



# **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS**

**Attention centered in the person/patient in the sociosanitary centres**

**Autor: Alexander Gómez Navamuel  
Directora: Cristina Castanedo Pfeiffer  
Grado de Enfermería  
Facultad de Enfermería UC  
Curso: 2017-2018**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

## ÍNDICE:

<b>RESUMEN</b>	1
Palabras clave	1
<b>ABSTRACT</b>	1
Key Words	1
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	2
• 1.1 Justificación del tema.	4
• 1.2 Objetivos.	4
• 1.3 Estrategia de búsqueda.	4
• 1.4 Descripción de los capítulos.	4
<b>2. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA</b>	5
• 2.1 Que es la atención centrada en la persona.	5
• 2.2 Historia	6
• 2.3 Trabajo en equipo interdisciplinar.	7
• 2.4 Profesionales.	8
• 2.5 Diferencias entre los modelos.	9
• 2.6 Avanzar en la Atención centrada en la persona.	10
• 2.7 Teoría de Watson	10
<b>3. GUÍA BUENAS PRACTICAS EN RESIDENCIAS</b>	11
• 3.1 Que son las guías de buenas prácticas.	11
• 3.2 Objetivos.	11
• 3.3 Áreas de mejora.	12
• 3.4 Características.	13
• 3.5 Beneficios y dificultades.	14
<b>4. ESTADO ACTUAL EN CANTABRIA</b>	14
• 4.1 Ley de dependencia.	14
• 4.2 Normativa en Cantabria.	15
• 4.3 Funciones de enfermería en centros socio-sanitarios.	18
<b>5. REFLEXIONES</b>	19
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.</b>	21

## **RESUMEN**

En las últimas décadas la población en España ha experimentado un acusado envejecimiento lo que ha conllevado la creación de nuevos centros sociosanitarios para hacer frente a la demanda de servicios de atención a las personas mayores. En la actualidad, la atención prestada en estos centros está evolucionando desde un modelo centrado en la tarea a un modelo centrado en la persona donde el eje central es el respeto de los derechos, autodeterminación y singularidad de cada individuo.

Con el objetivo de conseguir un servicio de calidad se implementan en los centros sociosanitarios buenas prácticas de actuación, acordes a la filosofía del modelo de atención centrado en la persona. El personal de enfermería forma parte del equipo interdisciplinar de estos centros colaborando en la valoración de los planes individualizados de atención.

La Comunidad Autónoma de Cantabria se encuentra en un momento de reflexión en relación con los servicios ofertados analizando la legislación vigente y realizando un estudio junto a los diferentes agentes sociales implicados que permita un cambio de mentalidad y dar un impulso a la implantación del modelo de atención centrado en la persona.

## **PALABRAS CLAVE**

Centros sociosanitarios, calidad, ancianos, normativas, atención centrada en la persona.

## **ABSTRACT**

In the last decades, the population in Spain has experimented a pronounced increase in its age, which has led to the creation of new sociosanitary centres in order to face the demand in service for attending elderly people. Nowadays, the attention that is offered in these centres is evolving from a model that's centered around the task, to one centered around the person, in which the central axis is the respect to each individual's rights, self-determination and uniqueness.

With the goal of achieving a quality service, these centres are implementing good performance practices that are in accordance with the philosophy of the already mentioned model centered around the person.

The Autonomous Community of Cantabria is now in a moment of reflexion when it comes to the offered services, analyzing the current legislation and carrying out a study, with the different social agents implicated, a study that allows a change in mentality and helps propel the instauration of a model centered around the patient.

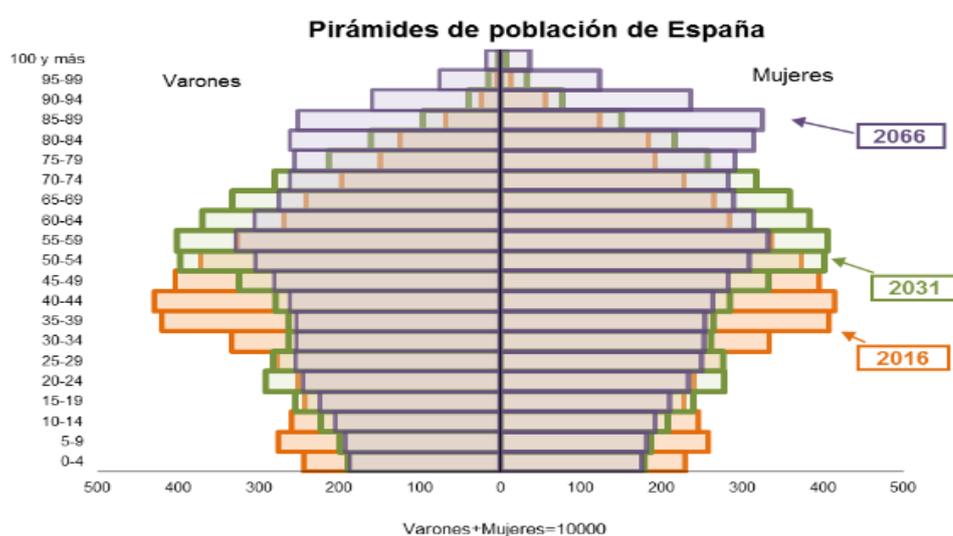
## **KEYWORDS**

Sociosanitary centres, Quality, elderly, normative, person-centered care.

## 1.INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los retos más importantes que debemos afrontar en el siglo XXI y que contribuirá a consolidar significativas transformaciones sociales siendo nuestra obligación estar preparados para superarlo de manera satisfactoria. Cuando un país envejece se incrementa la carga en los servicios sanitarios, sociales y económicos, así como la obligada adaptación a la nueva situación de empresas y familias.

En las últimas décadas se ha experimentado un envejecimiento de la población debido a diversos factores como la disminución de la natalidad o el descenso de la mortalidad, llegando a incrementarse la esperanza de vida en Cantabria en casi diez años. En concreto, en el año 1975 la esperanza de vida era de 73,17 años y en el año 2016 alcanzó los 83,16 años <sup>(1)</sup>. A nivel nacional, el porcentaje de población mayor ha aumentado de un 11,2% en 1981 al 18,7% en 2015. Pero si analizamos las perspectivas de futuro, en el año 2050 en España la población mayor llegaría a alcanzar el 35,7% de la población actual, es decir, más de un tercio de la población superaría los 65 años <sup>(2)</sup>.



### Proyecciones de Población 2016-2066 (7/20)

(Fuente: Instituto Nacional de Estadística <sup>(3)</sup>)

España ha evolucionado de un modelo de atención en personas mayores de los cuidados en el domicilio familiar a un modelo de persona mayor institucionalizada debido, entre otros motivos, a una mayor dependencia de las personas mayores o a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, ha surgido un auge de este tipo de centros que presta servicios de atención 24 horas a las personas mayores, a principios de los 90 no se llegaba a 20 residencias de mayores en Cantabria y, según datos del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS), en el año 2016 había 62 centros residenciales registrados <sup>(4)</sup>.

El cambio social experimentado y el aumento de las plazas residenciales de atención a personas mayores por la detección de la necesidad en la población de estos nuevos servicios ha llevado asociada una regulación normativa en el sector. El punto de partida se establece con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas

en situación de dependencia, comúnmente conocida como “Ley de dependencia”. El objeto de esta Ley es regular las condiciones mínimas que garanticen la igualdad en la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación de todas las Administraciones Públicas garantizando a todos los ciudadanos un mínimo común de derechos en cualquier parte del territorio del Estado español. Además, “el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales” <sup>(5)</sup>.

En relación con la normativa desarrollada en la Comunidad Autónoma de Cantabria cabe citar la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, Decreto 40/08, de 17 de abril, por el que se regulan la Autorización, la Acreditación, el registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria y Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia <sup>(6)</sup>.

Dentro del articulado de la Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios de acreditación, se marcan unas ratios mínimas tanto de personal técnico como personal con titulación universitaria. En estos últimos, se enumeran las siguientes titulaciones: medicina, enfermería, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, pedagogía, psicología, educación social, maestro, trabajo social o psicopedagogía. Por lo tanto, queda a disposición de la dirección de los centros la elección en la distribución de profesionales universitarios sin establecer la obligatoriedad de los titulados en enfermería <sup>(7)</sup>.

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio de mentalidad en el modelo a aplicar en los centros de personas en situación de fragilidad o dependencia. El modelo housing (unidades de convivencia) y de Atención Centrada en la Persona (ACP) es un estilo de atención muy extendido en los países del norte de Europa (Suecia, Holanda o Alemania) y, desde hace algunos años, cada vez más presente en diversas Comunidades Autónomas en España como el País Vasco y Castilla y León. Este modelo se caracteriza por tener la dignidad de la persona como principal foco de atención, sustentándose sobre dos principios fundamentales: la autonomía y la independencia de la persona, destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo en particular.

Actualmente, el objetivo de la Comunidad Autónoma de Cantabria es llevar a cabo la implementación efectiva del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) traduciéndose en la adaptación de la normativa vigente para regular la actuación de los centros sociosanitarios. Para ello, se encuentra en proceso de estudio y coordinación de los diferentes agentes implicados teniendo la oportunidad de construir un modelo de atención de calidad y envejecimiento activo que se adapte lo que queremos para nuestros mayores y nosotros mismos en un futuro no muy lejano <sup>(8)</sup>.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El principal motivo de la realización de este trabajo es mi interés personal sobre los cuidados de las personas mayores dependientes y la capacidad de la profesión enfermera para avanzar hacia un modelo de cuidados adaptado a las características actuales de nuestra sociedad. Además, otro motivo fundamental de la elección del tema es su actualidad encontrándose en pleno desarrollo y despertando cada vez más interés entre los profesionales del ámbito sanitario.

## 1.2 OBJETIVOS

- Objetivo general
  - Analizar los cuidados en centros sociosanitarios ante el reto de abordar el envejecimiento de la población en España.
- Objetivos específicos
  - Describir las características del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).
  - Establecer una relación entre el modelo de atención centrada en la persona y las guías de buenas prácticas.
  - Identificar la situación actual en Cantabria y describir las funciones de enfermería en centros sociosanitarios.

## 1.3 ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

Hemos utilizado como palabras claves para la consulta de los términos DeCS y MeSH, las bases de datos que se han consultado son SCiELO, Google Académico y PubMed. Dentro de los filtros que se han puesto en las búsquedas, han sido 5 años de antigüedad e idiomas español e inglés.

Para completar la búsqueda, también se han recogido datos de guías oficiales del Gobierno de Cantabria, del Ministerio de Sanidad de España, del gobierno del País Vasco, del Instituto Cántabro de Estadística o del Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Para la realización de este trabajo se han revisado 68 artículos o trabajos diferentes, habiéndose escogido al final 37 fuentes y descartándose el resto.

## 1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPITULOS

A continuación, encontraremos una explicación de los contenidos de cada capítulo, en la que se estructura este trabajo.

### ***Primer capítulo***

En este primer capítulo, definiremos lo que es la atención centrada en la persona, así como las diferencias entre los diversos modelos de atención y la importancia del equipo interdisciplinar para la aplicación del modelo.

### ***Segundo capítulo***

En este segundo capítulo, abordaremos la importancia de las guías de buenas prácticas para la implementación de una atención centrada en la persona. Además, incidiremos en los beneficios que se obtienen al aplicar estas guías en los centros y las áreas que se mejoran con ello.

### ***Tercer capítulo***

En el tercer y último capítulo, analizaremos la situación actual en Cantabria analizando la legislación vigente y los proyectos en curso. Adicionalmente, se describen las funciones de enfermería en los centros sociosanitarios.

## **2. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP)**

### **2.1 QUE ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

La atención centrada en la persona, como muchos otros términos que se usan con frecuencia, puede ser interpretada de varias maneras y como tal no tiene una acepción única, se puede interpretar como una atención individualizada y de calidad que reconoce la singularidad de la persona. Una definición que es usada en América del Norte es la de “Person-Directed Care” <sup>(9)</sup> que puede ser traducido como “Atención dirigida a la persona”. Esta definición añade la importancia de que es la persona la que debe de tener el control de su propia vida y así dirigir su atención y cuidados. Otra definición del autor Nolan <sup>(10)</sup> es la de un enfoque que facilita la personalización de los cuidados y con ello orientamos el diseño de los servicios y la buena praxis profesional. La ACP es una estrategia valiosa para los servicios residenciales y con ello conseguir modelos más deseables para las personas que reciben apoyos y cuidados en los mismos.

Según la autora Martínez <sup>(11)</sup>, que es la que inicia el proceso en nuestro país y además una de las personas que más bibliografía tiene sobre ello, se pueden proponer diez asunciones que resumen este tipo de atención:

1. Todas las personas tienen dignidad independientemente de su edad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

Citar los beneficios que se han descrito de este nuevo modelo <sup>(12)</sup> y que son los siguientes:

Para las personas mayores

- Mejora su calidad de vida (bienestar subjetivo, estado de ánimo, autonomía, independencia).
- Aumenta la satisfacción de las personas en relación con la atención recibida.
- Participan en su plan de atención.

Para las familias

- Facilita y anima la presencia y colaboración familiar en los cuidados.
- Aumenta la confianza de las familias hacia el centro y los profesionales y mejora la relación consiguiendo la prevención de algunas dificultades.

- Aumenta la satisfacción de las familias en relación con la atención que las personas reciben.

#### Para los profesionales

- Dignifica y cualifica su labor asistencial.
- Motiva, genera ilusión y fortalece la autoestima profesional.
- Favorece procesos de mejora e innovación.
- Promueve las actitudes profesionales correctas y las buenas prácticas.
- La responsabilidad es compartida, los logros son de todos y los errores o fallos no son solo de los profesionales.
- Crea espacios de comunicación y cooperación con las personas usuarias, con las familias y con el resto de profesionales, facilitando las relaciones y un buen clima laboral.
- Genera reflexión y cambios positivos de actitud hacia las personas usuarias y familias.

#### Para la organización

- Mejora el clima laboral.
- Facilita la toma de decisiones compartidas.
- Reduce el síndrome de estar quemado o burnout, además del absentismo laboral.
- Facilita organizaciones más flexibles y más abiertas a los cambios.
- Facilita la participación, el intercambio de conocimiento y el trabajo en equipo.
- Ofrece un modelo referente de atención, evitando las praxis inadecuadas y previniendo el maltrato.
- Reduce los conflictos con las personas y las familias.
- Facilita la coordinación con los recursos comunitarios.
- Mejora la calidad de la atención.

## 2.2 HISTORIA

El origen de la ACP se suele atribuir a Carl Rogers, psicoterapeuta de enfoque humanista, que formuló la terapia centrada en el cliente (1950). El propósito central de esta terapia es favorecer la autorrealización del cliente. Muchas de las ideas de esta teoría han sido trasladadas a diferentes campos como es el de la dependencia. Por ejemplo, Tom Kitwood acuñó el término de atención centrada en la persona con demencia con el propósito de revisar los modelos de atención existentes.

En los últimos años, está habiendo un cambio en la tendencia de la atención de las personas, se ha pasado de una situación donde la persona que entraba en un centro sociosanitario se tenía que adaptar a los horarios y actividades del centro, a un cambio paulatino en el que los centros se tienen que adaptar a la persona. Es un planteamiento que otros países con políticas sociosanitarias más avanzadas, vienen realizando desde hace unos años, como puede ser el caso de los Países Nórdicos, Canadá o Reino Unido, es el denominado modelo Housing, en el que el principio es dar los recursos necesarios para que la persona pueda seguir viviendo en su casa, aún con niveles importantes de dependencia, en el caso de que no pueda seguir viviendo en su domicilio, este modelo propone que la atención en los centros, se asemeje a un hogar, vivir “fuera de casa pero como en casa”.

Este tipo de alojamientos tienen unas características en común, según Martínez <sup>(13)</sup>:

1. Combinan la existencia espacios privados y comunes. Los primeros garantizan la intimidad y los segundos potencian la actividad social.

2. Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir y personalizar su espacio significativo y que lo consideren como su propio hogar.
3. Apoyan un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para la persona.
4. Defienden la autodeterminación, el respeto a los proyectos de vida y a las preferencias de cada una de las personas.
5. Ofrecen atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, valorando la asunción de riesgos.
6. Apuestan por metodologías de planificación centradas en la persona donde éstas, independientemente de sus capacidades, tengan un papel activo en sus cuidados y atención.
7. Dan importancia al apoyo individual para favorecer a la persona, desde su acogida, su adaptación y su integración en la unidad.
8. La dispensación de servicios sociales y sanitarios se realiza habitualmente desde la red local de la comunidad.
9. Ofrecen atención profesional durante las 24 horas.
10. Se fomenta el concepto de vivienda para toda la vida, esto implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
11. Otorgan a las familias un papel central.

En España, este modelo aún está en las primeras fases, se sigue utilizando un modelo de corte institucional y sanitario. Entre la década de 1980 y 1990 se empezó con algunas unidades de convivencia en Euskadi, otras comunidades autónomas como en Cantabria, apostó por el modelo de viviendas tuteladas, pero este último ejemplo era más para una persona con un nivel de dependencia mínimo para realizar actividades básicas.

Dentro de las experiencias que han tenido éxito, podemos nombrar el proyecto Etxean Ondo <sup>(14)</sup> (en casa, bien), realizado por el Gobierno del País Vasco con la colaboración de la Fundación Matia, un proyecto que se inició en 2011 en el ámbito de las residencias que se han reorganizado en unidades de convivencia. En Cantabria con el asesoramiento de la Fundación Matia es una de las novedades que se estudia incorporar a la nueva normativa: la creación de unidades de convivencia para empezar un cambio paulatino hacia la ACP.

### **2.3 TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR**

El equipo interdisciplinar se puede definir como el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas, que trabajan en conjunto y por lo que tienen un objetivo común. La composición de los equipos multidisciplinares es muy dispar tanto en número de personas como de especialidades.

En los centros sociosanitarios, los servicios que se ponen en práctica están encuadrados en un marco bio-psico-social. El trabajo en equipo es importante debido a que cada profesional tiene una serie determinada de funciones para lograr unos mejores cuidados dentro del centro sociosanitario y de esta manera se asegura la cobertura de las necesidades desde diferentes puntos de vista.

Se pueden encontrar numerosos estudios <sup>(15,16)</sup> que han demostrado el beneficio del trabajo en equipo, y entre los que destacan las siguientes ideas principales:

- Una valoración realizada de forma aislada y puntual no tiene valor sin la planificación y desarrollo de un plan de cuidados posterior elaborado en común.

- La mejora contrastada en términos de eficiencia en relación con la reducción de la mortalidad, de reingresos hospitalarios, así como de la disminución de la sobrecarga de los cuidadores.

Entre los beneficios del trabajo en equipo podemos encontrar:

- Una mejora en la integración y coordinación de diferentes servicios al paciente.
- Mayor comunicación entre los profesionales.
- Mejora de conocimientos y habilidades entre los diferentes profesionales.

## 2.4 PROFESIONALES

Desde la introducción de la ACP en los diferentes países que la han ido incorporando, así como en los centros que en España la están empezando a implantar, ha sido necesaria la colaboración de los profesionales que trabajan en las mismas. Los diferentes profesionales despliegan competencias muy diversas, como pueden ser la escucha activa, la empatía y la valoración. Para la realización de los planes de cuidados individualizados de un usuario debemos cambiar la mentalidad de trabajo, ya que ahora ya no decidimos por la persona sin tener en cuenta su participación, con este modelo la relación profesional-paciente es más horizontal donde el usuario tiene un papel central y activo y decide sobre “cómo quiere que le cuiden”.

Este nuevo modelo exige un plus de profesionalidad, lo que conlleva tener más conocimientos y emplear nuevas técnicas y estrategias, y muchas veces, desaprender hábitos consolidados que se deben revisar y cambiar. A modo de ejemplo, decidir por la persona sin preguntarla por la ropa que desea ponerse ese día, mantener una conversación con otros profesionales o familiares en presencia del usuario sin hacerle participe e ignorándole por completo o, prescindir los trabajadores de sus uniformes y vestirse con ropa de calle para dar un ambiente más hogareño y agradable.

Con este nuevo modelo se han descrito diferencias que los profesionales hemos de tener respecto a los modelos centrados en el servicio <sup>(17)</sup>.

<b><u>Roles profesionales en modelos orientados al servicio</u></b>	<b><u>Roles profesionales en modelos orientados a las personas</u></b>
El profesional evalúa y prescribe lo que según sus propios conocimientos y experiencia la persona necesita, así como lo que hay que hacer con ella en el día a día.	El profesional, en primer lugar, se informa y conoce la biografía, los gustos y estilos de vida de la persona. En segundo lugar, con la información recabada, asesora y apoya a la persona teniendo en cuenta sus deseos.
Los profesionales se reúnen para evaluar, elaborar y desarrollar los planes de atención.	Los usuarios y/o familias pueden y deben participar en el proceso 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 profesionales hacen “por” las personas usuarias.	Los profesionales hacen “para” y “con” las personas usuarias.
Los profesionales transmiten la necesidad de confiar en ellos y trasladan pocas responsabilidades a las personas.	Los profesionales inciden en la importancia del diálogo, el consenso y de que tanto profesional como usuario asuma su responsabilidad.

La implementación de este nuevo modelo implica un cambio de mentalidad y la colaboración del equipo interdisciplinar. El modelo requiere una mayor cualificación y formación específica en los valores que sustentan el mismo. Es importante destacar la figura del profesional de referencia, persona asignada a cada usuario que asegura una relación basada en la confianza, la comunicación y la continuidad de atención entre los diferentes tipos de profesionales.

## 2.5 DIFERENCIAS ENTRE LOS MODELOS

Podemos encontrar diferencias en la atención entre los modelos más tradicionales, que suelen centrarse en los servicios, y los que aporta el modelo de ACP, según Sevilla <sup>(18)</sup>.

<b>Modelos centrados en las personas</b>	<b>Modelos centrados en el servicio</b>
Fijan la atención en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y limitaciones. Ponen etiquetas.
Su intervención es a macronivel (desarrollo de un plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se toman y comparten las decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Visualizan a la persona dentro de su entorno habitual.	Catalogan a la persona en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a las diferentes personas fomentando su socialización y descubriendo experiencias comunes.	Distancian a las personas haciendo hincapié en sus diferencias.
Promueven un estilo de vida saludable, con un número limitado de experiencias deseables.	Plantean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos para solucionar los problemas que vayan surgiendo, lo que conlleva flexibilidad.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios, lo que conlleva una mayor rigidez.
Responsabilizan a los que trabajan directamente con la persona para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo a los que trabajan directamente por la persona.
Organizan acciones a la comunidad para incluir a usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo y necesidades del servicio.
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los deseos e intereses de cada persona.	Los servicios no responden a necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente y se mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden plantearse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro.	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

Poner en práctica este nuevo modelo no invalida los sistemas de gestión de calidad y el uso de programas y protocolos que contribuyen al rigor del trabajo diario. La ACP tiene el objetivo de la personalización de la atención de cada individuo de tal manera que siga manteniendo y

construyendo su propio proyecto de vida. Pretende que cada persona tome un papel activo para gestionar su vida y tome sus propias decisiones, incluyendo a las personas que tengan mermada su autonomía, buscando los apoyos necesarios en su red social de referencia (familia o amigos).

Los modelos centrados en la persona sitúan en el centro de la intervención a la persona frente a la propia organización de los centros sociosanitarios, los profesionales u otros intereses. La persona usuaria es el centro vertebrador de la atención y con ello, su bienestar físico y emocional, sus derechos, su dignidad y el respeto a sus propias decisiones.

## **2.6 AVANZAR EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

Para avanzar hacia este modelo, hay que seguir unos pasos, no se puede dejar este camino a la improvisación, planteándonos unos objetivos posibles. Es muy importante no sólo ceñirnos a los documentos, sino plasmarlos en el día a día en la realidad de los centros, para ello es importante liderar y apoyar estos cambios en organizaciones y trabajadores. Dentro de las organizaciones que han realizado estos cambios se pueden resaltar varios aspectos que han ayudado, como son los siguientes <sup>(19)</sup>:

El liderazgo de las personas responsables del proyecto, para conseguir un cambio verdadero hace falta que desde las propias direcciones y personas de mando se crea en el cambio de modelo, si no hay un liderazgo eficaz se puede perder el camino a seguir. Este liderazgo influye también en los trabajadores de los propios centros, tanto los auxiliares de enfermería como los enfermeros, que son los profesionales que pasan más tiempo con los usuarios, hace falta un gran compromiso de todos ellos para poder llegar a hacer efectivo el cambio de modelo. En este cambio de mentalidad, hace falta una alta formación, a veces es necesario desaprender lo que ya muchos tienen automatizado, los detalles importan y no requieren de tiempo adicional. También se ha destacado la importancia de la formación en formas de comunicación adecuadas y la sensibilización de las personas implicadas en el proceso, no sólo usuarios, familiares o profesionales, sino también otros agentes como puede ser la propia Administración, ya que requiere un esfuerzo de todos ellos para la implantación de este tipo de apuesta. Es importante recalcar, que cada centro conlleva una adaptación diferente, no es lo mismo un centro grande que uno pequeño, así como la progresividad a la hora de realizar los pasos necesarios para conseguir una atención centrada en la persona efectiva.

La fijación de objetivos y las revisiones son valiosas para poder mantener los logros alcanzados en la aplicación de la atención centrada en la persona, para ello es recomendable revisar periódicamente las intervenciones, así como proponer nuevas áreas de mejoras y evaluar y reconocer los avances alcanzados.

## **2.7 TEORIA DE WATSON**

Margaret Jean Watson, nacida en Estados Unidos en 1940, licenciada en enfermería público su libro "The philosophy and science of caring" en 1985, en la que expone la necesidad del profesional de enfermería en mejorar el aspecto humano, espiritual, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, ante la deshumanización en los cuidados del paciente. También en la importancia del cuidado transpersonal, que ocurre cuando hay una relación de cuidado auténtica entre enfermera y paciente.

Watson basa su teoría en siete supuestos, que son premisas asumidas como verdad y en diez factores que son una extensión de las anteriores, que son necesarias para entender el proceso de vida de las experiencias humanas y con ello comprender los cuidados de enfermería.

Los siete supuestos <sup>(20)</sup> son:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.
- La práctica del cuidado es central en enfermería.

Los diez factores caritativos de cuidados serían los siguientes <sup>(21)</sup>:

- Formación humanista-altruista en un sistema de valores.
- Incorporación de los valores – esperanza.
- El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.
- La aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial.
- La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal.
- La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o corrección.
- La asistencia en la satisfacción de las necesidades.
- El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.

Con esta teoría, lo que se pretende es humanizar los cuidados, y conseguir un compromiso que actuara como factor motivador en el mismo. Sus ideas principales giran alrededor de las capacidades de las personas para elegir, de autocontrol, autoconocimiento y de utilizar los recursos, con ello se conseguirá explotar el potencial humano para vivir con la mayor plenitud posible.

### **3. GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS**

#### **3.1 QUE SON LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS.**

Una definición de buena práctica es el conjunto de acciones que introduce mejoras en las relaciones, los procesos y actividades; orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia y/o con capacidad <sup>(22)</sup>.

#### **3.2 OBJETIVOS.**

Los objetivos que se marcan con estas guías son servir de referente y ayudar a los profesionales de los centros para conseguir mejorar la calidad de vida de los usuarios de los mismos. Además, tienen por objeto normalizar los procedimientos de actuación del personal con el fin de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afectan negativamente tanto al personal como a los usuarios. Constituyen, en definitiva, un punto de referencia obligado para asegurar la calidad de vida <sup>(22)</sup>.

### 3.3 ÁREAS DE MEJORA.

Para operativizar las buenas prácticas se definen cinco áreas de mejora partiendo de las dimensiones de calidad de vida de Schalock <sup>(23)</sup>, estas cinco áreas relacionan las formas de organización, de intervención y de relación interpersonal, estas <sup>(22)</sup> son:

- Aspectos éticos y ejercicio de derechos de las personas usuarias.  
Análisis de las características de las personas usuarias y de sus relaciones, incluidas las que establecen con las personas trabajadoras del centro. Las relaciones deben tener en cuenta valores, principios éticos, derechos y deberes que deben ser conocidos. Los derechos de las personas usuarias son un aspecto esencial para el avance en la calidad asistencial, independientemente de su grado de dependencia o heteronomía.
- Participación.  
Aspecto esencial para potenciar la mejora de la calidad de las personas usuarias en los centros sociosanitarios. Participación significativa que implique oportunidades para toma de decisiones y fomentar la propia responsabilidad del usuario en tareas y compromisos adquiridos. Implicación de las personas usuarias y de sus familias en la toma de decisiones en su vida en la residencia y en la construcción de su proyecto de vida, evitando que la familia suplante a la persona en el caso de que el usuario tenga sus capacidades preservadas.
- Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia.  
La alta importancia del bienestar psicoafectivo de las personas teniendo en cuenta emociones positivas, relaciones interpersonales satisfactorias, el desarrollo de su proyecto de vida dentro de una residencia, la capacidad de elegir, mantener su identidad, decidir sobre su imagen, mantener y fomentar redes sociales y fomentar el bienestar físico. Las organizaciones deben fomentar la mejora de la convivencia y favorecer las relaciones entre las personas usuarias, familias y entorno, minimizando los problemas que puedan surgir por las diferentes tipologías de usuarios y los problemas de conducta de alguno de ellos.
- Intervención profesional y sistemas organizativos.  
Las intervenciones profesionales han de estar fundamentadas en unos principios y valores que respeten los derechos de las personas: participación, elección, dignidad, individualidad, integralidad, integración social, independencia y continuidad de apoyos y cuidados.  
Los principios enumerados anteriormente deben plasmarse en criterios organizativos y metodologías de trabajo que definan como los profesionales deben de actuar en cada momento.  
El trabajo en equipo interdisciplinar debe respetar la organización interna desarrollado en base a esos principios y valores y llevar a cabo en base a ellos los programas de intervención, los planes personalizados de atención, los protocolos y registros, los criterios de evaluación y mejora continua, etc.
- Entorno físico e integración en la comunidad.  
El entorno debe permitir el desarrollo personal del usuario. El objetivo es buscar ambientes accesibles y adecuados que proporcionen posibilidades de comunicación y fomenten las relaciones interpersonales. Un medio que permita desarrollar tareas y actividades significativas en la vida diaria de las personas.

La posibilidad de personalizar el usuario su propio espacio (habitación) según sus preferencias para propiciar el bienestar y calidad de vida de esa persona y valorar las posibilidades de relación con el entorno social más cercano como otros usuarios y familiares. Además, fomentar las relaciones con el entorno de la comunidad como las personas del barrio o servicios externos cercanos y accesibles.

### **3.4 CARACTERÍSTICAS.**

Una buena práctica debe de tener unas características comunes, que a su vez se convierten en unos indicadores de la buena práctica. Estas características <sup>(24)</sup> deben de ser:

- Actuales. Tiene que tener en cuenta los avances científicos para optimizar la calidad de vida de las personas.
- Consensuadas por las personas que participan en las mismas, ya sean familiares, profesionales o usuarios.
- Ecológica y sostenible. Debe de utilizar los recursos del centro eficientemente (sin recursos las guías de buenas prácticas no pueden ser desarrolladas).
- Eficaz. Debe de llevar a cabo las preferencias de las personas de una manera fácil y sencilla.
- Empoderadora. Dar visibilidad evaluada a las estrategias de análisis de las dimensiones de trabajo, así como a los apoyos y recursos naturales de la persona y su entorno.
- Éticamente aceptable. Basada en valores y derechos, centradas en el respeto a la libertad y dignidad de la persona.
- Interdisciplinar. Debe de servir para ofrecer puntos de encuentro a los diferentes profesionales, para ofrecer una continuidad y constancia en los servicios.
- Jurídicamente conforme. Acorde a las normativas vigentes que protegen los derechos de las personas.
- Objeto de aprendizaje. Nos sirve para aprender de nuestros errores, y con ello poder mejorar, es una herramienta de aprendizaje continua.
- Participativa. Debe de comprender la participación de todas las partes, profesionales, usuarios y familiares.
- Perdurable. Se debe de extender en el tiempo, no siendo por un corto periodo de tiempo.
- Pertinente. Debe de abordar situaciones y problemas que necesitan respuesta.
- Planificada.
- Realista. Debe de describir las dificultades a la hora de ponerla a la práctica.
- Resultado de sentido común y de experiencias desarrolladas anteriormente con éxito.
- Satisfactoria. Genera bienestar tanto para los usuarios como familias.
- Segura y de calidad. Proporciona calidad y seguridad tanto física como psicoemocional.
- Sistematizada. Debe de poder ser explicada, entendible, definible registrada y compartida.
- Transmisible.
- Verificable y evaluable. Puede ser verificada a través de instrumentos de medida o de indicadores.

### 3.5 BENEFICIOS Y DIFICULTADES

Se ha demostrado que hay unos beneficios intrínsecos a la realización de las guías, así como unas dificultades a la hora de llevarlas a cabo. Entre los beneficios encontramos que al garantizar el acceso a la información relevante para las personas usuarias se consigue avanzar en las diferentes dimensiones de calidad de vida de la misma y su entorno. Esto es debido <sup>(22)</sup> a que:

- Se desarrolla la autonomía, al aumentar la información se favorece la autonomía personal.
- Se mejora el bienestar emocional, al disponer de información las personas pueden controlar más aspectos que forman parte de su vida diaria. Además, una mejora de la autoestima produce un mayor bienestar ya que con ello facilitamos la toma de decisiones.
- Se fortalecen las relaciones interpersonales, al sentirse respetados y tenidos en cuenta, se favorecen las relaciones de complicidad.
- Se protegen derechos, al llevarse a cabo el respeto a la privacidad y confidencialidad, ya que favorece la intimidad, la dignidad y el derecho a decidir por uno mismo.

También se han descrito dificultades en diversos estudios a la hora de poner en práctica el desarrollo de las guías de buenas prácticas <sup>(22)</sup>, entre las que se han enumerado las siguientes:

- Dificultades de los profesionales para comprender las peticiones y demandas de las personas usuarias.
- Dificultades de los profesionales para aceptar las decisiones de las personas usuarias a partir de que disponen de información.
- Dificultad de adaptar y personalizar lenguajes a cada persona usuaria.
- Intromisión de las familias en el derecho a la información de las personas usuarias.

Muchas de las dificultades vienen debido a la forma de trabajar que se ha venido dando en los centros en este país, ya que suponen grandes cambios con lo realizado hasta ahora, pero se ha demostrado en las diferentes comunidades que han ido familiarizándose con estas guías de buenas prácticas (Asturias o País Vasco son ejemplos de ello) los muchos beneficios que tienen para los usuarios y la organización del centro.

## 4. ESTADO ACTUAL EN CANTABRIA

### 4.1 LEY DE DEPENDENCIA

Desde la década de 1980 hasta el año 2006, se han ido realizando diferentes normativas con el propósito de solventar el problema de envejecimiento en este país.

A partir de 2006, con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia <sup>(25)</sup> se desarrolla un derecho universal por el que todas las personas que tengan alguno de los baremos contemplados en la ley puedan percibir algún tipo de prestación. Para ello, se distinguen tres tipos de grados diferentes:

- Grado 1: Dependencia moderada, por la cual la persona puede necesitar ayuda para alguna de las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día.
- Grado 2: Dependencia severa, cuando requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día

- Grado 3: Gran dependencia, requiere ayuda para la realización de actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y además necesita el apoyo continuo de otra persona.

Dentro del catálogo de servicios recogidos en esta ley encontramos los siguientes:

- Servicios de prevención.
- Servicios de Tele-asistencia.
- Servicios de ayuda a domicilio.
- Servicios de centro de día y de noche.
- Servicios de atención residencial.

Esta ley se financia a través de un complejo sistema que tiene su origen en tres fuentes diferentes, en el que podemos encontrar una financiación estatal que se divide a su vez en aportaciones del Imsero y aportaciones del Ministerio de Hacienda (Ley 22/2009) <sup>(26)</sup>, financiación mediante recursos económicos de cada Comunidad Autónoma y las propias aportaciones de los beneficiarios (copago).

## 4.2 NORMATIVA EN CANTABRIA

En primer lugar, hacer referencia a la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales <sup>(27)</sup>. Esta normativa se establece con el objetivo de regular el derecho de la ciudadanía a la protección social, así como la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público e integrado de servicios sociales.

Este Sistema Público de Servicios Sociales se financia con cargo a:

- a) Los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- b) Los presupuestos de los Ayuntamientos o Mancomunidades de Servicios Sociales.
- c) Las aportaciones que, en su caso, realice la Administración del Estado.
- d) Las aportaciones de las personas usuarias.
- e) Las aportaciones que en su caso realicen las personas físicas o jurídicas de naturaleza privada.
- f) Cualquier otra aportación económica que, amparada en el ordenamiento jurídico, vaya destinada a tal fin.

En segundo lugar, citar la Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de Servicios Sociales <sup>(28)</sup> especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Esta regulación establece los requisitos materiales y funcionales mínimos que han de cumplir los centros de servicios sociales especializados, cualquiera que sea su titularidad y que se relacionan en el artículo 3 del Decreto 40/2008, de 17 de abril, por el que se regula la Autorización, Registro e Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria <sup>(29)</sup>, y que estén ubicados en dicha Comunidad Autónoma. Estos centros son los siguientes:

1. Centros de servicios sociales para personas mayores.
  - a) Centros residenciales.
  - b) Centros de día o de noche.
  - c) Centros sociales.
  - d) Viviendas tuteladas.
2. Centros de servicios sociales para personas con discapacidad.
  - a) Centros residenciales.
    - 1º Centros residenciales de atención 24 horas.
    - 2º Centros residenciales de atención básica.

- b) Centros de día o de noche.
  - c) Centros ocupacionales.
  - d) Centros de rehabilitación psicosocial.
  - e) Viviendas tuteladas.
3. Centros de servicios sociales para la infancia y la adolescencia.
- a) Centros residenciales.
  - b) Centros de atención diurna a la infancia y la adolescencia.
  - c) Viviendas tuteladas.
  - d) Punto de encuentro familiar.
4. Otros centros destinados a la atención de las necesidades de personas que, por estar en situación de riesgo, de discriminación o por problemáticas sociales específicas sean especialmente vulnerables, tales como los siguientes.
- a) Centros de acogida.
  - b) Casas y pisos de acogida.
  - c) Comedores sociales.
  - d) Talleres de formación ocupacional.

Dentro de esta orden <sup>(28)</sup> se recogen los requisitos materiales de cumplimiento general y de identificación que deben cumplir los edificios donde se ubican los centros de servicios sociales, describiendo pormenorizadamente las características que deben tener las zonas administrativas, de servicios generales, habitaciones, cuartos de baño y zonas de atención especializada. Además, se enumeran los requisitos de documentación mínima como son el registro de usuarios, el reglamento de régimen interior, plan de centro, libro de incidencias, cartera de servicios o programa de intervención y cuidados. Otro factor importante a regular son los recursos humanos y organización del personal que se recogerán dentro de un organigrama diferenciándose entre personal directivo, personal de atención directa y personal de atención indirecta. Dentro del personal de atención directa se recogen los profesionales con titulación universitaria entre los que se encuentran los titulados en enfermería. Cada centro de servicios sociales deberá oferta unos servicios y desarrollar unos programas básicos.

En la actualidad, esta orden se encuentra en proceso de revisión (**en desarrollo**) para poder actualizar los requisitos mínimos de edificación exigidos para los centros de nueva creación y adaptarse así al modelo de ACP. Entre las novedades que se quieren introducir está el recoger dentro de la normativa que los centros de servicios sociales presten su atención conforme al modelo de calidad de vida y ACP enumerando los principios de respeto a la dignidad y a los derechos de las personas, respeto a la autonomía de la persona, participación, individualidad, relaciones personales, creación de entornos que favorezcan el desarrollo de vida de cada persona a través de la accesibilidad universal y la adecuación de los espacios, atención integral y transversal, continuidad de apoyos y cuidados y un enfoque comunitario orientado a la inclusión social.

Dentro de los requisitos edificativos, el objetivo es que las personas usuarias cuentan con más metros cuadrados en los espacios comunes y aumentar la creación de más habitaciones de uso individual. Las habitaciones como espacio privado de la persona, además de contar con camas articuladas y regulables en altura, el resto del mobiliario y los artículos de decoración podrán ser sustituidos por los aportados por la persona usuaria personalizando así su propio espacio. La

conexión a internet en las zonas comunes y en los dormitorios es un aspecto novedoso que contemplar.

Además, se quieren introducir las unidades de convivencia con el objeto de fomentar la autonomía personal y promocionar un ambiente doméstico que albergue la convivencia de grupos entre 12 y 16 personas que reciban apoyos en su cuidado y promoviendo su autonomía personal.

En relación con los requisitos de documentación mínima exigida asociada al modelo de ACP se utilizan como herramienta de conocimiento de cada persona la “Historia de Vida” y el “Proyecto de Vida”. Se promoverá la existencia de dos menús diarios para favorecer la libre elección de las personas usuarias, así como el ofrecimiento a las personas usuarias de la posibilidad de elegir, al menos, entre dos horarios de comedor. Para llevar a cabo la implementación de este modelo se deben ajustar las ratios de personal tanto de atención directa como de indirecta y en las unidades de convivencia y como factor fundamental, lo más importante es que el personal directivo y el personal de atención directa de los centros de servicios sociales deben tener formación complementaria en el modelo de ACP.

En tercer lugar, analizaremos la Orden EMP/37/2010, de 18 marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia <sup>(30)</sup>. La acreditación es el acto por el cual la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria certifica que un centro previamente autorizado, ofrece garantía de calidad e idoneidad para las personas usuarias conforme a los criterios que se determinan por la Consejería competente en materia de Servicios Sociales. Deberán obtener la acreditación los centros de titularidad pública, los centros de titularidad privada, con carácter previo a integrarse en la Red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria, los que sin estar integrados en esta Red Pública atiendan a personas cuya situación de dependencia haya sido reconocida legalmente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia <sup>(25)</sup> y cualesquiera otros con carácter previo a la recepción de financiación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Para conseguir la acreditación los centros de Atención a personas en situación de Dependencia deberán cumplir los requisitos establecidos por la Ley 3/1996 de 24 de septiembre sobre Accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de la Comunicación <sup>(31)</sup> y los requisitos materiales y estructurales establecidos para cada tipo de centro en la Orden EMP/68/2008 citada anteriormente <sup>(28)</sup>.

La orden de acreditación regula la formación que deben tener los directores de centros, el personal de atención directa y las categorías profesionales asociados a personal de atención indirecta. Además, recoge las ratios de personal exigidos que suponen una mayor intensidad que las de la orden de requisitos materiales y funcionales y exige mantener la estabilidad en el empleo de la plantilla de personal, así como su formación continua.

Todos los centros contarán con un modelo de gestión de calidad que deberá incluir el mapa de procesos, un control de las actividades, los recursos humanos e indicadores mínimos asociados necesarios para la prestación y evaluación del servicio. Además, elaborarán un plan de centro en el que se defina su tipología y objetivos y la cartera de servicios ofertados para atender las necesidades de las personas usuarias.

A efectos de gestión, se define un programa como un proceso que incluye las operaciones necesarias para llevar a cabo la atención especializada a las personas usuarias y a sus familias, y protocolos de actuación específicos para desarrollar las actividades previstas en los programas, esto es la planificación por escrito y detallada de una práctica asistencial o de una actuación profesional o una forma específica para llevar a cabo una actividad. Cada protocolo deberá llevar

asociado los correspondientes documentos de registro en los que ha de quedar constancia de las actuaciones realizadas por los profesionales del centro. Se enumeran los programas, protocolos y registros mínimos que deben estar implementados en cada tipología de centro.

Anualmente cada centro elaborará una memoria de actividades que recoja los resultados de medición de procesos y de calidad de los servicios ofertados, los resultados de la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias, familiares y trabajadoras, las propuestas de mejora y el grado de ejecución del plan de centro y planificación del mismo para el siguiente año.

Para adaptar esta orden de acreditación a la ACP es necesaria la exigencia de formación de todo el personal de los centros en este modelo de atención e incrementar la intensidad en la prestación profesional de atención directa e indirecta contemplando la posibilidad de creación de unidades de convivencia.

### **4.3 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS**

Las funciones del colectivo de profesionales de enfermería en centros sociosanitarios vienen reguladas por el VI Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal aprobado en 2012. Según este convenio, que recoge la categoría profesional “ATS-DUE”, las funciones <sup>(32)</sup> son las siguientes:

- Vigilar y atender las necesidades generales humanas y sanitarias a los usuarios, especialmente en el momento en que éstos necesiten de sus servicios.
- Preparar y administrar los medicamentos según prescripciones facultativas, esto es, supervisar los tratamientos de cada usuario.
- Tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura, y en general, las constantes vitales que se precisen.
- Colaborar con los médicos preparando el material, documentos y medicamentos que se sean necesarios y hayan de ser utilizados.
- Ordenar las historias clínicas de cada usuario, manteniéndolas activas y registrando los datos relacionados con la propia función que deba figurar.
- Atender al usuario encamado por enfermedad, efectuando los cambios posturales prescritos, controlando el servicio de comidas a los enfermos y suministrando directamente a aquellos pacientes que dicha alimentación requiera instrumentalización (sonda nasogástrica, sonda gástrica, etc.). Ciertas tareas pueden ser delegadas al personal auxiliar siempre bajo la coordinación y supervisión del personal enfermero.
- Controlar la higiene personal de los usuarios y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones.
- Atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sean de su competencia.
- Colaborar con los/as fisioterapeutas en las actividades, el nivel de calificación de las cuales sean compatibles con su titulación de ATS/DUE, cuando sus funciones específicas lo permitan.
- Realizar los pedidos de farmacia, analítica y radiología en aquellos centros donde no exista especialista.
- Vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico recibida por el médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización.

- En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

En la actualidad, se están celebrando reuniones de la Comisión Negociadora del VII Convenio de la Dependencias cuyos borradores también recogen las funciones de la categoría profesional de enfermería. Además de las descritas en el VI Convenio, se estudian añadir las siguientes (**en desarrollo**):

- Limpieza de sondas.
- Cuidado y limpieza de adhesivo y estoma del usuario colostomizado.
- Cortado de uñas de los pies a usuarios/as diabéticos/as, usuario que reciban tratamiento con anticoagulantes, así como los que tengan que ser tratados de uñas clavadas o uñeros.
- En algunas situaciones y siempre que la empresa lo requiera, este profesional podrá desempeñar las funciones de coordinación y supervisión de los cuidados que se prevean en el Plan de cuidados y atención a la persona usuaria, siempre que estén incluidas en su ámbito funcional.

La aprobación del VII Convenio aún no se ha producido y siguen existiendo importantes discrepancias entre sindicatos y patronal<sup>(33)</sup>. No obstante, el 28 de febrero de 2018 se publicaron en el Boletín Oficial del Estado las nuevas tablas salariales aprobadas para el año 2018 y que recogen la categoría profesional “ATS-DUE”<sup>(34)</sup>, ya que no se han actualizado acorde a los nuevos estudios oficiales.

El objetivo que debemos buscar, para desarrollar las funciones de enfermería enumeradas anteriormente de manera satisfactoria, es aplicar los principios del modelo de calidad de vida y ACP.

## 5. REFLEXIONES

El objetivo principal del trabajo ha sido analizar los cuidados en centros sociosanitarios ante el reto de abordar el envejecimiento de la población en España. En relación con los objetivos específicos, hemos descrito el Modelo de Atención Centrada en la Persona, analizado su historia, características, así como los beneficios de su aplicación y la implementación del modelo a través de las buenas prácticas de atención. En último lugar, hemos analizado el estado actual en Cantabria a través del análisis de la normativa y las funciones que desempeñan los profesionales de enfermería en los centros sociosanitarios.

En España sigue considerándose un modelo innovador, aunque se están realizando avances significativos en los últimos años a un ritmo desigual dependiendo de cada Comunidad Autónoma. Respecto a la forma de cuidados tradicional, representa un cambio de mentalidad siendo el eje principal la persona para conseguir unos cuidados de calidad. El objetivo es facilitar los apoyos necesarios para fomentar la autonomía e independencia de la persona el mayor tiempo posible y con la activa participación de los profesionales, familias y el entorno social más próximo.

Tras el estudio realizado podemos afirmar la creciente difusión del Modelo de ACP para su efectiva implantación en los centros sociosanitarios de la sociedad española, ante el aumento del número de personas mayores y dependientes y nuevas demandas de atención en las necesidades de cuidados profesionales.

En concreto, analizamos la situación actual en la Comunidad Autónoma de Cantabria que lleva estudiando ya varios años el Modelo de ACP <sup>(35)</sup>, pero encontrando diferentes barreras para el avance efectivo en su implantación en los centros sociosanitarios a través de la actualización de la normativa vigente <sup>(36)</sup>. A mi modo de ver, la falta de personal cualificado y su formación específica en esta área, la infrafinanciación del modelo y la inexistencia de consenso entre los ámbitos sociales implicados son algunos de los frenos encontrados para continuar con un cambio de modelo de atención.

La elaboración de este trabajo me ha hecho reflexionar sobre la atención que se presta en los centros de mayores, y en concreto, sobre las tareas que requieren un trato más cercano con las personas y que nos exigen desarrollar aptitudes de inteligencia emocional como la empatía. En este momento, tenemos la oportunidad de avanzar en la creación de un modelo cuya filosofía sea “cuidar como nos gustaría ser cuidados” <sup>(37)</sup>.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Esperanza de vida al nacimiento [Internet]. Icafe.es. 2018 [citado 11 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.icafe.es/data/life-expectancy-birth/results#content>
2. Pelegrí M. El reto demográfico ya tiene su primer informe. Balance sociosanitario. 2018;(80):3.
3. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2016-2066. Madrid; 2016 p. 7.
4. Centros residencias para personas mayores [Internet]. Serviciosocialescantabria.org. 2016 [citado el 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos/Centros%20Residenciales%20Mayores.pdf>
5. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2006 p. 1-5.
6. Orden EMP/37/2010 [Internet]. Serviciosocialescantabria.org. 2018 [citado el 11 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/ORDEN%20EMP%2037%202010%20ACREDITACION%20actualizada%20a%201-1-2016.pdf>.
7. ICASS - Instituto Cántabro de Servicios Sociales - Actualidad [Internet]. Serviciosocialescantabria.org. 2016 [citado el 11 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=216&cntnt01returnid=54>
8. Cantabria impulsa el modelo de Atención Centrada en la Persona para mayores y dependientes [Internet]. NGD - Noticias y Gestión de la Dependencia. 2018 [citado 22 de abril del 2018]. Disponible en: <http://periodico.inforesidencias.com/noticia/844/gestion-residencial/cantabria-impulsa-el-modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-para-mayores-y-dependientes.html>
9. Center for Excellence in Assisted Living (2010). Person-centered Care in Assisted Living: An informational guide. Retrieved from <http://www.theceal.org>
10. Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J.(2004). «Beyond ‘person-centred’ care: a new vision for gerontological nursing». International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing 13, 3a, 45-53
11. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. 41st ed. Sociedad y utopía. Revista de ciencias sociales; 2018.
12. Beneficios atención centrada en la persona [Internet]. Acpgerontologia.com. 2018 [citado el 11 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/merecelapena.htm>
13. Martínez Rodríguez T. Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. 2013.
14. Proyecto Etxean Ondo [Internet]. País Vasco; 2018 [citado 2 abril 2018]. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/RESUMENETXEANONDO.pdf>
15. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recursos Sanitarios. En Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid. Editores médicos; 2000. P209-67
16. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Barcelona: Masson; 1990.
17. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de atención centrada en la persona [Internet]. Fundación Matia; 2018 [citado 2 abril 2018]. Disponible en:

- [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/adjuntos/cuaderno%204.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%204.pdf)
18. Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X., y Fernández, R. (2009). Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.
  19. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de atención centrada en la persona [Internet]. Fundación Matia; 2018 [citado 2 abril 2018]. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/adjuntos/cuaderno%202.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%202.pdf)
  20. Watson J. Philosophy and Science of Caring. 2005, en Marriner A., Raile M. Nursing Theorists and Their Work. 6.ª ed., Mosby. 7: 91-115.
  21. Timothy L Kauffman Geriatric Rehabilitation Manual. 1<sup>st</sup> ed. Edimburgo: Churchill Livingstone 1999
  22. Bermejo García L. Guías de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia parte 1 [Internet]. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies; 2014 [citado el 4 de abril del 2018]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1\\_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf)
  23. Schalock, R. L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. y Lachapelle, Y. (2005). A cross- cultural study of quality of life indicators. American Journal on Mental Retardation, 170,298-311.
  24. Bermejo García L. Guías de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia parte 2 [Internet]. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies; 2014 [citado el 20 de abril del 2018]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2.2\\_Centros%20dia-Parte%20II.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2.2_Centros%20dia-Parte%20II.pdf)
  25. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2006.
  26. Consejería de Economía y Hacienda. Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2009.
  27. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. Santander: Boletín Oficial de Cantabria; 2007.
  28. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Santander: Boletín Oficial de Cantabria; 2008.
  29. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Decreto 40/08, de 17 de abril por el que se regulan la Autorización, la Acreditación, el Registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Santander: Boletín Oficial de Cantabria; 2008 p. 5897-5909.
  30. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia. Santander: Boletín Oficial de Cantabria; 2010.
  31. Consejería Obras Públicas y Vivienda. LEY 3/1996, de 24 de septiembre, sobre Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación. Santander: Boletín Oficial de Cantabria; 2006.
  32. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. VI Convenio Colectivo de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2012 p. 47.

33. Cámara J. Los sindicatos dan por agotada la mesa del VII Convenio Colectivo y la FED dice que "está muy viva". Dependencia.info [Internet]. 2018 [citado 27 mayo 2018]; Disponible en: <https://dependencia.info/noticia/2018/actualidad/los-sindicatos-dan-por-agotada-la-mesa-del-vii-convenio-colectivo-y-la-fed-dice-que-esta-muy-viva.html>
34. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Resolución de 16 de febrero de 2018, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales para el año 2018 del VI Convenio colectivo estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Madrid: BOE; 2018.
35. García A. "El proyecto de vida de los mayores no se acaba al ingresar en una residencia". El Diario Montañés [Internet]. 2017 [citado 5 mayo 2018] Disponible en <http://www.eldiariomontanes.es/on-extra/201704/08/proyecto-vida-mayores-acaba-20170407212046.html>
36. Chato P. El sector de la dependencia de Cantabria se plantea cancelar los conciertos con el Gobierno. El Diario Montañés [Internet]. 2018. [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.eldiariomontanes.es/cantabria/sector-dependencia-cantabria-20180425185056-nt.html>
37. Ahumada J. ¿Cómo te gustaría que te cuidasen? El Diario Montañés [Internet]. 2016. [citado 6 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.eldiariomontanes.es/cantabria/201610/09/como-gustaria-cuidasen-20161009000038-v.html>