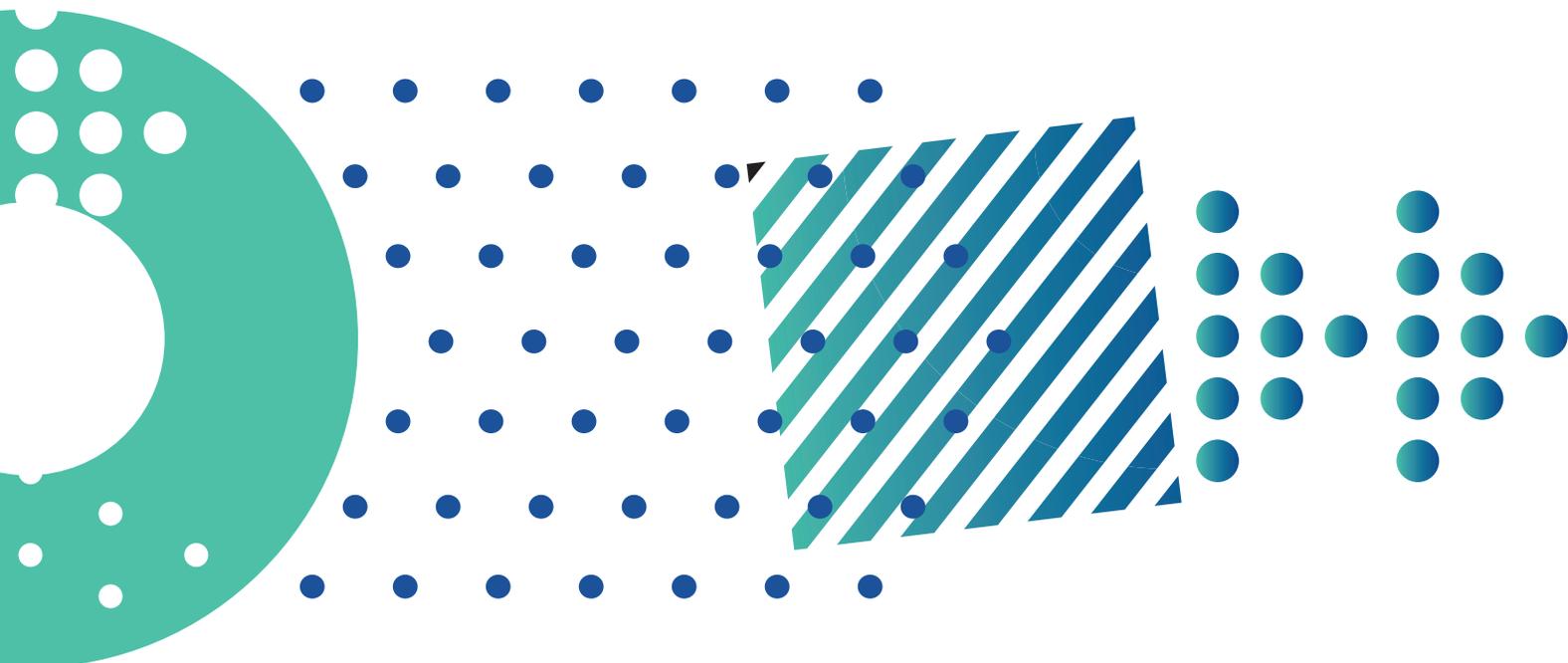
# ETORKIZUNA ERAIKIZ

**Think Tank**

LOS FUTUROS  
DEL ESTADO  
DEL BIENESTAR

## Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa

Elementos y recomendaciones  
para transitar hacia servicios más  
personalizados



Gipuzkoako  
Foru Aldundia  
Diputación Foral  
de Gipuzkoa



ETORKIZUNA  
ORAIN  
Es futuro

ETORKIZUNA  
**ERAIKIZ**  
**Think Tank**

LOS FUTUROS  
DEL ESTADO  
DEL **BIENESTAR**

Gipuzkoako  
Foru Aldundia  
Diputación Foral  
de Gipuzkoa



**ETORKIZUNA**  
**ORAIN**  
Es futuro

## INDICE

<b>Capítulo 1. Introducción</b> .....	<b>4</b>
1.1. Por qué esta guía	5
1.2. Para qué y para quién es esta guía	5
1.3. Cómo se ha hecho esta guía y qué contenidos tiene	6
1.4. Por qué hablamos de personalización	8
<b>Capítulo 2. La personalización de los Servicios Sociales</b> .....	<b>28</b>
2.1. Los principios y derechos inherentes a la atención personalizada	29
2.2. Características básicas de la personalización	32
2.3. Ética y personalización	36
2.4. Las dimensiones organizativas en las que se plasma la personalización	37
2.5. Las dimensiones vitales y los atributos de la persona a las que se refiere la personalización	60
2.6. Beneficios y efectos de la personalización	63
2.7. Límites, dificultades y riesgos de la personalización	68
2.8. Los aceleradores de la personalización	74
<b>Capítulo 3. Cómo transitar hacia unos servicios más personalizados en Gipuzkoa</b>	<b>76</b>
3.1. Introducción	77
3.2. Visión	77
3.3. Transiciones	77
3.4. Recomendaciones y líneas de avance	78
<b>Capítulo 4. Herramientas para personalizar la atención</b> .....	<b>83</b>
4.1. Tipología de instrumentos metodológicos para personalizar la atención	84
4.2. Fichas descriptivas de algunas herramientas de interés	86
<b>Capítulo 5. Buenas prácticas para la personalización de la atención en Gipuzkoa</b>	<b>102</b>
5.1. ¿Qué es una buena práctica desde el punto de vista de la personalización?	103
5.2. Fichas de buenas prácticas desarrolladas en Gipuzkoa para la personalización de la atención	105
<b>Bibliografía referenciada</b> .....	<b>127</b>



# Capítulo 1. Introducción



## 1.1. Por qué esta guía

Etorkizuna Eraikiz Think Tank es un espacio para la cogeneración de conocimiento que permitirá tomar conciencia de los retos a los que Gipuzkoa se enfrenta para construir su futuro, entender estos retos y definir los procesos de mejora de los ecosistemas vinculados a las políticas de la Diputación Foral de Gipuzkoa que ayudarán a superarlos. Para ello, la misión de Etorkizuna Eraikiz Think Tank es “cogenerar conocimiento transferible y aplicable, a través de la gobernanza colaborativa, para introducir una nueva agenda y cultura políticas que modernicen el ecosistema (actores, contenidos y procesos) de las políticas de la Diputación Foral de Gipuzkoa”.

En el marco de Etorkizuna Eraikiz Think Tank se han establecido diversos grupos de deliberación, uno de los cuales se ha centrado de forma específica en los **Futuros del Estado de Bienestar**. Este grupo de deliberación parte de la idea de que la actual situación de incertidumbre requiere abordar en Gipuzkoa los nuevos futuros en el ámbito de las políticas sociales a través de la reflexión, experimentación local y producción de evidencia en aquellas cuestiones y necesidades que demanda la ciudadanía. La finalidad última es la de garantizar el bienestar de las personas mediante la disminución de las desigualdades y la mejora de la calidad de vida

Una de las tareas que ha asumido este grupo de trabajo es la elaboración consensuada y participativa de esta **Guía para la personalización de los Servicios Sociales en Gipuzkoa**. Como se explica más adelante, el objetivo de esta guía es el de fijar los elementos conceptuales comunes que se derivan de los enfoques y paradigmas que se vienen desarrollando en nuestro entorno con relación a la personalización –la planificación centrada en la persona, el modelo de vida independiente, la atención gerontológica centrada en la persona, los modelos

orientados a la reducción de daños...–, definir sus fundamentos, contenidos e implicaciones, identificar las herramientas que contribuyen a su implantación y describir algunos ejemplos de buena práctica.

La principal razón de ser de esta guía, en todo caso, es la de contribuir al desarrollo de las fórmulas organizativas que hagan posible **procesos de transición de los servicios sociales guipuzcoanos** desde su configuración actual hacia modelos de atención más personalizados: más comunitarios, más integrados y más centrados en los derechos, las oportunidades, las necesidades, las expectativas y los valores de las personas que los utilizan.

## 1.2. Para qué y para quién es esta guía

Inicialmente, los objetivos del proceso de trabajo iniciado para la elaboración de esta guía han sido:

- Realizar un mapa conceptual que permita desarrollar los procesos de personalización de los apoyos y cuidados para el conjunto de las políticas sociales y sus diferentes perfiles de personas usuarias (infancia, exclusión social, discapacidad y dependencia).
- Realizar un mapa de buenas prácticas que, en conjunto, ofrezcan una visión sistémica sobre la potencialidad de los modelos de atención centrada en la persona para fomentar la personalización de los cuidados en todas las áreas de las políticas sociales.
- Realizar un mapa de herramientas e indicadores para medir el grado de avance de estos modelos en los diferentes servicios sociales y organizaciones del

tercer sector para atender a los diferentes tipos de perfiles de personas usuarias.

- Elaborar un documento que integre los diferentes mapeos en un marco común y operativo para estimular el desarrollo de la personalización en las políticas sociales e impulsar proyectos experimentales ligados a la personalización de los servicios sociales en el marco de Etorikizuna Eraikiz Think Tank.

A partir de esos objetivos iniciales, se ha ido elaborando esta **Guía para la personalización de los Servicios Sociales de Gipuzkoa**, con la que se pretende conceptualizar el conjunto de enfoques teóricos y aproximaciones prácticas que se han ido desarrollando en nuestro entorno más cercano bajo el paraguas de la personalización de la atención. Como se explica más adelante, el objetivo de la guía es por tanto el de ayudar a entender –en toda su profundidad– y a extender –en la mayor medida posible– este tipo de planteamientos, presentando tanto sus elementos conceptuales básicos como las herramientas y los soportes metodológicos que se precisan para su desarrollo y las experiencias de buena práctica que, preferentemente en Gipuzkoa, se han desarrollado en los últimos años.

La segunda finalidad de esta Guía es la de proponer líneas concretas de actuación que permitan **transitar hacia un nuevo modelo de servicios sociales en Gipuzkoa**, más comunitario, menos institucional, más centrado en las personas y más adaptado a las demandas que, previsiblemente, la ciudadanía planteará en un futuro próximo en relación a los servicios sociales.

Con esos objetivos, ¿a quién se dirige esta Guía?

- A los responsables políticos e institucionales, responsables del diseño de las políticas sociales en el territorio y, por tanto, de impulsar la transición hacia un nuevo modelo de atención.

- A los responsables técnicos de las entidades públicas y privadas que configuran la red de servicios, responsables de impulsar los cambios culturales y organizativos que este modelo requiere.
- A las personas profesionales que trabajan en los centros y servicios que conforman la red de servicios sociales, y que son las responsables de llevar a la práctica los cambios que se proponen, así como al voluntariado que participa en esos centros y servicios.
- A las personas usuarias de estos servicios y a sus familiares que –más allá de su papel como beneficiarias o receptoras de los servicios de atención– reclaman un mayor protagonismo en el diseño de la red de servicios y en la definición del modelo de atención.

### 1.3. Cómo se ha hecho esta guía y qué contenidos tiene

La elaboración de esta guía se ha basado en tres enfoques básicos:

- por una parte, los contenidos de la guía están basados en la documentación que respecto a la personalización de la atención se ha publicado en los últimos años tanto en Euskadi como en otros países de nuestro entorno. Se ha realizado para ello una selección de las guías, manuales, protocolos e investigaciones más relevantes y se han recogido –en la medida de lo posible, literalmente– sus planteamientos. El apartado bibliográfico, al final de la Guía, recoge los documentos que se han tenido fundamentalmente en cuenta a la hora de la elaboración de esta guía.
- por otra, la elaboración de la Guía se ha basado en la búsqueda y la selección de

una serie de herramientas metodológicas y de buenas prácticas, con las que se pretende tanto reconocer los avances que en este ámbito se han producido en nuestro territorio como identificar las herramientas necesarias para avanzar en la personalización de los servicios.

- por último, los principales aportes del documento se basan en las aportaciones realizadas por un grupo de personas expertas, pertenecientes a diversas entidades que trabajan en Gipuzkoa. Por una parte, estas personas respondieron a un cuestionario en el que plantearon su visión en relación a las cuestiones que se abordan en el documento, señalando los principios y derechos inherentes a la atención personalizada, las dimensiones organizativas en las que se plasma la personalización y las dimensiones vitales a las que hace referencia, los beneficios e impactos de la personalización, los frenos, límites, obstáculos y dificultades que se plantean para su extensión y, finalmente, los riesgos que se pudieran plantear. Además, los miembros de este grupo han participado en la búsqueda y la selección de las herramientas y las buenas prácticas descritas y han contribuido a identificar las líneas de avance para la transición hacia un nuevo modelo de servicios sociales.

Las personas que han participado en este grupo de trabajo son:

- Bakarne Etxeberria (Fundación Hurkoa / Universidad de Deusto)
- Belén Larrion (Diputación Foral de Gipuzkoa)
- Iñigo Kortabitarte (OKencasa)
- Javi Sancho (Emaus Fundación)
- Javier Castro (Etorkizuna Eraikiz Think Tank)
- Josu Gago (Agintzari-Zabalduz-Hirube)
- María Muñoz (Fundación Goyeneche)
- Mikel Malkorra (Elkartu)
- Penélope Castejón (Fundación Matia)
- Toni Heredia (Gureak)

Los trabajos de redacción y de secretaría técnica han sido realizados por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía Careaga.

En lo que se refiere al contenido de esta Guía, se organiza en cuatro capítulos, además de esta introducción:

- el capítulo siguiente recoge el mapa conceptual elaborado y describe los elementos básicos del modelo de personalización en el que se basa este documento: los principios y derechos inherentes a la atención personalizada, las dimensiones organizativas en las que se plasma la personalización y las dimensiones vitales a las que hace referencia, los beneficios e impactos de la personalización, los frenos, límites, obstáculos y dificultades que se plantean para su extensión y, finalmente, los riesgos que pueden plantearse de su interpretación.
- El tercer capítulo aborda el reto de cómo transitar hacia unos servicios más personalizados en Gipuzkoa, y recoge tanto la visión del equipo redactor sobre las características de los servicios sociales guipuzcoanos en el medio y largo plazo, los tránsitos que para llegar a esa situación deben producirse y las líneas de acción que deberían facilitar esos tránsitos.
- El cuarto capítulo recoge las reflexiones realizadas en torno al mapa de herramientas: por una parte, una propuesta respecto a las herramientas y los soportes metodológicos que este modelo precisa y, por otra, la descripción de una serie de herramientas concretas, desarrolladas tanto en Gipuzkoa como en otros territorios, y que se han considerado de especial interés.
- El quinto capítulo recoge las reflexiones realizadas en torno a las buenas prácticas: se recogen en primer lugar

las características que, a partir de las respuestas del grupo de expertos, caracterizan las experiencias que pueden ser consideradas como buenas prácticas desde la óptica de la personalización y, en segundo lugar, se describen algunas experiencias concretas, consideradas como buenas prácticas, desarrolladas en los últimos años en Gipuzkoa.

#### 1.4. Por qué hablamos de personalización

Históricamente, los servicios sociales han estado basados en la idea de la caridad y la beneficencia y, desde otra perspectiva, en objetivos de rehabilitación, reeducación y disciplinamiento social. Durante siglos, los servicios públicos o semi-públicos prestados a las personas mayores dependientes, a las personas con enfermedad mental o con discapacidad, a la infancia en situación de desprotección y, en general, a las personas que precisan cuidados o apoyos para su inclusión social han antepuesto las necesidades organizativas a las necesidades individuales de las personas usuarias, se han articulado alrededor de grandes instituciones despersonalizadas, han priorizado la visión y la autoridad de las personas profesionales y han prestado poca –o ninguna– atención a los derechos individuales de las personas usuarias: asilos, casas de misericordia, orfanatos y manicomios, junto al socorro domiciliario de los pobres, fueron hasta bien entrado el siglo XX la principal forma de dar respuesta a las necesidades de estos colectivos.

Sin embargo, a partir de los años 60 y 70 del siglo pasado, con el desarrollo de nuevos paradigmas en el ámbito de la discapacidad y de la salud mental, van adquiriendo carta de naturaleza los conceptos de normalización, integración social, atención comunitaria y vida independiente. Los movimientos a favor

de la desinstitucionalización psiquiátrica, la progresiva asunción del modelo social de la discapacidad –frente a los modelos rehabilitadores previos–, la apuesta de Alma Ata (1978) por la atención primaria y por el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, el movimiento por la vida independiente y las sucesivas reformas para avanzar en la dimensión comunitaria de los servicios sociales marcan el inicio de un cambio de era que, con sus limitaciones y contradicciones, fue avanzando a lo largo de los años 80 y 90. Ya en 1982, la primera Ley vasca de Servicios Sociales se plantea como objetivos los de favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación.

Los servicios sociales del siglo XXI –tanto en Gipuzkoa como en los demás territorios de nuestro entorno– han ido incorporando progresivamente una visión más comunitaria y más centrada en la persona y en sus derechos; menos condicional y selectiva: más personalizada. En efecto, durante los últimos años han ido adquiriendo en nuestro entorno un protagonismo creciente una serie de movimientos, tendencias o paradigmas que –si bien tienen objetivos y características diferentes– podemos englobar bajo el paraguas conceptual general de la *personalización*.

¿De qué hablamos cuando hablamos de personalización?

**La personalización implica reconocer a las personas como individuos con fortalezas y preferencias, y ponerlas en el centro de la atención que reciben: las personas primero [1].** En efecto, el tradicional enfoque centrado en el servicio dificulta a menudo que sea la persona quien defina el tipo de servicio que necesita o el tipo de apoyo que necesita. Los enfoques personalizados establecen un contexto en el que la persona pueda

identificar sus propias necesidades, hacer elecciones y tomar decisiones sobre cómo y dónde recibe los apoyos que precisa. Para poder tomar decisiones informadas, las personas deben poder acceder a la información y comprenderla, así como recibir el asesoramiento y el apoyo como lo necesitan.

El concepto de personalización por el que se puesta en este documento va más allá de entender la personalización como un proceso de planificación o configuración de las organizaciones y servicios. La

personalización, desde esta visión, contribuye a generar estrategias necesarias para una transformación profunda que permita evolucionar a formas más colaborativas de atención que devuelvan el control a la persona sobre su vida y sobre los apoyos que recibe, lo que en definitiva significa poner a la persona en el centro. Se concibe así la personalización como un proceso de transformación que se produce a distintos niveles; como un cambio cultural que tiene como fin ayudar a las personas a que tengan mejores vidas, vidas con significado, vidas de calidad.

---

### Cuadro 1. Qué significa personalización

- Adaptar el apoyo prestado a la situación singular de cada persona (necesidades, capacidades, preferencias), sea cual sea el entorno en el que se prestan los cuidados.
- Garantizar que las personas tengan acceso a la información, el asesoramiento y la defensa de sus intereses, incluyendo el apoyo y la mentoría entre personas en la misma situación, para tomar decisiones informadas sobre su atención y apoyo, o la gestión de sus prestaciones.
- Encontrar nuevas formas de colaboración (a veces conocidas como "coproducción") que ayuden a las personas a participar activamente en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios.
- Desarrollar asociaciones locales para coproducir un amplio catálogo de servicios para que las personas puedan elegir y cuenten con las oportunidades de inclusión social y desarrollo comunitario necesarias.
- Desarrollar el liderazgo y la gestión adecuados, entornos de aprendizaje favorables y sistemas organizativos que permitan al personal trabajar de forma emocionalmente inteligente y creativa, centrada en la persona.
- Integrar la intervención temprana, la rehabilitación y la prevención para que las personas reciban los apoyos que precisan desde el principio y de la forma más adecuada para ellas.
- Reconocer y apoyar a las personas cuidadoras en su papel, permitiéndoles desarrollar una vida plena más allá de sus responsabilidades como cuidadores.
- Garantizar que toda la ciudadanía tenga acceso a los servicios y recursos comunitarios ordinarios, en el marco de una atención integral.
- Asegurar que las personas tengan el control de la adecuada utilización de sus datos personales, mediante sistemas que permiten a las personas un control seguro y una autogestión al decidir qué datos se ponen a disposición de qué agente activo del cuidado y de los apoyos.

**Fuente:** adaptación propia a partir de Carr, S. *Personalization: a rough guide* (2011).

Más allá de las definiciones específicas, **una de las razones que explica la opción por el uso del término personalización en esta Guía** se refiere a la posibilidad de utilizar este concepto en el conjunto de los Servicios Sociales, frente al carácter relativamente sectorial o específico de otros conceptos. Puede decirse que los conceptos de planificación centrada en la persona o de vida independiente han sido particularmente utilizados en el ámbito de la discapacidad, mientras que el concepto de atención centrada en la persona se ha extendido especialmente en el ámbito de la atención a las personas mayores dependientes: en efecto, uno de los documentos pioneros en Euskadi en relación a este enfoque [2] lleva por título *La atención gerontológica centrada en la persona* y se refiere de forma específica a la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.

Frente a este relativo encasillamiento, se ha optado por la utilización en este documento del término **personalización** en la medida en que se ha considerado que puede integrar perspectivas prácticas y filosóficas válidas para el conjunto de las personas o los grupos que son usuarias de servicios sociales: las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, las personas en situación o riesgo de exclusión social, las personas con enfermedad mental, los niños, niñas y adolescentes en situación o riesgo de desprotección... Si bien no cabe duda de que la personalización de la atención requiere de fórmulas y soluciones –y ha de enfrentarse a retos– muy diferentes en lo que se refiere a cada uno de estos grupos, también es evidente que los principios, los criterios, las dimensiones, los beneficios, los obstáculos, los límites, las herramientas y las buenas prácticas vinculadas a la personalización son en gran medida comunes a todas estas personas (que a menudo, por otra parte, comparten más de una de las características

señaladas y tienen, básicamente, necesidades comunes).

La apuesta por la utilización en esta guía del término **personalización** responde, en segundo lugar, a su capacidad para recoger en una sola palabra los aportes prácticos y conceptuales que se derivan de otros conceptos o planteamientos más específicos, pero claramente coincidentes. En ese sentido, el concepto de personalización se utiliza en este documento como un paraguas más amplio, que recoge diferentes enfoques, metodologías y prácticas, y no como un elemento específico o particular de alguno de esos enfoques.

## Enfoques, modelos o paradigmas relacionados con la personalización

Así pues, el concepto de personalización que se plantea en esta guía incorpora las perspectivas, los aprendizajes y los planteamientos teóricos que se derivan de muy diversos enfoques, modelos o paradigmas. Se recogen a continuación los más significativos:

### a. El modelo de vida independiente

Vinculado también al ámbito de la discapacidad, el modelo a favor de la vida independiente –materializado, en parte, a través de la asistencia personal– constituye otro de los elementos centrales del enfoque de personalización del que parte este documento.

El enfoque o la filosofía de “Vida Independiente” se construye en torno a la idea de autodeterminación, entendida como la capacidad y la posibilidad para la persona con diversidad funcional de decidir sobre su propia vida en condiciones de igualdad con el resto de las personas: decidir la forma en que desean vivir, el lugar en que

desean hacerlo, las personas con quienes desean compartirla y los tipos de apoyos que mejor se adecúan a sus necesidades y deseos para poder desarrollar su proyecto de vida. Surgida en Estados Unidos en los años 60, gracias a la iniciativa, el esfuerzo y la tenacidad de un pequeño grupo de personas con discapacidad que fue el núcleo de lo que actualmente se conoce como Movimiento de Vida Independiente, la filosofía de Vida Independiente no ha cesado desde entonces de extenderse, en particular en los países occidentales, bajo el lema: “Nada sobre nosotros sin nosotros”.

En 2006 se produce un avance cualitativo en relación a este modelo con la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad –a la que se hace referencia más adelante–, a través del cual se reconoce la vida independiente como un derecho y supone un mandato para las instituciones públicas con competencias en el diseño de las políticas públicas. En esta línea, la Observación General nº 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad de las Observaciones Generales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas<sup>1</sup> determina los elementos fundamentales del modelo de vida independiente. Estos elementos son:

- Garantizar a las personas con discapacidad la capacidad jurídica para decidir dónde, con quién y cómo vivir.
- Asegurar el acceso a la vivienda, junto con los elementos de ingresos y accesibilidad, y aprobar normas que garanticen que haya viviendas nuevas y accesibles.
- Elaborar un plan de acción para la vida independiente dentro de la comunidad, facilitando para ello el apoyo formal además del apoyo informal prestado por las familias.
- Elaborar, aplicar y supervisar normas, planes y directrices sobre los requisitos de accesibilidad de los servicios generales básicos y sancionar su incumplimiento al objeto de lograr la igualdad en la sociedad. Se incluye la participación de las personas con discapacidad en los medios de comunicación social, garantizar la competencia adecuada en tecnologías de la información y las comunicaciones para asegurar que estas se desarrollen a partir de su diseño universal.
- Elaborar un plan de acción concreto y adoptar medidas con miras a desarrollar y poner en marcha servicios de apoyo específicos de la discapacidad básicos, personalizados, no compartidos y basados en los derechos, así como otro tipo de servicios.
- Asegurar la no regresión en el logro del contenido del artículo 19, a menos que tales medidas hayan sido debidamente justificadas y se ajusten al derecho internacional.
- Recopilar datos cuantitativos y cualitativos coherentes sobre las personas con discapacidad, que incluyan a las que aún viven en instituciones.
- Utilizar toda la financiación disponible, incluida la regional y la de cooperación para el desarrollo, a fin de organizar servicios inclusivos y accesibles destinados a lograr una vida independiente.

1. Las Observaciones Generales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas “complementan, precisan o interpretan preceptos de especial relevancia de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”.

Por su parte, Plena Inclusión [8] explica que “una vida independiente es una vida elegida: elegir y decidir el propio proyecto de vida, compartida con otros en la comunidad,

debe ser posible para todas y cada una de las personas, con apoyos ajustados y personalizados, en un marco de dignidad, derecho e igualdad, para su contribución ciudadana". En sentido parecido, desde el Foro de Vida Independiente este modelo se define como una "ideología que anima a las personas a acceder al conjunto de recursos humanos, materiales, económicos, sociales y políticos que les permitan obtener y ejercer el control sobre sus vidas, equiparándoles al resto de ciudadanos. Como corriente de pensamiento se fundamenta en los principios de libertad, justicia, autodeterminación, control, equidad, autoestima y empoderamiento". El concepto de vida independiente puede en cualquier caso plantearse desde dos ángulos:

- Como derecho: Es el derecho a contar con oportunidades y apoyos para tener el mayor control posible sobre tu vida y desarrollar tu proyecto de vida en libertad.
- Como manera de vivir: Es una manera de vivir que consiste en construir y desarrollar tu vida según tus propios criterios, valores, metas, formas de ser, etc... con los apoyos que quieres y necesitas.

En ese marco, la asistencia personal se plantea como una de las herramientas fundamentales para el desarrollo de la vida independiente. Por ello, desde hace varios años, el Movimiento de Vida Independiente viene proponiendo y desarrollando la Asistencia Personal como herramienta humana imprescindible para que una persona con discapacidad pueda vivir como el resto de la ciudadanía. A través de este rol profesional se asegura que la voluntad de la persona con discapacidad sea respetada en cualquier caso y, por lo tanto, decida sobre todos los aspectos de su vida, tal y como ocurre a las personas sin discapacidad.

## b. La planificación centrada en la persona

La Planificación Centrada en la Persona (PCP) es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centra en las elecciones y la visión de la persona y de su círculo de apoyo.

La planificación centrada en la persona, especialmente extendida en el ámbito de la discapacidad intelectual, es uno de los enfoques pioneros en la personalización de la atención. Impulsada a partir los años 80 en Estados Unidos, ofrece una forma de comprender las experiencias de las personas con discapacidad intelectual utilizando los apoyos y redes sociales para mejorar su calidad de vida. Se fundamenta en los derechos de las personas con discapacidad e incorpora los principios de autonomía, opción e inclusión. Es un modelo basado en la creencia de que todos los seres humanos somos diferentes y se debe respetar nuestra individualidad. Se trata de una mezcla de ideología y estrategia, ya que, por un lado, defiende la individualización y la autodeterminación como principios centrales de los servicios de apoyo a las personas, y por otro, facilita que la persona identifique las metas que quiere lograr en su vida [3].

Los primeros documentos sobre la planificación centrada en la persona publicados en nuestro entorno [4] definen la planificación centrada en la persona como la cristalización de varios enfoques que pretenden que la persona, con el apoyo de un grupo de personas significativas para ella, formule sus propios planes y metas de futuro, así como las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su vida personal. De acuerdo a estas primeras definiciones, esta metodología está basada en la

creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades y sueños, por lo que la individualización debe ser, y de hecho es, el valor central de los servicios que se prestan a las personas. En todos estos enfoques, además, subyace el respeto al derecho a la autodeterminación de las personas con discapacidad, que se hace especialmente relevante cuando hablamos de personas adultas.

### c. El modelo de calidad de vida y el modelo de apoyos

La planificación centrada en la persona adopta el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo [5], lo que representa un cambio radical de planteamiento, en parte relacionado con la superación del modelo rehabilitador en el ámbito de la discapacidad y la creciente asunción del modelo social de la discapacidad<sup>2</sup>.

---

2. Como se sabe, este modelo considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades [6].

La adopción del modelo de calidad de vida —frente, incluso, a los modelos de normalización o integración social— implica un cambio de enfoque radical, en la medida en que es el bienestar de la persona, en la forma en que cada persona lo interpreta, el que debe orientar la intervención: frente a la normalización de los hábitos y de los comportamientos de las personas atendidas en los Servicios Sociales, la búsqueda de la calidad de vida individual representa un cambio de largo alcance.

Los principios que orientan la comprensión actual de la calidad de vida son los siguientes [7]:

- La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas y se promueve si se satisfacen las necesidades básicas y si las personas tienen oportunidades de proponerse y lograr metas significativas en su vida.
- La calidad de vida se mejora a través de la autodeterminación, las relaciones y apoyos naturales y el desarrollo de actividades positivas, significativas para la persona y con sentido en su medio.
- Incluye tanto componentes objetivos, condiciones de vida de una persona; como subjetivos, su percepción de la situación en base a sus valores, aspiraciones y proyectos vitales. La evaluación de la calidad de vida debe considerar ambos componentes.
- La calidad de vida se compone de diversas dimensiones o factores tales como bienestar físico, salud, desarrollo personal o las relaciones sociales y se puede concretar y operativizar a través de indicadores en cada una de esas dimensiones.
- Los resultados o metas personales son la formulación que hacen las personas

acerca de aquello que les gustaría conseguir en el marco social y cultural en el que se encuentra.

- En síntesis, la calidad de vida se compone de diversas dimensiones, que se concretan a través de una variedad de indicadores que, a su vez, engloban los distintos resultados a los que las personas aspiran.

No es por tanto extraño que tanto los y las profesionales de los servicios sociales como las organizaciones estén cada vez más interesados en el modelo de calidad de vida y sean más conscientes de los beneficios que reporta su aplicación. La utilidad del modelo responde, entre otros aspectos, a la posibilidad de ser utilizado con propósitos diversos:

- la evaluación objetiva de las necesidades de las personas y sus niveles subjetivos de satisfacción;
- la evaluación de los resultados de los programas, las estrategias y las actividades dirigidos a la mejora de la calidad y llevados a cabo por los servicios sociales;
- la recogida de información relevante que sirve de orientación y guía para la provisión de servicios; y,
- la planificación y formulación de políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas, con discapacidad o sin ella, y de la calidad de las organizaciones proveedoras de servicios sociales a diferentes colectivos en situación de riesgo o exclusión y con necesidades de apoyo.

#### **d. La atención gerontológica centrada en la persona**

No cabe duda de que, en los últimos años, el modelo de Atención gerontológica

Centrada en la Persona (ACP) ha sido el que ha adquirido un mayor protagonismo en el abanico de modelos y enfoques orientados a la personalización de los servicios sociales.

En uno de los primeros documentos elaborados en Euskadi y que abordan de forma específica a la atención centrada en la persona [2], se señala que “la principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales”.

Para sus promotores [2], la Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención. Así, la Atención Gerontológica Centrada en la Persona:

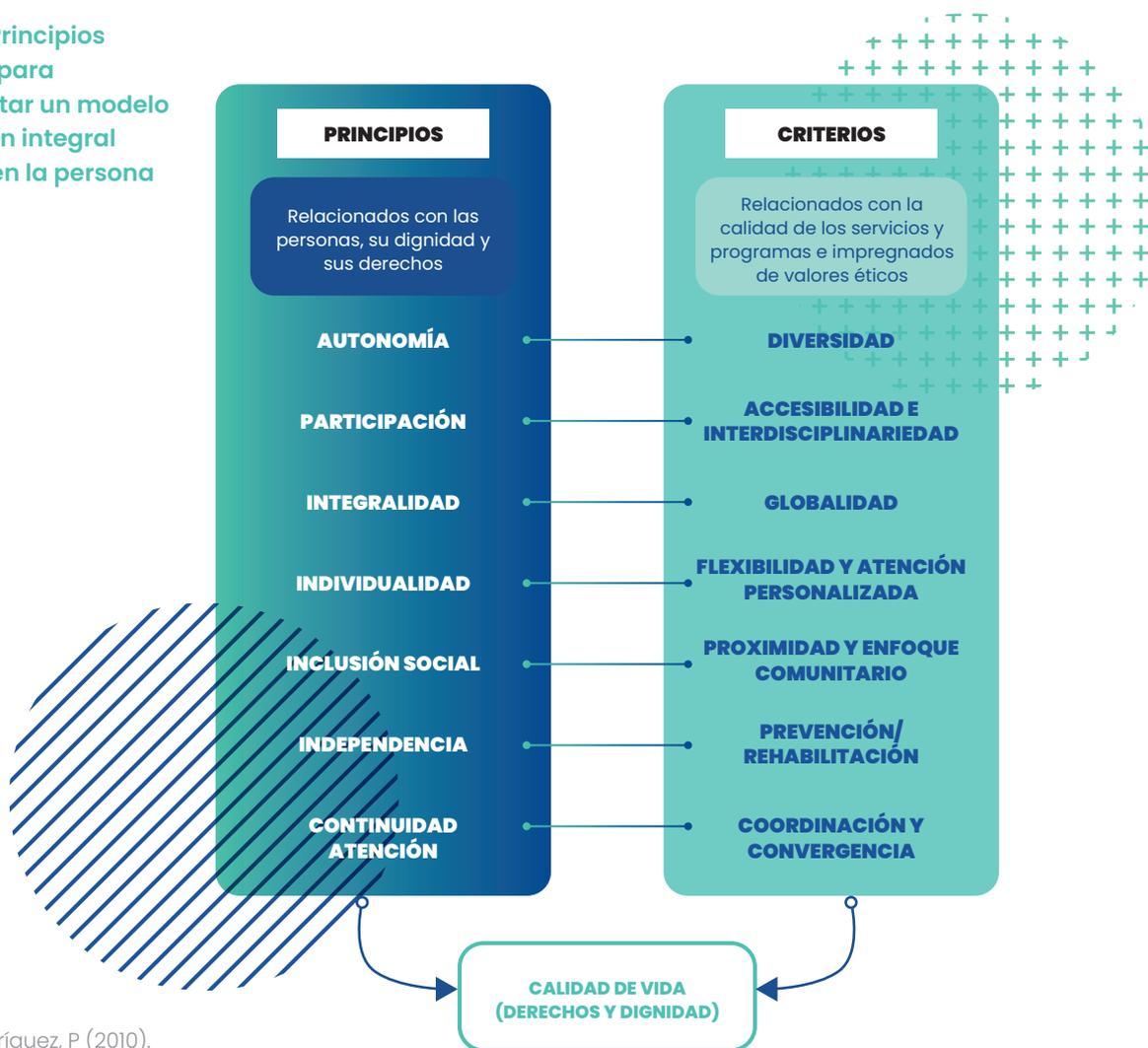
- Es un enfoque de la atención donde la persona, desde su auto-determinación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.
- Como metodología, aporta un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la intervención personalizada y orientada a la persona.
- Como modelo, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación

y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Una de las principales ventajas de la ACP es la de hacer posible la aplicación de la personalización de la atención y la autodeterminación de las personas usuarias en el marco de organizaciones que necesariamente deben tener en cuenta normas y rutinas organizativas muy

determinadas. En ese sentido, los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar las necesidades de las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. En todo caso, desde la atención centrada en la persona, la autonomía –entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida– se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión del centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas [9].

Gráfico 1. Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrada en la persona



Fuente: Rodríguez, P (2010).

Pilar Rodríguez [10], otra de las principales impulsoras de este enfoque en el ámbito gerontológico, señala que la atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Se plantean en ese sentido una serie de principios –relacionadas con las personas su dignidad y sus derechos– y una serie de criterios, relacionados con la calidad de los servicios y programas e impregnados de valores éticos.

En un sentido parecido, los documentos elaborados por la Matia Fundazioa en relación a este enfoque [11] definen la atención centrada en la persona a partir de cinco elementos:

- Profesionales con un rol diferente.
- Ambiente físico agradable, accesible y significativo.
- Actividades terapéuticas con sentido.
- Participación de la persona y, en su caso, la familia o personas allegadas en su plan de atención y vida.
- Una organización flexible y participativa.

En definitiva, la atención centrada en la persona significa una evolución conceptual que permite el paso de un planteamiento que podría considerarse clásico o tradicional –caracterizado porque los aspectos centrales hacen referencia a la gestión del servicio y la persona se adapta a las necesidades de este servicio– a otro planteamiento que integra los elementos antes mencionados e incorpora la voz y las elecciones de la persona, lo convierte en un sujeto activo de su proceso asistencial. La prestación del servicio se adapta a las necesidades de la persona y no al revés.

Hay que entender por tanto la atención centrada en la persona como una propuesta metodológica que pide mirar el usuario desde otra perspectiva, que se orienta a ofrecerle una mayor calidad de vida situándola en el centro de la dinámica asistencial [12].

### **e. El paradigma de la reducción de daños y la incondicionalidad de los apoyos para la inclusión social**

Si bien la mayor parte de los desarrollos que se han llevado a cabo en relación a la personalización provienen, como acabamos de ver, del ámbito de la discapacidad o de la atención a las personas mayores, también en otros ámbitos –como la salud mental o la atención a las personas en situación de exclusión social– se han impulsado enfoques que señalan en la misma línea, vinculando especialmente la personalización de la atención a la incondicionalidad de los servicios y al cuestionamiento de las prácticas rehabilitadoras y moralizantes asociadas a menudo a los conceptos de exigencia y merecimiento.

Como se señala en el Manual Incluye desarrollado por la Fundación Emaús [13], uno de los cambios paradigmáticos que se ha producido en los últimos años en el ámbito de las políticas sociales –y, más concretamente, en el ámbito de la salud pública y la atención a las drogodependencias– es la extensión de los programas de reducción de riesgos y daños<sup>3</sup>, y el consiguiente desarrollo de

---

3. En el ámbito de las adicciones, la reducción de riesgos y daños surge como concepto y estrategia de intervención en los años 80 ante los problemas derivados del consumo de drogas en personas en situación de exclusión social. Sus metas son básicamente las de aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social del colectivo; disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia las y los usuarios de drogas; incrementar la toma de conciencia de

programas denominados de baja exigencia o de bajo umbral<sup>4</sup>. Estos desarrollos –vinculados a otros que cuestionan la condicionalidad que se establece para el acceso a determinadas prestaciones sociales–, se fundamentan en planteamientos de individualización, autodeterminación, elección y control por parte de las personas usuarias.

Más allá de su aplicación específica en el ámbito de las adicciones, los conceptos de reducción de daños y de baja exigencia han resultado de utilidad en el ámbito de la exclusión social en la medida en que:

- abren la posibilidad a trabajar con personas que tienen dificultades graves para adaptarse a programas de alta exigencia, garantizando que estas personas reciban una atención básica que evite un mayor deterioro de su situación personal;
- cuestionan el concepto de intervención escalonada o lineal, en virtud del cual los itinerarios de inclusión sólo pueden

---

estas personas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo; disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre las personas consumidoras; y fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

4. La baja exigencia es un concepto que surge entre los agentes sociales ante el fracaso continuado, en un sector de personas en situación de exclusión social, de la mayoría de los programas existentes en el tratamiento de toxicomanías y en procesos de incorporación social en general con todo tipo de perfiles. Surge como una necesidad de no crear excluidos dentro de los procesos de inclusión, ya que nos encontramos con un grupo importante de personas que inician procesos una y otra vez, que no se adecuan a su perfil (aunque en un principio se pensaba que eran “ellas” las que no se adecuaban a los procesos). Hasta ese momento los procesos basaban gran parte de su contenido educativo en el cumplimiento de normas de manera estricta y en cubrir una serie de etapas en unos determinados plazos.

iniciarse en el momento en que la persona usuaria está preparada para un proceso de cambio, y están diseñados para avanzar de forma progresiva hacia el objetivo de la inclusión;

- cuestionan los criterios de condicionalidad y merecimiento que a menudo se han vinculado a la intervención social, y el recurso a tratamientos de carácter rehabilitador, basados en los valores éticos y morales mayoritariamente imperantes, pero no en la voluntad de las personas usuarias.

Como se explica posteriormente con mayor detalle, estos planteamientos teóricos se han materializado en nuestro entorno, por ejemplo, a través de los programas de *housing first*, destinados a personas sin hogar con necesidades añadidas en materia de adicciones o salud mental. Los principios básicos de este enfoque –acceso a un alojamiento inmediato y permanente sin requisitos previos; reconocimiento de la capacidad de autodeterminación; orientación a la recuperación para mejorar la calidad de vida; atención individualizada y guiada por los usuarios del programa; e integración social y comunitaria [14]– se corresponden plenamente con los principios de los demás enfoques señalados hasta ahora, si bien se aplican a una población en muchos aspectos diferentes.

#### **f. Pagos directos, presupuestos individuales y otras prestaciones para la personalización de la atención**

Especialmente en el ámbito anglosajón, y por la presión de los movimientos a favor de la vida independiente impulsados desde el ámbito de la discapacidad, el paradigma de la personalización se ha traducido también en el desarrollo de sistemas de prestaciones económicas que permiten a las personas usuarias elegir y acceder de forma autónoma a los servicios de atención que requieren.

Materializados, por ejemplo, mediante los presupuestos individuales holandeses o los pagos directos británicos, puede decirse que en nuestro entorno este tipo de enfoques se han llevado a la práctica –aunque no siempre con los mismos objetivos y planteamientos teóricos– mediante la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) y la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP) que contempla la Ley de Dependencia y que tienen en Gipuzkoa un desarrollo desigual (poco desarrollada la primera y ampliamente utilizada la segunda), o, a través del Programa de Vida Independiente de la Diputación Foral de Gipuzkoa. También la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), en la medida en que permite a las personas dependientes y a sus cuidadoras–elegir entre la atención formal e informal puede considerarse una forma de elección y, por tanto, de personalización.

En cualquier caso, la personalización de la atención mediante el acceso a prestaciones económicas individuales tiene una larga tradición en nuestro entorno, impulsada desde sus inicios por el movimiento de personas con discapacidad. Como se ha señalado en diversos trabajos [15], la autodeterminación y el control por parte de las personas usuarias está en la base del desarrollo en diversos países de prestaciones económicas que facilitan el acceso a los servicios de cuidado. Planteados en cierto modo como cheques servicio, el objetivo de estos modelos no es en cualquier caso el de liberalizar el acceso a los cuidados –aunque en algún caso pudiera serlo–, sino el de otorgar a las personas usuarias una mayor capacidad de elección y control en relación con los servicios –generalmente, aunque no solo, de cuidado y asistencia personal– que pudieran requerir.

En relación con este tipo de enfoques, un estudio del SIIS realizado en 2011 [16], indicaba que todas estas prestaciones tienen en común que:

- sus beneficiarios directos son las personas usuarias, es decir, las personas que necesitan apoyos para las actividades de la vida diaria; y
- se otorgan para que la persona usuaria se encargue de adquirir o de compensar con ellas la atención que requiere, prestada, según los casos, por entidades de servicios, cuidadores profesionales autónomos o cuidadores informales.

Se articulan como alternativas a la prestación de servicios en especie, es decir, ofrecen la posibilidad de sustituir la atención diseñada, organizada y prestada –directa o indirectamente– desde los servicios sociales públicos, por la atención diseñada, organizada y contratada por la propia persona usuaria, dotándola para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por utilizar prestaciones económicas en sentido estricto, es decir, cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por utilizar una asignación económica individual consistente en poner a disposición de la persona usuaria un presupuesto o fondo personal o individual, expresado en horas de apoyo o en cuantía económica.

No puede olvidarse que la extensión a partir de las décadas de 1980 y 1990 de este tipo de modelos responde a una crisis tanto organizativa –determinada por la rigidez y los imperativos administrativos asociados a la prestación pública de servicios–, como financiera –centrada en la dificultad de sostener económicamente la prestación pública de servicios sociales ante la creciente demanda de servicios–. En ese contexto, el problema esencial que las nuevas políticas debían resolver era ampliar la oferta servicios sin que eso se tradujera en una presión excesiva en los costes. Esta necesidad entraba en contradicción con los límites

presupuestarios y fiscales, pero también con la inercia y lo que se percibía como una excesiva burocratización de los modelos vigentes, de modo que se vio necesario encontrar nuevas fórmulas organizativas que hicieran viable la expansión del sistema combinando diversos objetivos:

- reducir los gastos de funcionamiento, mediante una utilización más eficiente, eficaz y racional de los recursos disponibles;
- incrementar los recursos económicos destinados a la prestación de servicios sociales personales para garantizar su capacidad de respuesta a las previsiones poblacionales;
- regular el acceso al sistema público de servicios sociales para dar contenido al derecho de las personas en situación de necesidad y evitar la discrecionalidad hasta entonces vigente;
- diversificar la gama de servicios disponibles para favorecer el paso de un modelo marcadamente institucional a un modelo comunitario y para reforzar la existencia de soluciones de carácter preventivo que retrasasen o evitasen el recurso a soluciones más costosas.

No debe olvidarse por otra parte que, simultáneamente a la crisis administrativa y económica del modelo, se estaba produciendo un movimiento de fondo en la población atendida, a resultas del cual se fue imponiendo una corriente que, desde un enfoque progresista y de reconocimiento de derechos, pretendía establecer un sistema de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, de su libre elección y de su autodeterminación. En ese sentido, puede decirse que las demandas y deseos manifestados por las personas usuarias de contar con servicios menos estandarizados, más ajustados a las

necesidades individuales, y más variados, que les permitieran elegir las opciones más adecuadas y participar activamente en el diseño de su paquete de apoyos estaba en sintonía con las necesidades constatadas por la propia Administración en términos de ampliación y diversificación de la red y en términos de eficiencia y agilidad en la organización y el funcionamiento del sistema.

Así es como los valores de personalización de la atención, de empoderamiento, de autodeterminación y de derecho de elección se integraron en el discurso público de los diferentes modelos de servicios sociales y como se impuso, en todos ellos, la necesidad de ajustar mejor la oferta de servicios y el modelo de atención a las necesidades individuales y, en lo posible, a las preferencias de la persona usuaria. Se pasaba así del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función de las necesidades individuales.

#### **g. El modelo de recuperación (*recovery*) en el ámbito de la salud mental**

Claramente vinculado al enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad, el modelo de recuperación en salud mental (*recovery*) constituye el principio organizativo clave que subyace en los servicios de salud mental de países como Nueva Zelanda (desde 1998), Estados Unidos (2003), Australia (2003), Irlanda (2005) o Escocia (2006) [17]. Sus planteamientos coinciden plenamente con los de la personalización.

La idea central del *recovery* –cuyo origen se sitúa en los años noventa en los Estados Unidos–, es que cualquier persona que sufre una enfermedad mental puede recuperarse de la misma. El concepto de recuperación surge de una amalgama de movimientos intelectuales y sociales que abarcan la antipsiquiatría, el movimiento

de los “supervivientes de la psiquiatría” (*psychiatric survivors*) o la defensa de los derechos humanos, especialmente de colectivos tradicionalmente excluidos [18]. El propio concepto de la recuperación refleja el énfasis actual en los derechos y autonomía de los pacientes, pero también descansa en buena medida en el auge de las críticas a la psiquiatría –especialmente a las orientaciones más biológicas y a los tratamientos psicofarmacológicos– y a un modelo de servicios asistenciales públicos que de alguna manera es visto como favorecedor de la dependencia. Los principios de la recuperación resumen bien esa necesidad de un cambio de orientación del sistema:

- La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
- Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
- Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al formato de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
- Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
- La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separada de la enfermedad o discapacidad.
- El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades, o por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
- El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.
- La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es central para muchas personas en su proceso de recuperación.

#### **h. El enfoque de la co-producción**

Los modelos orientados a la personalización se basan también en el enfoque de la co-producción, especialmente vinculado al empoderamiento y activación de las personas usuarias en la definición y provisión de sus cuidados. La co-producción puede definirse como una relación en la que los profesionales y los ciudadanos comparten el poder de planificar y prestar ayuda juntos, reconociendo que ambos tienen contribuciones vitales que hacer para mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades. Desde ese punto de vista, la coproducción:

- considera las personas usuarias como activos con capacidades;

- rompe las barreras entre los usuarios de los servicios y los profesionales;
- aprovecha las capacidades de las personas;
- incorpora las ideas de reciprocidad (cuando las personas obtienen algo a cambio de haber hecho algo por los demás) y de trabajo en común (personas que trabajan juntas para lograr sus intereses comunes);
- impulsa el recurso a redes de apoyo personal y al trabajo con pares, junto a las redes profesionales;
- impulsa el papel de las organizaciones como agentes de transformación, en lugar de ser meros proveedores de servicios.

### i. La rehabilitación psicosocial

Muchos de los elementos relacionados con la personalización están también claramente presentes, en el ámbito de la salud mental, en el modelo de rehabilitación psicosocial. La rehabilitación psicosocial (RPS) es una dimensión de la intervención en salud mental: se trata tanto de una ética como de una práctica que opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por un trastorno mental grave y persistente [19]. La RPS se refiere a un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades en el desempeño de la vida diaria (la tarea del vivir) de las personas que padecen problemas de salud mental de una gravedad e intensidad que limitan el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales.

Para ello, la RPS pone en práctica muy diversas técnicas, desde técnicas específicas de desarrollo de habilidades sociales, estimulación cognitiva o psicoeducación

familiar hasta otras menos específicas y/o de amplio espectro como el acompañamiento terapéutico o el seguimiento comunitario; y todo ello lo hace desde valores como la autonomía, la participación, la normalización y la responsabilización. Algunos de estos valores son especialmente relevantes desde la reciente perspectiva de la recuperación, que añade a los anteriores el énfasis en la asunción por parte del interesado de la dirección de su propio proyecto vital y en la construcción de un sentido y significado de la propia vida, a la vez que da máxima relevancia al desarrollo de expectativas positivas y propicia cuantas oportunidades de empoderamiento sean posibles.

La rehabilitación psicosocial se relaciona claramente con el enfoque de la desinstitucionalización. Entre los principios que mejor definen esta apuesta estratégica cabe destacar:

- El foco de atención de las intervenciones en salud mental comunitaria no son las técnicas, sino los contextos (biográficos, relacionales, asistenciales, etc.).
- La rehabilitación ha de comenzar por rehabilitar los dispositivos que prestan la atención, con una alerta constante ante el riesgo de nuevas formas de re-institucionalización en los nuevos servicios ambulatorios o comunitarios.
- Es imprescindible alentar la máxima implicación posible de los usuarios en el despliegue de los nuevos servicios. La clínica está al servicio de la emancipación y la mejor socialización de los pacientes.
- Hay que evitar como sea toda forma de segregación, así como la medicalización y psiquiatrización de los conflictos y el sufrimiento humano.

### j. Avances en el ámbito de la infancia: el interés superior del menor y la teoría del apego

También en el ámbito de la intervención con la infancia y la juventud se han producido avances significativos desde el punto de vista de la personalización. Cabe hacer referencia en ese sentido, por una parte, al principio del interés superior del menor y, por otra, a la teoría del apego.

El interés superior del menor es un principio básico recogido en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, que establece en su artículo 3 que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Ese principio ha sido progresivamente incorporado a la normativa estatal y autonómica sobre derechos de la infancia. Especialmente a partir de las reformas normativas de 2015<sup>5</sup>, que concretan el concepto, aportan criterios para la valoración del interés superior del menor y lo dotan de una triple naturaleza: como derecho sustantivo y subjetivo del menor, como principio general informativo e interpretativo y como norma de procedimiento. Aunque esta materialización del interés superior del menor tiene que adaptarse a las circunstancias concretas de cada caso, se establecen unos criterios generales de aplicación que se resumen en:

- derecho a la vida, necesidades básicas físicas, materiales, educativas, emocionales y afectivas;
- derecho a la participación y consideración de sus deseos, opiniones y sentimientos;
- la conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia, así como el derecho a su familia de origen y priorización en caso contrario al acogimiento familiar frente al residencial; y,
- la preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual.

Desde una perspectiva más ligada a la intervención, la teoría del apego aporta un modelo de comprensión del estilo de las relaciones primarias del/la menor o el/la adolescente. El elemento esencial de la teoría del apego es la construcción de un vínculo que ayude a los niños, niñas y adolescentes a superar experiencias previas de vinculación inadecuadas para alcanzar sentimientos de seguridad y protección, partiendo de la base de que los niños y niñas tienen un impulso biológico para buscar el vínculo y la proximidad en términos de supervivencia, normalmente, con la persona cuidadora principal.

Esta teoría requiere que los y las profesionales tengan un conocimiento previo y ajustado de la persona. Para Fernández del Valle et al. [47], “el papel de los educadores es el de tratar de ofrecer una experiencia de vinculación nueva, como adultos dispuestos a responder a las necesidades, a ser sensibles para reconocer sus emociones, a manifestarles aceptación valorándoles por lo que son con independencia de su conducta, y a implicarse con ellos en un trabajo conjunto y participativo”. De acuerdo a estos autores, “estas experiencias pueden modificar las pautas de vinculación y comportamiento que los niños han aprendido desde pequeños y pueden tener una segunda

5. La Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección de la infancia y adolescencia, cuyas modificaciones afectan a varias normas entre las cuales se encuentran la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, el Código Civil, la Ley de Adopción Internacional o la Ley de Enjuiciamiento Civil.

oportunidad para desarrollar vínculos afectivos, seguridad y sentimientos de autonomía y autoeficacia". La continuidad entre el concepto de personalización que se plantea en este documento y el concepto de apego manejado en la intervención infantil y juvenil es obvia, en la medida en que se basan en un interés común por la autonomía individual, la seguridad de las personas, la vinculación relacional y la búsqueda del bienestar material y psicológico.

#### **k. El enfoque de la transición a la vida adulta o la vida independiente**

En los últimos años, parece despertar cada vez más el interés de los expertos e investigadores por los modelos de intervención socioeducativa con adolescentes y jóvenes en dificultad o en desventaja social, especialmente cuando se trata de jóvenes que se encuentran en el periodo de la denominada adolescencia tardía, entre los 16 y los 19 años de edad. Se trata de jóvenes que se enfrentan, más tempranamente que otros de su generación, al reto de iniciar una vida adulta autónoma e independiente en el momento mismo en que cumplen los 18 años y alcanzan la mayoría de edad [20].

Ante la problemática de estos jóvenes, se plantea la necesidad de profundizar en el apoyo institucional que se les presta a través de unas nuevas políticas de transición: unas políticas sociales que han de tener en cuenta tanto las particulares características y necesidades de esta población como sus circunstancias generacionales, caracterizadas por cambios frecuentes y recursivos en su vida cotidiana: en el lugar donde residen, en los espacios que frecuentan, en el trabajo, en las relaciones de pareja, personales y familiares o en la ocupación de su tiempo de ocio. Este enfoque requiere la puesta en marcha de políticas integradas de transición, lo que supone la superación de la atención compartimentada y fragmentada en las

políticas de juventud, y un avance en la comprensión y gestión más eficaz de la complejidad de la vida de los jóvenes en la era actual. Estos planteamientos coinciden con los enfoques que se han analizado en las páginas precedentes.

A partir de estas consideraciones, la transición de los jóvenes a la vida independiente ha ido configurándose como un enfoque esencial en el ámbito de las políticas de infancia, adolescencia y juventud. Para López et al. [21], la transición a la vida independiente se define como el proceso por el cual el adolescente va asumiendo nuevos roles y haciendo frente a nuevas tareas relacionadas con la adquisición de unos niveles de autonomía cada vez mayores respecto a sus adultos de referencia. Este camino culmina al completar el proceso educativo, encontrar un trabajo, ser capaz de mantener relaciones maduras y establecer su propio hogar. Aunque la fase intensa de este proceso se da a partir de los 18 años, existen numerosos ejemplos de intervención que comienzan a preparar esta transición antes de alcanzar la mayoría de edad.

La adopción de este enfoque implica también diseñar las intervenciones con este colectivo a partir de algunos elementos clave, como son:

- la consideración de la red de apoyo social de la que disponen los jóvenes y adolescentes atendidos como elemento clave de la intervención;
- el desarrollo de habilidades sociales que induzcan al sujeto a superar su necesidad de ser tutelado, llevándole hacia la plena autonomía;
- la mejora de las habilidades sociales de las personas atendidas, al objeto de mejorar su capacidad de acceso al mercado laboral, así como influir sobre las conductas que se mantienen respecto al manejo de su propia salud y su capacidad para evitar situaciones de riesgo.

## Marcos normativos aplicables

Junto a los referentes conceptuales vinculados a la idea de la personalización que acaban de describirse, no cabe duda de que este enfoque se apoya en unos marcos normativos y legales que vienen promulgándose desde hace tiempo en nuestro entorno. Estos marcos legales hacen que la personalización sea algo más que un marco conceptual o filosófico, para convertirse en un paradigma que necesariamente debe ser aplicado –con implicaciones prácticas concretas– en el diseño y la prestación de los servicios.

Brevemente, los principales marcos normativos en los que el concepto de personalización está presente son los siguientes:

- La Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada en 2006 y ratificada por España en 2008, señala como el primero de sus principios el “respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”. Además, en su artículo 19 la Convención señala que “los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:
  - Las personas con discapacidad tengan 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;
  - Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la Asistencia Personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta”
- En esa línea, es importante señalar que, tras la correspondiente reforma por parte del Parlamento, la Constitución española (CE) va a incorporar una nueva redacción de su artículo 49 que establece que “los poderes públicos garantizarán la plena autonomía e inclusión social de las personas con discapacidad, respetando sus preferencias y su libertad de elección”.
- De acuerdo, asimismo, con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que también reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con el resto de la ciudadanía (artículo 12), cabe mencionar la reciente aprobación de la Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Esta reforma del Código Civil, por tanto, es trascendental dado que garantiza el reconocimiento de la igualdad de las personas con discapacidad intelectual ante la ley, que hasta ahora no tenían garantizados en el marco legislativo algunos derechos básicos. Los diferentes movimientos asociativos han reivindicado que las figuras como la tutela o la patria potestad prorrogada eran contradictorias con dicho artículo de la convención.
- El artículo 3 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece entre sus principios el de la personalización

de la atención “teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades”. Por su parte, el artículo 4 establece entre los derechos de las personas dependientes el de “participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación”.

- Por su parte, el artículo 7 de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la CAPV establece entre sus principios los de universalidad, igualdad y equidad, proximidad, prevención, integración y normalización, atención personalizada e integral y continuidad de la atención, participación ciudadana y calidad. Además, el artículo 8, al regular el modelo de atención, establece que el Sistema Vasco de Servicios Sociales tendrá como referencia en su funcionamiento el enfoque comunitario, de proximidad de la atención, y más concretamente:
  - favorecerá la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local, contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación;
  - posibilitará la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio, y articulará, cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, alternativas residenciales idóneas, por su tamaño y proximidad, a la integración en el entorno;
  - diseñará el tipo de intervención adecuada a cada caso, sobre la base de una evaluación de necesidades y en el marco de un

plan de atención personalizada, que, al objeto de garantizar la coherencia y la continuidad de los itinerarios de atención, deberá elaborarse con la participación de la persona usuaria y deberá incluir mecanismos de evaluación y revisión periódica que permitan verificar la adecuación del plan a la evolución de las necesidades de la persona;

- asignará a cada persona o familia un profesional o una profesional de referencia en el Sistema Vasco de Servicios Sociales, al objeto de garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones

Finalmente, la Ley vasca de Servicios Sociales establece entre los derechos de las personas usuarias, entre otros, el derecho a la autonomía, entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada; el derecho a dar o a denegar su consentimiento libre y específico en relación con una determinada intervención; o el derecho a tener asignado una profesional o un profesional de referencia, que procure la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención.

## Los tres niveles de la personalización

Como se ha visto en las páginas precedentes, junto a los planteamientos conceptuales especialmente orientados al ámbito de la atención directa a las personas usuarias, el concepto de personalización de los servicios sociales en el que se basa este documento incorpora algunos elementos relacionados con el diseño del conjunto de las políticas de servicios sociales y con los mecanismos de

acceso a los mismos. Esta dimensión enlaza con una concepción de la personalización –especialmente extendida en los países anglosajones y particularmente impulsada por las organizaciones de personas con discapacidad– orientada a facilitar la libertad de elección de las personas usuarias en lo que se refiere a las prestaciones y servicios que quieren recibir, al lugar en el que quieren recibirlas y a la persona o entidad que quieren que los preste.

Desde ese punto de vista, el enfoque de personalización que defiende esta guía se apoya en la idea de que el objetivo de la personalización no se refiere únicamente a la planificación y la intervención individual –y a los elementos organizativos que la hacen posible–, sino que se refiere también al diseño general de las políticas sociales, a las fórmulas de acceso a los servicios y de asignación de los recursos, y al funcionamiento de las estructuras organizativas que permiten –y determinan– el funcionamiento de los servicios de atención directa. La personalización no puede empezar cuando una persona ha accedido a un centro o a un servicio y/o cuando empieza a ser atendido por sus profesionales.

Esto implica la necesidad de reflexionar sobre las posibilidades para la personalización de los servicios sociales desde tres niveles concéntricos –en cierta medida arbitrarios y en todo caso estrechamente vinculados– que podríamos llamar macro, meso y micro.

- El nivel macro se refiere al diseño general de las políticas sociales y tiene mucho que ver con la definición del catálogo de servicios que se ofrecen a las personas, y con las formas de acceso a ellos, o con la normativa que los regula.
- El nivel meso tiene que ver con aspectos organizativos generales de los centros y servicios, entre los que podría señalarse la ubicación y el diseño arquitectónico de los

centros, la normativa interna que regula el funcionamiento de cada servicio, centro o programa, la organización del personal (ratios, cualificaciones, funciones...), las exigencias y las condiciones que se establecen a las personas o las posibilidades de participación de las personas usuarias.

- El nivel micro tiene que ver con la persona y con la intervención individual: con la evaluación de las necesidades de cada personal con la planificación de la atención, con el contenido de las actividades que se realizan, con la organización del día a día, con las herramientas disponibles para recoger la opinión y la perspectiva de las personas usuarias, con los soportes metodológicos necesarios para la evaluación de la intervención, etc.

Obviamente, se trata de cuestiones interrelacionadas, difíciles de encasillar, y que se condicionan mutuamente. En todo caso, el cuadro siguiente puede ayudar, con algunos ejemplos, a distinguir entre las tres dimensiones a las que la personalización hace referencia.

—  
**Cuadro 2.**  
**Los tres niveles de la personalización**

<p><b>Personalización en el nivel macro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos organizativos que garanticen la posibilidad de elegir entre diferentes servicios o modalidades</li> <li>• Mecanismos organizativos que garanticen la posibilidad de elegir las entidades proveedoras de los servicios o el centro / servicio al que se quiere acudir</li> <li>• Normativa general respecto a la organización de los servicios, ratios y cualificaciones, y condiciones de acceso</li> <li>• Mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial entre sistemas</li> <li>• Sistemas generales de evaluación y de establecimiento de estándares de calidad</li> </ul>
<p><b>Personalización en el nivel meso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño arquitectónico y ambiental de los centros y de las viviendas</li> <li>• Cultura organizacional</li> <li>• Organización, dotación y cualificación del personal de cada centro, servicio o vivienda, así como de las cuidadoras familiares y asistentes personales.</li> <li>• Normativa aplicada en cada centro como, por ejemplo, los horarios, los criterios de expulsión del servicio</li> <li>• Sistemas de participación de las personas usuarias</li> </ul>
<p><b>Personalización en el nivel micro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas individuales de diagnóstico y valoración de necesidades</li> <li>• Soportes metodológicos para la planificación de la atención individual y para la elaboración y el seguimiento de planes individuales de atención</li> <li>• Actividades realizadas u ofrecidas a cada persona</li> <li>• Provisión de cuidados y apoyos</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.



# Capítulo 2. La personalización de los Servicios Sociales



## 2.1. Los principios y derechos inherentes a la atención personalizada

Los modelos y enfoques que se han señalado previamente, así como la experiencia práctica de las entidades guipuzcoanas que han participado en la elaboración de este manual, se basan en una serie de principios claramente coincidentes. Los principios en los que se basa la personalización –tal y como se entiende en este documento– se pueden resumir, y agrupar, de la siguiente manera:

- **Dignidad.** La dignidad implica el reconocimiento y el respeto inherente a la condición humana, con independencia de sus circunstancias. Se entiende como el atributo intrínseco de la persona que, en cualquiera de sus etapas y circunstancias vitales, debe poder ejercer su autonomía moral y sus derechos para orientar su existencia hacia el logro de un plan de vida propio, acorde con sus preferencias y deseos. La dignidad implica por tanto reconocer, respetar y valorar a las personas como individuos con capacidades, preferencias y deseos, independientemente de sus circunstancias. La dignidad exige, además, igualdad de oportunidades en relación al resto de la ciudadanía e implica también otros derechos, como la privacidad, la intimidad o, por supuesto, la protección frente a cualquier tipo de maltrato.
- **Derechos.** Preservar la dignidad de las personas lleva implícito integrar en el paradigma de atención el enfoque de los derechos, dando por superado el modelo asistencialista y discrecional. De esta forma, los apoyos necesarios para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y para los procesos de inclusión y participación social han de despojarse de las ideas basadas en el asistencialismo que estigmatizan a las personas, para pasar a un enfoque de derechos. Las personas no han de ser consideradas meras receptoras de recursos, sino titulares de derechos y ciudadanos/as iguales.
- **Autodeterminación, elección y control.** La personalización parte del principio de que todas las personas tienen plena capacidad jurídica para tomar decisiones, incluidas las vinculadas con su cuidado y atención –aunque en su caso pueda requerir determinados apoyos, tanto personales como técnicos, para materializar su voluntad– e implica el reconocimiento de la capacidad de elección, de acción o pensamiento independiente, incluyendo la disposición a asumir cierto grado de riesgo razonable y/o calculado. La persona no solo debe situarse en el centro de la atención, sino, sobre todo, en el núcleo de la decisión sobre sus necesidades de apoyo, para lo cual debe articularse un conjunto de apoyos individualizados, flexibles, compatibles y transitables de manera ágil para satisfacer sus necesidades y deseos. El empoderamiento de las personas usuarias se configura así en un elemento clave de la personalización, en la medida en que permite que la persona actúe como el principal protagonista de su propia vida, manteniendo o mejorando la calidad de vida personal.
- **Integralidad.** Las intervenciones que se planifiquen han de contener actuaciones

dirigidas a satisfacer el conjunto de necesidades de cada persona: las básicas (salud psicofísica y funcionalidad), las emocionales (afectividad y relaciones personales) y las sociales. Este criterio de globalidad ha de considerarse en todos los programas que se contemplen en las planificaciones y en el mismo proceso de intervención, desde una dimensión sistémica en la que deben interactuar los diversos agentes del proceso: personas atendidas, familia, profesionales, ambiente físico y psicológico y contexto comunitario [10].

- **Perspectiva de género e interseccionalidad.** La personalización requiere tener en cuenta todas las características individuales de las personas; entre ellas, una de las más relevantes y significativas es el género. Sea cual sea el tipo de centro o programa, o el perfil de persona atendidas –personas mayores, con dependencia, con discapacidad, con enfermedad mental en situación de exclusión social, niños, niñas o adolescentes...–, adoptar una perspectiva explícita de género constituye un requisito esencial para la personalización<sup>6</sup>, en la medida en que las necesidades, las

biografías y las expectativas de las personas atendidas están en gran medida determinadas por el género [22].

La perspectiva de género requiere, al mismo tiempo, adoptar una perspectiva basada en el concepto de interseccionalidad. Como se explica en el Manual básico sobre género y discapacidad elaborado por COCEMFE [22], podemos definir la interseccionalidad como “los complejos, irreductibles, variados y variables efectos que resultan cuando múltiples ejes de diferencia –económica, política, cultural, psíquica, subjetiva y experiencial– se intersecan en contextos históricos específicos”. En este sentido, un análisis interseccional será aquel en el que integremos las experiencias de vida marginalizadas, al tiempo que subrayamos la importancia de entender el poder y el privilegio en sus múltiples manifestaciones. La teoría de la interseccionalidad, por tanto, permite el análisis de relaciones complejas de desigualdad.

- **Participación.** La autodeterminación implica la participación de las personas usuarias, también a diversos niveles. En el plano individual, la persona usuaria debe poder participar tanto en la identificación y enunciación de necesidades individuales, como en la toma de decisiones sobre el tipo o circunstancias en que desean recibir esos apoyos. Es también importante hacer partícipes a las personas usuarias de la intervención y fomento de su responsabilidad en los procesos de cambio. En el plano colectivo, las personas usuarias –o sus familiares– deben también participar en la toma de decisiones sobre la organización y la gestión de los centros y programas. La participación tiene además una doble dimensión: la participación de la persona y del círculo de apoyo en las diferentes fases que influyen a la provisión de apoyos, por un lado, y la participación social, cultural o política, por otro.

---

6. La perspectiva o mirada de género es aquella que tiene en cuenta las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres existentes en todos los aspectos de la realidad, es decir, visibiliza el modo en que el género puede afectar la vida y las oportunidades de las personas para resolver sus problemas y dificultades o desarrollar sus proyectos y capacidades. Para aplicar un enfoque de género, es fundamental tener en cuenta que los modos y formas concretas de la desigualdad pueden ser específicos en función de la cultura y múltiples circunstancias determinantes. Introducir la perspectiva o enfoque de género también nos ayuda a cuestionar determinadas visiones o prácticas de la intervención social, de protección, asistencialismo o victimización, basadas en la idea de vulnerabilidad, que pueden contribuir a profundizar la dependencia y la situación de discriminación que produce tal vulnerabilidad. La diferencia de enfoque permite distinguir entre una mirada protectora y una de empoderamiento.

- **Incondicionalidad.** La personalización de la atención implica también la necesidad de adoptar planteamientos incondicionales, en el sentido de evitar la imposición a las personas usuarias de los valores morales de los y las profesionales, de las entidades o incluso del conjunto de la sociedad. Más allá del cumplimiento de las reglas básicas de convivencia, la atención personalizada implica por tanto evitar la aplicación de criterios de merecimiento –la idea de que determinadas personas merecen la ayuda que reciben y otras no, debido a sus comportamientos o elecciones personales– y la apertura de los servicios a personas con conductas, hábitos o valores que no necesariamente coinciden con los mayoritariamente aceptados. En ese contexto, la incondicionalidad de la intervención se traduce en la aplicación de criterios variables de exigencia y en la capacidad para adaptar los objetivos y las normas de las intervenciones a la situación concreta –y a las opciones personales– de cada persona.

La incondicionalidad se traduce en un trato adecuado (respetuoso, confirmatorio, exento de juicio de valor) a la persona que requiera cualquier tipo de atención, y precisa una relación profesional no culpabilizadora, que no achaque a déficits o carencias individuales las dificultades que se derivan de situaciones estructurales respecto a las que las personas no tienen capacidad de control.

- **Calidad de vida (vida de calidad).** La personalización parte, como antes se ha señalado, del enfoque de calidad de vida, en la medida en que se acepta que los procesos de atención o intervención social tienen por objeto mejorar la calidad de vida de las personas y facilitar que vivan una vida de calidad. Se parte de la aspiración y derecho de toda persona –independientemente de su situación o capacidades– a tener la mejor vida posible,

una vida de calidad, una vida que merezca la pena ser vivida, una vida no impuesta por las limitaciones y/o por las decisiones de otros/as. Ello implica reconocer la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, así como que es el propio individuo quien determina, desde su subjetividad, la importancia que concede a los diferentes ámbitos que conforman el concepto de calidad de vida.

El diseño de las intervenciones y su evaluación debe por tanto guiarse por la posibilidad de impulsar mejoras en términos de calidad de vida: es decir, en términos de desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material. Si un proceso de intervención no genera mejoras en esos ámbitos –aunque ofrezca cuidados o mejoras en otros aspectos– difícilmente puede considerarse personalizada.

- **Inclusión social.** La atención personalizada implica apostar por la inclusión social, entendida como concepto multidimensional: si la exclusión social es multicausal, la inclusión social es multidimensional y se refiere a las múltiples necesidades de las personas, ya sean materiales, económicas, relacionales, educativas, de salud o de vivienda. Ninguna de las dimensiones de la inclusión –el empleo, la vivienda, la salud, las necesidades de cuidados, las relaciones personales, la educación, etc.– es más importante que otra, salvo que esa mayor importancia se derive de las opciones y prioridades de cada persona. En ese marco, los apoyos no deben estar orientados exclusivamente a satisfacer las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, aseo, vestido, tareas domésticas, etc.), sino que deben orientarse también a una dimensión social, es decir, a la inclusión y participación de la

persona en la comunidad en condiciones de igualdad.

En el ámbito de los Servicios Sociales para personas con enfermedad mental, con discapacidad o en situación de exclusión, especialmente, intervenir desde el enfoque de la inclusión social implica [23]:

- la necesidad de transitar de un modelo rehabilitador o normalizador a un modelo de inclusión que traslada el eje de atención de la persona al entorno social y a la garantía de los derechos sociales, a partir de la consideración de que buena parte de los factores de exclusión tienen su origen y solución en lo comunitario y en lo estructural;
  - la necesidad de que los programas de inclusión trabajen, al margen de la empleabilidad, otras dimensiones vitales como pueden ser el ocio, las actividades culturales, el voluntariado u otras actividades comunitarias o de interés social (de reciprocidad, interdependencia, gratuidad o solidaridad), o los desempeños familiares; y
  - la necesidad de superar los recursos orientados a la capacitación o la cualificación e impulsar la orientación hacia el empoderamiento y la defensa de derechos, vinculados intrínsecamente con la dignidad de la persona.
- **Atención en (y por) la comunidad, en entornos ordinarios.** La atención –los cuidados, los apoyos, los acompañamientos– deben preferentemente desarrollarse en la comunidad y, a ser posible, por la comunidad, a partir de la movilización, uso y coordinación de los recursos cercanos a la persona. Los servicios deben darse además, en la medida de lo posible, en entornos ordinarios y normalizados, y sólo

en situaciones determinadas debe optarse por contextos especiales o segregados.

- **Derecho a la orientación y a la información.** En un sistema tan complejo y fragmentado, la atención personalizada debe proporcionar un mapa adecuado sobre las posibilidades, opciones y alternativas que tiene a su alcance la persona y sobre su situación concreta. La capacidad de elección no puede ejercerse sin información, y es preciso ofrecer a las personas el acompañamiento y la orientación que precisan para poder tomar sus decisiones con la suficiente información. El recibir información plena y suficiente para garantizar la capacidad de elección conlleva a que la información y la comunicación en la intervención tienen que ser accesibles, transparentes y adaptadas a la forma de comunicarse de cada persona.

## 2.2. Características básicas de la personalización

Además de esos principios básicos, una atención personalizada debe tener determinadas características que se derivan –o complementan– los principios señalados. Estas características inherentes al enfoque de la personalización son las siguientes:

- **La consideración de la singularidad de cada persona: valores, proyectos vitales, trayectorias biográficas, hábitos, gustos, preferencias, expectativas.** La personalización consiste en reconocer a la persona como única y diferente del resto. A partir de esa idea, el diseño de la intervención y de los servicios tiene que estar basado en los intereses, expectativas, metas y/o deseos reales de las personas, tanto en lo que se refiere a la definición de los objetivos de las intervenciones como

en lo que se refiere a su contenido. Cada persona es experta en su propia vida: un proceso de personalización comienza por conocer a la persona, pasando tiempo con ella e interiorizando su sistema de valores. Las personas construimos nuestro sistema de valores a través de nuestra experiencia vital. La historia de cada persona es única y debe ser entendida (si la persona desea compartirla) desde la interpretación que la persona hace de ella. Esto ayuda a comprender el valor de sus decisiones, el contexto, y a una toma de decisiones respetuosa en caso de que en algún momento la persona no pueda decidir por sí misma.

- **El objeto de la intervención: cuidar, apoyar, acompañar, educar.** Al margen de las necesidades específicas de cada persona, la atención personalizada debe estar orientada a ofrecer tanto cuidados como apoyos, dos términos que no deben ser confundidos. Como explica Plena Inclusión, “hablamos de **cuidados** cuando las necesidades que se cubren están en la base de la pirámide Maslow: alimentación, higiene o seguridad, por ejemplo. También cuando el foco está en realizar la tarea (asear a la persona cuidada, por ejemplo), más que en su participación, aunque esa participación siempre debe tenerse en cuenta”. Por el contrario, “hablamos de **apoyos** cuando las necesidades que se cubren están en cualquier parte de la pirámide de Maslow: desde la alimentación o la higiene hasta la participación política, la creación literaria o las relaciones personales. También cuando el foco no está tanto en conseguir algo (votar o asearse), sino en que la persona apoyada participe, tome decisiones y sea más autónoma”.

La atención personalizada también tiene que estar orientada a facilitar a determinadas personas el acompañamiento que necesitan y en

algunos casos, además, debe tener un carácter socioeducativo o psicosocial, al objeto de que las y los usuarios adquieren conocimientos, actitudes, hábitos o capacidades útiles para su desenvolvimiento autónomo o integración y/o inclusión social.

Además, la intervención debe estar orientada a reforzar las capacidades y fortalezas de las personas, y no sólo a paliar o compensar sus déficits o debilidades: poner a la persona en el centro implica, entre otros aspectos, que se le prestan apoyos sin quitarle poder o capacidad de decisión, es decir, se parte de lo que es importante para ella para definir después los apoyos que puede requerir para llegar a ello. Los apoyos, entonces, se definen después de conocer las áreas de interés de desarrollo de la persona. Para ello es necesario considerar a las personas desde una visión positiva, que ponga el foco en sus capacidades y no se centre solo en sus limitaciones, problemas, enfermedades... y facilitar que tenga el control de su vida con los apoyos necesarios.

- **Modelos organizativos y de intervención flexibles y adaptables.** Los apoyos (prestaciones o servicios) han de adaptarse y adecuarse a las personas, y no la persona a los apoyos diseñados con carácter general. Los derechos han de ser universales, pero para que sean efectivos, han de ajustarse a las necesidades de cada persona en lo referido a los importes, los requisitos, procesos, etc. En esa misma línea, los apoyos han de ajustarse a las circunstancias y necesidades que en cada momento tenga la persona, lo que exige que los servicios y prestaciones sean compatibles, transitables entre sí, y ágiles en los procedimientos.
- **Apoyos comprometidos y transversales.** El círculo de apoyo para poner en marcha

las acciones que ayuden a la persona a conseguir sus objetivos debe construirlo la persona. En ocasiones se incluirá a técnicos que pueden ofrecer apoyos especializados que ayuden a avanzar a la persona. Las personas pueden ser personas queridas por la persona (familia, amigos, vecinos...) o no, pero siempre deben ser personas comprometidas con ofrecer apoyos de calidad a la persona. Desde este enfoque de atención se reconoce por tanto el importante papel que tienen en la vida de las personas sus apoyos naturales o personas significativas. La atención se entiende como un proceso colaborativo en el que también participa la red de la persona que recibe los apoyos.

- **La (des)profesionalización de la atención.** Como se explica más adelante, la personalización de los cuidados y los apoyos precisa un cambio en la forma de entender el papel de los y las profesionales. Se trata de un cambio complejo que implica a la vez una mayor profesionalización –en términos de cualificación, empoderamiento, reconocimiento social y condiciones laborales– y una cierta desprofesionalización –no de la persona profesional, pero sí de la atención– en la medida en que la capacidad de decisión se le atribuye a la persona usuaria y no a la persona profesional. El profesional se reconfigura como acompañante, como compañero o compañera, y no como autoridad. Su función es la de ofrecer apoyos activos para la participación y la elección –además de cuidados, obviamente, en los casos en los que sea necesario– y la de acompañar en procesos de cambio y en relaciones de ayuda.

Al mismo tiempo, la personalización requiere referencias técnicas individualizadas, permanentes y continuadas y, como se señala más adelante, dotaciones, condiciones

laborales y mecanismos de supervisión profesional adecuados.

- **La continuidad de la atención, el carácter integral de las intervenciones y el concepto de ecología de apoyos.** Los apoyos deben tener un carácter transversal, implicando no sólo al sistema de servicios sociales, sino también a otros sistemas (vivienda, formación, empleo, salud, garantía de ingresos, tecnología, etc.), debiendo abordarse desde un enfoque multidisciplinar (social, jurídico, tecnológico), y con la coordinación y colaboración de los diferentes agentes públicos y privados, con especial incidencia en el Tercer Sector Social que representa a las personas que requieren de apoyos. Este carácter integral requiere la construcción de ecosistemas de cuidados y de una ecología de apoyos, que permiten a las personas recibir los cuidados y los apoyos que precisan a través de redes colaborativas formadas por los agentes formales e informales. En ese marco, la continuidad de la atención es esencial, así como el trabajo coordinado de los diferentes sistemas (empleo, vivienda, salud, etc.).

**Cuadro 3.**  
**Qué es y qué no es la personalización**

	Qué es la personalización	Qué no es la personalización
<b>Perspectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrado en la persona y sus resultados. La persona tiene derechos y es singular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrado en el servicio y sus resultados. Perspectiva institucional. Las personas se clasifican por características.</li> </ul>
<b>Foco y tema principal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presunción de capacidad. Cualidades, valores, motivaciones y preferencias de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presunción de incapacidad. Déficits, limitaciones, enfermedades. Pérdida del foco de la singularidad.</li> </ul>
<b>Condiciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libre elección, autodeterminación y autonomía, para: de quién y de qué recurso quiere recibir apoyos, dar su opinión, participar en su proceso, en su entorno o en el diseño y evaluación del plan de atención. Protagonismo de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imposición por parte del sistema del recurso “más adecuado” y de quién debe prestar el apoyo. Rol paternalista y asistencialista. La persona participa pero no decide; intervención dirigida por la figura profesional y este propone y evalúa los planes. Hablar de la persona sin su participación.</li> </ul>
<b>Plan de apoyos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustado a planes de vida construidos por las personas. Orientado a la persona y centrado en la calidad de vida. Hacer sentir a la persona que es un caso es único.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan del servicio o de logros/Plan de cuidados y modelo rehabilitador. Orientado al caso (la persona siente que su caso es “uno más”): los importes, requisitos, procedimientos o los propios servicios son uniformes para todas las personas.</li> </ul>
<b>Proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuado y adaptado a la evolución y momento vital de la persona, incluidos momentos de retroceso. Coherencia de la intervención en función de las necesidades de acompañamiento. Intervención global.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención y seguimientos parciales, interrumpidos e incoherentes con la evolución de la persona. Los apoyos se proveen en función del servicio al que acude. Sistema lineal y excluyente cuando hay “errores” o “incumplimientos”.</li> </ul>
<b>Integralidad / entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perspectiva comunitaria y trabajo en red. Participación de la persona en el entorno desde la igualdad. Consideración del entorno natural de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de la persona al servicio (p.e: focalizar en cubrir plazas). Intervención generalista y estandarizada centrada en el espacio donde residen. Centrar los recursos/prestaciones en un único nivel y limitar las opciones (encuadre en SS.SS).</li> </ul>
<b>Profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La persona es experta y la intervención es horizontal. El rol de la figura profesional es facilitar los procesos hacia una vida digna. Actitudes/aptitudes abiertas al cambio.</li> <li>Figuras de referencia estables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El/la profesional es el/la experto/a. La intervención es vertical y el rol es asistencialista. Resistencias al cambio.</li> <li>Cambios y multitud de referencias.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación, lenguaje y herramientas accesibles.</li> </ul>	
<b>Sistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articulación y coordinación entre sistemas y profesionales. Procedimientos más ágiles y eficaces. Focaliza en la sostenibilidad de la vida (apoyos, relaciones, calidad de vida...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragmentación de la atención y la coordinación. Procedimientos largos, complejos y descoordinados. Focaliza o se centra en la rentabilidad económica.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empoderamiento y desarrollo personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debilitación de la persona. Recurso o profesional conoce exclusivamente las necesidades.</li> </ul>
<b>Prospección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las nuevas iniciativas valen la pena incluso con un escaso impacto inicial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden aplicarse a gran escala y de manera generalizada.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### 2.3. Ética y personalización

La personalización es, entre otros elementos, un imperativo ético. A la inversa, los principios de la bioética obligan a materializar de una forma determinada el enfoque de la personalización. Como explica Goikoetxea [24], la perspectiva ética reclama a las personas tomar decisiones y realizar acciones que generen el mayor beneficio posible a los seres humanos, empezando por nosotros mismos. En ese marco, la dignidad es la categoría ética fundamental cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas.

Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social, pues en dicho reconocimiento se fundamenta la obligación de buen trato a las personas dependientes. Quien tiene dignidad exige ser tratado con consideración y respeto, con igual consideración y respeto que el resto. Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción, facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de cualquier orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales. Es de esta exigencia de buen trato de la que emanan todos los derechos de las personas. En el trato digno a las personas –señala esta autora– está siempre en juego una cuestión de Derechos Humanos y justicia, que desbordan los marcos de las relaciones intersubjetivas.

Goikoetxea añade que cuando nos planteamos cómo atender adecuadamente, conforme a su dignidad a las personas dependientes, no nos conformamos con no hacer daño y con evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que

las personas puedan vivir de acuerdo a su modo de ser propio y puedan continuar su desarrollo biográfico e histórico logrando una vida realizada. Para ello requieren apoyos, entornos y relaciones que posibiliten alcanzar los propios objetivos. Para lograrlo se necesita empoderar a las personas, haciéndole protagonista y responsable de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su “calidad de vida”.

En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Se formula como la obligación de cada sujeto a respetar sus propios principios y valores y a desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de los mismos. Dicho principio obliga a cada cual a actuar de acuerdo a nuestra conciencia moral haciéndonos responsables de nuestros actos. Las personas, en virtud de su dignidad, son capaces de proponerse sus propios fines, y además están obligados a perseguirlos.
- El principio de beneficencia puede formularse como la obligación de procurar el bien a aquel con quien tienes un compromiso de responsabilidad, respetando sus propios valores y proyecto de vida. Este principio es exigible, sobre todo, a las personas que tienen relaciones de atención profesional o de cuidado informal con otras.
- El principio de no maleficencia se formula como la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano.
- En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a

las posibilidades de lograr una vida realizada en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc.

Es entonces necesario aplicar la perspectiva ética a la hora de afrontar las deliberaciones que puedan darse en el proceso de atención a las personas desde un enfoque de personalización, poniendo siempre en el centro del debate el sistema de valores de la persona, sin el cual no podría llevarse a cabo el abordaje, ni podrían tomarse decisiones.

## 2.4. Las dimensiones organizativas en las que se plasma la personalización

Como se ha señalado previamente, la personalización afecta a muy numerosos ámbitos o dimensiones organizativas de los Servicios Sociales. Aunque la personalización se entiende a menudo como una cuestión exclusivamente relacionada con la atención directa, implica también otros aspectos o dimensiones de la organización del conjunto del sistema, como la determinación del catálogo de servicios y las formas de acceso a los recursos, el papel de los y las profesionales, las dinámicas organizativas de las entidades, el diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros, la normativa que regula la vida en los centros, la planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas, la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones colectivas, o la inclusión en la comunidad.

Se analiza a continuación cada uno de esos aspectos:

### a. Determinación del catálogo de servicios y las formas de acceso a los recursos: la importancia de la libre elección

La primera materialización de la personalización se refiere a la posibilidad de poder optar entre diferentes alternativas para la recepción de los cuidados y apoyos necesarios. No hay personalización posible si las opciones que se plantean a las personas con necesidades de apoyo son manifiestamente limitadas o inadecuadas, y si la persona carece de posibilidades reales de elección.

La capacidad de elección de las personas usuarias se plantea en dos niveles diferentes:

- El primero se refiere a la articulación de la cartera o el catálogo de servicios y a la posibilidad real de poder optar entre diferentes alternativas: en el caso de las personas dependientes, por ejemplo, la posibilidad de optar entre un centro residencial, una vivienda tutelada, un centro de día, un servicio de asistencia domiciliaria, una prestación económica, o una combinación de varias de estas alternativas. Esta materialización de la personalización requiere por tanto la existencia de una gama amplia de recursos y, además, el despliegue real de estos recursos en el territorio, de forma que las posibilidades de elección sean reales y efectivas: no se puede hablar de personalización ni de autodeterminación si únicamente hay un tipo de centro o servicio disponible.

En lo que se refiere al catálogo y la oferta de servicios, la personalización de la atención requiere también garantizar la continuidad de la atención: es decir, la posibilidad de que los recursos que ofrecen a la persona se adecúen a la evolución de sus necesidades, ya sea modificando las características de la atención que se recibe –por ejemplo, la intensidad de los apoyos–, ya sea facilitando el acceso a centros de otro tipo. No hay personalización de la atención si las personas quedan atrapadas –a menudo por razones administrativas–

en recursos que han dejado de adecuarse a sus necesidades. Plantear la continuidad de la atención implica además reconocer que si bien determinados procesos –como la dependencia en las personas mayores, por ejemplo– pueden ser lineales, otros están caracterizados por cambios, avances, retrocesos y recaídas, lo que obliga a combinar la continuidad de la atención con la espiralidad de las necesidades.

Sin embargo, como se señala en el apartado relativo a los riesgos y límites de la personalización, la posibilidad de elección de las personas usuarias puede estar constreñida por razones prácticas –y, en última instancia, económicas– o por cuestiones relacionadas con la prescripción profesional: en muchos casos –en las situaciones de desprotección infantil, por ejemplo– determinadas opciones pueden ser inadecuadas, inconvenientes e incluso contraproducentes, y la elección no puede quedar exclusivamente en manos de la persona usuaria<sup>7</sup>. En todo caso, siendo conscientes de la existencia de estos límites y riesgos, la personalización de la atención requiere, en general, la existencia de una oferta de servicios amplia y, sobre todo, variada, de cara a que las personas pueden ejercer una capacidad de elección real.

- El segundo nivel se refiere a la elección de la persona o entidad que va a prestar el servicio elegido o el centro en el que se va a recibir. Volviendo al ámbito de la dependencia, además de poder elegir entre una prestación económica de

cuidados en el entorno familiar, un servicio de asistencia domiciliaria o el ingreso en una residencia, las personas deberían ser capaces de poder elegir el centro o la entidad que les va a prestar ese servicio, en el caso de que opten por una atención profesional. Aunque –como se señala más adelante– la lógica de la libre elección puede plantear problemas y riesgos importantes, no cabe duda alguna de que la personalización implica dotar a las personas usuarias de posibilidades reales para elegir el centro o el servicio al que quieren acceder. Además, la capacidad de elección también hace referencia a la intensidad del apoyo, las prestaciones o actividades que se incluyen, los horarios o la adecuación a circunstancias excepcionales, y no solo al proveedor de servicios.

También en este caso las posibilidades de opción pueden estar limitadas por cuestiones prácticas o económicas, y es evidente que la aplicación de la libre elección no puede ser la misma en función de las características o problemáticas de las personas atendidas; es en cualquier caso importante tener en cuenta esta dimensión de la personalización, e insistir en la importancia de la libre elección de los centros, las empresas o los profesionales que van a ofrecer cuidados o apoyos a las personas, independientemente de cuál sea su problemática o situación (dependencia, discapacidad, exclusión).

Se recogen a continuación algunos ejemplos relativos a la forma en la que este principio de libre elección se ha materializado en otros países de nuestro entorno.

7. Para evitar esos riesgos, la normativa vigente en la CAPV establece en todo caso una clara opción por dar prioridad, en caso de duda o conflicto, a la prescripción profesional, a quien corresponde, en última instancia, la decisión sobre la asignación de los recursos.

**Cuadro 4.**  
**Experiencias de interés para facilitar la libre elección de las personas usuarias**

<p><b>Apoyo auto-dirigido en Escocia</b></p>	<p>En Escocia, la importancia concedida a la autonomía y autodeterminación de las personas usuarias se materializó en la introducción en 2014 del <i>Self Directed Support</i> o Apoyo Autodirigido. En el marco de ese sistema, las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una prestación económica (<i>direct payment</i>) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa y que contrata directamente;</li> <li>• un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria. La entidad utiliza ese presupuesto para diseñar un paquete de atención concreto, de acuerdo con la persona usuaria.</li> <li>• un servicio de atención directa contratado y/o directamente prestado por la autoridad local. En ese caso, la autoridad local responsable puede recurrir tanto a una empresas privada, una entidad sin fin de lucro, como a la prestación directa de los servicios con sus propios recursos.</li> <li>• una combinación de las tres opciones anteriores.</li> </ul>
<p><b>Prestación personalizada de atención en Francia</b></p>	<p>El sistema de atención a la dependencia se articula fundamentalmente en torno a una prestación económica –la <i>Allocation Personnalisée d’Autonomie</i> (APA)– que se concede a las personas mayores de 60 años que acreditan una situación de dependencia mediante un baremo de ámbito estatal y con las que se establece un plan individualizado de atención.</p> <p>La prestación presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se desarrollan los cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En su modalidad a domicilio (<i>APA a domicile</i>), la prestación se destina la financiación de las ayudas necesarias para el mantenimiento en el domicilio en función de la situación personal de cada persona beneficiaria: horas de ayuda doméstica, servicio de comida a domicilio, telealarma, trabajos de adaptación de la vivienda, etc. Permite igualmente financiar la adquisición de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones, camas medicalizadas, etc.</li> <li>• En su modalidad institucional (<i>APA en établissements</i>), la prestación se destina a la cofinanciación de la tarifa aplicada por los centros residenciales para la financiación de la atención personal.</li> </ul> <p>Como en otros países de Europa, la libertad de elección del tipo de prestatario de servicios de atención constituye un principio clave del sistema de protección francés. En virtud de esa capacidad de elección, las personas eligen si quieren acceder a la APA a domicilio o en residencia y, una vez realizada esa elección, el servicio concreto que quieren utilizar (ya sea un centro residencial, ya sea una entidad prestadora de servicios de asistencia domiciliaria), siempre lógicamente que exista una oferta suficiente en el territorio.</p> <p>De esa forma, la persona usuaria puede elegir acceder a una residencia o un servicio de asistencia domiciliaria de titularidad pública o de titularidad privada, cofinanciando en ambos casos las tarifas aplicadas por el centro o servicio mediante la APA.</p>

[...]

<b>Ley de libertad de elección en Suecia</b>	<p>Los municipios suecos son responsables de la prestación del conjunto de los servicios a las personas mayores dependientes, incluyendo tanto los servicios domiciliarios como los servicios residenciales. No existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios, etc.) pueden corresponder a cada persona, así como, en el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, el número de horas y las tareas a realizar.</p> <p>Independientemente del servicio elegido, las personas usuarias tienen la posibilidad de seleccionar la empresa o entidad que lo prestará. Estas entidades pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, correspondiendo a la persona usuaria la selección del proveedor (que, además, puede ser sustituido en caso de que la persona usuaria no esté satisfecha con el servicio). En caso de que la persona no elija una entidad específica, el Ayuntamiento le asigna una de las empresas o entidades que operan en el municipio.</p> <p>La posibilidad de elegir la entidad proveedora se deriva de la Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (<i>Lagen om valfrihetsystem</i>) de 2009, mediante la cual se fomenta la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad contratante ha firmado un contrato.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia.

## b. El papel de los y las profesionales

Más allá de las posibilidades de elección del tipo de centro o de servicio por parte de las personas usuarias, no cabe duda de que la personalización supone esencialmente un cambio cultural y, sobre todo, un cambio en las culturas y en las prácticas profesionales. Se ha señalado anteriormente en ese sentido que la personalización implica un proceso simultáneo y complementario de profesionalización y desprofesionalización, en la medida en que:

- por una parte, como se señala más adelante, la personalización exige mejorar las dotaciones profesionales, la cualificación técnica del personal y sus capacidades de auto-gestión, así como la garantía de unas condiciones laborales

adecuadas (tanto desde el punto de vista de la remuneración como de la protección frente a riesgos laborales de naturaleza psicosocial).

- por otra, la personalización exige un profundo cambio cultural en el rol de los profesionales, cuya función se debe centrar prioritariamente en ofrecer los cuidados y apoyos que las personas precisan, teniendo siempre en cuenta la autodeterminación de esas personas y su protagonismo en la elección de los objetivos de la intervención, por encima incluso del criterio profesional<sup>8</sup>. El saber
- 
8. Como explica Díaz-Vega, [25] "las auxiliares dejan de ser auxiliares y se convierten en profesionales de referencia con competencias determinadas. Cada cuidador trabaja con un pequeño grupo de personas a las que conoce de manera especial y que vela

profesional deja de ser el principal criterio de autoridad, y se imponen otras capacidades, como la empatía, la inteligencia emocional, la motivación o la gestión de relaciones.

En ese marco, la personalización requiere un modelo profesionalizado que busque la calidad de vida [11]. Los/as profesionales de los servicios se convierten en apoyos para que las personas usuarias sigan adelante con proyectos de vida y éstos cobren un sentido positivo. El cambio en los roles profesionales implica cambios en diferentes elementos, todos ellos claramente interrelacionados:

- La potenciación de la figura del referente profesional, tanto en los centros como en los servicios y programas: en los procedimientos de diagnóstico y valoración de necesidades, de acceso y derivación a los servicios, en el seguimiento de las personas y en la elaboración de los planes individualizados y los proyectos de vida. Independientemente de las problemáticas atendidas, la personalización de la atención pasa por tener referentes estables y significativos durante el proceso de atención, ya sea como profesionales de referencia en los Servicios Sociales de Base o en los centros y programas de atención, como gestores de caso en programas especializados. Contar con referentes continuados durante todo el proceso de atención es otro de los elementos relevantes en relación con

---

por sus derechos, tiene contacto con su familia y establece esa relación de confianza tan necesaria, algo que sin duda exige que los profesionales nos coloquemos en otros lugares de actuación. Pasamos de una estructura jerárquica a un espacio más horizontal y colaborativo, de manera que los médicos, las enfermeras, las psicólogas ponen a disposición del resto de profesionales, usuarios y familiares todos sus conocimientos para resolver problemas o identificar recursos y necesidades. Algunos autores lo han denominado un cambio cultural”.

la potenciación de la figura del referente profesional, ya sea dentro de una misma prestación o ya sea cuando una persona transite de una prestación a otra, en la medida en que la personalización de la atención está estrechamente ligada con el continuum de atención.

- El desarrollo de nuevos roles y equipos de atención en los centros y programas. Estos profesionales precisan de competencias diferentes a las que requiere el modelo de atención convencional. Como ya se indicado en otros documentos [26], los profesionales ya no deciden solos cómo han de ser las cosas. Deben ser capaces de construir relaciones de ayuda con a las personas a través de apoyos más “horizontales”, en los que la persona atendida tiene un papel central y activo. Esto requiere un plus de profesionalidad, pero también la capacidad de des- aprender una parte de sus rutinas, de sus prioridades, de sus valores y de sus formas de intervención.
- Si se aspira a la personalización de la atención, el principal cometido de las personas profesionales pasa a ser el buscar oportunidades y apoyos para la capacitación y la autodeterminación de las personas usuarias, manteniendo –por otro lado– las capacidades profesionales para prestación de cuidados y apoyos, para el acompañamiento y para la intervención socioeducativa y psicosocial. Como se explica en el cuadro siguiente, los roles profesionales son muy diferentes en los modelos orientados al servicio y en los orientados a las personas.

Roles profesionales en los modelos orientados al servicio	Roles profesionales en los modelos orientados a las personas
El/la profesional evalúa y prescribe lo que la persona necesita, lo que hay que hacer con ella en el centro o servicio.	El/la profesional conoce la biografía, los gustos y estilos de vida de la persona. Con esta base, orienta, apoya, asesora, consensúa, ofrece apoyos, teniendo muy en cuenta lo que la persona quiere y asume.
Los/as profesionales se reúnen para evaluar y proponer los planes de atención para las personas usuarias.	Las personas, si lo desean, pueden participar en el proceso de diseño y evaluación del plan de atención.
Se prioriza la seguridad y el bienestar físico.	La seguridad y el bienestar físico se equilibran con el bienestar emocional y las preferencias de las personas.
Los/as profesionales hacen las cosas, las tareas de la vida diaria "por" las personas.	Los/as profesionales hace las cosas, las tareas "para y con" las personas.
Los/as profesionales transmiten la necesidad de confiar en ellos/as y trasladan pocas responsabilidades a las personas.	Los/as profesionales señalan la importancia del diálogo, del consenso y de que cada uno –profesional y persona usuaria– debe asumir su responsabilidad.

Fuente: Martínez *et al.* (2014).

- La personalización de la atención, desde el punto de vista de los y las profesionales, implica también la necesidad de profundizar en habilidades personales y profesionales que hagan posible la comunicación y la intervención socioeducativa con personas que tienen culturas, valores, idiomas, religiones o hábitos diferentes<sup>9</sup>. Ello hace necesario la extensión competencias interculturales, entendidas como la capacidad de dar respuestas satisfactorias en procesos interculturales, incorporando comportamientos, actitudes y conocimientos que ayuden a la interacción social. La competencia intercultural se manifiesta cuando los profesionales entienden, aprecian, reconocen y respetan

las diferencias, siendo capaces de ajustar sus prácticas y organizaciones al desarrollo de intervenciones efectivas en contextos de diversidad [27]. Las diferencias, por otra parte, pueden ser culturales, pero también se relacionan con el juicio ético o moral del comportamiento ajeno.

- Otro elemento muy relevante es la estabilidad de los profesionales que cuidan, que aporta mucha seguridad a las personas residentes y fomenta que se formen equipos estables de trabajo entre las profesionales. Además, esta continuidad facilita que las personas se conozcan entre sí en un entorno de confianza, sobre todo aquellas que cuentan con dificultades de comunicación, y esto permite tener mucho mayor conocimiento acerca de sus valores, rutinas, preferencias, gustos, formas de relacionarse, etc. De manera que se dan los mimbres para que se organicen grupos humanos en el que

9. Si bien es cierto que estas capacidades se requieren actualmente, sobre todo, en el ámbito de la exclusión social y la desprotección infantil, cabe pensar que se extenderán a lo largo de los próximos años al conjunto de los Servicios Sociales.

unos cuidan a los que son cuidados y los unos aprenden de los otros [25].

La personalización de la atención está también íntimamente relacionada con las ratios profesionales y con la intensidad de la atención. Además de suficientemente cualificados, los equipos profesionales requieren dotaciones suficientes, que permitan prestar de forma adecuada las labores de cuidado, apoyo o acompañamiento, ofreciendo a cada persona la intensidad de los cuidados y apoyos que precise o requiera. Para que la planificación de los apoyos pueda darse centrándose en cada persona, los tiempos de trabajo deben incluir, además de la atención directa, un porcentaje de tiempos fuera de ésta, para la reflexión, tratamiento de la información, reuniones o la planificación. En esa misma línea, la personalización de la atención requiere –teniendo en cuenta el tipo de servicio, centro o programa concreto– la existencia de equipos multidisciplinares –itinerantes o compartidos en algunos casos, específicos en otros– que ofrezcan determinadas prestaciones específicas (sanitarias, terapéuticas, ocupacionales, de atención psicológica o de intervención socioeducativa y psicosocial, etc.).

- Finalmente, no pueden dejarse de lado –cuando hablamos del papel de los profesionales en la personalización de la atención– las cuestiones relacionadas con las condiciones laborales, con el seguimiento, apoyo y la supervisión que se ofrece a los/as profesionales y con las medidas que se adoptan para la prevención de los riesgos psicosociales asociados a la práctica profesional. Aunque unas buenas condiciones laborales no garantizan, *per se*, la calidad de la atención, difícilmente puede hablarse de atención de calidad cuando los y las profesionales no acceden a unas condiciones laborales suficientes.

### **c. Las dinámicas organizativas de las entidades prestadoras de los servicios**

La personalización de la atención implica, y parte, de un profundo cambio organizacional en las entidades prestadoras de los servicios: junto a los roles y dinámicas profesionales, el conjunto de la organización debe evolucionar hacia modelos de gestión que permitan una mayor personalización: organizaciones más flexibles, menos rígidas, más horizontales y participativas, más orientadas a la calidad de vida de las personas usuarias.

La personalización de la atención promueve un profundo cambio en la cultura asistencial que produce impactos en las entidades prestadoras de servicio, ya que la adopción de esta nueva perspectiva puede implicar cambios en la formación de todos los profesionales, en la dinámica del equipo interdisciplinar, en el empoderamiento de los diferentes perfiles profesionales, en el cambio de rol de los profesionales especializados, en la organización de los espacios físicos del servicio, en la flexibilización de horarios, en la personalización del calendario de actividades de la persona dentro del servicio, en la implicación de la familia, en la incorporación de la comunidad en la dinámica del servicio, etc. [7]

Los elementos que actúan de facilitadores del cambio de modelo son [28]:

- El liderazgo por parte de los responsables de la organización y del centro o servicio.
- Un clima organizacional favorable al cambio.
- La disposición o apertura del centro u organización a la revisión y al continuo aprendizaje.
- Una comunicación clara a todos los implicados (personas mayores, profesionales, familias...).
- La participación y el compromiso de los profesionales de atención directa.

- La formación y el apoyo continuado en el proceso de cambio a los equipos de atención directa.
- La adaptación del proceso de cambio a cada organización.
- La progresividad del proceso de modo que se propongan cambios asumibles.

En ese marco, siguiendo el modelo de cambio organizacional planteado por Martínez, es relevante estructurar una estrategia a partir de las siguientes fases y acciones:

**Cuadro 5.**  
Fases y acciones para el cambio organizativo

Fases para liderar el cambio	Acciones a realizar
Prepararse para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de variables organizacionales que facilitan o dificultan el cambio.</li> <li>• Información a los distintos agentes.</li> <li>• Definición adecuada de las figuras profesionales que prestan los apoyos, también en el ámbito del domicilio (y su encaje legal adecuado: contratos, seguridad social, etc.).</li> <li>• Formación básica a los profesionales.</li> <li>• Abordaje de las resistencias.</li> </ul>
Construir un liderazgo compartido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificación y consenso de valores, misión y visión del centro.</li> <li>• Creación de un grupo líder promotor del cambio.</li> <li>• Acordar el carácter multidisciplinar de los apoyos.</li> </ul>
Conocer la situación de partida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación inicial (toma de medidas en distintas variables relacionadas con las personas, organización, atención, etc.).</li> <li>• Revisión participativa.</li> </ul>
Crear una ruta propia de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño inicial del plan de mejora.</li> <li>• Información sobre el plan de mejora y consenso.</li> <li>• Puesta en marcha del plan de mejora.</li> <li>• Acompañamiento, apoyo y formación a los profesionales en las medidas de cambio.</li> <li>• Incorporación de nuevas aportaciones.</li> </ul>
Seguir siempre avanzando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de seguimiento.</li> <li>• Identificación y puesta en valor de los logros.</li> <li>• Nuevas medidas de cambio y actuaciones para la consolidación de logros.</li> <li>• Acciones para fomentar la creatividad y un clima de continuo progreso.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Martínez *et al.* (2013).

En una línea similar, los Cuadernos Prácticos sobre Atención Centrada en la Persona elaborados por la Fundación Matia [29] proponen avanzar en cinco fases:

- Sensibilizar.
- Lograr un liderazgo del cambio interno y compartido.
- Conocer la situación de partida.
- Crear una ruta propia de mejora.
- Evaluar los cambios y dar continuidad al proceso.

En ese contexto, lo que facilita la implementación del modelo es:

- La interiorización y adopción de los valores y prácticas de la personalización para el conjunto de la organización, fomentando comunicación efectiva y horizontal, la escucha activa, la toma de decisiones conjunta o el aprendizaje continuo y compartido.
- El liderazgo por parte de las personas responsables del centro, servicio u organización.
- La participación y el compromiso de los/as profesionales de atención directa.
- La sensibilización y comunicación a todas las personas implicadas.
- La formación y el apoyo continuado en el proceso a los equipos de atención directa, así como su dignificación y reconocimiento social.
- La adaptación del proceso a cada organización.
- La progresividad.

#### **d. El diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros y la importancia de la desinstitucionalización**

Por diversas causas, una parte importante de los Servicios Sociales se ofrecen en centros y,

más especialmente, en centros residenciales y/o en viviendas. Desde la perspectiva de la personalización, el diseño físico, arquitectónico y ambiental de estos centros es esencial, desde dos puntos de vista estrechamente relacionados:

- Por una parte, desde el punto de vista arquitectónico y ambiental: la configuración física de los centros es determinante para la personalización de la atención.
- Por otra parte, desde el punto de vista del tipo de alojamientos disponibles, en términos de tamaño pero, sobre todo, de su naturaleza y ubicación: en este aspecto es esencial destacar la importancia de la vida independiente y de la desinstitucionalización<sup>10</sup>, en la medida en que la personalización implica que la gama de apoyos residenciales y de alojamiento que se ofrecen a las personas atendidas desde los Servicios Sociales deben ser, en la medida de lo posible, ordinarias, normalizadas, e independientes.

El impacto del diseño físico de los centros en la calidad de vida de las personas atendidas ha sido particularmente analizado en el caso de las personas mayores y, particularmente de las personas con demencia. Y puede decirse que existe una creciente evidencia científica en relación al impacto del entorno físico en la calidad de vida de las personas mayores que viven en un centro residencial.

Las revisiones de la literatura realizadas en relación al impacto del entorno físico en la calidad de vida de las personas mayores

---

10. Al igual que el concepto de vida independiente, la desinstitucionalización es ampliamente utilizada en la literatura de referencia. Este concepto se refiere a la importancia de que las personas estén vinculadas a la vida que desean llevar en el entorno al que pertenecen. Ello no significa que los apoyos no puedan seguir ofreciéndose por parte de las instituciones.

–y, más concretamente, de las personas residencializadas– arrojan resultados concluyentes: la forma en la que se articula el espacio interno y externo de los centros residenciales, junto a la relación de estos con el entorno, juega un papel esencial en numerosos aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas mayores residencializadas, así como en las condiciones de trabajo de los profesionales y la satisfacción de las personas cuidadoras. Desde ese punto de vista, el entorno físico es un componente integral de la atención basada en la persona que se presta en los centros residenciales y su diseño arquitectónico resulta crucial para promover la salud, el bienestar y la personalización de la atención de la población residente<sup>11</sup>.

A partir de esas evidencias, el diseño de entornos terapéuticos se incluye cada vez en mayor medida dentro de los enfoques no farmacológicos para minimizar el efecto que produce el deterioro físico y cognitivo asociado a la edad en las capacidades de las personas: un entorno diseñado específicamente para personas con demencia puede fortalecer y estimular la utilización de las capacidades que se mantienen, ralentizar su pérdida, e

11. La más reciente y exhaustiva revisión de la literatura publicada en los últimos años en relación a esta cuestión [30] indica con claridad que la mejora del entorno físico en el que viven las personas se considera, cada vez más, como uno de los factores clave en la mejora de la calidad de vida de las personas. En las tres últimas décadas, la literatura especializada ha demostrado la relación existente entre el diseño de espacios poco acogedores y agradables y el incremento de ciertos síntomas en los pacientes con demencia, como son la desorientación espacial, la ansiedad, la agitación y el retraimiento o aislamiento social. Por el contrario, el cuidado del entorno y el diseño de espacios físicos acogedores ha demostrado ser un factor positivo para la evolución de estos pacientes, dando lugar a una reducción de los síntomas de ansiedad y agitación, potenciando un incremento de las relaciones sociales de estos pacientes y generando una mayor autonomía de los mismos para realizar las actividades de la vida diaria [31].

ir supliendo aquellas que se van perdiendo. Un entorno pensado, diseñado y ejecutado adecuadamente para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas que lo habitan y/o utilizan puede llegar a ser una herramienta muy útil para aminorar los síntomas asociados a las demencias como la deambulación, desorientación, agitación, retraimiento social y otros.

A partir de la bibliografía existente, de las experiencias acumuladas y de las características del proceso de envejecimiento, se puede considerar que existen cuatro niveles básicos de actuación para garantizar las necesidades de las personas mayores desde el punto de vista del diseño arquitectónico y de ambientes:

- **Accesibilidad.** La accesibilidad universal es un requisito indispensable en un entorno diseñado para dar respuesta a las necesidades de las personas, más aún en los entornos pensados para las personas con cualquier tipo de necesidad especial. A la hora de diseñar y planificar los entornos físicos en los que han de residir las personas mayores o con discapacidad u otras con otras situaciones se debe prestar atención a diferentes dimensiones asociadas a la accesibilidad, como la movilidad, la comunicación, la comprensión o el uso. Estas cuatro dimensiones de la accesibilidad están irremediablemente relacionadas y son complementarias unas de otras.
- **Seguridad, bienestar y confort.** Los centros de servicios residenciales deben garantizar, entre otros derechos, la seguridad de las personas que residen en ellos. Especialmente en el caso de las personas mayores, los principales riesgos en cuanto a seguridad derivan de los problemas de movilidad y de los problemas conductuales asociados a ciertos síntomas cognitivos. Por ello, las acciones para garantizar la seguridad irán encaminadas a la supresión

de elementos u obstáculos susceptibles de ser golpeados, añadir elementos o apoyos que faciliten la movilidad y aumenten la sensación de seguridad, eliminar brillos, destellos, colores estridentes, a propiciar recorridos adecuados para la deambulación y a controlar el riesgo de fuga asociada a la demencia, por ejemplo.

Junto a los aspectos relativos a la seguridad, la búsqueda del máximo grado de bienestar y confort se configura como un elemento clave en lo que se refiere al diseño arquitectónico de los centros residenciales desde la óptica de la calidad de vida de las personas usuarias, su estimulación sensorial, etc. Los aspectos básicos sobre los que, de acuerdo a la literatura científica consultada, se suele intervenir en relación a estos elementos son los relacionados con la iluminación, la temperatura y el ruido; el mobiliario, los accesorios y el equipamiento; y la disponibilidad de zonas exteriores ajardinadas y/o al aire libre.

- **Sensación hogareña o escala humana.** El ambiente doméstico u hogareño –el sentirse como en casa– y la escala humana de los entornos residenciales son, probablemente, los elementos que en mayor medida se relacionan con la calidad de vida de los entornos residenciales, y con su personalización. Es también uno de los elementos, de todos los relacionados con la definición y el diseño de los centros residenciales, que ha recibido en los últimos años una mayor atención en la literatura científica.

La literatura académica [32] pone de manifiesto que el hecho de sentirse como en casa se relaciona con una serie de aspectos concretos, que se pueden dividir en tres grandes categorías: los factores psicológicos (autonomía, control, reconocimiento, preservación de los hábitos y valores propios), los factores

sociales (interacción y relación con el personal, las amistades, la familia y las mascotas), y los factores relacionados con el entorno construido (el espacio privado, el público y el semipúblico, las pertenencias personales, el uso de la tecnología, los elementos estéticos, la ubicación del centro y sus alrededores...). Más concretamente, el ambiente hogareño se relaciona con elementos tales como:

- la definición de los espacios privados, con particular atención al diseño y las características de las habitaciones y de los baños.
- los espacios semipúblicos, que pueden, en función de su diseño contribuir a la generación de espacios hogareños o, por el contrario, a la creación de espacios masificados y despersonalizados, con espacios comunes que se asemejan a salas de espera, en lugar de a salas de estar;
- la posibilidad de disponer y utilizar las pertenencias personales para decorar y amueblar los espacios individuales (lo que se relaciona estrechamente con la personalización);
- la apariencia estética de las instalaciones (arquitectura, diseño interior, limpieza, mantenimiento, color, iluminación, etc.); y
- la ubicación del centro y las características de las zonas circundantes.

Estos elementos provocan mejoras demostrables en la calidad de vida de las personas residentes. De acuerdo a las revisiones realizadas [31], los entornos residenciales que evocan espacios y ambientes hogareños o domésticos (por ejemplo, amplios ventanales, más espacio para muebles y objetos personales en las habitaciones de los pacientes, decoración de los pasillos y zonas comunes, etc.) se asocian con una mejora en el estado emocional y el rendimiento intelectual

de las personas usuarias, así como una mayor interacción social, autonomía y participación comunitaria de las mismas. Además, generan una disminución de los comportamientos agitados y las conductas agresivas, físicas y verbales.

- **Individualización de los espacios.**

Con la accesibilidad, la seguridad y el ambiente hogareño, la individualización de los espacios es el cuarto de los niveles básicos de intervención que se plantea en la literatura consultada desde el punto de vista del diseño arquitectónico y ambiental de los centros residenciales. En ese ámbito, es posible identificar cuatro grandes elementos que definen el potencial de personalización de los centros residenciales desde el punto de vista ambiental y arquitectónico: el tamaño o escala humana del centro; la disponibilidad de habitaciones y baños individuales; la posibilidad de decorar y amueblar las habitaciones, y el resto de las instalaciones, con objetos y muebles propios; y la disponibilidad de espacios diversos, en los que desarrollar actividades y mediante los cuales crear un gradiente de usos entre lo público y lo privado.

Además de la configuración física de los alojamientos, la cuestión del tipo de alojamiento –y de su ubicación– constituye otra de las dimensiones esenciales de la personalización. En ese sentido, los principios de desinstitucionalización y vida independiente se configuran como nucleares. Aunque la desinstitucionalización no se limita únicamente a los lugares en los que se produce el alojamiento de las personas usuarias –también se relaciona con la utilización de los recursos comunitarios–, la cuestión del alojamiento tiene una importancia esencial en el marco de una atención personalizada.

Como explica la Estrategia Vasca para Personas sin Hogar, en el ámbito de los

Servicios Sociales se ha aceptado de forma casi unánime el gradual abandono de las grandes instituciones residenciales y su sustitución por servicios de base domiciliaria o por soluciones residenciales dispersas y de pequeño tamaño, a fin de permitir que las personas en situación de vulnerabilidad puedan vivir, con garantías, en la comunidad. En efecto, el modelo institucional de asistencia cada vez se considera más inadecuado. Existe una creciente evidencia de que, independientemente de la cantidad de dinero que se gaste en las instituciones, las características de la asistencia institucional dificultan la prestación de una calidad de vida adecuada a los usuarios, el aseguramiento del disfrute de los derechos humanos y la consecución del objetivo de inclusión social [33].

De acuerdo con la *European Social Network*, la desinstitucionalización o transición hacia la atención basada en la comunidad implica un cambio en el tipo de atención que se presta a las personas vulnerables. Las personas usuarias deben ser valoradas y consultadas, y deben ser atendidas en un espacio alternativo a los grandes equipamientos de tipo institucional, que se adapte a sus necesidades y preferencias, y en el que puedan recibir los apoyos necesarios. No se trata de una serie de cambios puntuales, sino de un proceso que no concluye nunca: no se trata de sacar a la gente de unos edificios llamados instituciones, sino de ayudar a las personas a tener, o a recuperar, el control sobre sus vidas y a sentirse incluidos e incluidas en la sociedad a la que pertenecen.

Es probablemente en el ámbito de la discapacidad donde este enfoque está más extendido y aceptado, hasta el punto de recogerse en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrito por el Estado español. En su artículo 18, la Convención establece el derecho de las personas con discapacidad a recibir “una

gama de servicios de apoyo en los hogares, en residencias y a través de otros servicios comunitarios, incluyendo la asistencia personal necesaria para apoyar la vida y la inclusión en el seno de la comunidad, y para evitar el aislamiento y la segregación". La convención obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la asistencia institucional mediante un proceso de realización progresiva. Esto requiere que los Estados tomen medidas utilizando al máximo sus recursos, con vistas a alcanzar progresivamente la plena realización de los derechos en cuestión [34].

En concreto, en la Observación número 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad de las Observaciones Generales adoptadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas se establece que "los Estados partes deben adoptar una estrategia y un plan de acción concreto para la desinstitucionalización". Esta observación añade que "no deben de ampliarse las instituciones, no deben entrar nuevos residentes cuando otros las abandonen y no deben establecerse sistemas de vida "satélite" que son una ramificación de las instituciones, es decir, que tienen la apariencia de una forma de vida individual (apartamentos o viviendas individuales) pero que gravitan en torno a las instituciones" y que, además, los programas de desinstitucionalización tienen que darse junto con servicios integrales, programas de desarrollo comunitario y de sensibilización, ya que en su defecto, las reformas de desinstitucionalización serán insuficientes.

El objetivo de la desinstitucionalización –tanto en el ámbito de la discapacidad como en relación al resto de las personas atendidas por los servicios sociales– es permitir a las personas atendidas utilizar la misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida,

participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas que elija cada persona. La atención comunitaria significa:

- Usar un alojamiento situado entre los del resto de la población, que sea adecuado, apropiado y accesible para la persona.
- Usar la gama de opciones de alojamiento normalmente disponible para la población en general.
- Permitir que las personas, en la mayor medida de lo posible, elijan dónde, con quién y cómo van a vivir.
- Prestar toda la ayuda requerida para que las personas participen con éxito en la comunidad.

La desinstitucionalización, en cualquier caso, no se plantea de la misma forma en el caso de todas las personas y necesidades. El objetivo de la desinstitucionalización puede alcanzarse:

- Ofreciendo servicios de apoyo y acompañamiento en viviendas ordinarias e individuales, facilitadas, si las personas atendidas carecen de una vivienda adecuada, por el Sistema Público de Vivienda.

Esa es precisamente la opción por la que apuesta la Estrategia de Personas sin Hogar del País Vasco, a partir de enfoques como el *housing first*<sup>12</sup>. Además de incorporar elementos basados en la personalización, como la incondicionalidad o la autodeterminación de las personas usuarias, la Estrategia aboga por un *enfoque basado en la vivienda*, a partir de

12. El modelo *housing first* se basa en una intervención temprana en vivienda, proporcionando viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen directamente de la calle o de dispositivos de emergencia, ofreciendo un apoyo social y de salud de intensidad variable.

la constatación de que los servicios que plantean el acceso a la vivienda como un derecho humano resultan los más efectivos para la erradicación del sinhogarismo.

La adopción de este enfoque supone un cambio radical en la forma de intervenir ante el sinhogarismo, en la medida en que se considera necesario desarrollar un modelo en el que desde el sistema de vivienda se procure a las personas sin hogar un alojamiento estable en viviendas ordinarias, radicadas en la comunidad, mientras que desde el sistema de servicios sociales se ofrece a estas personas el apoyo socioeducativo y psicosocial, de carácter itinerante, además de servicios de gestión de casos de la intensidad necesaria, que precisan para mantenerse de forma estable y autónoma en esas viviendas.

- Fomentando el desarrollo de alternativas residenciales ligeras, a medio camino entre el domicilio y el centro residencial convencional<sup>13</sup>. Las viviendas comunitarias, los apartamentos tutelados, los pisos de acogida, los centros de emancipación y el resto de las modalidades vivienda con apoyo (y de apoyo en la vivienda) deben ser impulsadas, estableciendo límites máximos al tamaño de los centros y fomentando el recurso a residencias de pequeño tamaño, insertas en el tejido urbano ordinario. La normativa que regula los centros residenciales para personas menores de edad contempla, desde hace años, tamaños máximos de

hasta 24 plazas en el caso de los centros residenciales para menores en situación de desprotección.

- Fomentando la articulación de los centros residenciales de mayor tamaño mediante unidades de convivencia, que permitan modular los espacios de vida en el interior de las residencias<sup>14</sup>. La efectividad y las características de las unidades de convivencia son bien conocidas [35]: suelen estar conformados por un espacio común, que incluye cocina, comedor y sala de estar y en muchos casos se dispone también de una pequeña área exterior, terraza o jardín. Además, cada residente dispone de una habitación propia con baño, que viene a constituir su espacio privativo, su casa. En algunos casos este espacio cuenta con un lugar diferenciado para estar, otro para dormir, y uno pequeño, con un equipamiento básico para calentar comidas sencillas, hacer una infusión, etc. Son espacios y equipamientos que facilitan una relación de calidad con las familias o amistades de las personas que viven allí.

En las unidades de convivencia suelen vivir entre 9 y 15 personas, con características personales y necesidades de apoyo diferenciadas, cuya combinación facilite la convivencia y el desarrollo de actividades. Junto con las personas que conviven, forman parte de la unidad los/as cuidadores/as o auxiliares, dos o tres en cada turno, que suelen tener una permanencia con horario estable en la unidad [35].

13. Como señala Díaz-Veiga [25], "la ACP coloca en el centro no solo las preferencias del usuario sino también a los profesionales como aseguradores del desarrollo del proyecto de vida de esas personas, estén donde estén y tengan las necesidades que tengan. Por tanto, para llevarlo a cabo, hay que pensar más en viviendas que en el concepto de plazas de residencias. Es más fácil hacer que una persona tenga una vida con sentido en un espacio que reconoce como propio y que, a su vez, sea más seguro, confortable y estimulante".

14. Se trata de reconvertir los centros en espacios hogareños, en los que convive un número determinado de personas dependiendo de las posibilidades del lugar, combinando espacios privados con otros comunes como el salón, la sala de estar y el comedor, con un equipamiento doméstico similar al de una casa. De manera que este grupo de personas, junto con los auxiliares que les acompaña en su vida cotidiana, va desarrollando su proyecto de convivencia y de vida [25]

- En el caso específico de los menores en situación de desprotección, la atención en centros se concibe como la última medida, aplicable solamente cuando no haya otra opción, bien porque las demás medidas se hayan revelado ineficaces, bien porque las circunstancias del caso lo requieran, teniendo un carácter temporal siempre que sea posible [36]. En tales casos, la opción por el acogimiento familiar –siempre que sea posible– resulta esencial.

#### e. La normativa que regula la vida en los centros

La personalización de la atención se deriva, y se traduce, en la normativa que se aplica en los centros y en los programas. Aunque no es esta una cuestión que se plantee de forma frecuente cuando se plantea la personalización de la atención o la atención centrada en la persona, no cabe duda de que las normas que regulan el acceso y la convivencia en los centros y programas tienen una incidencia directa en lo que se refiere a la personalización de los servicios, en la medida en que identifican las conductas y comportamientos que se permiten en el marco de un centro o programa –o las que no se permiten–, así como las consecuencias del incumplimiento de esas normas.

Incorporar la perspectiva de la personalización a la normativa que regula el funcionamiento de los centros implica:

- Cuestionar las ideas de conciencia de problema y motivación para el cambio, especialmente en el ámbito de la exclusión social y la salud mental<sup>15</sup>. A partir de un enfoque rehabilitador y finalista, el funcionamiento de determinados centros

para la inclusión social se ha basado históricamente en la idea de que sólo las personas con conciencia de problema y motivación para el cambio deben acceder a determinados recursos. Los desarrollos técnicos y normativos que al respecto se han desarrollado en Gipuzkoa apuestan sin embargo por el desarrollo de servicios capaces de aplicar diversos niveles de exigencia, graduando las condiciones que se exigen a las personas en función de sus necesidades y de sus posibilidades; también de sus preferencias y opciones personales. Se ha optado en ese sentido por acometer un cambio filosófico en cuanto a los criterios de merecimiento y condicionalidad que habían venido siendo determinantes en la gestión de los recursos para la inclusión, partiendo de una baja exigencia en lo que respecta a los requisitos de acceso y permanencia en los servicios vinculados a la atención de las personas usuarias.

Este cambio se concreta, entre otros elementos, en los requisitos establecidos para el acceso a los centros y servicios de responsabilidad pública.

- Replantear los objetivos de la intervención, en la línea, por ejemplo, de lo señalado en el modelo de centros de día de atención secundaria desarrollado en el ámbito de la exclusión social en Bizkaia [23]. Este replanteamiento subraya la importancia de la autodeterminación, entendida como dotar a la persona del apoyo que precisa para que esté en condiciones de tomar sus propias decisiones y, en consecuencia, adoptar el estilo de vida que desea dentro de su comunidad, y no tanto en persuadir para la modificación de conductas. Esto tiene su correlato en el concepto de acompañamiento, que no es fiscalizador ni controlador de conductas, sino una relación proactiva, una alianza dinámica entre la persona y los y las profesionales que le atienden en torno a un proyecto común. De esta manera, son las personas

15. En el caso de la intervención con menores en situación de desprotección, y especialmente con sus familias, este concepto adquiere una significación diferente.

profesionales las que se adaptan a las usuarias y no estas a las normas de régimen del centro.

- Plantear la no expulsión como elemento básico de la intervención. De acuerdo al modelo desarrollado por IRSE en Bizkaia, “el principio de no expulsión se plantea como aspecto necesario y nuclear con el propósito firme de favorecer la inclusión y mantenimiento de la atención de las personas más vulnerables o dañadas. Esto es, aplicar dicho principio ante la expresión de conductas que normalmente les llevaba a ser apartados de los entornos normalizados. Se basa en una mirada bioética de *“no te voy a dejar tirado en el momento que peor estás”* y busca evitar que los propios centros de atención sean generadores de exclusión, al evitar la expulsión de estos centros de personas que carecen de la posibilidad de acceder a cualquier otro recurso.
- Modular las consecuencias del incumplimiento de la normativa interna. Los incumplimientos de las normas –una vez establecidas– deben llevar aparejada una serie de consecuencias. Estas deben sin embargo cumplir una serie de condiciones para ser eficaces: no atentar en ningún caso contra los derechos básicos de las personas usuarias, ser lógicas, ser naturales, estar consensuadas con la persona; aplicarse de forma individualizada; aplicarse de manera inmediata, ser predecibles, ser reparatorias y no ser exclusivamente conductuales [37].
- Ofrecer una atención especializada a las personas con necesidades complejas y trastornos de conducta. Adaptar la normativa de los centros a la personalización de la atención implica abordar la cuestión de la intervención con personas que plantean necesidades complejas y trastornos de conducta, que a menudo compromete el funcionamiento de

los centros e incluso su seguridad. Si bien la realidad de estas situaciones puede ser muy diferente en los recursos destinados a las personas mayores dependientes, las personas con discapacidad, los menores en situación de desprotección, las personas sin hogar o las mujeres que son víctimas de la violencia de género, el tratamiento de los trastornos de conducta requiere una aproximación específica que tenga en cuenta tanto los derechos de las personas que presentan esos comportamientos como los de los demás usuarios y los profesionales. Esto implica:

- La formación especializada del personal para el abordaje de situaciones relacionadas con los trastornos de conducta de las personas atendidas desde el “Apoyo Conductual Positivo”, como agresiones, situaciones de ansiedad o agitación, deambulación o vagabundeo (en el caso de las personas con demencia), delirios, intoxicaciones por consumos de drogas, etc., haciendo especial hincapié en la prevención y antecedentes, más que en las consecuencias.
- El desarrollo de centros especializados para personas con alteraciones graves de conducta, como los Programas de Acogimiento Residencial Especializado para jóvenes con necesidades especiales de supervisión e intervención psico-educativa por alteraciones de conducta.

#### **f. La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas**

La planificación de la intervención individual y, dentro de ella, la elección de las actividades y tareas que se realizan en el marco de un centro o servicio constituye un elemento esencial –quizá el elemento prioritario– de la personalización.

Las denominadas actividades significativas o “plenas de sentido” funcionales y acordes a la edad cronológica y estilo de vida deseado tienen una especial relevancia en el bienestar de la persona y son pieza angular de la aplicación de cualquier enfoque de personalización. Las actividades miméticas, automatizadas, infantiles, o carentes de sentido difícilmente provocarán la motivación necesaria que se precisa para “movilizar” o animar a participar a la

persona. En ese sentido, las actividades ofrecidas o desarrolladas en el marco de cualquier centro o servicio deben tener al menos cuatro características: deben ser significativas, empoderadoras e inclusivas, y deben preferentemente estar basadas en lo cotidiano.

El cuadro siguiente recoge las principales características que deben tener esas actividades:

Características de las actividades	Atributos de las actividades
Significativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los objetivos terapéuticos deben ser integrados en la actividad cotidiana y en las tareas que sean significativas para cada persona usuaria.</li> <li>• Lo significativo está relacionado con lo que a cada persona le importa o le interesa. Esto, a su vez, depende de la historia personal, de los hábitos y experiencias previas, de las motivaciones construidas a lo largo del tiempo, pero también de cómo los profesionales seamos capaces de presentar nuevas propuestas y generar nuevos intereses.</li> <li>• Además, lo significativo tiene que ver con lo que socialmente es aceptado, lo que los demás ponen en valor, lo que supone una ayuda para otras personas o lo que generalmente es reconocido de utilidad.</li> <li>• Las propuestas de intervención y programaciones de actividades estimulativas y terapéuticas han de realizarse de una forma individualizada evitando ambientes uniformes, actividades idénticas donde todos hacen lo mismo a las mismas horas.</li> </ul>
Empoderadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades deben ser empoderadoras, es decir, pensadas para aumentar la competencia y la autonomía de las personas usuarias.</li> <li>• ¿Qué son las actividades empoderadoras?:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Las que permiten a las personas elegir y decidir (sobre su participación, sobre lo que hacen o cómo lo hacen). Otorgan, por tanto, el control de la situación y dan poder a quienes en ellas participan.</li> <li>– Las que conducen a desempeños competentes haciendo que las personas se perciban «capaces de».</li> <li>– Las que visibilizan las capacidades y las fortalezas de las personas.</li> <li>– Las que capacitan a las personas, las que fortalecen o desarrollan en ellas nuevas habilidades.</li> <li>– Las que hacen percibir a las personas que lo que hacen es útil y tiene sentido.</li> <li>– Las que son valoradas o puestas en valor por parte de otros.</li> </ul> </li> </ul>

[...]

Características de las actividades	Atributos de las actividades
<b>Inclusivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades, en la medida de lo posible, deben ser realizadas y diseñadas en contextos ordinarios. Salir del centro, integrarse en actividades del barrio, puede ser una opción muy agradable y enriquecedora para todos.</li> <li>• Del mismo modo, abrir las actividades del centro o servicio a otras personas o grupos de la comunidad desarrollando metodologías que favorezcan el contacto y el trabajo conjunto posibilita que las personas usuarias hagan nuevas amistades y que los vecinos conozcan mejor y eliminen tópicos sobre la vejez y la discapacidad. (...)</li> </ul>
<b>Basadas en lo cotidiano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el día a día y en nuestros lugares cotidianos es donde las personas desarrollamos nuestros proyectos vitales. En casa, con los amigos, en el barrio, en el trabajo, en el centro, es allí donde logramos nuestras metas o donde encontramos dificultades para alcanzarlas.</li> <li>• Es precisamente en lo cotidiano donde debemos proponer intervenciones técnicas, dar apoyos para que las personas puedan llevar adelante sus propias vidas según sus capacidades y deseos.</li> <li>• Debemos llevar a cabo propuestas que partan de su historia vital, de sus costumbres y hábitos cotidianos, pero prestando también atención a sus deseos respecto a lo que quiere mantener y cambiar. El objetivo es permitir, brindando apoyos, que cada persona usuaria pueda continuar haciendo lo que le gusta, así como proponer nuevas actividades dirigidas a su mejora funcional y a su bienestar emocional.</li> <li>• La propuesta de intervención que realicemos desde el centro o servicio no ha de verse limitada a una serie de actividades o ejercicios para ser allí desarrolladas en compañía de los profesionales, sino que tiene que ofrecer una visión global, proponiendo una intervención de continuidad en la vida de la persona, y por ello abarcar y hacer propuestas en los principales lugares donde ésta se desenvuelve y convive (domicilio, centro, barrio, recursos de la comunidad).</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Martínez *et al.* (2011).

Por otra parte, en el caso de las personas en edad adulta, la personalización de la atención está estrechamente relacionada con el papel del empleo y de la inserción laboral en los procesos de inclusión social, en la medida en que se considera que el empleo constituye la mejor forma de inclusión social, de normalización y de acceso a los derechos sociales. La personalización de la atención implica, sin embargo, considerar la inserción laboral como una más –no siempre necesariamente la principal– de

las necesidades de las personas y, por tanto, como una más de las dimensiones de la intervención social. Desde ese punto de vista, la integración laboral no puede ser considerada en sí misma como un objetivo en un proceso de inclusión: dependerá de sus condiciones, del entorno –ordinario o segregado– en el que se produce, de la satisfacción que le produce a la persona, de las relaciones que le permite establecer o de las necesidades materiales que le permite satisfacer.

Esta reflexión obliga, por otra parte, a valorar la necesidad de ofrecer actividades no vinculadas al empleo para trabajar la inclusión social de determinados perfiles de personas. Efectivamente, como señala el Plan Vasco de Inclusión, “al equiparar de forma exclusiva inclusión social con inserción laboral, los enfoques hegemónicos en el ámbito de los servicios sociales –como el enfoque de la inclusión activa– no tiene suficientemente en cuenta el carácter multicausal de los procesos de exclusión. Si bien resulta evidente que el acceso al empleo remunerado es un factor esencial de inclusión social –y la principal demanda de la mayor parte de las personas atendidas en los dispositivos para la inclusión–, en determinados casos puede resultar más conveniente, prioritario o realista trabajar sobre otras dimensiones vitales”.

En ese sentido, se señala en el Plan, “es necesario adoptar un modelo de activación inclusiva o ciudadanía activa al objeto, precisamente, de reconocer la multidimensionalidad de la inclusión y sus implicaciones. Para ello es necesario construir un modelo de inclusión social que, si bien debe estar prioritariamente centrado en el acceso al empleo normalizado, debe estar también abierto a otras actividades socialmente valoradas. Sin desconsiderar el papel que el trabajo tiene en términos de realización personal y en la satisfacción vital de muchas personas, esta reflexión lleva a subrayar la necesidad de que los programas de inclusión trabajen también, junto a la empleabilidad, otras dimensiones vitales como pueden ser el ocio, las actividades culturales, el voluntariado u otras actividades comunitarios o de interés social”.

#### **g. La participación de las personas usuarias en la toma de decisiones colectivas**

La participación de las personas usuarias –y de sus familiares– en la definición de sus planes de atención y en la toma de decisiones

colectivas respecto al funcionamiento de los centros y programas en los que participan constituye otra de las claves de la personalización.

En el ámbito de la discapacidad, entidades como Plena Inclusión han apostado por diversas metodologías para fomentar la participación de las personas usuarias en estas dos dimensiones. El Apoyo Activo, por ejemplo, emerge en los últimos años como un marco de trabajo, un modelo de apoyo, de formación y liderazgo que ofrece oportunidades valiosas para que todas las personas con necesidades de apoyo puedan tener una participación activa en su vida [38]. Si bien el Apoyo Activo se relaciona claramente con el desarrollo de actividades significativas, se relaciona también con la participación de las personas usuarias. En ese sentido, el Apoyo Activo propone “no hacer nada por la persona sin la persona” y centrar los esfuerzos organizativos en “maximizar su participación y no solo el desarrollo de su autonomía”. Los equipos de apoyo se centran en hacer las actividades del día a día siempre con la persona, no por y para ella. Por lo tanto, este foco en la participación contribuye a transformar los espacios y estructuras de los centros y servicios para que sean más generadores de oportunidades, lugares saludables y acogedores, en lugar de espacios restrictivos y controladores.

Además de la participación en la toma de decisiones relativas al plan de vida de cada persona, la personalización implica la necesidad de fomentar la participación de las personas usuarias –sean cuales sean sus características– en la gestión de los centros y entidades en las que participa, así como la necesidad de profundizar en la participación cívica, política o sociocultural de las personas atendidas.

A partir de la caja de herramientas editada por EAPN España bajo el título de “Crea, juega y participa. Caja de herramientas para

la participación” [39], podemos definir la participación como una escalera en la que cada escalón representa un nivel diferente de participación e implicación:

- Escalón 1: participación manipulada. [...] La población es utilizada para realizar acciones que no entiende y responde totalmente a intereses ajenos a los suyos.
- Escalón 2: participación decorativa. Se realiza cuando se incorpora a la población como un accesorio, es decir, ‘para decorar’ o ‘animar’ determinada actividad. Asimismo, cuando en determinadas publicaciones o acciones es incorporada sólo con fines decorativos o ‘folklóricos’.
- Escalón 3: participación simbólica. Es la que podemos apreciar cuando se realizan acciones donde la participación de la población es sólo aparente.
- Escalón 4: participación de asignados, pero informados. En este nivel, aún se dispone de la población para que participe en una determinada actividad, sin embargo, se le informa [de] en qué consiste la misma. Es, aunque todavía limitada, el primer nivel de participación real.
- Escalón 5: participación con información y consulta. Es el segundo nivel de participación real. En él, los agentes externos informan y consultan a la población sobre su probable participación. En base a ello, la población decide.
- Escalón 6: participación en ideas de agentes externos de desarrollo compartidas con la población. La acción es pensada por agentes externos, pero es compartida con la población. Supone que ellos y ellas se incorporan en pensar y aportar respecto a la acción a realizar.
- Escalón 7: participación en acciones pensadas y ejecutadas por la propia

población. La acción se gesta en la propia población y es ejecutada con ellos y ellas. No hay relación con agentes externos. Sin duda, son las personas las protagonistas de la acción. Sin embargo, no cuentan con el aporte que podrían brindar la experiencia o dominio técnico de los agentes externos.

- Escalón 8: participación en acciones pensadas por la propia población y que han sido compartidas con agentes externos de desarrollo. La acción es pensada por la población, pero a diferencia del escalón anterior, es compartida con agentes externos. Es el nivel superior que contempla la llamada escalera de la participación.

A partir de esas consideraciones, y al objeto de poder avanzar en la escalera que se acaba de señalar, EAPN Euskadi ha desarrollado en el ámbito de la inclusión social un modelo de participación de las personas usuarias que fue seleccionada como buena práctica a escala europea en materia de participación social de personas en situación de vulnerabilidad en el documento sobre experiencias locales de participación de EAPN Europa [40] [41].

Las conclusiones obtenidas de esa experiencia piloto son las siguientes:

Ámbitos relacionados con la participación	Conclusiones
<p><b>Sobre el enfoque ideológico de la participación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La propia sociedad en la que vivimos es excluyente, y también lo es a la hora de proponer cauces de participación.</li> <li>• Debemos generar conciencia crítica, y para ello es necesario no centrarnos solamente en el proceso individual de cada persona, aunque sea el aspecto más importante dentro del trabajo que realizamos en el proceso de inclusión social.</li> <li>• La participación es transformadora, y por tanto, debe ser un proceso colectivo y no debemos quedarnos en la situación individual.</li> <li>• La participación debe servir para reducir las diferencias y la brecha de desigualdad.</li> </ul>
<p><b>Sobre la apertura de procesos de participación dentro de las entidades sociales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debemos entender el proceso de inclusión como un proceso de autonomía, y desarrollar procesos (y cauces) de participación. La participación debe ser considerada como una herramienta importante en la inclusión social.</li> <li>• Contemplar la participación como herramienta para la inclusión social implica que cada entidad debería entender la participación de las personas atendidas como un reto propio y convertirlo en una de sus líneas estratégicas.</li> <li>• Esto quiere decir que la participación debería ser un proceso transversal y no debería tratarse como un aspecto más (un apartado de otros, con su espacio 'especial').</li> </ul>
<p><b>Sobre las herramientas y procedimientos que se usan para fomentar la participación de las personas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario tomarse tiempo y priorizar el análisis de lo que ya estamos desarrollando en clave de participación. Es decir, sistematizar las experiencias de cara a identificar áreas de mejora o profundizar en aspectos que ya se están trabajando, antes de crear nuevos espacios o herramientas. Analizar y evaluar para mejorar.</li> <li>• Debemos tener en cuenta que, aunque las herramientas o cauces de participación existan, no está garantizada la participación de las personas. Es preciso conocer, dar a conocer y establecer una dinámica y una estrategia de trabajo en torno al fomento de la participación.</li> <li>• Es necesario adecuar los espacios y el lenguaje.</li> </ul>
<p><b>Sobre las personas que forman parte de las entidades sociales y están implicadas en los diferentes procesos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada persona dentro de una entidad juega un rol diferenciado. Debemos conocer estos roles y conocer la realidad de nuestra entidad, así como cuáles son los miedos y dificultades. Esto nos permitirá establecer una estrategia para afrontar las dificultades y vencer resistencias. Este proceso debe desarrollarse con todas las personas que conforman la entidad, y nos ayudará a aprender a adaptarnos.</li> <li>• Promover la participación significa crear espacios compartidos y romper roles establecidos. Debemos plantearnos y respondernos hasta dónde estamos dispuestos a llegar, hasta dónde estamos dispuestos a cambiar lo establecido. En función de nuestra respuesta, desarrollaremos una estrategia más realista.</li> <li>• Una de las máximas que debemos adoptar es que debemos dar voz a las personas, y no hablar por ellas.</li> </ul>

[...]

Ámbitos relacionados con la participación	Conclusiones
Sobre la influencia del entorno y sus potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debemos plantearnos las siguientes preguntas en cuanto al entorno de nuestra entidad: ¿lo conocemos?, ¿qué ventajas nos ofrece?, ¿en qué nos puede perjudicar?</li> <li>• Es importante conocer el entorno de las personas con las que trabajamos y cómo es su participación en él. Cada persona adquiere un rol diferenciado en cada uno de los espacios donde se relaciona; es decir, que una persona no participe en la entidad no tiene por qué significar que no participe en otros espacios (hay tener en cuenta los intereses de las personas, y no dar nada por sabido o conocido).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de De la Hera (2017).

#### h. Los recursos comunitarios y la inclusión en la comunidad

Otra de las dimensiones organizativas que se relacionan de forma prioritaria con la personalización se relaciona con el uso de recursos comunitarios, ordinarios y no segregados, en la línea de la desinstitucionalización a la que antes se ha hecho referencia, para la prestación de los servicios y la realización de las actividades. Si bien no cabe duda que en algunas ocasiones, o frente a algunas necesidades, el acceso a recursos segregados o especializados puede ser la mejor forma de dar respuesta a las necesidades de las personas, el acceso a los recursos comunitarios ordinarios debe plantearse como un elemento básico de la personalización. En la práctica, el derecho a vivir en la comunidad pasa por la disponibilidad de una serie de servicios de base comunitaria que brinden a las personas el apoyo que necesiten y les permitan participar en la vida cotidiana [33].

Como explica Mansell [34], el uso del término 'comunidad' refleja la importancia que se atribuye a la aceptación y la ayuda por parte de vecinos, amigos, comerciantes o colegas que sostienen a la persona discapacitada mediante relaciones de apoyo que no estén basadas solamente en relaciones mercantiles.

Los servicios comunitarios están destinados a apoyar, que no a sustituir, a tales fuentes de ayuda. Sin embargo, reconociendo la dificultad con que tropiezan la mayoría de las comunidades a la hora de sostener a las personas con discapacidades intelectuales (en especial, a las afectadas de discapacidades severas o complejas), y la discriminación y exclusión que se derivan de ello, la atención comunitaria incluye también la prestación de servicios. Esto implica realizar modificaciones en los servicios públicos genéricos (tales como transporte, asistencia sanitaria y educación) para adaptarlos, de forma que las personas afectadas por discapacidades intelectuales reciban un servicio de calidad semejante al que reciben otras personas, y que también presten servicios especializados, como asesoramiento, ayuda práctica y asistencia en actividades de la vida cotidiana.

Al menos en el ámbito de la discapacidad, como recuerda Mansell, la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en mayo de 2008, obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la atención institucional. Al abordar esta tarea, los responsables del diseño de las políticas han de tener presente las pruebas que aporta la investigación, que indican lo siguiente:

- La atención comunitaria ofrece la perspectiva de un mejor estilo de vida y una mejor calidad de vida que la atención institucional para las personas con discapacidad intelectual.
- Esto es aplicable a las instituciones tanto antiguas como nuevas, sea cual fuere su denominación.
- La atención comunitaria no es más costosa que la institucional, una vez que la comparación se hace sobre la base de necesidades comparables y de una calidad de la atención comparable.
- El éxito de la atención comunitaria requiere prestar una especial atención a la forma en que se crean y gestionan los servicios, especialmente a la calidad del apoyo que presta el personal.

Al margen de la cuestión del tipo de alojamiento o servicio residencial que se ofrece a las personas con necesidades de atención residencial, la apuesta por la atención comunitaria implica además:

- Favorecer los modelos de inserción laboral, de ocio y tiempo libre en los equipamientos comunitarios ordinarios, y no en recursos especializados o segregados, siempre que ello sea posible.
- Fomentar alianzas entre los servicios y programas de atención y los recursos comunitarios que existen en cada territorio, en el ámbito de la cultura, el deporte o el ocio.
- Promover las actividades intergeneracionales y la mezcla de usos de las instalaciones en las que se ubican los servicios de atención.
- Impulsar el recurso a la auto-ayuda mutua, el apoyo por pares, los programas de mentoría y los de acogimiento familiar,

tanto en el ámbito de la infancia como en otros ámbitos.

#### **i. Las herramientas de comunicación, el acceso a la información y la transparencia de las organizaciones**

La última de las dimensiones organizativas que inciden directamente en la personalización se refiere las herramientas de comunicación, al acceso a la información y a la transparencia en las organizaciones prestadoras de servicios y en la propia administración. Materializar en estos ámbitos organizativos el enfoque de la personalización implica trabajar, al menos, en los siguientes aspectos:

- Información suficiente respecto a las opciones que las personas tienen para la articulación de los servicios, los cuidados y los apoyos que necesitan. La libertad de elección de las personas usuarias requiere que las personas tengan toda la información necesaria respecto a las opciones que tienen a su disposición, y a las implicaciones que suponen esas opciones. La información respecto a esas opciones requiere a menudo de la existencia de servicios especializados – como las Oficinas de Vida Independiente– cuyas funciones son, entre otras, las de orientar a las personas en esas elecciones, informarles de sus opciones, asesorarles en la decisión que toman, etc. Cabe resaltar, en este sentido, el papel desempeñado por las entidades del Tercer Sector para ofrecer dicho apoyo, asesoramiento y orientación, promoviendo la participación de las propias personas con discapacidad.
- Garantía de la accesibilidad universal y, en concreto, la cognitiva. La accesibilidad universal contempla, junto con el diseño del entorno, la eliminación de obstáculos en los servicios de información, comunicaciones o electrónicos, adoptando las medidas

necesarias para ello. En concreto, la accesibilidad cognitiva es la propiedad que hace que una cosa sea fácil de entender para todo el mundo y es una herramienta esencial en cuanto a la mejora de las capacidades relevantes para ejercer el derecho de autodeterminación de las personas con discapacidad y personas mayores –así como otras personas con dificultades para la comprensión del lenguaje que a menudo se utiliza en las instituciones y/o en los servicios– y generar buenas prácticas que promuevan contextos de pertenencia social y de participación para todos los ciudadanos.

Garantizar el derecho a la accesibilidad cognitiva implica diseñar los procesos, productos y herramientas que deben ser comprendidos por las personas atendidas o sus familiares –desde las hojas de consentimiento informado a las normas de funcionamiento del centro, los formularios para la solicitud de una plaza o una prestación, las respuestas a los recursos que se interponen, los formularios de evaluación, la señalética de los centros, las instrucciones para el uso de los equipamientos, las decisiones adoptadas por los equipos profesionales...– de manera que pueden ser fácilmente comprendidos por esas personas. Si en algunos casos el derecho a la accesibilidad cognitiva puede requerir la utilización de metodologías o técnicas relativamente sofisticadas –métodos de lectura fácil, uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, utilización de productos de apoyo, etc.– en muchos otros casos puede ser suficiente con utilizar un lenguaje sencillo y claro, evitando el uso del lenguaje técnico o administrativo.

- **Transparencia.** Personalizar la atención implica también difundir la información relativa a la gestión de los centros de atención y, especialmente, a sus resultados. En ese sentido, como se explica al analizar

las diferentes herramientas relacionadas con la personalización, resultan de particular interés las herramientas diseñadas para la publicación de los resultados que los diversos centros y entidades obtienen en indicadores clave, relacionados con la efectividad de las intervenciones y la calidad de vida de las personas atendidas.

## 2.5. Las dimensiones vitales y los atributos de la persona a las que se refiere la personalización

A partir de lo señalado en el punto anterior, ¿a qué dimensiones vitales afecta la personalización en el ámbito de los Servicios Sociales? O, planteado de otra manera, ¿qué dimensiones o atributos de la persona hay que tener en cuenta a la hora de materializar la personalización y planificar los apoyos personalizados?

- **Trayectoria de vida o biografía.** La consideración de la singularidad de la persona y, por tanto, de su trayectoria vital es esencial. Se trata de recoger, desde una perspectiva de pasado, presente y futuro, los hechos de la vida que sean más relevantes para la persona, siempre y cuando quieran compartirlos y se respeten aquellos acontecimientos que la persona no quiere que sean conocidos por el grupo de apoyo. Teniendo esta premisa en cuenta, contemplar el recorrido vital o bagaje de la persona puede implicar una valoración integral de: lugares de residencia, redes formales e informales, acontecimientos vitales, aficiones y gustos que han tenido y tienen, etc. Las personas son dueñas de su historia, y si bien parece una afirmación obvia, es importante que esta no sea cuestionada, pues tal y como

la cuentan es como quieren que sea. Esto implica que el análisis de las situaciones transmitidas por las personas se tenga que personalizar desde la perspectiva de su realidad particular. En los casos en los que la comunicación la tengan más limitada o haya mayor deterioro cognitivo, los hechos más relevantes de la vida de la persona se pueden recoger junto con el grupo de apoyo que más les conoce.

Esta aproximación a los procesos de vida de las personas –que de forma bastante extendida se materializa a través de la técnica de la Historia de Vida– proporciona a las personas el sentido de identidad, a la vez que permite un trato más respetuoso y efectivo o un conocimiento más ajustado de su perspectiva vital.

- **El espacio íntimo y privado.** En relación con la biografía y las circunstancias vitales de la persona, la atención personalizada tiene que tener necesariamente en cuenta los límites personales que salvaguardan las dimensiones vitales de intimidad y privacidad de las personas, aquellas que también descansan en la auto-protección. El respeto a la intimidad y la privacidad tiene que asegurar el cuidado a los límites que las propias personas marquen en las cuestiones relacionadas con su vida y sus circunstancias, más allá de garantizar espacios físicos que permitan la privacidad.
- **El contexto y la red significativa de apoyo.** El contexto y el entorno natural de las personas constituyen una necesidad vital, determinan la identidad personal y constituyen las principales herramientas para los cuidados, los apoyos y las intervenciones socioeducativas. Por tanto, juegan un papel fundamental a la hora de planificar y de prestar los apoyos personalizados. En el contexto de la persona y en la red significativa de apoyo se deben tener al menos en cuenta:
  - Las relaciones familiares y sociales significativas para la persona (de diferentes niveles e intensidad). Estas personas forman parte del proyecto de vida de la persona y, por tanto, una atención personalizada debe facilitar que formen parte en la prestación de apoyos, en las decisiones en el plan de atención y en los procesos evaluativos. Se trata de crear alianzas con e involucrar a las redes significativas para la persona.
  - Los recursos y apoyos recibidos por la persona (de diferentes niveles e intensidad), tanto formales como informales, para ajustar de forma más acertada el tipo de apoyos y su intensidad.
  - Entorno y recursos comunitarios. Lugares donde habitualmente se desenvuelve la persona en la comunidad para visualizar cómo se desenvuelve. En este aspecto, se distinguen de forma clara los espacios ubicados en los servicios y los de la comunidad.
- **Preferencias, deseos, metas y hábitos de vida: proyecto de vida.** Considerar el plan de vida de la persona implica respetar y adecuar los apoyos al planteamiento que una persona tiene sobre su existencia con relación a los diferentes ámbitos de la vida (familia o relaciones significativas, empleo, actividades significativas y el ocio, etc.). La clave para ofrecer apoyos acordes con el proyecto de vida de la persona es conocer los aspectos relevantes sobre cómo vive y cómo quiere vivir la persona: sus deseos, metas de vida, preferencias, ámbitos de interés, el estilo de vida, los hábitos o rutinas satisfactorias. Otro de los aspectos fundamentales es asegurar que la atención ofrecida se esté guiando en todo momento –teniendo en cuenta que el proyecto de vida es cambiante– por la voluntad de la persona, libremente

elegida y manifestada, y generar apoyos capaces de hacer efectiva dicha voluntad, así como su transmisión. En definitiva, la personalización de los apoyos debe asegurar que las personas puedan mantener, en un continuum de atención, su proyecto de vida.

- **Cultura, valores y creencias.** Conocer y comprender los valores más intrínsecos de la persona conlleva a conectar con lo que realmente es importante para la persona. Si aquello que es importante para la persona se convierte en importante para la persona que le apoya, los apoyos ofrecidos contribuirán a que las cosas que le ocurran a la persona en la vida guarden coherencia y sentido con sus valores y creencias. En esta línea, por otro lado, se contempla el respeto hacia todas las culturas, creencias y religiones, como partes fundamentales y esenciales de una persona que determinan su forma de vivir y entender el mundo.

Respetar las culturas, valores y creencias de cada persona implica no cuestionar –desde los valores específicos de las organizaciones y de los profesionales– aquellos valores, comportamientos, hábitos o creencias que puedan no ser compartidos por la mayoría de la sociedad, siempre que no atenten contra los derechos de otras personas.

- **Recursos personales, capacidades y aspectos a fortalecer.** En la personalización de la atención cobra especial relevancia la recogida de las capacidades y fortalezas de las personas, frente a la excesiva focalización en las carencias y necesidades en el binomio necesidad-recurso de los modelos tradicionales de atención. Las habilidades personales y otros recursos (como la formación, experiencias, empleos, etc.) son parte de la identidad de la persona y, por tanto, una dimensión vital. Las limitaciones o los aspectos a mejorar también son necesarios para la

planificación de los apoyos que se vayan a prestar, pero siempre intentando ofrecer una visión positiva sobre la persona. Tanto las capacidades como las limitaciones a fortalecer conviene recogerlas para diferentes áreas de la vida. Especialmente en el ámbito de las personas con discapacidad intelectual, conviene tener en consideración la capacidad jurídica de las personas, en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.

- **Satisfacción personal.** Por último, la percepción de satisfacción personal con y hacia los apoyos recibidos, las relaciones mantenidas, los lugares habitados y el proyecto de vida desarrollado es vital en todas las personas, pues conectan directamente con lo importante para la persona. El propio sentimiento y percepción de satisfacción en todas las áreas relevantes para la persona, por tanto, se considera otra dimensión vital.

Teniendo en cuenta las dimensiones organizativas y vitales de la personalización, por tanto, ¿qué posibilidades vitales puede generar la personalización de la atención en las personas que reciben los apoyos?

- La posibilidad de elegir el tipo de centro, servicio o programa al que cada persona quiere acceder, y la entidad o persona que va a prestar esos servicios.
- La posibilidad de elegir el lugar –o, al menos, el tipo de lugar– en el que cada persona va a residir.
- La posibilidad de elegir las actividades que cada persona realiza en el marco del programa de atención, y de definir los objetivos de su proceso de intervención.
- La posibilidad de adaptar los objetivos y los contenidos de la intervención a los intereses y los valores reales de la persona atendida.

- La posibilidad de elegir con relación a los múltiples aspectos de la vida cotidiana que son objeto de regulación, especialmente en el marco de los servicios residenciales: los horarios, los lugares en los que estar, las compañías, la forma de vestir, las comidas...
- La posibilidad de contar con referentes profesionales cercanos y estables, y con una dotación suficiente de profesionales con capacidad para ofrecer las prestaciones de servicios sociales, de salud, de acompañamiento o de intervención socioeducativa que cada persona requiera.
- La posibilidad de participar en la elaboración del plan individual de atención que se elabora para cada persona, y de que su opinión respecto al plan sea considerada determinante.
- La posibilidad de elegir las relaciones personales que cada persona quiere tener, en la misma medida que el resto de las personas.
- La posibilidad de participar en actividades ordinarias, no segregadas y de carácter comunitario, en la misma medida que el resto de las personas.
- La posibilidad de que la red de soporte primario de la persona cuidada sea a su

vez debidamente acompañada y apoyada durante todo el proceso de provisión de cuidados y prestación de apoyos.

## 2.6. Beneficios y efectos de la personalización

Hay evidencia suficiente para decir que la personalización –o, al menos, el desarrollo de los enfoques teóricos y conceptuales en los que se apoya la idea de la personalización– genera beneficios e impactos importantes en la situación de las personas que acceden a los Servicios Sociales.

En lo que se refiere a los beneficios de la personalización, los primeros documentos sobre la atención gerontológica centrada en la persona (Martínez, 2011) planteaban –en cierta medida, como hipótesis– una serie de beneficios tanto para las personas mayores como para las familias, para los profesionales y para las organizaciones prestadoras de servicios. El siguiente cuadro recoge un resumen de esos beneficios, clasificados en función de los grupos de interés a los que benefician:

Grupos de interés	Beneficios descritos en los centros que apuestan por la Atención Centrada en la Persona
<b>Para las personas mayores atendidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de su calidad de vida y bienestar, tanto objetivos como subjetivos.</li> <li>• Mejoras en su estado emocional.</li> <li>• Mayor grado de satisfacción con los apoyos que recibe.</li> <li>• Aumento del protagonismo e implicación de la persona en sus planes de atención.</li> <li>• Requieren menos apoyos en las AVD y se incrementan sus interacciones sociales cuando las personas viven en unidades de convivencia.</li> <li>• Se registra mayor satisfacción y disfrute en las comidas.</li> <li>• Se reduce el grado de ansiedad y agitación en general y, en particular, en el momento del baño.</li> <li>• Reducción de sintomatología psicótica y depresiva.</li> </ul>
<b>Para las familias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la implicación en los cuidados y en la cotidianidad del centro y reducción del nivel de carga al verse como colaboradoras en la vida del centro.</li> <li>• Mejora en las relaciones con los profesionales.</li> <li>• Mayor grado de satisfacción acerca de los cuidados que recibe su familiar.</li> <li>• Mayor bienestar personal y tranquilidad respecto del bienestar de su familiar.</li> </ul>
<b>Para los y las profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en las actitudes y en las relaciones con las personas y sus familiares, lo que se favorece en gran medida con la asignación fija de auxiliares o gerocultores/ as.</li> <li>• Mejora de la satisfacción en el trabajo, la motivación y la autoestima de las trabajadoras y trabajadores, así como en su propia satisfacción personal.</li> <li>• Motivación para el desarrollo y el crecimiento profesional y reducción del burnout, en especial, del estrés de conciencia.</li> <li>• Mejora la capacidad de trabajo en equipo de los profesionales, así como las relaciones entre ellos y ellas.</li> <li>• Mejoras en la práctica de la comunicación y la empatía, en la identificación de las necesidades, deseos y capacidades de las personas y disminución de las prácticas profesionales erróneas o inadecuadas.</li> <li>• Reducción de la carga emocional por la incorporación de tres capacidades claves: interpretación de las alteraciones del comportamiento de las personas con deterioro cognitivo, comprensión de los sentimientos de la persona y adaptación a sus demandas.</li> </ul>
<b>Para la organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora el clima laboral de la plantilla.</li> <li>• Alienta y refuerza la toma de decisiones compartidas con los y las profesionales.</li> <li>• Se incrementa la capacidad de la organización de adaptarse a los cambios.</li> <li>• Mejora la coordinación e integración de recursos y su optimización.</li> <li>• Se produce una reducción en el uso de neurolépticos y ansiolíticos, problemas de estreñimiento y utilización de sujeciones.</li> <li>• Los resultados muestran la costoeficiencia del modelo: reducción del absentismo laboral, aumentan los índices de ocupación de los centros, disminuye el consumo sanitario (tanto las visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, como la reducción del uso de psicofármacos).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez y Mirete (2018).

Junto a los beneficios atribuidos a la atención centrada en la persona, pueden también citarse otros beneficios más genéricos de

la personalización. Estos beneficios pueden clasificarse en función de los tres niveles que antes se han señalado (macro, meso y micro).

Niveles	Beneficios de la personalización
Nivel macro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en términos de justicia y cohesión social.</li> <li>• Incremento de la satisfacción de la ciudadanía en relación al funcionamiento del sistema de Servicios Sociales e incremento de los niveles generales de confianza respecto a la administración.</li> <li>• Sistema de servicios sociales de mayor calidad, mejor percibido, y por lo tanto mejor consideración de los agentes que lo componen.</li> <li>• Mayor rentabilidad social de los servicios, en la medida en que tienen mayor eficiencia económica y social.</li> <li>• Adaptabilidad y resiliencia del sistema ante los cambios sociodemográficos que se produzcan en el futuro.</li> <li>• Generación de aprendizajes y conocimiento que ayude al sistema a tomar decisiones de transformación de manera sostenida en el tiempo.</li> <li>• Alineamiento con la Agenda 2030 y aportes concretos a los ODS que abordan los aspectos de la igualdad, cohesión y pobreza.</li> </ul>
Nivel meso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de una cultura de la excelencia en las organizaciones y en los servicios, gestionados bajo principios éticos como el respeto a la dignidad, la autonomía y la autodeterminación.</li> <li>• Mayores posibilidades de orientación de los modelos de gestión y el desarrollo estratégico de las organizaciones hacia los planteamientos filosóficos y conceptuales de la personalización.</li> <li>• Mejor ajuste de los recursos a las necesidades reales de las personas, y no a necesidades organizativas o institucionales.</li> <li>• Mejor alineación del funcionamiento de las entidades y de los servicios que prestan a las necesidades de las personas usuarias.</li> <li>• Mayores cotas de satisfacción e implicación entre las/los profesionales que prestan apoyos al acreditar los grados de empoderamiento e inclusión social alcanzados por las personas que reciben los apoyos: profesionales más satisfechos, más implicados y más motivados.</li> <li>• Posibilidad de avanzar en el desarrollo de metodologías de diagnóstico y herramientas de intervención comunes a diferentes colectivos o contingencias.</li> <li>• Mayor complementariedad entre sistemas y recursos. Permitiría trabajar itinerarios donde los profesionales pueden complementar diferentes recursos y servicios que ofrecen los diferentes sistemas.</li> <li>• Mayores posibilidades para compartir conocimiento sobre recursos y servicios en profesionales y para impulsar el aprendizaje mutuo.</li> </ul>

[...]

Niveles	Beneficios de la personalización
Nivel micro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empoderamiento de las de las personas que requieren de atención/apoyos.</li> <li>• Mayor capacidad de elección de las personas usuarias.</li> <li>• Mayor satisfacción de las personas usuarias.</li> <li>• Orientación del trabajo hacia los resultados personales más valorados por las propias personas.</li> <li>• Mejora de la calidad de atención.</li> <li>• Valoración subjetiva de mayor calidad en el trato, atención y acompañamiento en los proyectos vitales.</li> <li>• Disponibilidad de mejor información sobre las personas atendidas que permita mejorar la calidad y valor añadido de la intervención de cada agente.</li> <li>• Autogestión de los apoyos.</li> <li>• Promoción de la autonomía personal.</li> <li>• Prevención o mitigación de las situaciones de dependencia.</li> <li>• Dignificación de la persona.</li> <li>• Responsabilidad y corresponsabilidad de la persona.</li> <li>• Respeto la individualidad y las diferencias personales.</li> <li>• Mayor implicación y colaboración de la persona en su proyecto vital y mejora de su satisfacción con la vida.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Más allá de los beneficios que se le pueden atribuir a la personalización, existe además evidencia suficiente para poder hablar –al menos en algunos ámbitos y en lo que se refiere a algunos tipos de intervenciones– de efectos positivos suficientemente contrastados. Las intervenciones basadas en la planificación centrada en la persona y en la atención centrada en la persona son, probablemente, los tipos de intervención más frecuentemente evaluadas<sup>16</sup> y de los análisis realizados se extraen conclusiones relativamente sólidas en relación a la efectividad de estos enfoques.

En ese sentido, Martínez (2016) ha analizado en detalle la literatura científica disponible en relación a las intervenciones para personas

16. También hay abundante evidencia sobre el impacto de la incondicionalidad de las prestaciones de garantía de ingresos, una política que, al menos tangencialmente, también se relaciona con la personalización.

mayores diseñadas desde el modelo de la atención gerontológica centrada en la persona. Se recogen a continuación los principales resultados que se derivan de su revisión, una de las más exhaustivas realizadas en castellano en relación a la efectividad de la atención centrada en la persona.

En lo que se refiere al impacto de estas intervenciones en el funcionamiento de las personas mayores, “si bien no se puede concluir una clara conexión entre la aplicación de modelos de atención ACP, la mejora del funcionamiento cognitivo y el nivel funcional, sí se ha demostrado el incremento del nivel de actividad cotidiana de las personas usuarias y de los niveles de interacción social”. Por otro lado, “en lo que se refiere al bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas mayores –a pesar de que algunos estudios ofrecen resultados diversos y, en consecuencia, sea necesario seguir profundizando en el origen de las divergencias

halladas-, puede decirse que cada vez existe mayor evidencia que apoya que las intervenciones orientadas desde la ACP actúan de forma positiva en algunos aspectos del bienestar de las personas y especialmente en la reducción de la agitación de las personas con demencia. La calidad de vida, especialmente las dimensiones relacionadas con dimensiones subjetivas, también parecen obtener ganancias cuanto se aplica este tipo de modelos de atención en contextos residenciales frente a la atención residencial tradicional”.

El modelo de atención centrado en la persona también parece incidir positivamente en el bienestar de los profesionales de atención directa. De acuerdo a esta autora, “los resultados refieren, en primer lugar, cambios producidos en actitudes relacionadas con una mayor humanización de la atención así como con el desarrollo de prácticas orientadas hacia la personalización y el bienestar de las personas. Además, otros estudios describen cambios en el modo de trabajar, en cuanto a los procedimientos y a la organización del trabajo. Finalmente cabe destacar que algunos resultados indican la asociación entre ACP y efectos positivos para los propios trabajadores como una mayor satisfacción en el trabajo, así como una reducción en el estrés laboral y en el burnout. Ello cobra una especial relevancia dado que distintos trabajos han señalado que un trato cercano y la relación de confianza entre los profesionales de atención directa y los residentes es un aspecto muy importante en la valoración que las personas mayores realizan sobre la calidad de la atención recibida”.

Finalmente, siempre de acuerdo a esta revisión, “aunque los estudios publicados son menos numerosos que los centrados en las personas usuarias o los profesionales, la aplicación de modelos orientados desde la ACP también se ha asociado a efectos positivos en las familias de las personas usuarias que son atendidas en centros, tanto

en relación al incremento de la satisfacción sobre la atención recibida como a su implicación y colaboración en el cuidado”.

Las conclusiones de la revisión realizada por esta autora son claras. Aun reconociendo la existencia de resultados diversos y la necesidad de seguir recabando mayores evidencias en relación a los efectos de la ACP, cabe destacar que la aplicación de estos modelos en centros residenciales, frente a los modelos asistenciales tradicionales, presenta beneficios diversos en relación a las personas usuarias, a las familias y a los profesionales. A modo de resumen se puede señalar lo siguiente:

- Los efectos hallados de las aplicaciones de modelos ACP en las personas usuarias apuntan a que este tipo de intervenciones parecen actuar de forma positiva en un mayor bienestar de las personas, especialmente en la reducción de la agitación de las personas con demencia.
- La ACP también se ha asociado a efectos positivos en las familias de las personas usuarias que son atendidas en centros, tanto en relación al incremento de la satisfacción sobre la atención recibida como a su implicación y colaboración en el cuidado.
- La aplicación de programas de intervención orientados desde la ACP genera cambios en los profesionales (tanto en actitudes como en sus prácticas y en la organización del trabajo) que favorecen una atención más personalizada. Además logra efectos positivos en los propios trabajadores como una mayor satisfacción en el trabajo o la reducción del estrés laboral y del burnout.
- La relación entre ACP y calidad asistencial no está suficientemente clara, lo que pueda deberse, en gran medida, a la variedad de indicadores que se incluyen en estas

baterías y a la cuestionable interpretación de algunos de estos indicadores, tal y como vienen siendo formulados, desde estos nuevos modelos de atención.

- Algunas variables parecen actuar facilitando la implementación de estos modelos de atención. El liderazgo de los responsables, el trabajo en equipo; el clima organizacional y la formación y el apoyo a los profesionales de atención directa han sido señaladas como condiciones generales que favorecen el avance hacia la ACP. Variables organizativas más específicas como la estabilidad de los profesionales en el centro, la asignación permanente de los y las gerocultoras con las personas usuarias, las características de las unidades de convivencia y las metodologías facilitadoras de la atención personalizada, también citadas en la literatura consultada como facilitadores de la ACP requieren, no obstante, una mayor investigación.

Son resultados –resume la autora– que apuntan hacia la conclusión de que la ACP consigue efectos positivos en el cuidado y en quienes intervienen en este proceso, pero que, a la vez, muestran la necesidad de contar con evidencias más sólidas así como la de mejorar la calidad metodológica de los trabajos.

No todas las revisiones realizadas obtienen sin embargo resultados tan prometedores. Una reciente revisión de la efectividad de la planificación centrada en la persona para personas con discapacidad [42] señala por ejemplo que la evidencia respecto a la efectividad de la PCP es limitada y no demuestra que ese enfoque genere transformaciones radicales en la vida de las personas con discapacidad intelectual. Con todo, la revisión realizada por Ratti y sus colaboradores señala que puede hablarse de efectos positivos en lo que se refiere a la participación comunitaria y que puede hablarse de ciertas mejoras en

cuanto a calidad de vida, participación en actividades y elección de las actividades de la vida diaria. No se observaron sin embargo efectos reseñables en lo que se refiere a la autodeterminación de las personas usuarias o en el control sobre sus vidas.

## 2.7. Límites, dificultades y riesgos de la personalización

La personalización de la atención se enfrenta a límites y a dificultades que pueden frenar u obstaculizar su aplicación. La personalización –o, más bien, algunas formas de concebir y aplicar la personalización– presenta también algunos riesgos que es necesario tener en cuenta. Se analizan a continuación esos límites, dificultades y riesgos.

En lo que se refiere a los límites de la personalización, la primera cuestión que cabe señalar es la propia idea de que la personalización de la atención se enfrenta a ciertos límites y que está constreñida por condicionantes organizativos y económicos que se pueden considerar inevitables. La autodeterminación de las personas usuarias, su libertad de elección o las posibilidades para una vida independiente se enfrentan así a límites que en algunos casos se refieren a las necesidades y posibilidades organizativas de los centros o programas, en otros a la limitación de los recursos, y en otros a la propia lógica administrativa e institucional, que impone rigideces y condicionantes difíciles de obviar.

- **Los límites organizativos.** El acceso a servicios de cuidado o apoyo prestados en el marco de los servicios sociales – independientemente de si se prestan en el marco domiciliario o residencial– está condicionado por las limitaciones organizativas. El equilibrio entre los derechos individuales y las necesidades

organizativas es inevitablemente complejo. En el caso de las residencias, por ejemplo, es un hecho que la vida en una institución queda sometida a una serie de condicionantes que vienen dados por las necesidades de convivencia y de organización. En un lugar en el que conviven muchas personas y en el que trabajan otras muchas, deben, indiscutiblemente, establecerse unas reglas que hagan posible el funcionamiento del conjunto, definiendo el marco, los límites dentro de los cuales cada uno puede ejercer sus derechos, especialmente si tenemos en cuenta que a la diversidad de los intereses grupales se suman los muy variados intereses individuales [43].

Esta reflexión puede extenderse a los servicios domiciliarios y el resto de los programas de intervención, independientemente de dónde se presta, en la medida en que son prestados en última instancia por organizaciones con limitaciones y condicionantes claros. El objetivo de flexibilidad, y de adaptación a las necesidades individuales, debe siempre ser compatible con los condicionantes organizativos.

- **Los límites económicos.** Muchos de estos condicionantes tienen su origen en las limitaciones presupuestarias. Al margen de la discusión sobre cuál debe ser la inversión pública que se destina a los servicios de cuidado y apoyo, de lo que no cabe duda es que se trata de presupuestos limitados. Elementos como la autodeterminación o la libertad de elección, la cualificación y la dotación de los profesionales, la dotación de medios materiales o la adecuación de los equipamientos físicos está limitada por los recursos económicos disponibles. Estos recursos son asignados, fundamentalmente, por los responsables políticos e institucionales, que cuentan con una disponibilidad económica limitada y deben también hacer frente a

otras necesidades de gasto. No se puede hablar seriamente de personalización, autodeterminación o vida independiente sin tener en cuenta esos límites.

- **Los límites administrativos.** Una parte esencial de los apoyos y cuidados que se prestan en el marco de los Servicios Sociales se enmarcan en el sistema público de Servicios Sociales. Una de las características básicas de estos programas es que no son servicios discrecionales que los responsables técnicos o políticos pueden conceder, o denegar, en función de su criterio particular. Al contrario, el acceso a estos programas se establece en función de unos requisitos de acceso y en base a unos procedimientos administrativos determinados. Este carácter de derecho subjetivo obliga a respetar una serie de procedimientos administrativos que –si bien en algunos casos pueden considerarse rígidos o excesivamente burocráticos– son esenciales para garantizar el funcionamiento de los servicios y su legitimidad social, además de la correcta asignación de los recursos. Ello no impide sin embargo, obviamente, la necesidad de introducir mecanismos y nuevas formas de gestión que reduzcan las cargas burocráticas y reduzcan la rigidez en la asignación y en la provisión de los servicios.

En lo que se refiere a las dificultades o los obstáculos, tanto la literatura consultada como la experiencia de las entidades que han colaborado en la elaboración de esta guía permiten hablar de las siguientes:

- Limitaciones presupuestarias. Como se ha señalado previamente, las limitaciones presupuestarias pueden entenderse como un límite para la personalización de los servicios, pero también como un obstáculo o una dificultad.
- El peso de las inercias institucionales y organizativas, que se extiende desde

las prácticas profesionales a los condicionantes estructurales de los edificios en los que se prestan los servicios. Cabe hablar, en ese sentido, del peso de las inercias de un paradigma basado en el asistencialismo, el paternalismo y la segregación de las personas en lo referido al diseño de las políticas públicas. Esas inercias –también podría hablarse de resistencias– se extienden a la determinación de las funciones, responsabilidades y modos de intervención de las entidades proveedoras de servicios –en muchos casos, entidades del tercer sector– que tienen sus propios intereses, condicionantes y perspectivas, no siempre alineadas con el enfoque de la personalización.

Las inercias también se relacionan con la carga que supone el trabajo cotidiano de las entidades, y las dificultades para introducir cambios prácticos y filosóficos de calado sin dejar de dar respuesta a los compromisos del día a día. Son patentes en ese sentido las dificultades de los agentes para compaginar un día a día exigente con la incorporación de nuevos mecanismos de aprendizaje/intervención que requieran esfuerzos adicionales o que puedan mermar los recursos existentes.

- Las limitaciones en las dotaciones profesionales, que impiden disponer del tiempo necesario para atender a las personas usuarias y, al mismo tiempo, avanzar en la formación, la reflexión y la experimentación que requiere cualquier cambio de modelo.
- En lo que se refiere a las dificultades, algunos autores han hablado de las asimetrías de poder que siguen existiendo entre los y las profesionales –tanto de la atención directa como de la valoración de necesidades o la asignación de los recursos– y las personas usuarias [44]. El cambio cultural en los roles profesionales

requiere también eliminar esas asimetrías de poder.

- Dificultades para la formación y la asunción real de estos enfoques por parte de los diversos agentes implicados: técnicos y responsables de la administración y de las entidades proveedoras de servicios, profesionales de atención directa, etc. Esta falta de asunción se traduce, en ocasiones, en una falta de liderazgo técnico, político, profesional y/o institucional, que impide el avance de estos modelos.
- Ausencia de conocimiento y formación en responsables públicos y privados en el ámbito de la atención/apoyos en todo lo referido a modelos que promoción en la libre elección y autodeterminación de las personas.
- Como se señala en el apartado de riesgos, y en relación con lo anterior, la aplicación del enfoque de la personalización se enfrenta también a menudo a una asunción parcial e incompleta de sus postulados, renunciándose a una aplicación coherente, por ejemplo, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad e, incluso, de la normativa vigente en materia de Servicios Sociales. En ese sentido, se podría plantear como un obstáculo la pervivencia de servicios que consideran que llevan ofreciendo atención personalizada durante años, y se resisten a adoptar nuevas fórmulas por considerar que no es más que un cambio de metodología y no un cambio de paradigma.
- Dificultades para la transmisión y la aceptación de las bases filosóficas de la personalización por el conjunto de la sociedad, más allá de sus enunciados más “edulcorados”. Además del conjunto de la sociedad, también se plantean dificultades en cuanto a la asunción del paradigma de la personalización por parte de los

familiares de las personas usuarias, que se encuentran en ocasiones más cómodos en esquemas que podríamos llamar “paternalistas”.

- Inadaptación de la normativa: buena parte de los marcos normativos actualmente vigentes en el ámbito de los Servicios Sociales dificultan –o, al menos, no facilitan– la personalización de los servicios. Por citar un ejemplo, se puede hacer referencia al diseño normativo de recursos basados en la prestación de servicios en lugar de promover transferencias directas que sean suficientes e individualizadas para que las personas autogestionen la provisión de los apoyos necesarios que se ajusten a sus necesidades.
- En relación con el anterior punto, la complejidad competencial y administrativa dificulta elementos tales como la continuidad de la atención o la asignación de referentes de caso, que pueden ser considerados como elementos esenciales de la personalización de la atención. Cabe también citar la rigidez administrativa como un freno o dificultad para materializar los planteamientos de la personalización.
- La ausencia de coordinación entre los diferentes sistemas que conforman el ecosistema de apoyos (servicios sociales, vivienda, educación, empleo, salud, etc.) y las dificultades para la coordinación entre sistemas (servicios sociales, sanitarios...), entre atención primaria y secundaria y entre entidades públicas y el tercer sector. En ese sentido, la compartimentalización institucional dificulta el establecimiento de colaboraciones fluidas entre distintos niveles competenciales. No existe en ese sentido el suficiente consenso interinstitucional e intersistema para el desarrollo de medidas concretas que permitan avanzar hacia una mayor personalización, y son evidentes las diferencias –tanto filosóficas como prácticas– y los recelos corporativistas que existen entre diversas entidades y entre profesionales de diversos sistemas para abordar las mismas situaciones y delimitar funciones frente a diseños confusos de espacios compartidos entre sistemas (socio-sanitario, sociolaboral, socioeducativo, socioresidencial, etc.).
- En ese mismo sentido, la atomización del sector de la intervención social se plantea como un freno o dificultad para la personalización. El sistema de servicios sociales funciona de forma fragmentada, tanto en un determinado ámbito de los servicios sociales, como entre las contingencias establecidas por la Ley de Servicios Sociales. Estas cuentan con diferentes funcionamientos, requisitos de acceso, instrumentos de uso no común o diferentes modelos de atención. Su desigual desarrollo científico-técnico y cultural, así como la asimetría existente entre ellas respecto a los recursos económicos, profesionalización, reconocimiento social o a la delimitación del objeto de atención, entre otros, constituyen dificultades importantes para la personalización.
- Dificultades, en ocasiones provocadas por la propia normativa sobre protección de datos, para compartir por parte de más de una entidad la información relativa a una persona usuaria, y poder de esta manera planificar y evaluar las intervenciones de forma conjunta.
- Ausencia de herramientas y soportes metodológicos útiles y validados.
- Cabe plantear también como un obstáculo a la personalización la ausencia de una cultura de la evaluación y la consiguiente dificultad para evaluar la efectividad de los nuevos modelos de intervención, lo

que permitiría, por una parte, mejorar la práctica profesional identificando los enfoques más efectivos y, por otra, transmitir adecuadamente los impactos positivos que el nuevo modelo puede generar.

Finalmente, como ya se ha dicho, la personalización de la atención –o algunas formas de concebir la personalización– puede implicar algunos riesgos destacables. La literatura que se ha consultado para la elaboración de esta guía permite hablar, al menos, de los siguientes riesgos:

- **La personalización como responsabilización individual.** En algunos ámbitos de los Servicios Sociales – especialmente, aunque no sólo, en el ámbito de la exclusión social– la individualización de la atención ha sido concebida básicamente como responsabilización individual respecto a los problemas que las personas padecen. Como se ha señalado en otros trabajos [45], en el ámbito específico de la atención a las personas desempleadas o en situación de exclusión social, la individualización implica un énfasis en las responsabilidades y los comportamientos individuales, desconsiderando los factores contextuales y, en definitiva, cargando sobre las víctimas de situaciones estructurales de desigualdad y exclusión el peso de su situación: la tendencia a la individualización implica a menudo que se atribuya a la persona en exclusión la responsabilidad de su situación, y que los problemas estructurales se lean exclusivamente en clave de carencias de los individuos, a partir además de una tendencia a la psicologización de los problemas sociales<sup>17</sup>.

Desde ese punto de vista, los problemas políticos y económicos se transforman en cuestiones relativas a los motivos personales y a las voluntades individuales, estimulándose la despolitización de la gestión del conflicto social y desdibujándose el carácter sociopolítico de determinadas problemáticas como la exclusión social. Todo ello obliga por tanto a plantear una interpretación de la personalización que no se limite al abordaje de los aspectos individuales de la exclusión –que obviamente existen y son a menudo importantes– y que se centre en la intervención sobre los aspectos estructurales que inciden en esas situaciones, asumiendo los planteamientos que, en un sentido muy parecido, implica el modelo social de la discapacidad.

- **La personalización como des-responsabilización institucional.** Buena parte de las críticas que en el mundo anglosajón se le ha hecho al enfoque de la personalización –y, más concretamente, al impulso a las prestaciones económicas para el acceso a los servicios de atención– se relacionan con el riesgo de des-responsabilización institucional que estos sistemas presentan y con su efecto en lo que se refiere a la privatización de la atención. En efecto, frente a la asignación

---

Estado y los individuos, a partir de un concepto moralista de la responsabilidad. En ese marco, la ciudadanía ya no se interpreta en términos sociales, como un mecanismo de protección frente a los riesgos económicos, sino en términos individuales: el derecho a la protección viene determinado por la conducta, las elecciones, las actitudes y las motivaciones del individuo. El énfasis pasa de la responsabilidad colectiva del Estado Social a la responsabilidad personal del ciudadano individual; el desempleo deja de ser consecuencia de un determinado desarrollo social y económico (culpar al sistema) y pasa a ser consecuencia de la acción, o inacción, del ciudadano individual (culpar a la víctima). En esa misma lógica, el Estado adquiere un papel más intrusivo, orientado a un control permanente de las conductas individuales.

---

17. Van Berkel y Valkenburg [46] sostienen que determinadas formas de entender la individualización implican un cambio en la distribución de las responsabilidades entre el

directa de servicios por parte de las instituciones o la prestación directa de servicios por parte de la administración, esta materialización de la personalización se apoya básicamente en lógicas mercantiles –las personas consumidoras son las que mejor pueden elegir el servicio que requieren– y en fórmulas de *cheque servicio* que pueden ir en detrimento de determinados perfiles de personas usuarias.

En ese sentido, algunas de las evaluaciones que se han realizado en relación a esta cuestión –y, muy particularmente, en relación a la capacidad real de elección de las personas que acceden a los servicios sociales– ponen de manifiesto que no todas las personas usuarias tienen la información y la orientación necesaria para tomar decisiones suficientemente informadas, que el papel de “empresario” que contrata servicios en el mercado privado no es el que muchas personas con necesidades de cuidado y apoyos quieren o pueden realizar, que la oferta de servicios no es homogénea en el territorio (y por tanto no hay en esos casos una verdadera libertad de elección) o que la responsabilidad pública sobre los servicios puede debilitarse si el papel de la administración se limita a financiar una parte del coste de acceso a los servicios y se renuncia a asumir las competencias en materia de regulación, inspección y evaluación.

Frente a esos riesgos, los países que han avanzado en la lógica de la personalización han actuado de varias formas: por una parte, como en el caso de Escocia, ofreciendo a las personas la libertad de elegir la forma de acceso a los servicios que prefieren (pago directo, asignación de servicios, etc.); por otra, mediante el desarrollo de mecanismos de apoyo y orientación a las personas usuarias, como las Oficinas de Vida Independiente;

por último, mediante el desarrollo de mecanismos de para la garantía de la calidad, como la acreditación, la inspección o la evaluación de los resultados de las intervenciones.

- **La personalización como individualismo.** Un tercer riesgo podría hacer referencia a confundir entre prácticas personalizadas y centradas en la persona y prácticas individualistas. El riesgo radica en entender, y llevar a la práctica, la personalización en detrimento del reconocimiento de las personas como seres sociales, de la interdependencia humana o de la importancia de implicar a la red significativa de apoyo de la persona. Por un lado, la personalización de la atención debe salvaguardar los derechos de otras personas y, por otro lado, no debe pensarse la personalización fuera del marco de la solidaridad, cooperación y relaciones interpersonales y comunitarias. De hecho, los cambios producidos por la globalización, la multifactorialidad de las realidades, las dificultades de acceso a algunos derechos básicos o el propio individualismo empujan a tener que descubrir nuevas fórmulas de solidaridad y participación. En este sentido, se podría hablar de “personalización comunitaria”.
- **La personalización como significativo vacío.** El último de los riesgos se refiere a la utilización de la personalización –y de los diferentes enfoques que esta engloba (planificación centrada en la persona, atención centrada en la persona, etc.)– como significativo vacío, es decir, como “un significativo al que no le corresponde ningún significado específico”. El riesgo consiste, más concretamente, en utilizar la etiqueta de personalización como mera herramientas de marketing –político, técnico u organizativo– sin capacidad o intención de introducir cambios reales en las estructuras que determinan que los servicios sean o no verdaderamente

personalizados. En ese sentido, es obvio que personalizar los servicios sociales implica cambios y costes –económicos, organizativos, profesionales...– y que utilizar el enfoque de la personalización de forma meramente retórica supone un riesgo doble: por un lado, el agotamiento del propio concepto (como les ha pasado a tantos conceptos en el ámbito de las políticas públicas); por otro, la obstaculización de los procesos y dinámicas que verdaderamente llevan a la personalización, que se relegan en favor de retóricas propagandísticas sin capacidad de cambio.

## 2.8. Los aceleradores de la personalización

A diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos, como el de la innovación por ejemplo, no puede decirse que se haya reflexionado en detalle en relación a los elementos que aceleran la transición de un modelo convencional de Servicios Sociales a un modelo basado en la personalización, más allá de la asunción de los principios, las herramientas o las prácticas organizativas que buscan aplicar este enfoque.

En cualquier caso, de la práctica desarrollada en este ámbito a lo largo de los últimos años puede concluirse que entre los principales aceleradores de la personalización están los siguientes cinco elementos:

- **El liderazgo y el impulso técnico.** Como ocurre en otros ámbitos de las políticas sociales, el desarrollo de los enfoques relacionados con la personalización se deriva del impulso que desde el ámbito técnico se da al cambio en los marcos filosóficos y al cambio en las prácticas organizativas y asistenciales. Este impulso técnico se traduce en el desarrollo de nuevos marcos conceptuales, el diseño de nuevas herramientas, la realización de actividades de difusión y sensibilización, el desarrollo de programas de investigación y actividades de formación y capacitación, el impulso de cambios organizativos... La personalización de los servicios, en definitiva, requiere de una profunda readaptación de los marcos técnicos y organizativos, lo que requiere a su vez de un impulso técnico decidido. El papel del Tercer Sector en este tipo de procesos, sobre todo en algunos, es fundamental, por su capacidad de detección de necesidades sociales emergentes o su incidencia en el diseño de las políticas sociales desde la representación de las propias personas que requieren de apoyos. No puede olvidarse, de hecho, en qué medida los diferentes enfoques relacionados con la personalización de la atención –vida independiente, planificación centrada en la persona, atención centrada en la persona, etc.– han avanzado gracias a los aportes realizados por unas entidades o unas personas determinadas, cuya aportación técnica ha sido esencial.
- **La demanda social.** El segundo acelerador básico de la personalización de la atención tiene que ver con la demanda social y, fundamentalmente, con la presión que en ese sentido puedan ejercer las personas usuarias o afectadas por las problemáticas que se abordan desde los Servicios Sociales, y sus representantes. No puede olvidarse que buena parte del movimiento por la vida independiente y la propia aceptación del modelo social de la discapacidad se deriva de la concienciación y de la capacidad de incidencia de las personas con discapacidad (especialmente física), agrupadas en organizaciones de diverso tipo. Del mismo modo, el desarrollo de la planificación centrada en la persona ha venido de la mano de las entidades de la discapacidad,

sobre todo la discapacidad intelectual. Aunque en otros ámbitos –como el de las personas mayores o el de las personas en situación de exclusión social– los avances hacia la personalización no han venido preferentemente de la demanda o la presión de las personas usuarias, no cabe duda de que sin la incidencia de estas personas, o de las entidades que las representan, la transición hacia modelos más personalizados es difícilmente posible.

- **El impulso político e institucional.** En la medida en que la personalización se refiere, básicamente, a las políticas públicas que se desarrollan en el ámbito de los Servicios Sociales y sociosanitarios, el impulso político y de la administración resulta esencial para el desarrollo de estos programas. Tanto el desarrollo de programas piloto de tipo experimental, como el impulso de actividades específicas de investigación y formación, y, sobre todo, la adaptación de la red de Servicios al enfoque de la personalización –ya sea a nivel macro, meso o micro– requiere necesariamente de la posibilidad de modificar elementos sustanciales del sistema de servicios sociales, algo que compete principalmente a los responsables políticos e institucionales. En ese sentido, puede decirse que no es posible acelerar la transición hacia un modelo más personalizado si desde las instancias políticas e institucionales no se adoptan cambios sustanciales en cuanto a normativa, dotación de recursos, cartera de servicios, criterios de acceso a los servicios, impulso de la I+D+i, etc.,
- **La complicidad y la implicación profesional.** Como se ha señalado en las páginas precedentes, una de las dimensiones organizativas esenciales de la personalización se refiere al papel de los y las profesionales, especialmente los que trabajan en la atención directa. Desde ese punto de vista, el principal

acelerador de estos cambios se relaciona con la cualificación técnica de los y las profesionales y, sobre todo, con su implicación y alineamiento con relación a los objetivos, metodologías y principios de la personalización.

- **La generación de evidencia científica, evaluación e I+D+i.** En consonancia con la importancia del liderazgo técnico que ya se ha señalado, otro de los aceleradores básicos de la personalización se refiere a la capacidad de generar evidencia científica convincente sobre su efectividad y sobre las vías más adecuadas para su implantación. Es necesario en ese sentido impulsar los esfuerzos que se destinan a la generación de evidencia científica, a la evaluación de las intervenciones, a la innovación y la experimentación... de forma que sea posible:
  - identificar las prácticas más efectivas, las que mejor funcionan;
  - demostrar que la aplicación de estos modelos se traduce en resultados concretos desde el punto de vista de la calidad de vida y la inclusión social de las personas atendidas;
  - difundir y ejemplarizar pequeños éxitos que generen tracción y convencimiento en la posibilidad real de llevar a cabo una transición compleja *per se*.
  - contar con una capacidad suficiente para llevar los modelos de innovación exitosos al núcleo del sistema con cierta agilidad.



# Capítulo 3. Cómo transitar hacia unos servicios más personalizados en Gipuzkoa



### 3.1. Introducción

Como se ha señalado en el apartado introductorio, uno de los objetivos de este documento es el de facilitar la transición hacia unos servicios más personalizados en Gipuzkoa, a partir del mapa conceptual, de herramientas y de buenas prácticas que se ha elaborado. Para ello, el documento recoge, por una parte, la visión del equipo redactor sobre las características de los servicios sociales guipuzcoanos en el medio y largo plazo, es decir, las características que el modelo debería tener desde el punto de vista de la personalización de la atención.

A partir de esa visión, este capítulo recoge las principales transiciones que deberían producirse en el marco de los Servicios Sociales guipuzcoanos para hacer posible esa visión: es decir, los ejes en los que se deberían producir los cambios y la situación hacia la que debería avanzarse. Finalmente, se plantean algunas posibles recomendaciones y líneas de acción, con un cierto nivel de concrección, que podrían hacer posibles y efectivas esas transiciones.

### 3.2. Visión

*Los Servicios Sociales de Gipuzkoa ofrecen a todas las personas con necesidades de cuidados y apoyos una gama amplia y flexible de servicios y prestaciones para su bienestar, calidad de vida e inclusión social.*

*Las personas tienen la posibilidad de elegir los servicios y prestaciones que reciben, así como el entorno en el que se prestan y la entidad o la persona que los presta.*

*Los servicios ofrecen cuidados y apoyos ajustados a la singularidad de cada*

*persona en entornos ordinarios y comunitarios.*

*Se fomenta la autodeterminación y la participación de las personas usuarias y, dentro de las posibilidades organizativas, los derechos, deseos, aspiraciones, expectativas, necesidades, valores y preferencias de cada persona se sitúan en el centro de la atención.*

### 3.3. Transiciones

Esquemáticamente, para hacer realidad esa visión, las principales transiciones que deben realizarse en el sistema guipuzcoano de Servicios sociales son:

1. Pasar de una Cartera de Servicios rígida y limitada **a una Cartera de Servicios amplia, diversa y flexible.**
2. Pasar de un **sistema de servicios sociales** atomizado y desigual en cuanto a las contingencias contempladas en la Ley de Servicios Sociales, a otro más **integrado y equitativo para los diferentes ámbitos del sector**, de forma que el sistema sea **proactivo, adaptativo y flexible** a las desiguales hojas de ruta que requieren las diferentes contingencias de los servicios sociales para transitar hacia la personalización de la atención.
3. Pasar de un **modelo de acceso** a los servicios basado en la asignación de recursos por parte de la administración a otro fundamentalmente orientado a **la elección** por parte de las personas usuarias.
4. Pasar de un **modelo de servicios** fundamentalmente basado en centros (residenciales, ocupacionales, de atención diurna...) a otro **basado** en la

**vida independiente, el acogimiento familiar, la intervención domiciliaria, y el acompañamiento en la comunidad.**

5. Pasar de un **modelo de actividades** limitadas e impersonales, en entornos segregados, a otro basado en **actividades positivas y con sentido**, basadas en la biografía y las preferencias de cada persona, y en **intervenciones socioeducativas y psicosociales** orientadas a la inclusión en la comunidad.
6. Pasar de un modelo organizativo continuista, reactivo y fragmentado, a otro basado en la **anticipación/prevención**, el **trabajo en red**, la **innovación**, el **aprendizaje continuo** y la **participación** de todos los agentes, incluidas las personas que requieren de apoyos.
7. Pasar de un **modelo residencial** basado en equipamientos de tipo institucional a otro fundamentalmente **basado en viviendas comunitarias, apartamentos tutelados y unidades de convivencia**.
8. Pasar de la actual desigualdad en cuanto cualificaciones, dotaciones y condiciones de trabajo, a la generalización de **equipos profesionales** suficientemente **dotados y cualificados**, con **condiciones laborales adecuadas**, y orientados al **empoderamiento de las personas usuarias**.
9. Pasar de un **modelo de comunicación e información** poco accesible y poco comprensible, a otro **basado en la transparencia, la accesibilidad cognitiva y la rendición de cuentas**.
10. Pasar de un modelo basado en el paternalismo de la administración a otro inspirado por el reconocimiento de la plena capacidad y autodeterminación de las personas usuarias.

11. Pasar de un modelo de gobernanza basado en la jerarquía y la unilateralidad a otro orientado a una gobernanza abierta y colaborativa en la que las personas usuarias sean tomadas en consideración, ya sea directamente, o a través de las organizaciones que les representan.

### 3.4. Recomendaciones y líneas de avance

Se señalan a continuación algunas recomendaciones y líneas concretas de avance que –junto a otras muchas actuaciones– podrían a juicio del equipo que ha elaborado este documento permitir avanzar en las transiciones apuntadas:

1. **Redefinir los servicios y prestaciones** del Sistema de Servicios Sociales para su adecuación a los principios de la personalización. Para ello es necesario redefinir tanto el propio catálogo de Servicios, como los criterios de acceso y las prestaciones que cada recurso ofrece, de forma que se garantice tanto la disponibilidad de plazas en los diversos servicios como la continuidad de la atención y la flexibilidad en cuanto a la satisfacción de las muy diferentes necesidades de las personas. Ofrecer una atención en función de las necesidades implica la adopción, además, de un modelo tanto a nivel metodológico como organizativo que garantice la continuidad de los apoyos y su adecuación. Entre los modelos de atención basados en la estratificación de necesidades o niveles de complejidad de las situaciones se puede destacar el modelo de la Pirámide de Kaiser.
2. **Ampliar la dotación de plazas de los centros de alojamiento de atención primaria** (viviendas comunitarias y

apartamentos tutelados) y extender el perfil de personas atendidas en ellos, más allá de las situaciones de riesgo. Los principios de la personalización –la desinstitucionalización, la adaptación arquitectónica, la atención comunitaria...– requieren un desarrollo mucho más decidido de soluciones residenciales a medio camino entre el domicilio y el centro residencial convencional, mediante viviendas de tamaño medio, ubicadas en la comunidad y en las que los profesionales prestan los cuidados y apoyos necesarios. Se trata, *grosso modo*, de los servicios de alojamiento que en la Cartera de Servicios Sociales se corresponden con la atención primaria, aunque también en el ámbito de la atención secundaria pueden y deben potenciarse este tipo de alojamientos de tamaño pequeño o medio. Por otra parte, la implicación de los servicios de vivienda en este ámbito es básica, en la medida en que es el Sistema de Vivienda el que debería preferentemente ofrecer las soluciones residenciales –ordinarias y comunitarias– que muchas de estas personas precisan, centrándose la función de los Servicios Sociales en la provisión de los cuidados y los apoyos necesarios para su bienestar y para su calidad de vida.

- 3. Ampliar y reforzar técnica y metodológicamente los programas domiciliarios y de intervención socioeducativa y psicosocial, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención secundaria.** Frente a la intervención en y desde los centros asistenciales, la personalización de la atención requiere fundamentalmente la posibilidad de ofrecer servicios itinerantes, de carácter ambulatorio, que se ofrecen en los lugares en los que viven las personas (sean domicilios, sean alojamientos colectivos, sea la calle...). Pese a los avances producidos en los últimos años, los servicios de este tipo contemplados en la Cartera de Servicios Sociales tienen todavía

un desarrollo insuficiente, especialmente en el ámbito de la dependencia y la exclusión social. Es necesario por tanto impulsar estos equipos de intervención socioeducativa y acompañamiento social, tanto en el ámbito de la exclusión y el riesgo de desprotección infantil, como en el ámbito de la discapacidad o la dependencia.

- 4. Introducir mecanismos que permitan la elección por parte de las personas usuarias de los centros y las entidades prestadoras de servicios, incluyendo una apuesta más decidida por la posibilidad de optar por prestaciones económicas para la adquisición de servicios de cuidado en el mercado.** Como ocurre en otros países de nuestro entorno, la personalización requiere también la posibilidad de que las personas con necesidades de cuidados o de apoyos accedan en el mercado a los servicios que requieran, y que sean ellas quienes elijan tanto el servicio que quieren utilizar como la entidad proveedora de ese servicio. Esta línea de trabajo implica un cambio tanto en las formas de acceso y contratación de los servicios como en la capacidad de las administraciones para ofrecer a las personas usuarias el apoyo y la orientación que precisan a la hora de ejercer su derecho a la elección –incluyendo la elección de no elegir–, a la hora de supervisar los servicios prestados y a la hora de establecer los estándares de calidad que estos proveedores deben garantizar.
- 5. Impulsar la participación de las personas usuarias en el diseño, ejecución y evaluación de los servicios y prestaciones del sistema de Servicios Sociales.** Junto con los mecanismos para la elección por parte de las personas usuarias de las prestaciones que requieren, la personalización de la atención precisa involucrar a las personas que reciben apoyos en la evaluación de

la atención que reciben, así como en el propio proceso de diseño de las políticas sociales o de elaboración de planes y su posterior desarrollo. Esta participación se puede materializar directamente o a través de las entidades del tercer sector que les representan. Para ello, es necesario incorporar o experimentar otros mecanismos acordes con la personalización para fomentar su participación en el marco de una gobernanza abierta y colaborativa.

**6. Reforzar el papel de los profesionales de referencia y/o gestores de caso, tanto en los Servicios Sociales de Base como en el organigrama de la Diputación Foral y en el marco de los centros y programas.**

Junto al desarrollo de programas de intervención socioeducativa y de cuidados a domicilio, la personalización de la atención requiere el impulso del trabajo los y las profesionales de la gestión de casos y de los profesionales de referencia que conozcan la trayectoria de las personas usuarias y actúen como referentes cercanos para ellos y ellas. El papel de los y las profesionales de referencia debe reforzarse tanto en los Servicios Sociales de Base municipales como en los servicios forales responsables del acceso a los servicios de atención secundaria, y en los propios servicios de atención directa, ya sean de atención primaria o secundaria. Es necesario también, en esa línea, reforzar los programas intensivos de gestión de casos que permitan compatibilizar y coordinar diversos programas, apoyando el papel que en ese sentido realizan las personas cuidadoras o las redes de apoyo informal.

Junto a figuras de referencia estables y continuadas, es necesario avanzar hacia una mayor integración de diferentes servicios o departamentos, especialmente en atención secundaria, donde puede haber más de una figura de referencia. Si solamente se garantiza la estabilidad y

continuidad de profesionales de referencia sin que las puertas de entrada, requisitos de acceso y prestaciones no se planteen desde una perspectiva integrada, la personalización de la atención se cubrirá parcial e insuficientemente. Por tanto, la integración, coordinación y liderazgo en la gestión de casos son fundamentales, cuyas implicaciones también tienen un claro reflejo en el siguiente punto.

**7. Promover un esfuerzo coordinado e integral para la simplificación de los trámites administrativos vinculados al acceso a los servicios.** La simplificación administrativa, y la accesibilidad universal, son elementos clave de la personalización. Los procedimientos administrativos que permiten el acceso a los servicios –y su mantenimiento en ellos– deben por una parte simplificarse, en lo que se refiere a la documentación que se solicita a las personas usuarias, y, por otra parte, comunicarse mediante metodologías más accesibles, como la lectura fácil. En esta línea, otro objetivo posible podría ser el de fomentar el uso de herramientas online accesibles que permitan unificar el acceso a la cartera de servicios.

**8. Definir una serie de ejes<sup>18</sup> sobre los que abordar procesos de trabajo de carácter interno de las instituciones y organizaciones, de manera pilotada, para validar las posibilidades de incorporación de la personalización de la atención.** Las dimensiones organizativas y personales en las que se plasma la personalización probablemente requieren de planes de transición hacia la personalización

18. Ejemplo de este planteamiento de trabajo por ejes puede ser el Proyecto Vivir Mejor del Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, orientado a mejorar la calidad de la atención prestada en los servicios dirigidos a personas con discapacidad. Acceso a la serie completa de las guías elaboradas en el marco del proyecto: <https://bit.ly/3ys54m1>.

específicos para que los cambios que se quieran producir en ellas sean **más ajustados**, de forma más eficiente. Por otro, en la línea del desigual desarrollo de las contingencias de los servicios sociales, es importante contemplar diferentes planes de transición también para cada una de estas, en la medida en que su situación de partida en relación con este enfoque y los recursos para su aplicación son desiguales. Se plantea la idoneidad de planificar hojas de ruta diferentes para situaciones de partida diferentes.

9. **Establecer programas específicos de supervisión, formación y cualificación del personal**, al objeto de que el cambio cultural que implica la personalización pueda ser asimilado, comprendido y practicado. Las líneas de formación, cualificación y sensibilización del personal que se realicen en este campo deben necesariamente ir acompañadas de ajustes en las ratios de atención, una redefinición de las prestaciones y las funciones de determinados perfiles profesionales, la puesta en marcha de programas de supervisión y acompañamiento profesional y, allí donde sea necesario, la mejora de las condiciones de trabajo de las personas profesionales. En la línea de impulsar el aprendizaje en personalización, cabría diseñar y desarrollar una estrategia y programa de aprendizaje sobre personalización destinados a personas usuarias y personas cuidadoras (sean profesionales o no), de modo que contribuyan al empoderamiento de las personas usuarias y sus familiares.
10. **Impulsar el desarrollo de instrumentos de intervención y evaluación**. Como ponen de manifiesto los ejemplos que se recogen en el punto siguiente, es importante desarrollar instrumentos de intervención y evaluación que permitan valorar la situación, las necesidades y las prioridades de las personas atendidas, identificar

sus deseos y expectativas, comunicar sus opciones, valorar la evolución de su situación, o evaluar la calidad de los servicios prestados, tanto desde un plano objetivo como subjetivo.

11. **Diseñar e impulsar un Plan de desinstitucionalización**. Teniendo en cuanta las características de los centros y las infraestructuras ya existentes, un plan de estas características debería centrarse en promover el acceso de las personas usuarias de los Servicios Sociales con necesidades de alojamiento a los servicios prestados por el Sistema de Vivienda, impulsar medidas para garantizar la accesibilidad de las viviendas así como la dotación de productos de apoyo que promuevan la autonomía personal, diseñar e impulsar un plan general de rehabilitación de centros de atención (especialmente los de carácter residencial), favorecer alternativas innovadoras como el *co-housing*, o impulsar la construcción de equipamientos mixtos e intergeneracionales que permitan la mezcla de usos y su integración en el tejido comunitario. La desinstitucionalización requiere de una transformación sistémica que incluye, como se ha visto, un cambio de paradigma y, consecuentemente, una redistribución presupuestaria.
12. **Impulsar el desarrollo de redes y proyectos comunitarios e impulsar el desarrollo de mesas locales de coordinación**. Los principios de desinstitucionalización y atención en y por la comunidad en los que se apoya este modelo de personalización requieren una mayor densidad de proyectos de activación comunitaria, el apoyo y la potenciación de las iniciativas de voluntariado y un mejor aprovechamiento de los recursos comunitarios (culturales, deportivos, de ocio, etc.). Estas iniciativas sólo tiene sentido si se despliegan a nivel territorial y

pueden ser impulsadas mediante mesas locales o comarcales de coordinación que faciliten el trabajo conjunto.

- 13. Articular las redes existentes.** Desarrollar una herramienta de mapeo y articulación de las redes existentes, con el fin de amalgamar los ámbitos público, social y privado, en relación con el impulso de ecosistemas de cuidados en Gipuzkoa.
- 14. Definir un modelo de evaluación acorde con la personalización de la atención.** Explorar, experimentar y desarrollar un modelo de evaluación de los servicios coherente con la personalización en lo que se refiere a los conceptos, herramientas e indicadores que permitan validar el grado de alineamiento y cumplimiento con la personalización de los cuidados y de los servicios sociales.
- 15. Diseñar un sistema de indicadores que permita, a partir de estándares de calidad consensuados, evaluar la calidad de los servicios prestados desde la perspectiva de la calidad de vida de las personas usuarias.** Los Servicios Sociales guipuzcoanos no han diseñado aún modelos de evaluación y sistemas de indicadores que permitan conocer y difundir la calidad de la atención que se presta en los servicios y programas, desde la óptica de la calidad de vida de las personas que reciben esos servicios<sup>19</sup>. Tampoco se han desarrollado suficientemente los mecanismos que faciliten la rendición de cuentas por parte

de las entidades proveedoras de servicios, que garanticen la transparencia y que permitan a las personas usuarias conocer cuál es el nivel de calidad de la atención prestada en cada uno de los centros de la red. Siguiendo los desarrollos ya avanzados en otros países, es necesario impulsar una agencia –o agenda– de evaluación de la calidad de los cuidados que, en colaboración con los servicios forales de inspección, establezca los estándares de calidad que se deben alcanzar, acompañe a las entidades en la aplicación de esos estándares, evalúe la atención que se presta en los centros y garantice la máxima transparencia en la publicación de la información disponible respecto a los resultados obtenidos en esas evaluaciones. Esta agencia debe también ser capaz de impulsar la agenda de investigación, innovación y gestión del conocimiento que los servicios sociales guipuzcoanos requieren.

19. La planificación centrada en la persona adopta el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo [5], lo que representa un cambio radical de planteamiento, en parte relacionado con la superación del modelo rehabilitador en el ámbito de la discapacidad y la creciente asunción del modelo social de la discapacidad. Este modelo implica un cambio de enfoque radical y la búsqueda de la calidad de vida individual representa un cambio de largo alcance.



# Capítulo 4. Herramientas para personalizar la atención



## 4.1. Tipología de instrumentos metodológicos para personalizar la atención

La personalización precisa de una serie de herramientas que promuevan su materialización y contribuyan a la transformación de modelos más tradicionales o centrados en los servicios. Las diferentes herramientas no tienen por qué ser útiles de forma universal, sino que cada entidad u organización debe aplicar aquellas que más se ajusten a su filosofía, funcionamiento, características o recursos. De igual modo, el uso progresivo que ha de caracterizar a la aplicación de algunas herramientas hace que la formación, la reflexión continua o la supervisión sean elementos indispensables para que las herramientas resulten efectivamente útiles.

En la aplicación y/o en la adaptación que los equipos realicen de las herramientas existentes son igual de importantes el proceso que les acompaña como los resultados que generan. Y, en todo caso, desde el punto de vista de la personalización las herramientas deberían asegurar la mayor participación posible de las diferentes personas implicadas en su uso, especialmente, de las personas que requieren de apoyos. No obstante, en ocasiones nos encontramos con herramientas muy útiles para operativizar la personalización de la atención, pero que no siempre recogen subjetivamente la valoración de las personas que reciben apoyos.

Por otro lado, puede haber diferentes formas de interpretar el concepto de "herramienta", y más concretamente, las herramientas que promueven la personalización. Las herramientas seleccionadas en este mapa responden a instrumentos o mecanismos concretos que promueven la personalización y que tienen carácter útil y sobre todo aplicable de forma bastante directa. Es

decir, estas herramientas se diferencian de diferentes recursos y modelos existentes que ciertamente sirven como orientación y soporte a la personalización: guías, manuales, bancos de información y buenas prácticas en atención centrada en la persona, enfoques de atención, etc.

En el marco del objetivo por avanzar hacia una personalización de los servicios, se pueden distinguir diferentes grupos o categorías de herramientas. En algunos casos se puede tratar de herramientas de carácter instrumental y que estén ligadas con otras más genéricas, mientras que en otros casos pueden ser herramientas más independientes. Por otro lado, aunque en este documento se ha optado por una clasificación, obviamente hay determinados tipos de herramientas que son difíciles de encasillar en una categoría única y concreta. Pueden responder a más de una al mismo tiempo dentro de un proceso de atención o pueden ser útiles para objetivos diferentes aunque relacionados.

En todo caso, la clasificación siguiente puede ayudar a distinguir entre los diferentes tipos de herramientas, si bien puede haber otras clasificaciones posibles. Se describen a continuación las principales características de las diferentes categorías de herramientas y/o una explicación de la perspectiva que las sostiene en esta guía:

- Instrumentos de diagnóstico y valoración.** La personalización de la atención comienza ya desde las fases de acogida, diagnóstico y valoración y, por tanto, las herramientas centradas en la persona en dichas fases son imprescindibles, más allá de la definición de los servicios o la planificación personalizada de un plan de atención. Las herramientas que focalizan más bien en estas fases constituyen, en el marco de la personalización, una primera aproximación para conocer la singularidad de la persona, para comprender la integralidad y globalidad de la situación y

para detectar, además de las necesidades, las capacidades, las preferencias o los intereses de la persona. En este sentido, las herramientas de autodiagnóstico y autopercepción cobran especial relevancia<sup>20</sup>.

En este tipo de herramientas también destacan las escalas de valoración de carácter objetivo y preferentemente subjetivo que a través de explotaciones específicas buscan, en líneas generales, valorar y registrar la situación, o más específicamente, identificar el perfil de un estado (calidad de vida, bienestar) o de una capacidad determinada (autodeterminación) de una persona. Las escalas de valoración pueden utilizarse en fases de diagnóstico y valoración con el objetivo de realizar planes personalizados de atención, aunque también aportan medidas fiables para la supervisión de los procesos y evaluación de los resultados de los apoyos ofrecidos.

- **Herramientas de planificación, intervención y seguimiento individual.** La diferenciación y separación entre las herramientas de valoración y planificación individual no es sencilla, ya que en ocasiones se superponen o una misma herramienta contribuye a ambas fases de la intervención. En cualquier caso, las herramientas de planificación tienen que basarse (y recoger) en la información recogida con las herramientas de diagnóstico y valoración. Pueden ser metodologías sistematizadas, planes diseñados exclusivamente desde la perspectiva de la personalización o

herramientas informáticas, entre otros. Las herramientas que se apliquen en esta fase de la atención tienen que ser flexibles y revisables de forma continuada para garantizar la adaptación y continuidad de la atención de forma personalizada.

- **Herramientas para mejorar la accesibilidad cognitiva.** Este tipo de herramientas son transversales a todo el proceso de la atención personalizada. Teniendo en cuenta la importancia de una comunicación y un lenguaje que excluya en la medida de lo posible los tecnicismos innecesarios, estas herramientas constituyen un apoyo imprescindible para garantizar el éxito de la aplicación de otras herramientas; generar relaciones de confianza y cercanía; garantizar el acceso a la información y comunicación; hacer efectivo el derecho a la participación activa de las personas; y, en general, garantizar el éxito de la atención personalizada.
- **Herramientas de gestión.** La personalización no solo se concreta en un modelo de atención, sino también en un modelo de gestión que esté centrado en las personas. La aplicación de herramientas en la gestión de las organizaciones se puede dar en los procesos de planificación de las intervenciones, programas o sistemas organizativos, entre otros. Los instrumentos enfocados en esta dirección ciertamente aportan vías de actuar y cambiar realidades organizativas y de trabajo en red, más allá de transformar los modelos de atención.
- **Instrumentos de evaluación de los servicios.** Se trata de herramientas, internas o externas, de evaluación de la atención y los apoyos ofrecidos que permiten una revisión de los procesos, de forma que ayudan a identificar las prácticas coherentes con la personalización y aquellas que se alejan de la misma. En lo que se refiere a los instrumentos de

20. Los instrumentos comunes de diagnóstico y valoración que se han ido desarrollando en nuestro entorno –como el IVES o el BALORA– son también herramientas que pueden contribuir a la personalización. No obstante, se ha optado por no incluirlos en esta guía dado que son instrumentos legales y de obligado cumplimiento.

evaluación interna, facilitan la auto-aplicación o auto-administración y no tienen carácter público. Respecto a las herramientas de evaluación externa, destacan, por ejemplo, los sistemas de certificación de calidad realizadas a través de organismos o entidades con funciones específicas de evaluación. Estas herramientas, sean internas o externas, están orientadas a la supervisión interna que buscan la excelencia organizacional en la personalización de la atención desde el aprendizaje y mejora continua, por un lado; y, conocer la satisfacción de las personas que reciben apoyos, por otro.

- **Estándares de calidad.** Los estándares de calidad son criterios o regulaciones establecidos, vinculantes o no vinculantes, que determinan en qué deben basarse los apoyos ofrecidos y/o qué resultados se deben conseguir. Para las diferentes organizaciones, estos estándares se convierten en referencia a la hora de elaborar planes de atención personalizada y proveer los apoyos requeridos por las personas, y por tanto, a la hora de realizar evaluaciones internas o externas, calificando el grado de calidad de la atención ofrecida. En algunos casos se basan en indicadores, mientras que en otros se trata de criterios más amplios sobre la forma de prestar la atención.
- **Sistemas de indicadores y comparaciones abiertas.** Si bien los estándares de calidad descritos en el anterior punto pueden superponerse con los indicadores de atención en algunos casos, este tipo de herramientas se caracterizan por el establecimiento y difusión de indicadores de calidad, fundamentalmente, de carácter cuantitativo. Pueden ser difundidos por las publicaciones de inspecciones o tener carácter agregado y difundirse a nivel territorial.

## 4.2. Fichas descriptivas de algunas herramientas de interés

Como se ha señalado en el apartado introductorio, uno de los objetivos de este documento era el de ofrecer un mapa de herramientas capaz de describir algunos instrumentos o herramientas concretos utilizados –tanto en nuestro entorno más cercano como en otros países– para la personalización de la atención. El listado de herramientas que se presentan no tiene en cualquier caso un carácter exhaustivo, sino más bien un carácter ilustrativo, mediante el cual se quieren recoger algunos ejemplos de interés en lo que se refiere a herramientas concretas para avanzar en el modelo de personalización que se plantean en este documento.

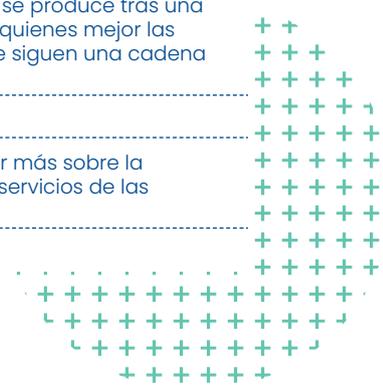
Las fichas siguientes recogen de forma sistemática, y de la forma más resumida posible, información sobre una quincena de herramientas, que cubren todas las categorías de la tipología previamente descrita.

Ficha 1.

The Personal Outcome Measures®

The Personal Outcome Measures®

<b>Tipo de herramienta</b>	Diagnóstico y valoración – Escala.
<b>Ámbito geográfico</b>	Estados Unidos.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	The Council on Quality and Leadership (CQL).
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas con discapacidad.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva y subjetiva.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoger lo que a las personas realmente les importa, incluyendo sus esperanzas, sueños y aspiraciones.</li> <li>• Orientar mejor los servicios de las organizaciones.</li> <li>• Mejorar la calidad de vida de las personas.</li> <li>• Analizar el impacto de los apoyos e identificar los servicios eficaces, así como las áreas en las que es necesario trabajar más.</li> </ul>
<b>Características</b>	<p>POM es una herramienta válida y fiable para realizar una valoración centrada en la persona y sobre el cambio organizativo necesario. A través de este instrumento se exploran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• los resultados de la calidad de vida de las personas que reciben servicios en torno a elementos relacionados con la elección, la salud, la seguridad, el capital social, las relaciones, los derechos, los objetivos, los sueños, el empleo, etc.;</li> <li>• los apoyos en la vida de una persona, para comprender mejor el efecto que tienen determinados servicios en los resultados que se generan.</li> </ul> <p>Cuando las personas describen directamente lo que quieren de su vida, las organizaciones pueden asegurarse de que los servicios facilitan realmente esos resultados. Esta herramienta puede utilizarse para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un plan verdaderamente centrado en la persona,</li> <li>• Hacer un seguimiento del progreso en la aplicación de dicho plan.</li> </ul> <p>Una vez que la organización ha recogido información centrada en la persona, se proporcionan servicios para facilitar la consecución de los resultados. Estos servicios son procesos centrados en los resultados, no son fines en sí mismos.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Se trata de una escala desarrollada para medir de forma global la calidad de vida de las personas con discapacidad. La escala incluye un total de 21 indicadores distribuidos en cinco factores diferenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi seguridad</li> <li>• Mi comunidad</li> <li>• Mis relaciones</li> <li>• Mis elecciones</li> <li>• Mis metas personales</li> </ul> <p><b>Evaluación</b></p> <p>Después de que la organización alinee los apoyos para facilitar los resultados personales, determina si los resultados se han logrado. Esto se produce tras una amplia interacción y comunicación con las personas y con quienes mejor las conocen. El CQL ha desarrollado una serie de preguntas que siguen una cadena lógica para orientar las decisiones.</p>
<b>Idioma</b>	Inglés.
<b>Material</b>	Manuales, guías y webinars en la página web para aprender más sobre la POM, y especialmente, sobre cómo aplicarlo a los apoyos y servicios de las organizaciones.
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



## Ficha 2.

Escala de valoración  
del INICO

## Escala de valoración del INICO

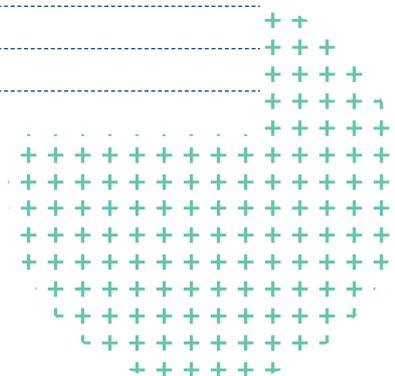
<b>Tipo de herramienta</b>	Diagnóstico, valoración y evaluación –Escala (creadas por el INICO o adaptadas de otras ya existentes).
<b>Ámbito geográfico</b>	España.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Servicios sociales en general y, fundamentalmente, personas con discapacidad.
<b>Perspectiva</b>	Cuentan con escalas objetivas y mixtas.
<b>Objetivos</b>	El INICO cuenta con escalas dirigidas sobre todo a evaluar la calidad de vida de las personas, especialmente, aquellas con discapacidad.
<b>Características</b>	<p>Si bien una buena parte de las escalas se dirigen a medir la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad, hay alguna aplicable a diferentes ámbitos de los servicios sociales, otras para personas con discapacidad en otras etapas del ciclo vital (personas mayores, infancia, juventud y familia) y en otros casos se aplican para medir otras cuestiones diferentes –aunque relacionadas– a la calidad de vida, como pueden ser: la autodeterminación, la integralidad, los apoyos ofrecidos o la eficacia/eficiencia organizacional.</p> <p>Algunas de las escalas más destacables para esta guía son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala GENCAT:</b> Permite la evaluación <i>objetiva</i> de la calidad de vida de personas usuarias de servicios sociales. Está dirigida a los profesionales de los servicios sociales, quienes deben responder a los 69 ítems mediante una escala de frecuencia basándose en la observación de la persona. La construcción y validación de la Escala GENCAT se ha llevado a cabo a partir del modelo multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). Así, proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones ('Bienestar emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Inclusión social', 'Relaciones interpersonales' y 'Derechos'), así como un Índice global de calidad de vida.</li> <li>• <b>Escala INICO-Feaps:</b> Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. El instrumento es objetivo y subjetivo, ya que consta de dos subescalas: un autoinforme y un informe completado por otras personas (e.g., profesionales o familiares), que permiten obtener un perfil individualizado de la calidad de vida de la persona o un perfil de resultados agregados de la organización.</li> <li>• <b>Escala AUTODDIS.</b> Sirve para evaluar la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual mediante un heteroinforme; es decir, a través de la información proporcionada por una tercera persona que conoce bien a la persona con discapacidad intelectual evaluada.</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	Manuales y fichas técnicas de las herramientas accesibles en la web.
<b>Más información</b>	Enlace de referencia

Ficha 3.

Escala LIBE

Escala LIBE (Listado de Indicadores de Bienestar)

<b>Tipo de herramienta</b>	Diagnóstico, valoración y evaluación – Escala/Listado de indicadores.
<b>Ámbito geográfico</b>	País Vasco.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Matia Instituto. Cristina Buiza, Álvaro García-Soler, Pura Díaz-Veiga, Enrique Arriola, Elena Fernández.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas con demencia.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva: se evalúa mediante la observación individual.
<b>Objetivos</b>	Conocer el bienestar de las personas con demencia, y de esta manera poder evaluar el impacto que tiene en ellas tanto el entorno en el que están como las prácticas que se generan a su alrededor.
<b>Características</b>	<p>Este instrumento permite observar los siguientes cuatro aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opciones de elección;</li> <li>• Opciones adecuadas de interacción con otras personas;</li> <li>• Opciones adecuadas de interacción con el ambiente (actividad; y</li> <li>• Todas las opciones anteriores reflejadas en expresión emocional de bienestar.</li> </ul> <p><b>Uso</b></p> <p>El instrumento ofrece diferentes posibilidades de uso, entre las cuales están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a una persona para conocer su expresión de bienestar en un momento dado, una “foto” del estado actual.</li> <li>• Observar a un grupo pequeño de personas para conocer cuál es la manera de interaccionar y de expresar bienestar de cada persona y del grupo en conjunto. “Foto” del estado actual de un grupo/módulo.</li> <li>• Conocer la evolución del bienestar de una persona o grupo, aplicando el instrumento en diferentes momentos temporales.</li> <li>• Explorar los efectos que la implantación de prácticas o cambios en el entorno tienen en el bienestar: observación antes y después de implantar un cambio.</li> <li>• Datos del bienestar de las personas que viven en un centro: estudio de los indicadores de bienestar en grupos más grandes.</li> </ul> <p>Hacer uso de estas diferentes posibilidades del instrumento LIBE, por separado o en conjunto, permite conocer el bienestar de las personas que están en un centro, así como planificar actuaciones concretas tanto para las personas como para grupos, unidades o centros.</p> <p><b>Cómo utilizar la herramienta</b></p> <p>Para conocer cómo aplicar el instrumento, consulta el manual facilitado.</p>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	Manual.
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



## Ficha 4.

## Escala TSO

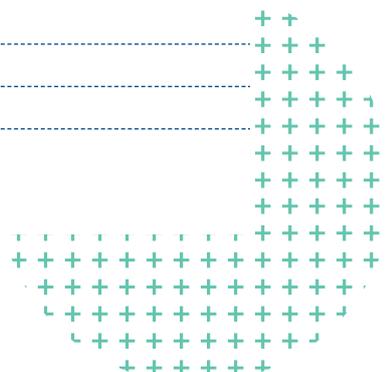
## Escala de Valoración Sociofamiliar TSO (Escala TSO)

<b>Tipo de herramienta</b>	Diagnóstico y valoración –Escala.
<b>Ámbito geográfico</b>	Catalunya.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Profesionales del Trabajo Social de servicios sociales y sanitarios de la comarca de Osona (Barcelona) y de la Universidad de Alicante. Rovira, E., Viñas, N., Giménez, V.M., Guinovart, C.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas de 65 años o más no institucionalizadas que residen de forma habitual en un entorno comunitario.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva: se cumplimenta por parte de trabajadoras y trabajadores sociales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y de los Servicios Sanitarios.
<b>Objetivos</b>	Evaluar de manera fiable y objetiva el grado de riesgo social de la situación de una persona mayor en un momento temporal concreto, en términos de alcance (indicadores afectados) e intensidad (riesgo por indicador y riesgo global), mediante una primera y breve mirada estructurada a su situación social.
<b>Características</b>	<p>Al aplicarse en entornos comunitarios, se trata de un instrumento de valoración de situaciones individuales.</p> <p>El enfoque de trabajo se basa en dos aspectos centrales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La valoración de necesidades se hace desde la perspectiva geriátrica: parte de una reelaboración de escalas que han sido pensadas y utilizadas en la valoración geriátrica. Por tanto, se recogen aspectos considerados como factores de riesgo y de protección clásicos en geriatría (convivencia versus vivir sola/o, aislamiento versus contactos sociales frecuentes, etc.).</li> <li>2. En relación al diagnóstico social, la Escala ofrece una primera aproximación sencilla, breve y rápida, a las necesidades de la persona, orientan en qué áreas y, si hace falta, permite una valoración complementaria en profundidad.</li> </ol> <p><b>Indicadores</b></p> <p>La Escala está estructurada en cinco indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura y función familiar.</li> <li>• Contactos sociales.</li> <li>• Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las actividades de la vida diaria (AVD).</li> <li>• Ingresos económicos.</li> <li>• Vivienda.</li> </ul> <p><b>Seguimiento y evaluación</b></p> <p>Si se aplica a un mismo caso en varias ocasiones, proporciona una medida fiable para el <i>seguimiento</i> de la situación de la persona mayor y la <i>evaluación de los resultados</i> de los planes de intervención.</p> <p><b>Duración</b> aproximada de cumplimentación es de 2 minutos.</p> <p>El <b>uso</b> de la escala puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso profesional individual: Las personas autoras de la Escala TSO autorizan su uso individual en formato papel en los procesos de intervención profesional.</li> <li>• Uso institucional: La reproducción de la Escala TSO en un soporte digital (plataforma en línea, software o equivalente) requiere la autorización expresa de las personas autoras, solicitándolo mediante este formulario (<a href="#">español,catalán</a>) y remitiéndolo al siguiente correo electrónico: <a href="mailto:victor.gimenez@ua.es">victor.gimenez@ua.es</a></li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano y catalán.
<b>Material</b>	Manual
<b>Más información</b>	Enlace de referencia

Ficha 5.  
NEU

Neu (en castellano, "yo mismo")

<b>Tipo de herramienta</b>	Planificación, intervención y seguimiento individual – Plataforma informática.
<b>Ámbito geográfico</b>	País Vasco.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Fundación Goyeneche de San Sebastián.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas con discapacidad intelectual.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva y subjetiva.
<b>Objetivos</b>	<p>Los objetivos de NEU se pueden resumir en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer quién es la persona e identificar los cambios que quiere hacer en su vida, contando con la ayuda de otras personas que desean lo mejor para ella, como la familia o amistades.</li> <li>• Aprender cómo desarrollar un plan que ayude a la persona a lograr la forma en la que quiere vivir su vida, buscando un equilibrio entre sus deseos y necesidades, sus elecciones y su seguridad.</li> </ul>
<b>Características</b>	<p>Consiste en el desarrollo e implementación de una programa informático para la gestión de la Planificación Centrada en la Persona (PCP), que es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intuitivo y fácil de utilizar por parte del equipo profesional;</li> <li>• adaptado y accesible, para optimizar la comprensión, la participación y el protagonismo de las personas con discapacidad intelectual con la incorporación de todos los recursos de apoyo multimedia (fotografías, pictogramas, video, audio);</li> <li>• e interactivo, de modo que permita facilitar la participación de las familias y las personas de su círculo de apoyo y otros agentes de la comunidad en la planificación individual de cada persona.</li> </ul> <p>Se basa en la metodología de <i>Essential Lifestyle Planning</i>, Michael W. Smull, Helen Sanderson, Bill Allen.</p> <p>Los campos de información que contempla son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos personales</li> <li>• Círculo de relaciones</li> <li>• Mi día a día</li> <li>• Lo mejor de mí</li> <li>• Lo más importante para mí</li> <li>• La mejor forma de apoyarme</li> <li>• Mi perfil personal</li> <li>• Mi plan de acción</li> <li>• Funciona-no funciona</li> <li>• Hojas de comunicación</li> <li>• De la presencia a la contribución</li> <li>• Registro de aprendizaje</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	—
<b>Más información</b>	<p>Página web</p> <p>Vídeo</p> <p>Memoria 2019 de la Fundación Goyeneche</p>



## Ficha 6.

Herramienta digital de Gureak  
para itinerarios personales*Herramienta digital de Gureak para los Itinerarios Personales (IP)*

<b>Tipo de herramienta</b>	Planificación, intervención y seguimiento individual – Plataforma informática.
<b>Ámbito geográfico</b>	País Vasco (Donostia-San Sebastián).
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Gureak Itinerary de Gipuzkoa.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas con discapacidad – Servicios Ocupacionales.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva y subjetiva.
<b>Objetivos</b>	Aumentar la autodeterminación de la persona usuaria en el Servicio Ocupacional y mejorar la gestión de los Itinerarios Personales.
<b>Características</b>	<p>Esta aplicación web se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la gestión de los Itinerarios Personales (IP) y la participación de las personas usuarias, que permite garantizar unos Itinerarios en el Servicio Ocupacional basados en los intereses de las personas, mejorando la coordinación del grupo de apoyo. Hay tres elementos que forman parte del diseño de los IP fundamentados en una visión social y multidimensional de la discapacidad y en el enfoque de derechos: Calidad de Vida (CV), la Planificación Centrada en la Persona (PCP) y el Paradigma de Apoyos (PA).</p> <p>Esta coordinación, permite avanzar en las metas de cada una de las personas usuarias, con la participación de un grupo de personas cercanas a ella. Facilita un mayor control de la persona usuaria sobre el proceso, aumentando su participación a través de la toma de decisiones en cada una de las diferentes fases del Itinerario.</p> <p><b>Indicadores y seguimiento</b></p> <p>Esta aplicación, permite a través de unos indicadores hacer un seguimiento de los objetivos, una evaluación de los resultados personales, así como una valoración de la satisfacción de las personas usuarias con los acuerdos establecidos en los Itinerarios. Por tanto, si bien es una herramienta de planificación e intervención, también contribuye a la valoración de la situación singular de cada persona, así como a la evaluación de los resultados.</p> <p><b>Algunas características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualización de toda la información relacionada con los Itinerarios. Por ejemplo, información procedente de ERP.</li> <li>• Alimentación del ERP a través del aplicativo.</li> <li>• Diseño responsive: Se puede utilizar desde cualquier dispositivo digital y desde cualquier lugar.</li> <li>• Gestión del grupo de apoyo, tanto de la propia organización como de colaboradores externos.</li> <li>• Usabilidad: Permite la interacción de la persona usuaria con el aplicativo.</li> <li>• Itinerarios más visuales.</li> <li>• Indicadores: Informes gráficos micro (persona), meso (recurso) y macro (servicio-organización).</li> </ul> <p><b>Fases –Itinerario–</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conociendo:</b> perfil de la persona (historia, cualidades, necesidades); intereses; cualificación, formación...</li> <li>• <b>Diseño:</b> propuesta/construcción conjunta (metas, acuerdos, apoyos); itinerario (qué vamos a hacer y para qué); red de apoyo (“informando a la familia”)</li> <li>• <b>Seguimiento:</b> anual y final.</li> <li>• <b>Cierre:</b> evaluación de metas (conseguida/no conseguida); resultados personales (valoración personal y evaluación por cada indicador de calidad de vida).</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	Vídeo de presentación de la App itinerarios Personales (castellano/euskera).
<b>Más información</b>	Datos de contacto: Antoni Heredia: theredia@gureak.com

Ficha 7.  
E-mintza

E-mintza (“Habla electrónica”)

<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de accesibilidad cognitiva.
<b>Ámbito geográfico</b>	País Vasco.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Impulsado por la Fundación Dr. Carlos Elosegui de Policlínica Gipuzkoa y la Fundación Orange. Desarrollado por Nesplora, en colaboración con la Asociación Gautena y el apoyo del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Pensado en un inicio para facilitar la comunicación de las personas con autismo con las cuales se ha testado la aplicación, el programa puede ser usado por otras muchas personas, dada su alta capacidad de personalización. Así, por ejemplo, puede ser útil para personas sordas que aún no han adquirido un lenguaje, personas con discapacidad intelectual grave, pacientes con daño cerebral adquirido por traumatismos o accidentes, personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, personas que no pueden expresarse por requerir intubación o ventilación asistida durante su estancia hospitalaria, etc.
<b>Perspectiva</b>	—
<b>Objetivos</b>	Facilitar la comunicación de las personas con discapacidad o con dificultades de comunicación para garantizar la accesibilidad cognitiva.
<b>Características</b>	<p>e-Mintza es un sistema personalizable y dinámico de comunicación aumentativa y alternativa dirigido a personas con autismo o con barreras de comunicación oral o escrita. Nacido de la colaboración entre la Fundación Orange y la Fundación Policlínica Gipuzkoa Fundazioa, permite que el usuario pueda comunicarse con otras personas mediante el uso de tecnología táctil y multimedia, adaptándose fácilmente a las necesidades de las personas usuarias. Asimismo promueve su autonomía a través de una agenda personalizada.</p> <p><b>Algunas características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible para iPad, Android, Windows y MacOS.</li> <li>• Presenta un tablero de comunicación con pictogramas o imágenes y sonidos asociados que permiten una comunicación directa y sencilla.</li> <li>• El tablero es fácilmente personalizable en cuanto a la lengua utilizada, textos, imágenes, vídeos o sonidos, en función de las necesidades del usuario, quien podrá interactuar preferentemente a través de una pantalla táctil en un dispositivo tipo tablet, pero también a través del ratón en el caso de una pantalla de ordenador no táctil.</li> <li>• Una de las características del software e-Mintza es la posibilidad de personalizarlo con fotos personales en vez de pictogramas o letras. Además, se incluye la opción de añadir vídeos.</li> </ul> <p><b>Cómo usar e-Mintza</b></p> <p>Se compone de dos aplicaciones integradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>e-Mintza:</b> un tablero que al pulsar sobre cada categoría se abre una pantalla con una serie de pictogramas, con sonidos asociados. Al pulsar cada pictograma, la voz envía un mensaje directo a una pizarra que construye la frase. El programa habla con voces reales, donadas por personas colaboradoras de diversas edades.</li> <li>• <b>Herramienta de autor:</b> el tutor (familiar, terapeuta u otro) o la persona usuaria pueden personalizar e-Mintza y crear el comunicador adaptado a las necesidades concretas de cada persona. Se pueden añadir o quitar nuevos pictogramas, fotografías o sonidos.</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Euskera, castellano, inglés, francés o en versiones bilingües.
<b>Material</b>	Descarga gratuita de e-Mintza
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



## Ficha 8.

## Fragicare

*Fragicare -Plataforma para la gestión de la fragilidad*

<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de gestión – Instrumento tecnológico.
<b>Ámbito geográfico</b>	País Vasco.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Grupo Init, Aurrerantz (Grupo SSI), STT Systems, Athlon y los agentes colaboradores de la RVCTI Instituto Kronikgune, Tecnalía y Home Care Lab, junto al Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Personas mayores de 70 años usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en situación de fragilidad.
<b>Perspectiva</b>	–
<b>Objetivos</b>	<p>Detectar a las personas en situación de fragilidad o pre-fragilidad, prescribir actividades para conseguir estilos de vida saludables y poder llevar el control de la realización de las mismas y su condición diaria.</p> <p>El reto es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece, considerando que la salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad. Una función que garantiza un grado de autonomía mayor.</p>
<b>Características</b>	<p>Es una plataforma tecnológica para la gestión de la fragilidad de personas mayores en el domicilio, así como un modelo de gestión que involucra e implica a la familia de la persona mayor y permite la coordinación entre el sistema social y el sanitario. Se facilita que desde ambos sistemas se realice un seguimiento diario, regular y permanente en el tiempo de las personas a través de la observación de la evolución y variación de determinados parámetros.</p> <p><b>Algunas características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite hacer mediciones, ahorra tiempo y facilitar realizar un seguimiento y lanzar alarmas para una detección precoz de estados pre-frágiles.</li> <li>• Contribuye a empoderar a las personas en sus cuidados, hacerles responsables de su propia salud y a largo plazo, significa una mejora en la calidad de vida.</li> <li>• La coordinación entre el sistema de salud y social permite tener una visión holística de las personas usuarias.</li> <li>• Se complementa con la observación directa de las personas mayores en su domicilio a través de las profesiones del SAD.</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	–
<b>Más información</b>	Enlace de referencia

Ficha 9.

Escala de Eficacia y Eficiencia  
Organizacional (OEE)

OEE- Un enfoque sistemático para mejorar los resultados organizacionales

<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de gestión – Escala.
<b>Ámbito geográfico</b>	Internacional.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Desarrollada por el Consorcio Internacional de Investigación sobre Prácticas Basadas en la Evidencia (2013) -International Research Consortium on Evidence-Based Practices-. Robert L. Schalock; Bob Schalock y Asociados; Miguel A. Verdugo (Universidad de Salamanca); Chun-Shin Lee y Tim Lee Centro de Entrenamiento Profesional, Taiwan; Jos van Loon y Kees Swart (Fundación Arduin-Países Bajos); Claudia Claes (Universidad de Gent, Bélgica).
<b>Ámbito de aplicación</b>	Entidades sin fin de lucro.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva.
<b>Objetivos</b>	El objetivo de esta escala es el de ayudar a las organizaciones a ser más eficaces en relación con los resultados, más eficientes, y más sostenibles en términos de adaptarse al cambio y proporcionar una serie de oportunidades y prácticas sólidas de prestación de servicios.
<b>Características</b>	<p>La OEEs refleja una nueva generación de instrumentos de evaluación organizacional que se basan en una perspectiva de modelo lógico y se usan para múltiples propósitos relacionados con la autoevaluación, planificación estratégica, construcción de capacidad y evaluación del rendimiento. Para ayudar a las organizaciones a responder a estos retos y servir como guía en el proceso de mejora continua y transformación, esta herramienta proporciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque colaborativo de evaluación.</li> <li>• Enfoque basado en la evidencia.</li> <li>• Perspectiva múltiple de la evaluación.</li> <li>• Enfoque comprensivo de mejora continua de la calidad y transformación organización.</li> </ul> <p><b>Perspectiva múltiple</b> Se observa y se valora el rendimiento de la organización desde cuatro perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la persona usuaria.</li> <li>• Crecimiento organizacional.</li> <li>• Análisis económico.</li> <li>• Procesos internos.</li> </ul> <p><b>Indicadores</b> En referencia a la perspectiva de la persona usuaria se contemplan los siguientes indicadores, para cada uno de los cuales se facilitan criterios y ejemplos de evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alinea los servicios/apoyos con las necesidades de apoyo identificadas de la persona.</li> <li>• Informa del número de personas que viven o trabajan en entornos más independientes, productivos e integrados en la comunidad.</li> <li>• Mide resultados personales.</li> <li>• Informa y analiza los resultados personales agregados.</li> <li>• Usa la tecnología para mejorar los resultados personales.</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Versiones adaptadas, también en castellano (por Miguel Ángel Verdugo, Fabián Sainz y Elisa Verdugo).
<b>Material</b>	OEEs online Manual Escala
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



## Ficha 10.

## Gizakude

*Gizakude (en desarrollo)-Modelo de gestión centrado en la persona*

<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de gestión.
<b>Ámbito geográfico</b>	País vasco –Gipuzkoa.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Propuesta liderada por APTES (Asociación para la Promoción de la Tecnología Social), con el apoyo de la Diputación Foral de Gipuzkoa y AFAGI, Emaús, Hermanas Hospitalarias y Zorroaga como promotores.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Este modelo de gestión se dirige a las organizaciones humanistas, entidades que cuidan, apoyan o educan a personas, y cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas a las que acompañan, cuidan, apoyan o capacitan.
<b>Perspectiva</b>	—
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende ser, aunque a día de hoy aún no lo es ya que está en desarrollo, un modelo completo de gestión, que sirva de referencia en la adopción y crecimiento de estrategias de atención que aúne experiencias de gestión y fomente el acercamiento de diferentes organizaciones del sector en Gipuzkoa.</p> <p>La meta de Gizakude es generar resultados en el bienestar de las personas (y la sostenibilidad como medio).</p>
<b>Características</b>	<p>Gizakude es un modelo de gestión centrado en las personas, “genuino”, de organizaciones con misiones humanistas (por delante de los económicos) que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas que acompañan, con el <i>tiempo de valor</i> como instrumento y medida para medir el impacto en la calidad de vida.</p> <p>Recoge condiciones indispensables humanistas que una organización tiene que gestionar, así como ámbitos más generalistas de la gestión de las organizaciones con el objetivo de recoger todos los ámbitos de la gestión. Plantea algunas dimensiones y factores que tienen que ser particularizados en cada organización.</p> <p><b>Algunas ideas clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El tiempo de valor como unidad de gestión: el tiempo vivido con valor por parte de la persona acompañada gracias a que otras personas y actividades contribuyen a generarlo.</li> <li>• El Ecosistema de Apoyo (ECA): GizaKude supera la visión estructural de los servicios como unidades de gestión de los recursos organizativos especializados, constituyendo micro unidades de atención como referente del diseño organizativo, formados por la persona acompañada, el Equipo profesional, las relaciones familiares, de vecindad y de amistad, y la comunidad, entre las que destacan las personas voluntarias.</li> </ul> <p><b>Estructura del modelo: dimensiones y factores</b></p> <p>Las dimensiones recogen áreas de gestión que hay en torno a la persona, que está en el centro del modelo, y se representan mediante círculos concéntricos. Las dimensiones están compuestas por factores, elementos clave de cada área de Gestión. Establece 5 dimensiones y 52 factores. Las dimensiones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona.</li> <li>• ECA (Ecosistema de Apoyos).</li> <li>• Procesos.</li> <li>• Activos.</li> <li>• Valores.</li> </ul> <p>“Las 5 dimensiones se organizan partiendo del núcleo del modelo concéntrico, la persona, a cuyo servicio está el ecosistema de apoyo. Al servicio de éste están los procesos, y al servicio de los procesos, los activos de la organización. Los valores, en la base, son el sustrato de todo el modelo y guía de la forma de hacer las cosas”.</p> <p><b>Los niveles de implantación:</b> se implanta, de forma paralela, en el nivel institucional (políticas y estrategias); estructural (planes, estructuras y flujos); y, a nivel operativo (acciones que se llevan a cabo).</p>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	Documento explicativo (versión septiembre 2020)
<b>Más información</b>	Enlace de referencia

Ficha 11.

Avanzar AGCP

Avanzar en Atención Gerontológica  
Centrada en la Persona –Instrumento para la revisión participativa

<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de evaluación de los servicios.
<b>Ámbito geográfico</b>	España.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Teresa Martínez.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Ámbito gerontológico – Residencias y centros de día.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva y subjetiva.
<b>Objetivos</b>	Propiciar la reflexión grupal por parte de los profesionales de centros gerontológicos, concretamente, de residencias y centros de día sobre la aplicación del enfoque ACP.
<b>Características</b>	<p>Esta herramienta trata de poner en marcha una revisión interna sobre el funcionamiento actual de cada centro para personas mayores, mediante un chequeo, por parte de profesionales, de sus intervenciones cotidianas, siempre en clave de reflexión constructiva. Para ello, se ofrece un manual explicativo de su aplicación y dos cuestionarios (versión residencias y versión centros de día) para ser auto-aplicados.</p> <p>Esto permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y poner en valor las prácticas acordes al enfoque ACP, y</li> <li>• Reconocer los aspectos en los que conviene avanzar, aportando y comprometiéndose con medidas de mejora que se consideren factibles.</li> </ul> <p><b>Perspectiva</b></p> <p>No se trata de una herramienta diseñada desde la óptica normativa que detalla qué condiciones o criterios se tienen que cumplir en un centro o servicio para considerarse que están orientadas a las personas. Se aleja de una visión estática de la calidad asistencial y a partir del instrumento no puede derivarse una puntuación cuantitativa como tal. Se plantea una secuencia de revisión para ser aplicada flexiblemente para orientar la revisión de diferentes procesos de intervención con cierta lógica y orden.</p> <p><b>Versiones de los cuestionarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Centros residenciales:</b> se consideran un total de 20 procesos diana en residencias, 15 relacionados con procesos de atención y vida, y otros 5 con procesos del entorno (transversales a la atención).</li> <li>• <b>Centros de día:</b> se consideran un total de 16 procesos diana, 11 de atención y vida, y 5 sobre procesos del entorno.</li> </ul> <p><b>Procesos diana</b></p> <p>Cada proceso diana incluye diferentes acciones o metodologías para avanzar y hacer efectivo el enfoque ACP en la atención cotidiana. Y, a su vez, estas acciones se detallan mediante un grupo de descriptores de buena praxis en relación con el enfoque. Estos procesos diana se dividen en dos dimensiones y para cada una de ellas se tienen en cuenta diferentes componentes que hacen referencia al enfoque del ACP, que a su vez consideran diferentes criterios. Las dimensiones y componentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Procesos de atención y vida cotidiana:</b> conocimiento de la persona; reconocimiento y respeto; promoción de la autonomía; trato personalizado; protección del bienestar físico; promoción de la independencia; protección a la intimidad;</li> <li>• <b>Procesos del entorno positivo:</b> espacio físico y ambiente significativo; relaciones sociales; organización amiga.</li> </ul> <p><b>Aplicación</b></p> <p>La herramienta puede resultar de ayuda en varias de las fases propuestas para secuenciar el cambio (consultar el documento Avanzar en AGCP: marco y fases para liderar un cambio de modelo).</p>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	Para acceder a la versión completa del instrumento es necesario cumplimentar una solicitud a través de la página web: <a href="http://www.acpgerontologia.com">www.acpgerontologia.com</a> Manual
<b>Más información</b>	Enlace de referencia Herramientas relacionadas: PDC (Staff Assessment Person-directed Care) o P-CAT (The Person-centered Care Assessment Tool).



## Ficha 12.

## Consumer Choice Index

## Consumer Choice Index- Six Dimension (CCI-6D)

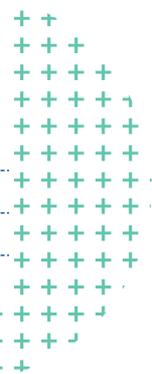
<b>Tipo de herramienta</b>	Herramientas de evaluación de los servicios.
<b>Ámbito geográfico</b>	Australia.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Rachel Milte -Flinders University. Julie Ratcliffe -University of South Australia. Clare E Bradley -South Australian Health and Medical Research Institute. Wendy Shulver -Flinders University.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Ámbito gerontológico – Personas usuarias en centros de cuidados de larga duración y sus familiares (incluidas las personas con demencia).
<b>Perspectiva</b>	Subjetiva.
<b>Objetivos</b>	Evaluar específicamente la calidad de la atención de las personas usuarias en centros de cuidados de larga duración desde la perspectiva de la persona. Para satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los y las residentes (incluidas las personas con demencia) y sus familiares, es esencial que se comprendan las perspectivas de las propias personas.
<b>Características</b>	<p><b>Contexto</b></p> <p>Dentro del marco introducido de atención dirigida por el consumidor en el sector de la atención a la tercera edad en Australia, cada vez se hace más hincapié en ofrecer a las personas que viven en residencias de ancianos mayores niveles de flexibilidad y elección en su atención, lo que se espera que conduzca a una mejor calidad de vida y bienestar.</p> <p><b>Proceso de diseño de la herramienta</b></p> <p>Para desarrollar la herramienta, se llevaron a cabo entrevistas cualitativas con residentes de residencias de personas mayores, incluyendo personas con demencia y sus familiares, para determinar qué características de la atención residencial de mayores son importantes para ellos y ellas para una atención de buena calidad.</p> <p><b>Dimensiones de la herramienta</b></p> <p>El CCI-6D mide seis características clave de la atención de calidad que se derivaron de estas entrevistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de atención.</li> <li>• Espacios compartidos.</li> <li>• Habitación propia.</li> <li>• Exterior.</li> <li>• Actividades significativas.</li> <li>• Flexibilidad de la atención.</li> </ul> <p><b>Uso</b></p> <p>La herramienta ha sido validada y se correlaciona como se esperaba con otras medidas relacionadas con la calidad de vida de los residentes y la calidad de la atención.</p> <p>Por tanto, puede ser utilizado por las organizaciones de atención a la tercera edad para evaluar adecuadamente el éxito de las innovaciones para mejorar la atención desde la perspectiva de sus consumidores.</p>
<b>Idioma</b>	Inglés.
<b>Material</b>	—
<b>Más información</b>	Milte, R., et al., <i>Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index – Six Dimension instrument</i> . Ageing and Society, vol. 39, n. 1, 2019, p. 138-160.

Ficha 13.

Estándares de calidad del  
Gobierno de Escocia

Estándares de calidad del Gobierno de Escocia

<b>Tipo de herramienta</b>	Estándares de calidad de la atención.
<b>Ámbito geográfico</b>	Escocia.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Gobierno de Escocia.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Servicios sociales en general.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva – Evaluación externa.
<b>Objetivos</b>	El Gobierno de Escocia aprobó estos estándares con el objetivo de mejorar la inspección y evaluación de los Servicios Sociales en el país. Actualmente, son estándares comunes al junto de los servicios sociales. También buscan facilitar la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, y fundamentalmente, impulsar un nuevo modelo de evaluación e inspección, más orientado a la calidad de vida que a la calidad de la atención.
<b>Características</b>	<p>El sistema de inspecciones y evaluación de los centros de servicios sociales en Escocia se basan en un marco de estándares de calidad que definen el modelo de atención del conjunto de los servicios y determinan los parámetros de la evaluación.</p> <p><b>Principios y resultados principales</b></p> <p>Los estándares se sustentan en cinco principios –dignidad y respeto, compasión, inclusión, atención y apoyo sensibles, y bienestar– y en cinco resultados principales, planteados en primera persona del singular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí.</li> <li>• Participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo.</li> <li>• Tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan.</li> <li>• Tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo.</li> <li>• El servicio se presta en un entorno de alta calidad, en el caso de que el servicio se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora.</li> </ul> <p>Cada uno de los resultados principales se analiza desde la perspectiva de los principios señalados, planteándose en total en torno a 140 criterios o estándares a partir de los cuales se plantea la evaluación del conjunto de los centros y servicios. La inspección realizada da pie a una calificación para cada centro que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”.</p> <p><b>Publicación de resultados</b></p> <p>Como ocurre en USA, Alemania u otros países, los resultados de las evaluaciones de los centros en Escocia, y sus calificaciones, se publican de forma individualizada. El resultado de las evaluaciones de cada centro se publica en la web del <i>Care Inspectorate</i>, de forma que todas las personas interesadas pueden acceder a la información relativa a cada servicio.</p> <p>Para ello, el <i>Care Inspectorate</i> ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio.</p>
<b>Idioma</b>	Escocés.
<b>Material</b>	Estándares de calidad
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



## Ficha 14.

Estándares de calidad EQUAR  
y EQUAR-E

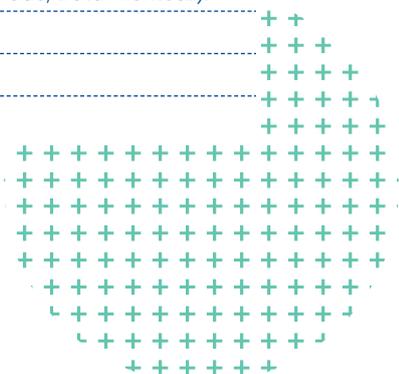
EQUAR y EQUAR-E

<b>Tipo de herramienta</b>	Estándares de calidad de la atención.
<b>Ámbito geográfico</b>	Estatal (España).
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En la elaboración de estos estándares han participado gran mayoría de las entidades públicas con competencia en protección de menores, así como el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) y la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Las entidades privadas participantes son: Cruz de los Ángeles; Dianova; O'Belén; Unidad de Socialización de Zambrana.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Menores en acogimiento residencial.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva.
<b>Objetivos</b>	Destinados a programas de acogimiento residencial (EQUAR) y especializado (EQUAR-E) en la atención de adolescentes con graves problemas conductuales y emocionales.
<b>Características</b>	<p>Se trata de una serie de estándares de calidad divididos en diferentes apartados a partir de los cuales se extraen procesos de mejora a implementar en los recursos de acogida. Estos estándares son de aplicación en todos los centros de acogida de personas menores de edad de la red de Diputación Foral de Gipuzkoa.</p> <p>Existen dos tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUAR: para acogimiento residencial.</li> <li>• EQUAR-E: para acogimiento residencial especializado.</li> </ul> <p><b>Principios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés superior del menor.</li> <li>• Derecho del/la niño/a a vivir en familia.</li> <li>• Complementariedad del acogimiento residencial.</li> <li>• Las necesidades del/a niño/a como eje primordial.</li> <li>• El acogimiento residencial como una red de recursos flexible y especializada.</li> <li>• Atención integral, individualizada, proactiva y rehabilitadora.</li> <li>• Participación de niños/as y de sus familias.</li> <li>• Normalización y especialización.</li> <li>• Transparencia, eficacia y eficiencia.</li> <li>• Proporcionalidad e intervención mínima (EQUAR-E)</li> </ul> <p>Estos estándares, en total 20, se dividen en diferentes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los recursos (2 estándares).</li> <li>• Procesos básicos (5 estándares).</li> <li>• Necesidades y bienestar (9 estándares).</li> <li>• Gestión y organización (4 estándares).</li> </ul>
<b>Idioma</b>	Castellano.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUAR</li> <li>• EQUAR-E</li> </ul>
<b>Más información</b>	—

Ficha 15.  
Care Compare

Care Compare

<b>Tipo de herramienta</b>	Sistema de indicadores y comparaciones abiertas.
<b>Ámbito geográfico</b>	EE.UU.
<b>Entidad promotora y/o autoría</b>	Gobierno federal.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención a la dependencia.
<b>Perspectiva</b>	Objetiva.
<b>Objetivos</b>	Como en otros países, el modelo estadounidense de atención a la dependencia está muy orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, de manera que se le otorga una gran importancia a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. Esto se traduce en la publicación de toda la información disponible, en relación a cada centro, en un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.
<b>Características</b>	<p>Para la consecución de los objetivos citados, el Gobierno federal ha desarrollado un comparador denominado Care Compare que permite buscar información en relación a diversos servicios y elegir un centro determinado.</p> <p><b>Información facilitada</b></p> <p>La información que se ofrece en relación a ese centro incluye la calificación obtenida en la inspección –entre una y cinco estrellas–, los detalles del centro (número de plazas, titularidad, etc.) y los resultados parciales obtenidos por el centro en las tres dimensiones de calidad analizadas: atención sanitaria y de seguridad, personal y calidad de la atención.</p> <p><b>Fuentes y sistema de indicadores</b></p> <p>Buena parte de los resultados que se ofrecen en este comparador se recogen a partir del llamado <i>Conjunto de Datos Mínimos de Cuidados a Largo Plazo (MDS)</i>. Se trata de una herramienta estandarizada y primaria de evaluación del estado de salud que forma la base de la evaluación integral de todos los residentes de centros de cuidados a largo plazo certificados para participar en Medicare o Medicaid.</p> <p>Desarrollado inicialmente en el marco de InterRAI, el MDS está diseñado para recopilar una información básica, unos datos mínimos, para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas mayores residentes de los servicios de atención a la dependencia. El conjunto mínimo de datos recoge un total de 284 ítems, agrupados en secciones entre variables sociodemográficas y variables asistenciales (características básicas de los patrones de vida del individuo, de las necesidades del individuo, tratamientos...).</p>
<b>Idioma</b>	Inglés.
<b>Material</b>	—
<b>Más información</b>	Enlace de referencia





# Capítulo 5. Buenas prácticas para la personalización de la atención en Gipuzkoa



## 5.1. ¿Qué es una buena práctica desde el punto de vista de la personalización?

Este último epígrafe recoge, como se ha señalado, un mapa de buenas prácticas –desarrolladas en la mayor parte de los casos en el Territorio Histórico de Gipuzkoa– que concretan y llevan a la práctica los elementos conceptuales y filosóficos que se han recogido en esta guía. Existen diferentes criterios a la hora de identificar una buena práctica. Para la elaboración de esta guía se han tenido en cuenta dos tipos de criterios, desde una doble perspectiva:

En primer lugar, se recogen programas o experiencias que avanzan en la personalización de la atención y que, por tanto, contienen mejoras o avances en

una o varias de las dimensiones de la personalización a la que en el documento se ha hecho referencia.

En segundo lugar, se ha tenido también en cuenta en qué medida las experiencias seleccionadas cumplen con otros criterios metodológicos y operativos que permite que sean consideradas como una buena práctica: evidencia disponible respecto a su efectividad, replicabilidad, escalabilidad, capacidad de innovación, etc. Si bien no todas las experiencias o buenas prácticas que se han incluido en este Mapa han sido evaluadas –y, por tanto, debería hablarse más bien de prácticas prometedoras que de buenas prácticas en sentido estricto–, se trata en todos los casos de experiencias que, además de posibilitar avances en la personalización de la atención, incorporan algunos de los criterios que se citan a continuación.

Criterios generales de buena práctica	
<b>Innovación</b>	La innovación se manifiesta, por un lado, cuando se dan mejoras en los servicios y apoyos prestados, de modo que se incrementa la capacidad de una estructura organizativa para dar respuesta a determinadas situaciones. La innovación introduce nuevas y creativas fórmulas y prácticas respecto a modelos más clásicos que no aportan los beneficios deseados. La incorporación de nuevos elementos (metodologías, prácticas, instrumentos...) también pueden hacer referencia a la introducción de nuevas tecnologías que mejoran los servicios.
<b>Eficacia</b>	La capacidad para lograr los objetivos establecidos, demostrando un impacto positivo y tangible en el entorno donde se desarrolla la práctica. Son necesarios un sistema de indicadores y técnicas cualitativas que permitan comparar la situación de base y la situación posterior a su implementación. Aporta evidencias sólidas de la mejora en el bienestar de las personas protagonistas.
<b>Eficiencia</b>	Hace alusión a la optimización de los recursos. Se entiende que una buena práctica es eficiente cuando los resultados se han alcanzado a través de un uso lo más adecuado posible de los recursos disponibles (económicos, materiales, temporales o humanos). La gestión financiera (pública o privada) o la cualificación para la prestación de servicios también son puntos importantes.
<b>Temporalidad</b>	La iniciativa ha estado durante un tiempo suficiente en marcha para poder ser valorada y contrastada.

[...]

<b>Sostenibilidad</b>	Puede garantizar la provisión de apoyos ininterrumpida a lo largo del tiempo, con una financiación (de una o varias fuentes), estructura organizativa, técnica y social estables. La sostenibilidad medioambiental es otro criterio que se suele tener en cuenta.
<b>Replicabilidad</b>	Práctica que puede ser transferible y convertirse en referente para ser aplicada en su totalidad o algunos de los elementos de la misma (técnicas o metodologías) por otras organizaciones o programas, dada su potencialidad para adaptarse a otros entornos contextuales u organizacionales.
<b>Transversalidad</b>	La iniciativa está basada en interlocuciones entre los diferentes agentes implicados en el ámbito de intervención de la misma. Existe coordinación interna y vertical (dentro de la organización o institución concreta) y externa (con otras entidades) generando sinergias y objetivos comunes. Supone cierta globalidad de la práctica al incorporar diferentes visiones, trasciende otras formas organizativas establecidas y contribuye a una mayor optimización de los recursos.
<b>Sistematización y documentación</b>	La práctica tiene que contar con un grado de sistematización suficiente y estar documentada del modelo teórico en el que se basa, las fases de implementación, las personas destinatarias, las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos, entre otros. Preferentemente, la información sobre la iniciativa tiene que estar disponible y accesible en línea.
<b>Alcance y extensión (tamaño)</b>	Existen iniciativas de diferente alcance: algunas implican mejoras en lo que ya se venía haciendo, mientras que otras intentan transformar modelos anteriores en la provisión de los apoyos o en la prestación de servicios. En este caso se entiende que una buena práctica debe contar con un suficiente alcance o calado.  Teniendo esto en cuenta, se reconoce una buena práctica cuando cuenta, de igual modo, con una extensión suficiente en el entorno donde se aplica, frente a iniciativas que afectan a una realidad muy concreta y pequeña de una organización.
<b>Planificación, evaluación e impacto</b>	Tiene que ser una práctica contrastada. Ex ante se ha evaluado su relevancia y pertinencia a partir de un diagnóstico de las necesidades y posibilidades de éxito para su aplicación. Durante la implementación se aplican mecanismos de supervisión y seguimiento y ex post se evalúan los resultados y el impacto de la práctica de acuerdo con los objetivos establecidos.

**Fuentes:** Elaboración propia a partir de información recogida en la página web del Ayuntamiento de Barcelona y Fundación Pilares.

## 5.2. Fichas de buenas prácticas desarrolladas en Gipuzkoa para la personalización de la atención

Como se ha señalado previamente, este *mapa* de buenas prácticas contextualiza algunas de las aproximaciones prácticas que se han realizado en el ámbito geográfico de Gipuzkoa para fomentar la personalización de la atención. Los objetivos de esta selección de buenas prácticas se pueden resumir en:

- Ofrecer una visión sistémica sobre la potencialidad de modelos más centrados en las personas para sustentar la personalización de los apoyos y los cuidados en todas las áreas de las políticas sociales.
- Sensibilizar y orientar en la implicación y aplicación de la personalización de los apoyos en un marco de transición de unos modelos más institucionalizados, tradicionales y rígidos hacia otros que sitúen a la persona en el centro.
- Permitir la elaboración permanente de un mapa dinámico, que posibilite la incorporación de otras buenas prácticas desde el punto de vista de la personalización que no se hayan contemplado en un principio.

En ese sentido, es importante destacar que este documento no recoge todas las buenas prácticas que en materia de personalización se están desarrollando en Gipuzkoa sino, fundamentalmente, aquellas que se han considerado más significativas y, obviamente, aquellas respecto de las cuales se ha obtenido suficiente información.

La descripción de las buenas prácticas se ha realizado siguiendo una ficha estandarizada

para la recogida de información, la cual recoge en la medida de lo posible los siguientes campos para cada una de las prácticas:

<b>Denominación</b>	Nombre de la iniciativa, proyecto o práctica.
<b>Tipo de práctica</b>	Prestación económica, servicio, programa, procedimiento, metodología, etc.
<b>Entidad promotora</b>	Entidad(es) responsable(s) de su impulso.
<b>Otros agentes implicados</b>	Otras entidades o agentes que estén implicados en la promoción, en el desarrollo o en la puesta en marcha de la práctica.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas destinatarias o categoría o ámbito de actuación.
<b>Alcance geográfico</b>	Local, comarcal o territorial
<b>Duración</b>	Año de inicio y estado actual (en marcha, en fase de desarrollo...)
<b>Objetivos</b>	—
<b>Descripción</b>	El contexto donde surge la práctica y en qué consiste. Información adaptada en función de la práctica.
<b>Dimensiones de la personalización</b>	Identificación de las dimensiones de personalización en las que se materializa la buena práctica, siguiendo las dimensiones organizativas y vitales de la personalización que en la presente guía se han identificado y descrito.
<b>Resultados</b>	Resultados principales de la buena práctica, en los casos en que esta información está accesible.
<b>Más información</b>	Página web de referencia (en los casos en los que exista) u otros enlaces de interés, materiales útiles, datos de contacto o literatura de referencia.

Fuente: Elaboración propia.

## Ficha 1.

## Programa de Vida Independiente de Gipuzkoa

<b>Denominación</b>	Programa de Vida Independiente.
<b>Tipo de práctica</b>	Prestación económica de pago directo a partir de un proyecto de vida presentado previamente.
<b>Entidad promotora</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa. Servicio de Atención a la Dependencia y Discapacidad del Departamento de Políticas Sociales.
<b>Otros agentes implicados</b>	Servicios Sociales de Base municipales.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas con discapacidad y en situación de dependencia.
<b>Alcance geográfico</b>	Territorial.
<b>Duración</b>	Año de implantación: 2004 (como experiencia piloto); año de regulación: 2008 -
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento.</li> <li>• Permitir la participación plena en la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural en condiciones de igualdad con los demás.</li> <li>• Evitar el ingreso en un servicio de alojamiento o residencial.</li> <li>• Facilitar los procesos de emancipación.</li> </ul>
<b>Descripción</b>	<p>El Programa de Vida Independiente proporciona, previa presentación de un proyecto de vida independiente, una prestación económica a las personas con discapacidad y en situación de dependencia con el objeto de cubrir el coste para la contratación de la asistencia personal, que permita el mantenimiento en el entorno natural y evitar la institucionalización.</p> <p><b>Contexto</b></p> <p>La fórmula que dio pie a iniciar el programa fue el Decreto Foral 11/2004, de 24 de febrero. Se incorpora por primera vez una ayuda económica destinada a favorecer la vida independiente en el domicilio, siendo así Gipuzkoa pionera en la promoción del modelo de vida independiente. Se crea un programa experimental de apoyo a la autonomía en el domicilio, primera experiencia que se ponía en marcha por parte de la administración pública en todo el Estado. Tras esta experiencia piloto, en 2008 se publica el Decreto Foral 87/2008, de 23 de diciembre, que incorpora el Programa de Vida Independiente, el cual se basa en "ayudas para favorecer la vida independiente de personas mayores de 18 años que renuncien a utilizar recursos residenciales y opten por vivir solos o formando su propia unidad familiar".</p> <p><b>Condiciones</b></p> <p>Algunas de las condiciones para participar en este programa para que las personas puedan contratar a su propio asistente personal a través de un pago directo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar por escrito un proyecto de vida independiente que se considere viable.</li> <li>• Disponer de una vivienda en cualquier régimen.</li> <li>• Disponer de una red de apoyo suficiente que garantice una cobertura mínima de las necesidades de atención y de seguridad.</li> <li>• Condiciones de convivencia y de habitabilidad que garanticen una adecuada prestación de apoyos y cuidados necesarios.</li> <li>• Acreditar la existencia de contrato y alta en seguridad social del/a asistente personal.</li> <li>• Informe social de idoneidad de los servicios sociales municipales.</li> <li>• En cuanto al <b>importe económico</b> de la prestación, variará en función del proyecto de vida presentado, pero no puede ser superior al de una plaza residencial.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinación del catálogo de servicios.</li> <li>• Libre elección.</li> <li>• Desinstitucionalización.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	Tras su surgimiento como experiencia piloto en 2004 y su regulación en 2008, el número de participantes ha ido variando, empezado por uno, llegando a ser de aproximadamente 40, y no llegando a 30 en 2019. Pese a su reducido alcance cuantitativo, sigue siendo un programa precursor, el cual contribuye a evitar el acceso de las personas con discapacidad a recursos residenciales (Malkorra, 2019).
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catálogo de trámites y servicios de la Diputación Foral de Gipuzkoa</li> <li>• Urmeneta, X., <i>La vida independiente en Gipuzkoa: una alternativa para las personas con discapacidad y dependencia</i>. Zerbitzuan, n. 42, 2007, p. 87-92.</li> </ul>

Ficha 2.  
OKencasa



<b>Denominación</b>	OKencasa – Cuidando a quienes cuidan.
<b>Tipo de práctica</b>	Sistema de capacitación y acompañamiento psicosocial. Sistema de inteligencia de datos para la mejora del apoyo a la red familiar.
<b>Entidad promotora</b>	Sesosgi, S.L y la Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Otros agentes implicados</b>	Colaboración de diferentes niveles de la Administración Pública que intervienen en la atención a la dependencia: Diputación de Gipuzkoa, Gobierno Vasco, Ayuntamiento de Donostia, Ayuntamiento de Pasaia, Ayuntamiento de Errenteria, Ayuntamiento de Irun, Ayuntamiento de Zarautz, Ayuntamiento de Tolosa, Ayuntamiento de Ataun. Colaboración de otras entidades: Colegio de Médicos, Colegio de Enfermería, AFAGI, Aggaer Egge, Aspargi, Gipuzkoa Diabetes, ATECE, KZGunea, Metaposta, Nagusilan, Nazaret, UPV, Hartmann, IMQ, Fundación Matía, Nagusilan.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas que cuidan en el domicilio a un familiar mayor dependiente. Personal técnico de gestión del sistema sociosanitario en los distintos niveles competenciales de las Administraciones Públicas.
<b>Alcance geográfico</b>	Local, comarcal y territorial
<b>Duración</b>	2018-
<b>Objetivos</b>	El objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y facilitar el día a día del cuidado en el hogar. Es también objetivo la obtención de datos actualizados sobre el estado de las familias que cuidan para apoyar la toma de decisiones de cara a un mejor diseño de las políticas públicas y una gestión más eficaz del ámbito sociosanitario.
<b>Descripción</b>	<p>El programa pone en el centro a la persona familiar que cuida a una persona con dependencia. Para ello, se siguen los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifica a las personas de la familia que están implicadas en el cuidado de la persona dependiente y el papel que cada una de ellas tiene en el cuidado.</li> <li>• Periódicamente se realiza un seguimiento de cada persona cuidadora a través de un sistema de autoevaluación en remoto, evaluando su sobrecarga, su salud física o emocional, la calidad de apoyo familiar, entre otros.</li> <li>• Se les ofrece un plan psicoeducativo personalizado de mejora y acompañamiento mediante formación, apoyo psicosocial, entrenamiento de habilidades y acceso a servicios útiles en condiciones económicas ventajosas.</li> <li>• Con todo, se contribuye a mejorar su bienestar y satisfacción, reduciendo los niveles de sobrecarga o estrés, aumentando su autoeficacia y generando ahorros importantes y coste-efectivos en el sistema público.</li> <li>• La información generada sobre la evolución de cada familia y persona cuidadora es accedida desde unas herramientas de análisis de datos que permiten recibir alertas de empeoramiento, realizar un seguimiento preventivo y objetivar con datos actualizados los patrones de cuidado y uso de recursos.</li> </ul> <p><b>Metodología</b></p> <p>Se utiliza una aplicación denominada <i>Zaindoo</i>, para establecer un canal de interacción sencillo y efectivo entre los profesionales de apoyo Okencasa y las personas cuidadoras. Se trata de un soporte que facilita a las personas cuidadoras el acceso a herramientas, recursos y capacitación difíciles de alcanzar de forma presencial, y que posibilita el afloramiento de gran cantidad de información sobre el cuidado en el domicilio.</p> <p><b>Recursos a disposición de las familias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización del cuidado: herramientas para la organización de los cuidados.</li> <li>• Formación online: sobre cómo cuidar a las personas con dependencia y cómo auto-cuidarse.</li> <li>• Tu especialista en cuidado familiar: sesiones de apoyo periódicas para la gestión de las situaciones derivadas del cuidado.</li> <li>• Ventajas en servicios útiles: acceso a servicios como fisioterapia, asesoría legal o adaptación del hogar, entre otros.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a la red significativa de apoyo.</li> <li>• Desinstitucionalización y apoyo en el domicilio.</li> <li>• Herramientas de comunicación y el acceso a la información.</li> <li>• La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas.</li> <li>• Análisis anticipatorio y preventivo de cada situación familiar/personal.</li> </ul>

[...]

**Resultados**

El sistema se implantó como experiencia piloto en Donostia y se ha extendido o se va a extender a otros municipios de la provincia: Irun, Pasaja, Errenteria, Zarautz, Tolosa y Ataun. Tras prestar apoyos a 210 familias en Donostia durante el programa piloto entre 2018-2020, Okencasa ha atendido a cerca de 500 familias que cuidan de familiares dependientes.

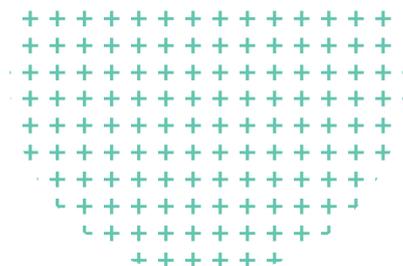
Equipos de investigación de prestigio pertenecientes a la Universidad del País Vasco (Donostia / San Sebastián) y la London School of Economics (Londres) han validado la metodología de Okencasa. Para ello, se llevó a cabo un Estudio Clínico Aleatorizado con 210 familias a lo largo de 9 meses (abril 2019-diciembre 2019), con el visto bueno del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi.

**Más información**

[Página web](#)

**Ficha 3.**  
**Izeba Proiektua**

<b>Denominación</b>	Izeba Proiektua –Proyecto Izeba.
<b>Tipo de práctica</b>	Proyecto.
<b>Entidad promotora</b>	Baketik Fundazioa.
<b>Otros agentes implicados</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa (proyecto implantado a través de un convenio).
<b>Personas destinatarias</b>	Menores en riesgo o desprotección. Mentoría social de menores en acogimiento residencial.
<b>Alcance geográfico</b>	Comarcal o territorial.
<b>Duración</b>	2009–
<b>Objetivos</b>	El objetivo principal es el de mejorar la calidad de vida de los menores tutelados por la Diputación Foral de Guipúzcoa a través de una figura familiar, la del tío o tía (izeba) que aporte una relación de afectividad, de apoyo y de despliegue de las relaciones sociales de proximidad.
<b>Descripción</b>	<p>El Proyecto Izeba surge en 2009 para dar respuesta a las necesidades de menores no acompañados que carecían de referentes cercanos. Posteriormente se amplió a todos los menores de edad tutelados.</p> <p>Se configura como una red de personas o familias voluntarias que aceptan actuar como tíos/as acogedores/as de personas menores separadas de sus familias biológicas y tuteladas por la Diputación Foral de Gipuzkoa para contribuir a mejorar su calidad de vida. La actividad se lleva a cabo a través de encuentros semanales de diversa índole, como pueden ser comidas, excursiones o actividades de ocio y tiempo libre compartidas, y se promueve el contacto telefónico continuado. Las familias también introducen a los jóvenes en redes sociales más extensas (de amigos, vecinos, familiares) para promover su conectividad e integración.</p> <p><b>Funciones de una persona voluntaria</b></p> <p>Ofrecer afectividad y relaciones sociales a través de encuentros periódicos y regulares, llamadas de teléfono o distintas formas de apoyo o mediación con el entorno dentro de la disponibilidad de tiempo que tenga la persona voluntaria.</p> <p><b>¿Quién puede ser persona voluntaria?</b></p> <p>Mayores de edad con o sin hijos que quieran compartir de forma voluntaria parte de su tiempo libre con un menor en situación de vulnerabilidad.</p>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinstitucionalización.</li> <li>• Apoyo en y por la comunidad.</li> <li>• El contexto y la red significativa de apoyo.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	El proyecto cerró 2020 con 65 relaciones activas entre familias voluntarias y sobrinos/as y un total de 167 relaciones en marcha entre niños, niñas y adolescentes tutelados/as y jóvenes extutelados/as.
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlace de referencia</li> <li>• Dossier informativo del proyecto</li> <li>• Tríptico informativo</li> <li>• Vídeo promocional</li> <li>• Redes</li> </ul>

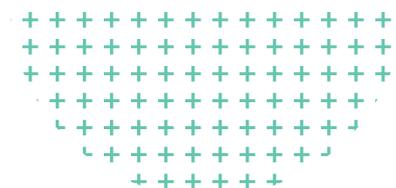


#### Ficha 4. Erlauntza

<b>Denominación</b>	Erlauntza
<b>Tipo de práctica</b>	Modelo de gestión.
<b>Entidad promotora</b>	APTES-Asociación para la Promoción de la Tecnología Social, enmarcada en el proyecto EUSKALTRUST.
<b>Otros agentes implicados</b>	<p>La iniciativa cuenta con el apoyo de la Diputación Foral de Gipuzkoa a través del programa Etorbizuna Eraikiz.</p> <p>Además, existe un grupo motor en torno a la práctica constituido por representantes y responsables de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegio Oficial de Farmacia de Gipuzkoa.</li> <li>• Responsable de coordinación socio-sanitaria de OSI Donostialdea.</li> <li>• Responsable de Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Sebastián.</li> <li>• Plan Donostia Lagunkoia en Ayuntamiento de San Sebastián.</li> <li>• Patronato Municipal de Deportes de Donostia.</li> <li>• Servicio Plus 55.</li> <li>• Subdirección de Salud Pública.</li> <li>• Departamento de Salud del Gobierno Vasco.</li> </ul>
<b>Personas destinatarias</b>	Desde el ámbito de la salud comunitaria, Erlauntza está orientada a las personas mayores, pero no de manera exclusiva, así como a las personas profesionales que desde su día a día orientan, informan o cuidan a personas mayores que acuden a los servicios que se ofrecen en los barrios, desde contextos o en sectores diferentes: centro de salud, polideportivo, centro de servicios sociales, actividades de envejecimiento activo y cultural, farmacias, etc. Todas estas personas comparten el propósito de fomentar, mantener o recuperar la calidad de vida de las personas mayores.
<b>Alcance geográfico</b>	Local – Barrio.
<b>Duración</b>	2017-
<b>Objetivos</b>	Aumentar el conocimiento mutuo personal e institucional; conocer instalaciones y personas de los diversos recursos del barrio; crear conexiones que generen ventajas para el trabajo que desarrolla cada profesional; consolidar esas conexiones en forma de prácticas cíclicas (procesos) que amplifiquen los resultados; reconocer los buenos casos en público; crear herramientas (analógicas o digitales) que consoliden las relaciones; y, elevar resultados a niveles superiores en cada servicio de proximidad.
<b>Descripción</b>	<p>La iniciativa trata de activar relaciones de <i>confianza</i> mutua entre las personas que trabajan en los barrios en los diferentes servicios a las personas fundamentalmente mayores. Para ello, se inicia la construcción de Grupos Erlauntza en los barrios de Donostia, compuestos por responsables de proximidad de los distintos servicios sanitarios, sociales, culturales, deportivos, envejecimiento activo y lograr entre estas personas altos niveles de confianza que permitan a cada una desde su espacio (físico) y ámbito (función), lograr mejor sus objetivos de servicio.</p> <p><b>Contexto</b></p> <p>En muchas ocasiones no se cuenta con tiempo suficiente para que los agentes implicados en torno a servicios dirigidos a la ciudadanía se conozcan entre sí o conozcan las actividades desarrolladas. En consecuencia, las personas mayores de los barrios no pueden aprovechar todo lo que tienen alrededor para aumentar su calidad de vida. A partir de esa realidad surge la oportunidad de construir una relación profesional basada en el compromiso y la confianza.</p> <p>Promovido por Aptes y enmarcada dentro del proyecto Euskaltrust, este último tiene por objetivo hacer de la <i>confianza</i> un valor social reconocido a nivel personal, grupal e institucional. Por ello, Erlauntza es una propuesta de ámbito de trabajo concreto en relación con la construcción de relaciones de confianza entre personas y organizaciones.</p> <p><b>Elemento central de la iniciativa</b></p> <p>Erlauntza pretende generar grupos locales de profesionales que se conocen, se reconocen en su especialidad y se relacionan de manera sostenida para reforzar el servicio a las personas mayores del barrio a través del papel de cada profesional y de la actividad de la entidad a la que representa. Es preciso invertir tiempo en adquirir un mayor conocimiento de las personas, de los programas organizados, de los que están en previsión de organizarse y de los recursos tangibles e intangibles disponibles.</p> <p><b>Metodología para su diseño</b></p> <p>El diseño ha requerido únicamente de la herramienta de la <b>Balanza de Valor</b> desarrollada en la Escuela de Diseño Social, iniciativa promovida por APTES. Con ella, se ha iniciado la creación de relaciones de confianza entre las personas participantes, en tanto que se debe responder a qué está cada una dispuesta a aportar a la iniciativa y qué está buscando recibir de la iniciativa.</p>

[...]

<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El papel de los y las profesionales.</li><li>• Los recursos comunitarios y la inclusión en la comunidad.</li><li>• El cambio organizacional.</li></ul>
<b>Resultados</b>	<p>Se ha diseñado una herramienta <i>ad hoc</i> para la evaluación y medición de los avances de la iniciativa, que se ha denominado <i>Erlauntzometro</i>.</p> <p>Esta iniciativa se empezó a aplicar en los barrios de Egia e Intxaurren y se ha ido extendiendo a diferentes barrios de la ciudad de Donostia.</p>
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enlace de referencia</li><li>• Artículo Zerbitzuan</li><li>• Presentación</li></ul>



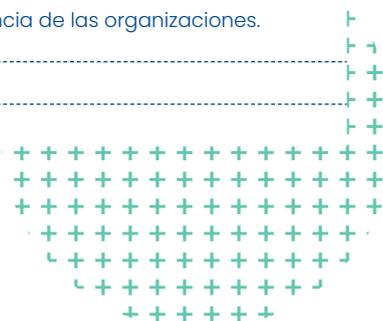
## Ficha 5.

## InklusioanBat (Empleo Con Apoyo en Gureak Itinerary Gipuzkoa)

<b>Denominación</b>	InklusioanBAT.
<b>Tipo de práctica</b>	Área de trabajo y procedimiento de intervención.
<b>Entidad promotora</b>	GUREAK – Gureak Itinerary, una de las cuatro divisiones del grupo Gureak.
<b>Otros agentes implicados</b>	Basada en una colaboración público privada constante.
<b>Personas destinatarias</b>	<p>Personas con discapacidad con especiales dificultades para acceder al mercado laboral que requieren de distintas oportunidades y opciones de acercamiento al mercado para poder cumplir con sus itinerarios sociolaborales. En concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o parálisis cerebral con un grado reconocido igual o superior al 33%.</li> <li>• Personas con discapacidad física o sensorial con un grado reconocido igual o superior al 65%; en el caso de personas sordas o con discapacidad auditiva igual o superior al 33%.</li> </ul>
<b>Alcance geográfico</b>	Territorial
<b>Duración</b>	Esta práctica, tal y como aparece en la definición, se está desarrollando desde los últimos 10 años.
<b>Objetivos</b>	<p>El objetivo general del Modelo InklusioanBat es lograr la inclusión sociolaboral de las personas con discapacidad en el medio ordinario con diversas fórmula de acercamiento al mismo (enclaves, formación, prácticas, contratación directa etc.) y en cualquiera de las fases del itinerario sociolaboral de la persona con discapacidad. Más específicamente, algunos de los objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar oportunidades de empleo, formación u ocupación convenientemente adaptadas para las personas en entornos ordinarios y que permitan conciliar la vida laboral, familiar y personal.</li> <li>• Mediar entre la demanda y ofertas de empleo, formación u ocupación de las empresas</li> <li>• Informar y asesorar a las empresas en materia de diversidad, itinerarios de las personas con discapacidad y contratación laboral, así como en la equidad de género en los procesos de inserción de personas con discapacidad.</li> <li>• Proponer adaptaciones de procesos y/o técnicas que faciliten el acceso a los puestos de trabajo de las personas con mayores necesidades de apoyo.</li> <li>• Intermediar con la familia de las personas.</li> <li>• Realizar un seguimiento permanente con las personas con discapacidad, así como evaluar tanto la metodología como la satisfacción de las partes intervinientes en el proceso.</li> </ul>
<b>Descripción</b>	<p>InklusioanBat se dedica a la inclusión de personas con discapacidad y prioritariamente aquellas con mayores necesidades de apoyo. Está constituido por un equipo dedicado a la promoción y búsqueda de oportunidades de empleo, formación u ocupación en el mercado ordinario de trabajo y al desarrollo de un modelo que ofrece una gran variedad de oportunidades para personas con discapacidad. Las inserciones en el mercado de Gipuzkoa se hacen a través de un conjunto de itinerarios adaptados a la situación y a las necesidades de cada persona.</p> <p>Para ello existen distintos formatos formativos que tienen en común las siguientes <b>características</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Learning by doing.</li> <li>• Formación muy práctica.</li> <li>• Espacios reales o como mínimo simulados.</li> <li>• Enfocada al empleo.</li> <li>• Con materiales adaptados.</li> <li>• Trabajo en red (familias, CSM, AATs, etc...)</li> </ul> <p>Y además tienen las siguientes <i>particularidades</i> de cada itinerario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duraciones distintas.</li> <li>• Apoyos individualizados.</li> <li>• Progresión de acercamiento individualizado a la realidad del mercado laboral.</li> </ul> <p><b>El equipo</b>, que se apoya de otras áreas de trabajo como Orientación o Formación, está conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospector/a laboral.</li> <li>• Especialistas en Adaptación 360°.</li> <li>• Preparador/a laboral.</li> </ul>

[...]

<b>Descripción</b>	<p><b>Servicios ofrecidos a la persona (“cliente principal”)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento personalizado en todas las fases de su itinerario</li> <li>• Orientación laboral.</li> <li>• Intermediación para lograr un empleo, formación u ocupación dentro del entorno ordinario.</li> <li>• Formación en el puesto.</li> <li>• Seguimiento permanente durante la vigencia del contrato, formación u ocupación.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de los y las profesionales.</li> <li>• Desinstitucionalización e inclusión en la comunidad.</li> <li>• Transformaciones organizativas.</li> <li>• La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas.</li> <li>• La participación de las personas usuarias.</li> <li>• Herramientas de comunicación, acceso a la información y transparencia de las organizaciones.</li> <li>• Recursos personales, capacidades y aspectos a fortalecer.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	—
<b>Más información</b>	Enlace de referencia



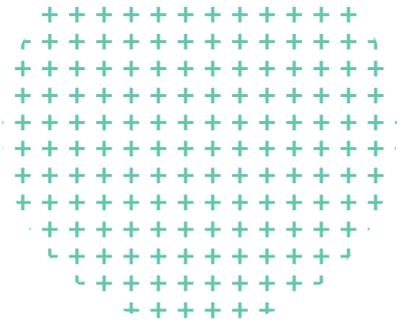
## Ficha 6.

## Etxean Bizi – Vivir en Casa

<b>Denominación</b>	Etxean Bizi – Vivir en Casa.
<b>Tipo de práctica</b>	Proyecto.
<b>Entidad promotora</b>	Dirigido y coordinado por Matia Instituto.
<b>Otros agentes implicados</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa; Ayuntamiento de Errenteria; Ayuntamiento de Pasaia; y, Ayuntamiento de Elgoibar. Departamento de Salud del Gobierno Vasco y ambulatorios de los municipios. En el proyecto se ha incorporado e involucrado a todos los agentes implicados en la atención: familias, servicios sociales, SAD, atención primaria y especializada de salud, el sector invisible de las empleadas del hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado y red comunitaria, servicios de proximidad, el movimiento de Lagunkoia, etc.
<b>Personas destinatarias</b>	Atención domiciliaria en las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia.
<b>Alcance geográfico</b>	Local. Implantado en los municipios de Pasaia, Elgoibar y Errenteria.
<b>Duración</b>	2018-2019. Proyecto terminado.
<b>Objetivos</b>	El objetivo general del proyecto es fomentar la permanencia en el domicilio durante el máximo tiempo posible y con la máxima calidad de vida para las personas mayores y sus cuidadoras, a través de asegurar costes conjuntos de la coordinación de servicios iguales o menores que el coste de una plaza residencial. Asimismo, se pretende identificar un modelo sostenible de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas que viven en sus domicilios, desde la coordinación de los servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de las personas y su entorno familiar.
<b>Descripción</b>	<p>El proyecto responde a una reformulación del modelo de apoyos y atenciones a las personas en situación de fragilidad y/o dependencia que desean seguir viviendo en su entorno. Se trata de una revisión del modelo de atención de los domicilios en Gipuzkoa, mediante el desarrollo de una atención integral en el domicilio centrado en el modelo de Atención Centrada en las Personas.</p> <p><b>Contexto</b></p> <p>Se inspiró en la experiencia Etxean Ondo del Gobierno Vasco y el Instituto Matia y responde a la necesidad innovar socialmente para responder a las situaciones y necesidades actuales y de futuro en las personas mayores, en este caso, en lo que se refiere a la atención que se presta en los domicilios. Tiene en cuenta, por tanto, la complejidad existente para que las personas con dependencia puedan continuar en su domicilio y evitar el ingreso en las residencias.</p> <p><b>Aspectos esenciales</b></p> <p>Para la consecución del objetivo general, el proyecto apuesta por fomentar avances significativos en algunos de los siguientes aspectos esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de deseos y preferencias respecto a su modo de vida en su domicilio, en condiciones de dignidad y durante el mayor tiempo posible.</li> <li>• Promoción de la autonomía y la calidad de vida en la vejez, mediante un modelo de atención integral y centrada en la persona que sea flexible y se adapte de forma ágil a las respuestas y necesidades.</li> <li>• Integración de esfuerzos para que las personas permanezcan en su vida social y comunitaria.</li> <li>• Identificación de metodologías innovadoras en la generación del conocimiento y en la intervención, especialmente en la identificación de competencias y habilidades de la figura profesional de Gestora del Caso.</li> </ul> <p><b>Metodología</b></p> <p>La incorporación de todos los agentes implicados y su integración en este proyecto se coordina a través de la figura de la Gestora de Caso: tiene un conocimiento cercano de la persona y del entorno del domicilio, acompañando a la persona, haciéndola protagonista de cómo quiere ser acompañada y cuidada y contribuyendo a su empoderamiento.</p> <p><b>Evaluación</b></p> <p>El proyecto cuenta con tres protocolos de evaluación: persona mayor, cuidador y protocolo de gestión de casos (más información en el folleto del proyecto).</p>

[...]

<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El papel de los y las profesionales.</li><li>• Las dinámicas organizativas de las entidades prestadoras de servicios.</li><li>• Desinstitucionalización.</li><li>• Planificación, intervención individual y actividades cotidianas.</li><li>• Proyecto de vida.</li></ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Etxean Bizi Memoria 2020</li><li>• Informe de implementación (2018)</li><li>• Acercamiento cualitativo al periodo experimental de implementación</li></ul>
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enlace de referencia</li><li>• Folleto del proyecto</li></ul>



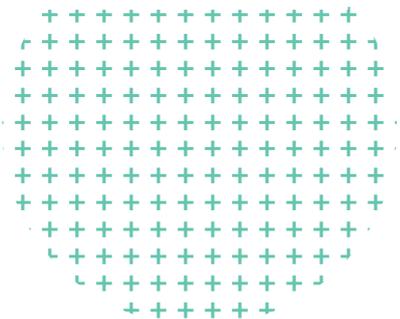
## Ficha 7.

## Etxean Ondo Residencias. Modelo de atención centrado en la persona en centros gerontológicos

<b>Denominación</b>	Etxean Ondo (“Como en casa”).
<b>Tipo de práctica</b>	Proyecto.
<b>Entidad promotora</b>	Matia Fundazioa - Matia Instituto Gerontológico.
<b>Otros agentes implicados</b>	Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas mayores, con discapacidad o dependencia.
<b>Alcance geográfico</b>	Territorial.
<b>Duración</b>	2011-2014. Proyecto terminado.
<b>Objetivos</b>	<p>Etxean ondo busca que las personas mayores, con discapacidad o dependencia reciban cuidados y apoyos centrados en las necesidades de las propias personas que garanticen la calidad de vida y autonomía personal. Para ello, se pretende transformar el modelo de atención tradicional que se desarrolla en residencias y centros de día, a partir de la consecución de ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Se han incorporado modificaciones tanto en los entornos, como de carácter organizativo, así como en los contenidos y desarrollo de la vida cotidiana.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y desarrollar los cambios ambientales adecuados a las necesidades, preferencias y vida cotidiana de las personas.</li> <li>• Promover la identificación de recursos y capacidades personales de personas mayores en situación de dependencia con el fin de promover su independencia y autonomía personal.</li> <li>• Favorecer la adquisición y práctica de competencias profesionales de cuidadoras de residencias adecuadas al modelo de atención en el que se basa la experiencia.</li> <li>• Identificar y desarrollar pautas organizativas adecuadas para el desarrollo del modelo de atención integral y centrada en la persona.</li> <li>• Contribuir a instaurar y aplicar las funciones de la “profesionales de referencia”; profesional clave para el desarrollo del modelo.</li> <li>• Obtener evidencia empírica en relación con la aplicación del modelo de atención centrada en la persona en centros residenciales y centros de día para personas mayores.</li> </ul>
<b>Descripción</b>	<p>Se ha basado en una adaptación de los entornos de los centros gerontológicos, unidades de convivencia y centros de día, acordes con las preferencias de las personas sobre la vida cotidiana y basándose en el modelo de atención integral centrado en la persona (AICP).</p> <p>Los cambios que se han realizado se pueden resumir en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entornos físicos:</b> ofrecer ambientes más hogareños y domésticos (iluminación, instalación de pequeñas cocinas, etc.).</li> <li>• Aspectos <b>organizativos:</b> creación de unidades de convivencia ajustadas a las preferencias de las personas residentes y el desarrollo de actividades cotidianas.</li> <li>• <b>Acciones formativas:</b> orientadas a los/as auxiliares para dotarles de competencias para la promoción de la independencia y autonomía personal. Se ha incorporado, además, el rol profesional como profesional de referencia para procurar la estabilidad de las trabajadoras.</li> <li>• <b>Coordinación</b> interprofesional: para avanzar en el conocimiento, comprensión y derivación en tareas entre los profesionales, para mejorar la coherencia y profesionalidad de los centros.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros.</li> <li>• El papel de los y las profesionales.</li> <li>• Dinámicas organizativas de las entidades prestadoras de servicios.</li> <li>• Normativa que regula la vida en los centros.</li> <li>• Planificación, intervención individual y actividades cotidianas.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>

[...]

<b>Resultados</b>	<p>El inicio de Etxean Ondo Residencias fue la creación, en el año 2011, de la Unidad de Convivencia de la séptima planta del Centro Gerontológico Lamourous – Zubiaurre, y la implantación del Modelo de Atención centrado en la Persona en el Centro de Día del Centro Gerontológico Rezola. En total, se han creado seis unidades de convivencia y dos centros de día.</p> <p>Su desarrollo ha permitido identificar y desarrollar las intervenciones para adecuar la atención que se dispensa a personas mayores dependientes, residentes en centros gerontológicos, a sus deseos, gustos y preferencias. Además, se han podido establecer los efectos que las intervenciones efectuadas han tenido en la calidad de vida de los residentes participantes, familiares y profesionales implicados.</p>
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enlace de referencia</li><li>• Vídeo</li><li>• Presentación</li></ul>



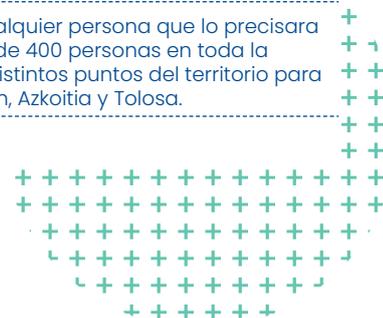
## Ficha 8. Centros Garagune

<b>Denominación</b>	Centros Garagune.
<b>Tipo de práctica</b>	Centros de día.
<b>Entidad promotora</b>	Fundación Goyeneche.
<b>Otros agentes implicados</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas con discapacidad y dependencia.
<b>Alcance geográfico</b>	Local, comarcal, territorial.
<b>Duración</b>	—
<b>Objetivos</b>	Acercar los servicios a las personas y a su entorno natural.
<b>Descripción</b>	<p>Los centros Garagune son espacios accesibles, modernos y confortables que se ubican en núcleos urbanos de Gipuzkoa.</p> <p>Se trabaja con el enfoque de la planificación centrada en la persona y se desarrollan actividades para que las personas disfruten de una vida social y comunitaria que favorezcan su desarrollo personal y social.</p> <p>Para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se impulsan relaciones y actividades que conectan con sus preferencias y estilos de vida.</li> <li>• Se realizan labores de voluntarias.</li> <li>• Se utilizan los recursos del entorno (polideportivos, bibliotecas, huertas comunitarias)</li> <li>• Se crean relaciones con diferentes profesionales de la red.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de los y las profesionales.</li> <li>• La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas.</li> <li>• La participación de las personas usuarias en la toma de decisiones colectivas.</li> <li>• Los recursos comunitarios y la inclusión en la comunidad.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> <li>• Entorno y red significativa de apoyo.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	Fundación Goyeneche ha ampliado la red de centros en Gipuzkoa y a día de hoy cuentan con un centro Garagune en cada comarca, además de un centro Pausoak en San Sebastián. En total, son 15 centros con un total de 261 plazas.
<b>Más información</b>	Enlace de referencia

Ficha 9.

Área Tutelar de Hurkoa Fundazioa

<b>Denominación</b>	Área Tutelar.
<b>Tipo de práctica</b>	Procedimiento de un área de trabajo.
<b>Entidad promotora</b>	Hurkoa Fundazioa.
<b>Otros agentes implicados</b>	Juzgados de 1ª Instancia, Ministerio Fiscal y Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas adultas (mayores y/o con enfermedad mental) con su capacidad legal modificada judicialmente, sin red de apoyo que pueda ejercer el cargo tutelar.
<b>Alcance geográfico</b>	Territorial.
<b>Duración</b>	1990-
<b>Objetivos</b>	HURKOA tiene como objetivo avanzar en el camino de la mejora e innovación social aspirando a ser referente por su modelo de atención centrado en la persona y por la excelencia en la tutela, atención y defensa de la misma, ante situaciones de fragilidad, dependencia y/o desprotección.
<b>Descripción</b>	<p><b>Contexto</b></p> <p>Hurkoa siempre ha estado atenta a la identificación de nuevas necesidades relacionadas con la incapacidad en nuestro entorno, respondiendo a ellas con las adaptaciones del servicio que han sido precisas (atención a familias, a personas con enfermedad mental, a mayores en situación de fragilidad...). Asimismo, ha ido incorporando y creando herramientas técnicas que faciliten el seguimiento y atención.</p> <p><b>Principales actividades</b></p> <p>A través de equipos interdisciplinarios en los que integra a su personal y voluntariado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promueve y asume la defensa judicial, la tutela o la curatela de las personas que lo necesitan, priorizando aquellas que carecen de apoyo socio-familiar;</li> <li>• asesora, acompaña y orienta a las familias afectadas;</li> <li>• diseña y desarrolla nuevos programas con el fin de acompañar en la fragilidad y prevenir situaciones de desprotección;</li> <li>• informa y sensibiliza a la sociedad ante situaciones de maltrato, abandono y desprotección.</li> </ul> <p><b>Metodología y sistematización</b></p> <p>Desde hace años que Hurkoa desarrolla su función tutelar siguiendo un sistema de gestión por procesos, lo que implica la sistematización y procedimentación del servicio.</p>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de los y las profesionales.</li> <li>• Las dinámicas organizativas de las entidades prestadoras de los servicios.</li> <li>• La planificación y la intervención individual.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	Desde su creación la actividad tutelar de Hurkoa ha estado dirigida a cualquier persona que lo precisara en todo el territorio de Gipuzkoa. En la actualidad, Hurkoa atiende a más de 400 personas en toda la provincia, para lo cual ha ido desplegando sus equipos de atención en distintos puntos del territorio para poder estar más cerca de las personas atendidas: Donostia, Arrasate, Irún, Azkoitia y Tolosa.
<b>Más información</b>	Página web de Hurkoa



### Ficha 10. GazteOn SareLan

<b>Denominación</b>	GazteOn SareLan: programa de Apoyo para la transición a la vida adulta de jóvenes en situaciones de dificultad personal, familiar y social.
<b>Tipo de práctica</b>	Programa.
<b>Entidad promotora</b>	Zabalduz, Cooperativa de Iniciativa Social.
<b>Otros agentes implicados</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa –Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista y Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas jóvenes que precisan de apoyo en la construcción y definición de su proyecto vital, que carecen de figuras de referencia y apoyo estables.
<b>Alcance geográfico</b>	Local. Implementado en los municipios de Errenteria y Zumarraga.
<b>Duración</b>	2018-
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el desarrollo integral de la persona.</li> <li>• Motivar a las personas jóvenes en la construcción de su proyecto de autonomía personal.</li> <li>• Acompañar a las personas en su proceso de autonomía y emancipación.</li> <li>• Apoyar las actividades formativas y prelaborales para la inserción plena en el mercado laboral.</li> <li>• Garantizar el bienestar, la inclusión y autodeterminación mediante un contexto de convivencia seguro.</li> <li>• Facilitar el acceso e integración a recursos institucionales y sociocomunitarios disponibles.</li> </ul>
<b>Descripción</b>	<p>Se trata de un programa para dar soporte a jóvenes para su transición a la vida adulta o acompañamiento a la emancipación, que puede reforzar la autonomía de estas personas y reducir dificultades que se observan en grupos de jóvenes en dificultad. El programa busca ofrecer un modelo territorial de atención a la emancipación mejorando la capacidad de crear contextos que permitan el desarrollo de la autonomía de las personas jóvenes, que sea flexible para ajustarse a la situación singular de la persona y ofrecer una atención integral y sin estar fragmentada entre los 16 y 23 años.</p> <p>Para ello, el proyecto consiste en crear unidades convivenciales de tres o cuatro personas. En 2019, el programa contaba con dos recursos residenciales: Larzabalal-Errenteria (cuatro chicas) y Zumarraga (cuatro chicos).</p> <p><b>Contexto</b></p> <p>El programa surge a partir de detectar que no todas las personas, en este caso, adolescentes cuentan con una familia que de soporte a sus procesos de transición de la adolescencia a la vida joven-adulta. Un proceso que se alarga en el ciclo vital de la vida de las personas en el que son las familias quienes normalmente ofrecen dicha protección. Estas experiencias, las necesidades existentes en Gipuzkoa al respecto y las recomendaciones europeas dan lugar a este programa.</p> <p><b>Elementos del programa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los acompañamientos.</li> <li>• La intervención en calle o espacios abiertos.</li> <li>• Intervención directa a través de nuevas tecnologías.</li> <li>• Actividades de apoyo en la vivienda.</li> <li>• Acciones de intermediación con redes de apoyo relacionales y comunitarias.</li> <li>• Coordinación y colaboración con agentes y recursos.</li> <li>• Sesiones de trabajo con familias (cuando es posible y necesario).</li> </ul> <p><b>Metodología</b></p> <p>La asunción de responsabilidades como elemento base de la intervención. El programa focaliza en: la formación personal (conocimientos, actitudes, habilidades, valores); organización personal; la motivación y el compromiso con el proyecto educativo; desarrollo personal y sociorelacional; o, el modelaje y la autonomía.</p>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros.</li> <li>• Desinstitucionalización.</li> <li>• Los recursos comunitarios y la inclusión en la comunidad.</li> <li>• La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> <li>• Recursos personales, capacidades y aspectos a fortalecer.</li> </ul>

[...]

<b>Resultados</b>	Resultados y eficacia del programa (2019): <ul style="list-style-type: none"><li>• El 90% de los y las jóvenes del programa (menores de 20 años) obtuvieron su primera experiencia laboral.</li><li>• El 45% obtuvo un empleo remunerado.</li><li>• El 20% se emancipó.</li></ul>
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Página web de Zabalduz</li><li>• Buenas prácticas de intervención en inclusión social y atención a mujeres víctimas de violencia machista, 2019.</li></ul>



## Ficha 11.

## Evaluación del Servicio de Inclusión Social en términos de calidad de vida

<b>Denominación</b>	Evaluación del Servicio de Inclusión Social en términos de calidad de vida.
<b>Tipo de práctica</b>	Procedimiento de valoración.
<b>Entidad promotora</b>	Emaús Fundación Social.
<b>Otros agentes implicados</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa –Servicio de Inclusión Social y Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Machista. En el procedimiento de la valoración, además de las personas atendidas y las entidades mencionadas, se incorpora o involucra a otras figuras profesionales de referencia en el proceso de inclusión de la persona atendida.
<b>Personas destinatarias</b>	Personas en situación crónica de exclusión social y diagnosticadas con enfermedad mental grave atendidas en la Unidad Ustez, que integra junto con otros dos servicios el centro para la inclusión social Uba (dentro de la red de centros residenciales para personas en situación de exclusión (2.4.5 del Decreto de cartera) de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Alcance geográfico</b>	Centro para la inclusión social Uba.
<b>Duración</b>	2016-
<b>Objetivos</b>	Disponer de una fórmula, un documento que contempla una serie de herramientas, que permitan ir evaluando hasta qué punto las intervenciones, sean individuales o grupales, los procesos y la percepción de las personas participantes resultan efectivos en términos de calidad de vida. Además, también se busca poder confeccionar un mapa del contexto de la persona (recursos, apoyos, vínculos).
<b>Descripción</b>	<p>Se trata de un modelo de evaluación que permite detectar necesidades de apoyo, definir actuaciones y recursos a poner en marcha y evaluar los procesos de intervención social a través de herramientas de registro y diagnóstico específicas. Estos permiten recoger resultados en términos de calidad de vida desde la perspectiva tanto de los y las profesionales, como de las personas atendidas.</p> <p><b>Contexto</b></p> <p>La puesta en marcha de este servicio surge a partir de dos procesos fundamentales, por los que se consideró fundamental incorporar elementos que permitieran la evaluación del proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La necesidad detectada por el Servicio de Inclusión Social y Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Machista de ampliar la cobertura de la red de atención integrando necesidades de apoyo específicas.</li> <li>• Análisis y adecuación de la práctica profesional de la propia fundación, la definición de un modelo de atención centrado en la persona, el reconocimiento de derechos y los principios de individualización y autodeterminación.</li> </ul> <p><b>Elementos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evalúan los procesos no solo desde la perspectiva profesional, sino que se tiene en cuenta la percepción subjetiva de las personas atendidas</li> <li>• Se detectan acciones útiles para el proceso de inclusión social</li> <li>• Ofrece la posibilidad a la persona de participar <i>activamente</i> en la definición y toma de decisiones de su proceso</li> <li>• Se adaptan y se ajustan las actuaciones planteadas sin esperar a la evaluación del proceso</li> <li>• Permite la evaluación que mide la eficacia de las actuaciones desarrolladas.</li> </ul> <p><b>Metodología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención centrada en la persona.</li> <li>• Reconocimiento de derechos.</li> <li>• Calidad de vida.</li> <li>• Activación inclusiva (modelo incluye).</li> <li>• Modelo de apoyos y apoyo conductual positivo.</li> <li>• Modelo de diagnóstico social.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de los y las profesionales.</li> <li>• Dinámicas organizativas de las entidades prestadoras de servicios.</li> <li>• El acceso a la información y la transparencia de las organizaciones.</li> <li>• Entorno y red significativa de apoyo.</li> <li>• Trayectoria y proyecto de vida.</li> </ul>

[...]

<b>Resultados</b>	—
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Página web de Emaús</li><li>• Buenas prácticas de intervención en inclusión social y atención a mujeres víctimas de violencia machista, 2019.</li></ul>



## Ficha 12.

## Housing First en Gipuzkoa: Programa Habitat

<b>Denominación</b>	Programa Habitat.
<b>Tipo de práctica</b>	Alojamiento y acompañamiento social.
<b>Entidad promotora</b>	Asociación RAIS Euskadi.
<b>Otros agentes implicados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diputación Foral de Gipuzkoa.</li> <li>• Fundación RAIS.</li> <li>• Ayuntamiento de Donostia.</li> <li>• Etxegintza.</li> <li>• Fresno Consulting.</li> </ul>
<b>Personas destinatarias</b>	<p>El programa está especialmente orientado a las personas con un proceso de exclusión y situación de sinhogarismo muy complejo y cronificado, y que los recursos tradicionales no están consiguiendo vincular y las personas tienen grandes dificultades de “escalar” en el sistema de atención a las personas sin hogar. Para acceder al programa las personas tienen que cumplir algunas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser mayores de 18 años.</li> <li>• Estar en situación de sin techo, que pernoctan en un espacio público o exterior o en centros de acogida de urgencia.</li> <li>• Personas con largas trayectorias de situación de calle.</li> <li>• Tener al menos uno de los siguientes problemas: salud mental, adicciones o discapacidad.</li> </ul>
<b>Alcance geográfico</b>	Local. Aplicado en el municipio de Donostia-San Sebastián.
<b>Duración</b>	2017-
<b>Objetivos</b>	Ofrecer directamente una solución habitacional permanente y sostenible a las situaciones más complejas y cronificadas de sinhogarismo, para promover un proceso de mejora en estas situaciones, mediante la provisión de apoyos flexibles en base a la elección de la persona.
<b>Descripción</b>	<p>El programa consiste, precisamente, en ofrecer una vivienda individual de forma incondicional y permanente. Actualmente cuenta con 5 plazas en Donostia. Para el mantenimiento de la vivienda e inicio y adherencia a tratamientos y a procesos de inclusión social y comunitaria se ofrecen apoyos ajustados y proporcionales a la persona.</p> <p><b>Compromisos básicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos una visita a la semana por parte del equipo</li> <li>• En caso de que tengan ingresos, aportan el 30%. Por el contrario, los gastos de alquiler y necesidades básicas los cubre el programa.</li> <li>• Reglas básicas de convivencia en la comunidad.</li> <li>• Entrevista de evaluación cada 6 meses.</li> </ul> <p><b>Características de las viviendas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuales, con una o dos habitaciones.</li> <li>• Dispersas e integradas en áreas residenciales con servicios básicos y transporte público.</li> <li>• De mercado público o privado.</li> <li>• Con equipamiento básico adecuado</li> <li>• En caso de necesidad, se ofrecen viviendas adaptadas.</li> </ul>
<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diseño físico, arquitectónico y ambiental de los centros y la importancia de la desinstitutionalización.</li> <li>• La normativa que regula la vida de los centros (en este caso, viviendas).</li> <li>• Planificación, intervención individual.</li> <li>• Los recursos comunitarios y la inclusión en la comunidad.</li> <li>• Derechos.</li> <li>• Trayectoria de vida o biografía.</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<p>En 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 100% de retención de la vivienda en programa.</li> <li>• Un 100% de participantes con planes de trabajo.</li> <li>• Un 100% cobran la Renta de Garantía de Ingresos.</li> </ul>
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlace de referencia</li> <li>• Presentación</li> <li>• Buenas prácticas de intervención en inclusión social y atención a mujeres víctimas de violencia machista, 2019.</li> </ul>

Ficha 13.

Programa de Acogimiento Familiar Especializado de Gipuzkoa

<b>Denominación</b>	Acogimiento Familiar Especializado.
<b>Tipo de práctica</b>	Acogimiento familiar.
<b>Entidad promotora</b>	Iniciativa desarrollada por la Diputación Foral de Gipuzkoa.
<b>Otros agentes implicados</b>	Agintzari.
<b>Personas destinatarias</b>	<p>Menores de edad en desprotección con circunstancias especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de hermanos/as o en reagrupamiento familiar.</li> <li>• Niños/as de edad igual o superior a 7 años, con dificultades para dar con una familia de acogida voluntaria.</li> <li>• Menores con problemas de salud especiales o de riesgo.</li> <li>• Menores con discapacidad.</li> <li>• Menores con problemas de conducta con dificultades en su inclusión familiar y social.</li> <li>• Otras situaciones especiales.</li> </ul>
<b>Alcance geográfico</b>	Territorial.
<b>Duración</b>	2007-
<b>Objetivos</b>	El acogimiento familiar especializado intenta buscar personas y familias de acogida que puedan desarrollar un plan de atención a niños, niñas y adolescentes para reparar daños de los/as menores y generar vínculos positivos en una familia ajena, manteniendo contacto con su familia de origen.
<b>Descripción</b>	<p>El acogimiento familiar especializado es un tipo de acogimiento familiar (regulado en el Decreto 179/2018): <i>“se considera acogimiento familiar especializado aquel que se desarrolla en una familia ajena en la que, al menos, uno de sus miembros dispone de cualificación, experiencia y formación específica para desempeñar esta función respecto de personas menores de edad con necesidades o circunstancias especiales”</i>.</p> <p>En esta modalidad la persona o uno de los miembros de la familia acogedora dispone de cualificación, experiencia y formación específica para desempeñar funciones de protección con niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales. Se sustenta que el acogimiento se realice con plena dedicación (aunque en determinadas circunstancias puede ser compatible con la realización de otro trabajo), y la persona con experiencia y cualificada recibe por ello una remuneración, formando parte de un equipo que le apoya para garantizar el bienestar de la persona menor de edad acogida.</p> <p>La familia que cumpla con los requisitos para ser familia de acogida familiar especializada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener plena disponibilidad.</li> <li>• Tener capacidad de trabajar en equipo con otros profesionales; recibir formación y asesoramiento profesional, etc.</li> <li>• Participar en las reuniones de equipo semanales de familias acogedoras.</li> <li>• Entre sus funciones están: desarrollar un plan de intervención estructurado con los y las menores, realizar un seguimiento y evaluar su evolución o coordinarse con los recursos que intervienen con los y las menores.</li> </ul> <p><b>Tipología y duración de las acogidas</b></p> <p>La duración y modalidad del acogimiento se adapta a las circunstancias personales del o la menor, así como al tiempo que los progenitores necesitan para solventar las situaciones que originan la salida del o la menor de su hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acogimiento de Urgencia: aproximadamente 6 meses. Orientado a menores de 3 años para evitar su institucionalización mientras se adopta una decisión sobre su futuro.</li> <li>• Acogimiento Temporal: duración aproximada de hasta 2 años, cuando hay una alta probabilidad de retorno con su familia de origen.</li> <li>• Acogimiento Permanente: cuando no existe una probabilidad clara de retorno a su hogar de origen, aunque se mantiene el vínculo con la familia de origen, y su duración es indefinida.</li> </ul> <p><b>Apoyos de la institución</b></p> <p>Para que la acogida familiar especializada sea exitosa y satisfactoria para todas las partes implicadas, la Diputación Foral de Gipuzkoa ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una compensación económica para los acogimientos especializados.</li> <li>• El apoyo de un equipo técnico especializado en el tema.</li> </ul>

[...]

<b>Dimensiones de la personalización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El papel de los y las profesionales.</li><li>• La importancia de la desinstitucionalización.</li><li>• La planificación, la intervención individual y las actividades cotidianas.</li><li>• Las dinámicas organizativas.</li><li>• Entorno y red significativa de apoyo.</li><li>• Atención en y por la comunidad.</li><li>• Proyecto de vida.</li></ul>
<b>Resultados</b>	Según datos recogidos en 2020, desde 2007, en torno a 95 chicos y chicas han sido atendidos y atendidas en el programa. También en 2020, había 14 chicos y chicas de todas las edades participando en el programa y 52 en espera de una familia de acogida especializada.
<b>Más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enlace de referencia</li><li>• Interesados/as en participar en el programa o personas que quieran solicitar información: pafe@agintzari.com</li></ul>



# Bibliografía referenciada



- [1] S. Carr, *Personalisation: a rough guide*. Londres: Social Care Institute for Excellence, 2009.
- [2] T. Martínez, *La atención gerontológica centrada en la persona / Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 201.
- [3] E. Benito, «La planificación centrada en la persona y su pertinencia práctica en los servicios sociales: opinión de los profesionales», *Zerbitzuan*, 2016.
- [4] M. A. López, «La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación», *Siglo Cero*, 2005.
- [5] R. L. Schalock, *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y Servicios Sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2005.
- [6] A. Palacios, *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI, 2008.
- [7] A. Casas, *Modelo de apoyos individuales en el servicio ocupacional de Lantegi Batuak*. Loiu: Lantegi Batuak, 2008.
- [8] *Asistencia Personal: una herramienta clave para el ejercicio del derecho a la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Madrid: Plena Inclusión, 2018.
- [9] T. Martínez, *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona*. Madrid: Fundación Pílares para la Autonomía Personal, 2014.
- [10] P. Rodríguez, «La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia», *Informes Portal Mayores*, 2011
- [11] T. Martínez, *La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención? / Pertsonarengan oinarritutako arreta. Zertan datza arreta-eredu hau? s.l.:* Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2014.
- [12] *Els serveis socials especialitzats des de la perspectiva de l'atenció centrada en la persona*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2016.
- [13] J. Blanco, *Modelo Inclúe. La apuesta por una atención de calidad en el ámbito de la inclusión social*. Vigo: Grupo Emaús Fundación Social, 2015.
- [14] J. Uribe, «Housing First: Un modelo de cambio. Definición, actualidad, límites y retos», *Revista de Treball Social*, 2016
- [15] SIIS Centro de Documentación y Estudios, Ed., «Revisión de tendencias, innovaciones y buenas prácticas en el ámbito de los servicios sociales», *Zerbitzuan*, 2019,
- [16] SIIS Centro de Documentación y Estudios, «Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional.», 2011.
- [17] *Revisión de tendencias y buenas prácticas en atención a personas con enfermedad mental*. Donostia-San Sebastián: Gureak Fundazioa, 2017
- [18] J. T. Braslow, «The Manufacture of Recovery», *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 9, n.º 1, pp. 781-809, mar. 2013
- [19] M. Hernández Monsalve, «La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2017.
- [20] M. Melendro, «El tránsito a la vida adulta de los jóvenes en dificultad social», *Zerbitzuan*, 2011.
- [21] M. López, «El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil», *Anales de Psicología*, 2013.
- [22] *Manual básico sobre género y discapacidad*. Madrid: Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, 2020.
- [23] O. Seco, «Marco conceptual y caracterización del servicio de día para la inclusión social en Bizkaia», *Zerbitzuan*, n.º 67, 2018.
- [24] M. Goikoetxea, «La ética como referente de la atención integral y centrada en la persona», en *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, Tecnos, 2014.
- [25] P. Díaz-Veiga, *El Modelo de Atención Centrada en la Persona: qué es y por dónde empezar*. En: *Informe Cuídemí 2020. Presente y futuro de la atención a los mayores*. Madrid: Cuídemí, 2020.
- [26] T. Martínez, *Profesionales. Nuevos roles y equipos de atención / Profesionalak. Eginkizun berriak eta arreta-taldeak*. s.l.: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2014.

- [27] M. Á. Fernández-Borrero, F. Relinque-Medina, y S. Martí-García, «Percepciones para la intervención social desde la competencia intercultural de profesionales», *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*; 2017.
- [28] T. Martínez, *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Oviedo: ACP Gerontología, 2013.
- [29] T. Martínez, *La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica? / Pertsonarengan oinarritutako arreta. Nola gauzatu?* s.l.: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2014. [30] A. Joseph, «Impact of the physical environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on staff and residents. A systematic review of the literature», *Environment and Behavior*, 2016.
- [31] H. Chaudhury, «Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes», *Dementia*, 2016.
- [32] M. D. Rijnaard, «The factors influencing the sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents», *Journal of Aging Research*, 2016.
- [33] Dirección General de Empleo, «Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria», *Zerbitzuan*, 2011.
- [34] J. Mansell, «Desinstitucionalización y vida en la comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID)», *Zerbitzuan*, 2011
- [35] P. Díaz-Veiga, *Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda / Laguntza behar duten pertsonentzako bizikidetzak-unitateak*. s.l.: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2014.
- [36] *II. Manual de procedimiento en el marco de la Protección Infantil en la Comunidad Foral de Navarra, vol. 6. Guía de actuación en las situaciones de Protección Infantil para el Sistema Sanitario en la Comunidad Foral de Navarra*. Pamplona: Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, 2019.
- [37] R. March, «Claves para la intervención con menores acogidos en recursos residenciales, que presentan conductas problemáticas», *Intervención Psicosocial*, 2008,
- [38] L. Garrido, *Guía de Apoyo Activo. "No se trata de lo que haces sino cómo lo haces"*. Madrid: Plena Inclusión, 2019.
- [39] M. C. Carrasquilla, *Caja de Herramientas de la Participación: Crea, Juega y Participa. Cuaderno Conceptual / Caja de Herramientas de la Participación. Fichas técnicas*. Madrid: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2014
- [40] M. Saura, «A fondo: El reto de la participación en los procesos de inclusión social», *Documentación Social*, 2019
- [41] M. E. de la Hera, «La voz de las personas en situación de vulnerabilidad en el diseño de las políticas sociales en Euskadi. La experiencia de EAPN Euskadi», *Zerbitzuan*, 2017.
- [42] V. Ratti, «The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review», *Research in Developmental Disabilities*, 2016
- [43] *Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles?* Donostia-San Sebastián: Fundación Eguía-Careaga, 2011
- [44] R. Prandini, «Themed section: the person-centred turn in welfare policies: bad wine in new bottles or a true social innovation?», vol. 28, n.º 1, pp. 1-19, ene. 2018
- [45] *Activación y derecho a la inclusión en el marco de las políticas de empleo y de garantía de ingresos en la CAPV / Aktibazioa eta gizarteratzako eskubidea, EAeko enplegu eta diru-sarrerak bermatzeko politiken esparruan*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2012.
- [46] R. Van Berkel, *The individualisation of activation services in context. En: Making it personal. Individualising activation services in the EU*. Bristol: Policy Press, 2011.
- [47] J. Fernández Del Valle, A.M. Sainero, A. Bravo, *Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Extremadura: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, 2011.

