

MODELO DE ATENCIÓN
Y GESTIÓN RESIDENCIAL

MARCO Y MODELO DE ATENCIÓN





EQUIPO DE DISEÑO DEL MARCO Y MODELO DE ATENCIÓN

Coordinadores

Mariano Fago Bagüés (Asesor Técnico)

Miguel Ángel Morel Liso (Asesor Técnico)

Colaboradores

Concepción Oliván Manero (Directora RPM Ciudad de Huesca)

Úrsula Campos Fustero (Directora RPM Sagrada Familia)

M.ª Carmen Lozano Mulet (Directora RPM Albarracín)

Inés Aparicio Nadal (Directora CA El Pinar)

Elena Lahuerta Rubio (Directora RPM Javalambre)

Jesús Esteban Guillén (Director RPM Utrillas)

Herminia de Miguel Laborda (Directora RPM Borja)

Beatriz Gil Mombiela (Directora RPM Borja)

M.ª Blanca Sánchez Rodríguez (Directora CA Calatayud)

Elena Isabel Díez Luño (Directora CAPDI-CAMP Zaragoza)

M.ª Pilar Pérez Lapuente (Directora RPM Hogar Doz)

Pilar Aladrén Francés (Directora RPM Romareda)

Ana Cristina Serrano López (Directora RPM Romareda)

Supervisión

Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Servicio de Gestión de la Red de Centros y Servicios (IASS)



PERSONAL QUE HA PARTICIPADO EN LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS

RPM Ciudad de Huesca

Azor	Barrabés	María Pilar	Responsable Área Asistencial y Residencial
Beltrán	Alós	Clara María	Enfermera
García	Araiz	María José	Trabajadora Social
Guillen	Quintilla	Miriam	Terapeuta Ocupacional
Lasierra	Betrán	María José	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Lisa	Catalán	Ana Jesús	Gobernanta
Mairal	Javierre	María Mercedes	Personal de Servicios Auxiliares
Martín	Gimeno	Olga	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Nieto	Corredor	María Cristina	Coordinadora enfermería
Oliván	Navasa	Francisco Javier	Administrador
Piraces	Aguareles	Nicolás	Fisioterapeuta

RPM Sagrada Familia

Aguilarte	Beneded	Sara	Enfermera
Alfaro	Villacampa	María Pilar	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Ballester	Lanaspa	María Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Bollullo	Lizaga	Elena	Administrativa
Ferrer	Carles	Aída	Coordinadora
Gracia	Pérez	Inmaculada	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Ibáñez	Royo	Miguel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Latorre	Alós	María Rosario	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Marcén	Cobos	Noelia	Trabajadora Social
Mora	Alagón	Ana Belén	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Naves	Buisán	Sofía	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Ibort	María Teresa	Gobernanta

RPM Albarracín

Andrés	González	María Yesica	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Benedicto	Fernández	Lourdes	Enfermera
Casas	Casas	Judith	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Dalda	Borja	Javier	Subgobernante
Espinosa	Miguel	María Eugenia	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Gil	Millán	María Teresa	Personal de Servicios Auxiliares

González	Murciano	Ana Teresa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Iranzo	Romero	Josefina	Trabajadora Social
Lahuerta	Sáez	Celia	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Lorenzo	Saez	Almudena	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Martínez	Marquez	María Leticia	Enfermera
Martínez	Murciano	María del Mar	Personal de Servicios Auxiliares
Moya	Villarroya	María Pilar	Personal de Servicios Auxiliares
Murciano	Rabanaque	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Villarroya	María Carmen	Enfermera
Punter	Serrano	Carmen María	Enfermera
Sáez	Vila	María Teresa	Personal de Servicios Auxiliares
Sánchez	Argente	María Carmen	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Sanz	Yagüe	María Isabel	Auxiliar Administrativo
Teruel	Francisco	María Carmen	Administrativo

CA El Pinar

Abril	Aspas	Pilar	Coordinadora de TCAE
Casas	Casas	Marina	Subgobernanta
De Castro	García	María Victoria	Trabajadora Social
Edo	Izquierdo	María José	Enfermera
Gómez	García	Carmen	Psicóloga
Javierre	Miranda	Cristina	Responsable Área Asistencial y Residencial
Nácher	Sierra	Patricia	Fisioterapeuta
Pascual	Puig-Domenech	Joaquín	Encargado Servicios Generales
Pérez	Ortiz	Carmen	Subgobernanta
Ramos	Aparicio	Mónica	Terapeuta Ocupacional
Sánchez-Girón	Forniés	Ana	Médico

RPM Javalambre

Abril	Edo	Mercedes Dolores	Coordinadora de Enfermería
Benajes	Muñoz	Joaquín	Jefe de Cocina
Blanco	Sender	Belén	Trabajadora Social
Casquet	Gregorio	Elena	Trabajadora Social
Castellote	García	Ana María	Coordinadora de Enfermería
Cercós	Casino	Ana María	Personal de Servicios Auxiliares
Colas	López	Patricia	Fisioterapeuta
Crespo	Yuste	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Del Cura	Lario	Mercedes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Dolz	Najes	Rosa María	Enfermera
Domingo	Ibáñez	Sara	Enfermera
Domingo	Romero	María José	Enfermera
Ferrer	Saliente	Amelia Rosario	Subgobernanta

Fuertes	Marín	María Luz	Coordinadora de TCAE
Fuertes	Pérez	María Ángeles	Subgobernanta
Galve	Lereu	Carmen	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Gimeno	José	Administrador
Gea	Soriano	Rosa María	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Hernández	Acuña	Cristian	Enfermero
Herranz	Valero	Laura Mercedes	Personal de Servicios Auxiliares
Izquierdo	Piquer	Lucía	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
López	Sáez	Montserrat	Trabajadora Social
Martínez	González	Lourdes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Martínez	Soriano	María Josefa	Gobernanta
Martínez	Vicente	Josefina	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Miedes	Soriano	Verónica	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Monferrer	Blasco	Isabel	Gobernanta
Ortiz	Villarroya	María Ángeles	Responsable Área Administración
Ospina	Plaza	Natalia	Responsable Área Personal
Pastor	Montoliu	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Andreu	Virginia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Navarro	Inmaculada	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Sancho	Judit	Terapeuta Ocupacional
Sánchez	Artigot	Juan José	Jefe de Mantenimiento
Soriano	Jarque	Eva	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Vicente	Salar	Tatiana	Fisioterapeuta
Villamayor	Fortea	Miriam	Enfermera

RPM Utrillas

Domingo	Casino	Trinidad	Personal de Servicios Auxiliares
García	Dolz	Clara	Enfermera
Gilaberte	Martínez	Ángela	Enfermera
González	Paredes	Eva María	Responsable de Almacén
Hernández	Bellido,	Raúl	Cocinero
López	Vergara	Carmen María	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Martínez	Cagigal	María Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Mínguez	Sánchez	José Antonio	Administrativo
Navarro	Capilla,	Cristina	Subgobernanta
Villanueva	Puerta	Carmen	Trabajadora Social

RPM Borja

Bergada	Martínez	Montserrat	Administradora
Borobia	Ibáñez	Beatriz	Personal Especializado en Servicio Doméstico
Centeno	Selva	María José	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Corral	Ibañez	Marta	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

Domínguez	Domínguez	Aurora	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Gil	Mombiola	Beatriz	Enfermera
Ibáñez	Berruenco	Zara	Enfermera
Irún	Soriano	María Dolores	Personal Especializado en Servicio Doméstico
Ledesma	Sanjuán	Isabel	Fisioterapeuta
Mateo	Escorial	Lara	Trabajadora Social
Melero	Serrano	Olga	Enfermera
Moya	Díez	Estibaliz	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Navarro	Blázquez	María Rosario	Médico
Peña	Ferrández	Sara	Responsable Área Asistencial Residencial
Pérez	de la Montaña	Ana Isabel	Gobernanta
Roscanianu		Viórica	Responsable de Área de Personal y Administrativa
Sesma	Marqués	Iciar Milagros	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Sierra	Yoldi	María José	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Soto	Peña	Lily Janet	Subgobernanta
Vicén	Navarro	Raquel	Terapeuta Ocupacional
Villarroya	Arnadillo	Miriam	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Zardoya	Irache	Elisa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

CA Calatayud

Arguedas	Gil	Rosa María	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Domínguez	Serrano	Iris	Fisioterapeuta
Hermoso	Contreras	Cristina	Psiquiatra
Marín	Navarro	Jose Antonio	Personal de Servicios Auxiliares
Montón	Serrano	Nuria	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Moreno	Calvo	Carmen	Terapeuta Ocupacional
Negredo	Navarro	Celia María	Enfermera
Sanjuán	Cortes	Ana Silvia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Vizarraga	Lario	Guillermo	Enfermero

CAPDI-CAMP Zaragoza

Enfedaque	Alfonso	Julia	Gobernanta
Felez	Calderon	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Fraca	Garcia	Ana Cristina	Técnico Recuperador
Garcia	Díez	Enrique	Fisioterapeuta
Leal	Jimenez	Raquel	Psicóloga
Martínez	Tolosa	María José	Encargada de almacén
Moratiel	Puga	Lirian	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Oliver	Alonso	Esther	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Otal	Llera	María Jesús	Coordinadora de TCAE
Pangua	Martín	Vanesa	Enfermera
Penacho	Gomez	Ana Maria	Trabajadora Social

Pérez	Faus	Aurora	Terapeuta Ocupacional
Pitarch	Joven	Francisco Javier	Responsable Área Asistencial y Residencial
Roche	Moreno	Elena	Subgobernanta
Ruiz	Fernández	Marta	Técnico Recuperador
Serrat	Garza	Ana María	Coordinadora de TCAE
Torruella	Vela	Mónica	Administradora

RPM Hogar Doz

Abad	Taus	María Lourdes	Enfermera
Ainaga	Bonilla	Cristina	Enfermera
Berges	Zueco	María Carmen	Coordinadora
Brocate	Sanjuán	Miriam	Enfermera
García	Latorre	Rita	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Vela	Amparo	Trabajadora Social
González	Valdivia	Rocío	Médico
Mairal	Lacoma	Juana Pilar	Subdirectora
Muñoz	Tazueco	Amparo	Terapeuta Ocupacional
Royo	Gracia	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

RPM Romareda

Bartolomé	Prada	Ana Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Blasco	Cano	Olga	Personal de Servicios Auxiliares
Borraz	Abardia	Ana Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Canela	Izaguerra	Manuel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Cobo	Cuenca	Bárbara	Gobernanta
García	Fantino	Viviana Beatriz	Auxiliar Administrativo
Hernández	García	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Lázaro	Valdueña	Raquel	Ayudante de Cocina
Malo	Moreno	Mercedes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Manso	Sanz	Zoila	Coordinadora
Muñoz	Montes	Nuria	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Navarro	Villanueva	Pedro	Cocinero
Polo	Laborda	Yasmina	Enfermera
Rabinad	Languil	María Aránzazu	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Sáez	Mañas	Ana Carmen	Enfermera
Sainz Aja	Supervía	Carmen	Trabajadora Social
Sanz	Martín	María	Responsable Asistencial
Suero	Racoes	Luis	Mantenimiento



PRESENTACIÓN

Las personas usuarias deben ser en todo momento el centro de las actuaciones de la administración pública, y más aún si cabe cuando se habla de servicios sociales, cuya misión es la de promover el bienestar social del conjunto de la población y contribuir al pleno desarrollo de las personas

Como organización enfocada a las personas, la responsabilidad de toda administración pública al servicio de la comunidad es gestionar sus recursos de forma transparente, eficiente, con criterios objetivos y de calidad. Por este motivo, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) está impulsando diferentes iniciativas para promover y garantizar la calidad de sus servicios, desarrollando una cultura organizativa basada en la mejora continua.

Fruto de esta cultura organizativa nace el Proyecto de Diseño e Implantación del Modelo de Atención y Gestión de los Centros Residenciales del IASS. Con este, pretendemos compartir un modelo de atención centrada en la persona, adoptando la cultura de la calidad y mejora continua a través de la metodología de gestión por procesos, desarrollo de protocolos de actuación, sistematización del trabajo y la participación e implicación de los profesionales y las familias.

El documento que a continuación se propone es el marco de referencia de dicho proyecto, y debe orientar y guiar las políticas, planificaciones, organización y atenciones ofrecidas en todos los centros residenciales públicos del IASS. Dotarse de un marco teórico sólido en el que se establezca un modelo compartido de centro, homogeneizar procedimientos, procurar la mejora continua, conseguir una imagen de credibilidad y calidad... son objetivos de esta metodología de actuación que se está implementando en los servicios y que persigue la coherencia en el trato a sus profesionales y usuarios, así como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los mismos.

En el proyecto es de especial importancia la participación de todos los profesionales. En el mismo han colaborado personas de diferentes colectivos y categorías de todos nuestros centros residenciales. Este documento es resultado del esfuerzo de equipos multidisciplinares que han trabajado de forma continuada en los dos últimos años. De esta forma se busca un modelo de atención y gestión con el que los trabajadores se sientan identificados e implicados, porque haya sido fruto de su colaboración y del trabajo en equipo y por consensos.

Por este motivo, deseo agradecer a todos los responsables y profesionales implicados en la elaboración de los documentos que conforman el Proyecto de Diseño e Implantación del Modelo de Atención y Gestión de los Centros Residenciales Públicos del IASS, con cuya implicación impulsaremos los cambios necesarios en la organización y prácticas profesionales para que las personas usuarias mantengan su calidad de vida y puedan dar continuidad a sus proyectos vitales.

JOAQUÍN SANTOS MARTÍ

Director Gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales



ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN	15
1.1. Conceptos. Discapacidad y dependencia	15
1.2. Factores sociodemográficos	17
1.3. Evolución de los modelos de atención	18
2. MARCO NORMATIVO	23
2.1. Legislación internacional	23
2.2. Legislación nacional	23
2.3. Legislación autonómica	25
2.4. Derechos de los usuarios de centros residenciales públicos del IASS	27
2.5. Deberes de los usuarios de centros residenciales públicos del IASS	31
3. MARCO ADMINISTRATIVO	33
4. MARCO CONCEPTUAL. MODELO DE ATENCIÓN DESEADO	37
4.1. Concepto de calidad de vida	37
4.2. Atención integral centrada en la persona	39
4.3. AICP en la gestión y organización de la atención residencial	40
5. MISIÓN, VISIÓN, VALORES	43
5.1. Misión	43
5.2. Visión	43
5.3. Valores	44
6. OBJETIVOS, PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN	47
6.1. Objetivos	47
6.2. Principios y criterios de actuación	48
7. BIBLIOGRAFÍA	53



1

FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

1.1. CONCEPTOS. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Discapacidad

El concepto de discapacidad ha tenido una gran evolución en función del desarrollo social, los avances en el conocimiento y la profesionalización de la atención, partiendo de la prescindencia y maltrato iniciales hasta la normalización e integración social, en base a la consideración de los derechos individuales y colectivos.

A lo largo de la historia, las personas con discapacidad han recibido un trato desigual. Lo que hoy denominamos personas con discapacidad intelectual han sido llamados «oligofrénicos», «disminuidos», «débiles mentales», «retrasados»... y a las personas con discapacidad física o sensorial «tullidos», «inválidos», «desvalidos», «disminuidos», «deficientes»... todos ellos términos con marcado carácter peyorativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo que ha abanderado en el siglo XX la conceptualización y unificación de terminología en discapacidad, debiendo destacar en este periodo dos hitos principales.

En 1980 la OMS, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) definió y distinguió entre tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía. Esta clasificación provocó importantes críticas de organizaciones de personas con discapacidad por considerar que se mantenía cerca de las clasificaciones propias de un modelo médico, que relacionaban la enfermedad con la discapacidad y la minusvalía del individuo, sin considerar los factores sociales.

Posteriormente en 2001, la OMS adoptó la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), según la cual la discapacidad es un fenómeno complejo que engloba diferentes componentes interrelacionados entre sí:

- Las deficiencias del individuo, que afectan a una estructura o función corporal.
- Las limitaciones en la actividad, entendidas como la capacidad teórica de la persona.
- Las restricciones en la participación. Hacen referencia a la capacidad para realizar las tareas en el entorno real. Las restricciones de la participación son problemas para participar en las situaciones vitales.
- Los factores contextuales, del entorno. Pueden ser ambientales o personales, y pueden actuar como barreras o facilitadores. Estos determinarán la capacidad final de participación de la persona dentro de su comunidad.

Según este nuevo enfoque, al valorar la capacidad de la persona debemos considerar los problemas individuales, los cambios en los entornos inmediatos y en las estructuras sociales (normas, criterios y prácticas de la comunidad), en torno a una concepción «ecológica» de la discapacidad.

Así mismo, la CIF ha tenido un impacto significativo en la definición, clasificación y sistemas de apoyo de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) en relación con la discapacidad intelectual. Esta asociación definió el retraso mental como «Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funciona-

miento intelectual y la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años» (Luckasson y cols., 2002: Mental Retardation, 10.ª edición. Washington: AAMR).

Esta definición mantiene los tres criterios diagnósticos: inteligencia, conducta adaptativa y edad de comienzo, pero su aplicación parte de las siguientes premisas:

- Las limitaciones en el funcionamiento deben considerarse en sus contextos comunitarios.
- La evaluación ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
- En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
- Propósito de desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

Ofrecer los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado hace que las personas mejoren en su funcionamiento en la vida.

La nueva concepción sobre retraso mental plantea un modelo multidimensional de la discapacidad intelectual. Vincula la evaluación del individuo y del ambiente con la intervención, las necesidades individuales con la provisión de apoyos apropiados, teniendo en cuenta los aspectos personales como ambientales. La configuración de los servicios debe estar en función de la prestación de los apoyos personalizados a lo largo de la vida de la persona.

Esta definición supone un nuevo paradigma respecto a la discapacidad intelectual: la individualización de las necesidades de apoyos de cada una de las personas y el fomento del desarrollo y la autodeterminación en contextos inclusivos. Es lo que denominamos el «paradigma de apoyos» y la apuesta por la planificación centrada en la persona.

Dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), define dependencia como «estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

En la definición de dependencia confluyen tres factores necesarios: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria y por último la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esta visión de la dependencia es coherente con la línea marcada por la OMS, en su clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), en la que se valoran los factores de déficit en el funcionamiento, limitación en la actividad, restricción en la participación y los factores contextuales.

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia de una enfermedad o accidente (deficiencia). Este déficit comporta una limitación en la actividad, la participación y discapacidad en mayor o menor grado en función de la adaptación del entorno (factores contextuales), y puede concluir en algunos casos en la dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

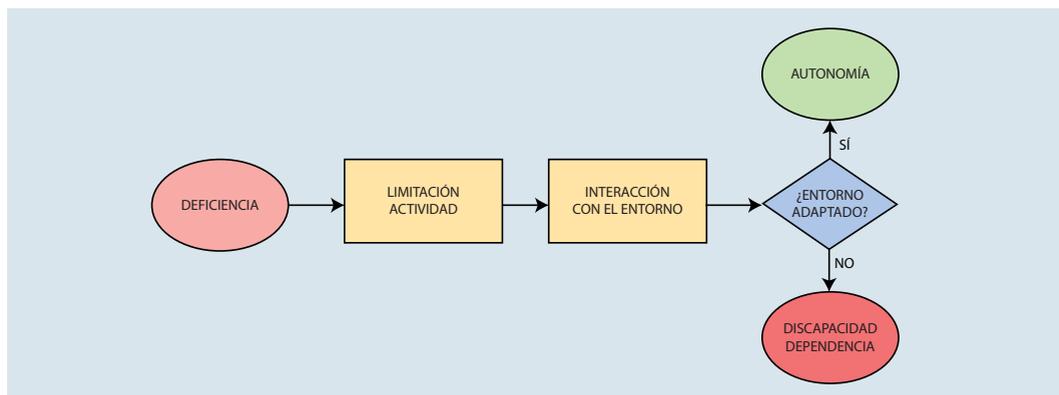


Figura 1: elaboración propia

Podemos comprobar así que los conceptos de dependencia y discapacidad están estrechamente relacionados.

La discapacidad conlleva mayor o menor dependencia en función de la interacción entre las limitaciones del individuo y un entorno que le proporciona o no los apoyos adecuados, siendo una proporción relevante de los discapacitados dependientes.

Es obvio además que existe relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos población de mayor edad. Este aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que se acelera notablemente.

No es extraño por ello que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico y que algunas veces, en una visión reduccionista, se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores. Sin embargo, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de envejecimiento.

1.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La población española ha ido incrementándose de forma constante hasta el año 2012.

En la actualidad se está produciendo un progresivo aumento de las defunciones y descenso de los nacimientos (resultando como consecuencia un saldo vegetativo negativo), que necesita ser compensando con la inmigración, existiendo oscilaciones a la baja o al alza en función de dicho saldo migratorio (INE, 2018).

No obstante, las previsiones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística son que en el futuro se producirá un descenso poblacional (INE, 2016). Este descenso poblacional en cifras absolutas va unido a un aumento de la población mayor de 65 años y dependiente.

En 1970, la población nacional mayor de 65 años era el 9,7% del total. A fecha uno de enero de 2017, este grupo alcanza el 18,8%, mientras que en Aragón superaba el 21% (INE, 2017).

Por otra parte, según la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia de 2008, España presentaba una tasa de discapacidad de 89,7 por mil mientras que en Aragón era de 91,89 por mil.

La discapacidad está presente en todos los estratos de edad de la población, si bien es cierto que la tasa aumenta progresivamente con el envejecimiento de la misma, especialmente a partir de los 50 años.

En relación a la dependencia, entorno al 22% de la población en el tramo de edad de 65 a 74 años precisa ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que este porcentaje asciende al 40% en el tramo de 75 a 84 años y al 60% en el de 85 y más (Encuesta de Integración Social y Salud 2012, INE).

El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivir más y vivir mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo. Pero este logro supone a la vez un reto al que es necesario dar respuesta. Todos los expertos que estudian las consecuencias que para las sociedades modernas tiene el fenómeno del envejecimiento coinciden en afirmar que el problema fundamental es cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad.

Ese incremento de las demandas de atención a personas dependientes, coincide en el tiempo con la crisis de los sistemas de apoyo informal.

Tradicionalmente han sido las familias, y en concreto las mujeres de los núcleos familiares, las que han asumido los cuidados de las personas dependientes. Sin embargo, desde hace unos años, el incremento de las situaciones de dependencia coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia (menor número de integrantes del núcleo familiar, menor estabilidad de la familia, mayor variedad de modelos familiares, movilidad geográfica de los hijos, cambio del rol de la mujer...) y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral, fenómenos ambos que disminuyen la capacidad de prestación de cuidados, haciendo que el modelo de apoyo informal sea difícilmente sostenible a medio plazo.

1.3. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN

Atención a las personas con dependencia

La evolución conceptual en la forma de entender tanto la atención como el propio diseño de los apoyos a las personas con dependencia, ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas.

Hasta principios de siglo XX, la atención a las personas dependientes que no contaban con capacidad económica o familiar suficiente era prestada en «asilos», de carácter asistencial, como único recurso existente hasta esa fecha, asociado a beneficencia y marginación.

Los comienzos en la implantación de programas de intervención gerontológica de los países desarrollados se sitúan a partir de la segunda guerra mundial. En esta época de desarrollo institucional lo habitual fue que la intervención se realizase en ámbitos y contextos que situaban a las personas extra-muros de las poblaciones, y a menudo en condiciones de precariedad (asilos, hospitales psiquiátricos, hospicios...).

En cuanto a planificación en nuestro país, el primer antecedente es la publicación del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos, por Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971.

Este preveía el desarrollo de recursos para los pensionistas de la seguridad social (clubs, ayuda a domicilio, residencias, centros de rehabilitación...), cuya implantación se demoró en el tiempo.

Así, en 1975 se publica el primer estudio sociológico español sobre la vejez, el informe GAUR, que describe las precarias condiciones en las que se encontraba la mayoría de nuestros jubilados, y las importantes carencias de las residencias geriátricas del momento.

En 1978 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO, actualmente Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO), que impulsó el desarrollo de los mismos.

El sistema de servicios sociales de España se ha desarrollado ampliamente desde ese periodo hasta nuestros días, adquiriendo identidad suficiente para ser reconocido como un instrumento fundamental de nuestro estado de bienestar, constituyendo uno de sus pilares básicos, junto al sistema de salud, la educación y las pensiones.

En el ámbito territorial, la comunidad autónoma de Aragón asumió con el estatuto de autonomía de 1982 las competencias en materia de asistencia y bienestar social. Estas se vieron ampliadas tras la reforma del estatuto de autonomía de Aragón de 1994 y la transferencia de materias competencia del IMSERSO al Gobierno de Aragón a través del Real Decreto 97/1996. De este modo se produce mayor proximidad a los ciudadanos y una gestión más adaptada a las peculiaridades de la región.

Desde finales de los ochenta, empiezan a tomar fuerza los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual.

Se desarrollan los servicios comunitarios, y la intervención social se dirige a prestar apoyos con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos (y su autonomía), facilitando con esto la permanencia en el propio entorno. Se abandona el discurso de la marginalidad y se desarrolla el modelo social o inclusivo. Se avanza en la implantación de programas cuyo objetivo básico es la integración social, normalización y participación de las personas.

En esta línea, en 1993, el INSERSO publica su Plan Gerontológico, que supone un referente tanto en conocimiento de la situación de la población anciana como en la planificación de futuras actuaciones dentro de un plan integral (económico, sanitario, social, cultural y de participación).

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (y sus posteriores desarrollos) es un hito fundamental en nuestro ordenamiento jurídico, mediante el que se ha establecido como derecho subjetivo de la ciudadanía la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se ha llevado a cabo la creación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SISAAD), dentro del cual quedan encuadradas tanto la administración general del estado como las administraciones de todas las comunidades autónomas.

En Aragón además cabe destacar la Ley 5/2009 de Servicios Sociales y el Decreto 143/2011 (por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón), que definen, estructuran y ordenan el funcionamiento de los mismos en nuestra comunidad.

Los nuevos modelos de atención en desarrollo están íntimamente relacionados con la asunción de valores intrínsecos a los derechos humanos. Aspiran 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.

Prueba de ello es que el lema «envejecer en casa» se ha convertido en objetivo común de las políticas sociales de atención a las personas mayores de los países desarrollados (OCDE, 1996). El modelo comunitario de atención defiende que esta se preste en el entorno del dependiente, sin el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual.

Las personas deseamos permanecer viviendo en nuestra casa y entorno porque esto garantiza el mantenimiento de nuestra identidad, del control sobre nuestras propias vidas y la toma de decisiones en el día a día.

Desde esta perspectiva, el reto a asumir es el de atender, además de las necesidades sociales y sanitarias básicas, otras cuestiones también directamente relacionadas con la calidad de vida.

El modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo distingue diferentes dimensiones dentro de este concepto: bienestar emocional, relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y defensa de los derechos.

La calidad de vida debe considerarse como un valor socialmente compartido, meta final de todas nuestras actuaciones, y que está mostrando gran efectividad en orientar la prestación de servicios a las personas en situación de desventaja como consecuencia de dependencia o discapacidad.

En base al concepto de calidad de vida, en los últimos años se está consolidando el modelo de atención centrada en la persona. Este modelo busca una atención integral a la persona dependiente que, contando con su participación activa, facilitando su autodeterminación y la continuidad de su proyecto vital, planifique los apoyos necesarios para conseguir el máximo de calidad de vida.

La atención residencial

Con el fin de asegurar la calidad de vida, así como de mantener la integración en el entorno, se han desarrollado diferentes experiencias, principalmente en el norte de Europa, ya desde los años 60.

El «Housing» (término que incluye diferentes iniciativas) es el modelo actualmente más extendido. Apuesta por pequeñas unidades residenciales para personas en situación frágil o de dependencia que buscan similitudes con el hogar tradicional y que se ubican en la comunidad. Este modelo todavía presenta escasa implementación en nuestro país.

Respecto a las características de los centros residenciales en España, cabe destacar que han experimentado una importante evolución desde los años ochenta.

En la década de los 80 se planificaron residencias planteadas como grandes centros hoteleros con todo tipo de servicios de calidad.

En la década de los 80, tras la creación del INSERSO, se produjo una política expansiva del sistema de atención residencial. Se necesitaba crear un gran número de plazas en corto espacio de tiempo para dar respuesta a las necesidades de una población mayor cada vez más numerosa, lo que se hizo construyendo grandes centros. Se planificaron residencias ya alejadas del anterior modelo asilar, planteadas como grandes centros hoteleros con todo tipo de servicios de calidad (biblioteca, sala de actos, cafetería, sala de televisión, zonas ajardinadas, etc...), en su mayoría para personas válidas, con carencias socio económicas. Este organismo también acometió la tarea de creación de una red de centros en toda España para la atención adecuada de las personas con discapacidad intelectual, los CAMP (Centro de atención a Minusválidos Psíquicos), actualmente CAPDI (Centro de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual).

La oferta de plazas residenciales ha aumentado ostensiblemente desde finales de los setenta hasta nuestras fechas, en centros públicos y privados, multiplicándose por siete en 40 años (desde 55.000 en 1975 a 372.000 en

2015, fuente IMSERSO). El índice de cobertura de plazas residenciales en Aragón (número de plazas en relación a la población mayor de 65 años) es más elevado que la media española (5,50% frente 4,4%, siendo lo recomendado por la OMS estar por encima del 5%). Fuentes INE e IMSERSO, informe 2016 «Las personas mayores en España».

En Aragón, la política de aumento de plazas residenciales del IMSERSO tuvo igual impulso que en el resto de España, produciéndose como se ha señalado anteriormente la transferencia de competencias de este instituto en 1996.

En estos centros residenciales, rápidamente se han ido completando e incorporando nuevos servicios de carácter tanto social como sanitario, para la promoción de la autonomía y la atención de procesos crónicos, al mismo tiempo que adaptando y ampliando sus plazas para personas dependientes.

A través de equipos multidisciplinares se ha alcanzado una atención integral y de calidad.

No obstante, nuestra atención residencial todavía está vinculada frecuentemente a desarraigo, pérdida del control sobre la propia vida y de las relaciones sociales. Esta situación es en parte debida la política de atención residencial expansiva ya comentada, que derivó en centros de grandes dimensiones en ocasiones no integrados en la comunidad. Además, persisten modelos clásicos de gestión que hacen necesaria la actualización de nuestros marcos conceptuales, de organización y funcionamiento, que deberían estar centrados en las personas.

Las encuestas de opinión del CIS (estudio 3009, cuidados a dependientes, año 2014) reflejan que solamente entorno al 28 % de la población querría vivir en un centro residencial en caso de dependencia.

Existen asimismo estudios que analizan los deseos de la población en relación a los centros residenciales en los que les gustaría vivir (CIMOP, IMSERSO, INGEMA). Los principales aspectos que destacan son:

- Ubicación en el entorno de procedencia.
- Disponibilidad de espacios personalizados propios, con privacidad garantizada.
- Flexibilidad en las rutinas diarias.
- Disponibilidad de espacios privados para reuniones.
- Coste por plaza asumible.
- Equipamientos confortables y hogareños.
- Amplia oferta de servicios de ocio, cultura, entretenimiento...
- Comprensión por parte de los trabajadores de la propia biografía y gustos personales.
- Dedicación de tiempo por parte del personal, dentro de su jornada laboral, para charlar, pasear, práctica de aficiones, etc.

Todo esto puede concretarse en que las personas demandan un espacio similar a su hogar, donde vivir, conservar su identidad, historia de vida y continuar con su proyecto vital.

Por lo tanto, el reto actual de los centros residenciales del IASS, asumida la prestación de una atención de calidad, es el de profundizar en un modelo que procure la mayor calidad de vida posible a los residentes.

Debemos mitigar las consecuencias de lo que supone la vida en un gran centro residencial, en muchas ocasiones apartado de la comunidad. En base a esta determinación, los apoyos prestados a las personas deben basarse en los principios de la atención centrada en la persona, de forma que se garantice la dignidad, autodeterminación, autonomía, participación activa y la continuidad de los proyectos vitales.



2.1. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

- CARTA SOCIAL EUROPEA del Consejo de Europa, 1996.
- PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL de Madrid sobre el envejecimiento (ONU, 2002).
- CONVENCIÓN DE LA ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España en 2007.
- RECOMENDACIÓN REC(2006)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.
- DECISIÓN DEL CONSEJO de 26 de Noviembre de 2009, relativa a la celebración, por parte de la Comunidad Europea, de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad
- ESTRATEGIA EUROPEA sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras
- RECOMENDACIÓN CM/REC(2014)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros en la promoción de los derechos humanos de las personas mayores.
- PILAR EUROPEO DE DERECHOS SOCIALES, aprobado conjuntamente por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión el 17 de noviembre de 2017.

2.2. LEGISLACION NACIONAL

- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978.
- LEY 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- ORDEN TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.

- **RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008**, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **RESOLUCIÓN de 30 de septiembre de 2011**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- **RESOLUCIÓN de 13 de julio de 2012**, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- **RESOLUCIÓN de 23 de abril de 2013**, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales.
- **REAL DECRETO 1051/2013**, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Modificado por **REAL DECRETO 291/2015**, de 17 de abril.
- **LEY 15/2015**, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria.
- **REAL DECRETO LEGISLATIVO 8/2015**, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- **LEY 3/2018**, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Legislación nacional relativa a discapacidad

- **REAL DECRETO 383/1984**, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
- **ORDEN 13/03/1984** por la que se establecen las normas de aplicación de las prestaciones sociales y económicas para minusválidos reguladas por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero.
- **RESOLUCIÓN de 26 de agosto de 1987**, de la Dirección General del INSERSO, por la que se regulan los ingresos, traslados, permutas y liquidación de estancias en los centros residenciales para personas con discapacidad.
- **DECRETO 168/1998**, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se crea la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (modificado por el **DECRETO 13/2004**, de 27 de enero, del Gobierno de Aragón).

- **REAL DECRETO 1971/1999**, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía; BOE 26-1-00; corrección de errores; BOE 13-3-00. Modificado por **REAL DECRETO 1169/2003** y **REAL DECRETO 1856/2009**
- **LEY 41/2003**, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- **REAL DECRETO 1865/2004**, de 6 de septiembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad; BOE 7-9-04
- **REAL DECRETO 1414/2006**, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- **LEY 26/2011**, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- **REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013**, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Ley General de la Discapacidad).
- **Anteproyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad**, de 21 de septiembre de 2018.

Planes y Programas

- **ESTRATEGIA ESPAÑOLA SOBRE DISCAPACIDAD 2012-2020**
- **PLAN DE ACCIÓN** de la estrategia española sobre discapacidad 2014-2020.

2.3. LEGISLACION AUTONÓMICA

- **DECRETO 111/1992**, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- **LEY 4/1996**, De 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- **LEY 3/1997**, de 7 de abril, por la que se regula la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transportes y de la comunicación.
- **DECRETO 19/1999**, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, de Transportes y de la Comunicación.
- **DECRETO 5/2007**, de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **ORDEN 15 de mayo de 2007**, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y pres-

taciones establecidos en la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Posteriores modificaciones.

- **ORDEN de 7 de noviembre de 2007**, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **LEY 5/2009**, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Modificada por **LEY 3/2011**, de 24 de febrero, **LEY 2/2016** de 28 de enero y **LEY 11/2016** de 15 de diciembre.
- **DECRETO LEGISLATIVO 1/2011**, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de «Código del Derecho Foral de Aragón», el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas.
- **DECRETO 143/2011**, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **DECRETO 115/2012**, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las Cartas de Servicios en el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, modificado **Decreto 100/2014**, de 24 de junio.
- **LEY 5/2013**, de 20 de junio, de calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **ORDEN de 24 de julio de 2013**, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón. Modificada por **ORDEN de 24 de febrero de 2014**, **ORDEN CDS/1210/2016**, **ORDEN CDS/960/2017**, de 26 de junio y **ORDEN CDS/844/2018**, de 21 de mayo.
- **ORDEN de 16 de abril de 2015**, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón. Corregida en **BOA 29/06/2015**. Modificada por **ORDEN CDS/533/2016**.
- **DECRETO 66/2016**, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón.
- **DECRETO 173/2016**, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- **LEY 11/2016**, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario.
- **DECRETO 184/2016**, de 20 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales en Aragón. Corregido en **BOA 24/02/2017**.
- **ORDEN CDS/2042/2017**, de 30 de noviembre, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sociales en Aragón.
- **DECRETO 55/2017**, de 11 de abril, por el que se aprueba el mapa de servicios sociales de Aragón. Modificado por **Orden CDS/1559/2018**, de 10 de septiembre.

- ORDEN CDS/1560/2018, de 30 de agosto, por la que se regula el servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación social.
- DECRETO 212/2018, de 3 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la creación, composición, organización y funcionamiento del Comité de Ética en la Atención Social en Aragón.
- Proyecto de Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad. (Boletín Oficial de las Cortes de Aragón. Número 261. 3 de julio de 2018).

Planes y Programas

- ORDEN HAP/1339/2016 del Plan de Mejora de Calidad 2016-2019, modificado por ORDEN HAP/752/2018.
- ACUERDO de 11 de abril de 2017 por el que se aprueba el II plan estratégico de servicios sociales de Aragón para el periodo 2017-2020.

2.4. DERECHOS DE LOS USUARIOS DE CENTROS RESIDENCIALES PÚBLICOS DEL IASS

Como se fundamenta en otros capítulos del manual de gestión, el fin último que debe constituirse como referente básico a la hora de planificar todas nuestras actuaciones es el de conseguir la mayor calidad de vida posible para nuestros usuarios.

Una dimensión fundamental de la calidad de vida, garante del resto de las dimensiones que comprende este concepto, es el del reconocimiento y protección de los derechos de la persona.

En la medida que nuestros derechos sean contemplados y respetados, se garantizará el respeto de nuestra dignidad y la participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

Los derechos en los servicios sociales, y en concreto de los centros residenciales, se enfocan desde una triple perspectiva: derechos como persona, como usuarios consumidores de un servicio y como usuarios de un servicio prestado por la administración.

Los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales tienen diversas fuentes en el ordenamiento jurídico.

A nivel internacional, en materia de servicios sociales, se han desarrollado diferentes tratados (ONU, Consejo de Europa, Unión europea) que posteriormente han sido ratificados por las leyes de nuestro país.

La Constitución Española, marco de nuestra legislación, dedica los artículos 49 y 50 a los derechos de las personas con discapacidad y a la tercera edad respectivamente, si bien estos no cuentan con la misma protección que otros derechos fundamentales.

Importantes avances en esta materia en el ámbito nacional ha supuesto la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que reconoce

tales como un derecho subjetivo. Además, cabe destacar el Real Decreto Legislativo 1/2013, de derechos de las personas con discapacidad.

En el ámbito autonómico, los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios sociales vienen recogidos en la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón y en el Decreto 66/2016, que aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón, donde se detallan con mayor profundidad.

Merece la pena nombrar además el Proyecto de Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad.

En el ámbito de los centros residenciales, los derechos de sus usuarios vienen también recogidos en Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

En base al Decreto 66/2016, los derechos de los usuarios de los servicios sociales en Aragón pueden agruparse en varios epígrafes:

1. Derecho de acceso a los servicios sociales

Las personas que se hallen en alguna situación de necesidad social tendrán derecho a acceder a los recursos y prestaciones del sistema público de servicios sociales que resulten idóneos.

- a) Derecho a acceder a las prestaciones y programas de servicios sociales acordes a su necesidad social en condiciones de igualdad, sin que puedan ser discriminadas por circunstancias personales o sociales.
- b) Derecho a recibir información suficiente, cierta y comprensible de la estructura y organización del Sistema Público, así como de los servicios, prestaciones y recursos disponibles y de las condiciones precisas para su reconocimiento o disfrute.
- c) Derecho a la valoración de sus necesidades sociales que, en su caso, pueda dar lugar al reconocimiento o disfrute de una atención o prestación social adecuada, así como a conocer el resultado de dicha valoración.
- d) Derecho a conocer el estado de tramitación de los procedimientos en que sea parte y a acceder al contenido de su expediente personal, en los términos establecidos normativamente.
- e) Derecho al reconocimiento de las prestaciones garantizadas del Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, en los plazos normativamente establecidos, sin demoras que no se hallen objetivamente justificadas.
- f) Derecho a acceder, de forma prioritaria, a aquellas prestaciones que posibiliten la permanencia en el entorno habitual.
- g) Derecho a la accesibilidad universal en las condiciones legalmente establecidas.
- h) Derecho a conocer, con carácter previo, la situación administrativa de aquellos centros y servicios a los que se pretenda acceder para recibir atención social.
- i) Derecho a recibir atención urgente cuando existan graves riesgos para la vida o la salud de la persona usuaria o de terceros, así como cuando concurran razones de atención prioritaria reglamentariamente establecidas o lo acuerde la autoridad judicial.

2. Derecho a una atención continuada y personalizada

Las personas usuarias de los servicios sociales han de recibir una atención continuada y personalizada acorde a sus necesidades y circunstancias, que contribuya a un desarrollo personal adecuado.

- a) Derecho a recibir una atención social ajustada a las necesidades y circunstancias específicas personales.
- b) Derecho a disponer de un plan de atención, en función de la valoración de su situación, mediante el cual se garantice una atención continuada y de carácter integral a sus necesidades sociales.
- c) Derecho a solicitar un segundo diagnóstico o valoración de sus necesidades, así como a instar la modificación o revisión de su plan de atención, cuando lo justifiquen los cambios en su situación.
- d) Derecho a permanecer atendido por los mismos profesionales, cuando ello contribuya al bienestar de las personas y las condiciones de organización del servicio o centro lo hagan posible.
- e) Derecho a disponer de un profesional de referencia, que sirva de interlocutor permanente para la persona atendida, que vele por la necesaria actualización o revisión de su plan de atención, cuando el cambio de las circunstancias lo justifique, y asegure la coherencia del proceso de atención integral y la coordinación con los demás sistemas destinados a promover el bienestar social.
- f) Derecho a cambiar de profesional de referencia, en los términos establecidos reglamentariamente.
- g) Derecho a recibir las prestaciones garantizadas del Catálogo de Servicios Sociales, de forma continuada en tanto se hallen en situación de necesitar tal prestación.
- h) Derecho a participar en el procedimiento de elaboración del plan de atención destinado a dar respuesta a sus necesidades sociales, así como en la toma de decisiones sobre su proceso de intervención social.

3. Derecho a una atención de calidad.

Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a recibir una atención de calidad, que se ajuste a los requisitos y estándares fijados para la obtención de la autorización o acreditación de los diferentes servicios y centros

- a) Derecho a conocer los criterios de calidad y estándares a los que necesariamente ha de ajustarse la prestación o actividad de un determinado servicio o centro social.
- b) Derecho a ser atendido por profesionales debidamente cualificados, integrados en equipos técnicos de carácter interdisciplinar.
- c) Derecho a participar en los procedimientos de evaluación de servicios y centros, así como en aquellas iniciativas, de carácter participativo, que se impulsen orientadas a la mejora continua de la atención social.
- d) Derecho a conocer y hacer uso de los mecanismos de quejas y sugerencias habilitados para canalizar opiniones, demandas o propuestas de las personas usuarias.
- e) Derecho a recibir respuesta a sus quejas y sugerencias, en los términos establecidos en la normativa de aplicación.

4. Derecho al respeto a la libertad y la autonomía individual

Todas las personas usuarias de los servicios sociales han de ser tratadas con respeto a la dignidad que les corresponde como personas, con plena garantía del conjunto de los derechos y libertades de los que son titulares.

- a) Derecho al libre ejercicio de sus derechos y libertades, con respeto a los derechos de las otras personas y a las obligaciones que establece el ordenamiento jurídico.
- b) Derecho al ejercicio de la libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del centro en que reciban atención social, con las limitaciones establecidas en la legislación vigente para las personas menores de edad, incapacitadas o incursas en medidas judiciales de internamiento.
- c) Derecho a la renuncia a las prestaciones y servicios reconocidos, salvo que la misma afecte a los intereses de los menores de edad o de personas incapacitadas.
- d) Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto, respetando en su ejercicio el funcionamiento normal del establecimiento y la libertad de las demás personas.
- e) Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas.
- f) Derecho a la intimidad y privacidad en las acciones de la vida cotidiana.
- g) Derecho a la confidencialidad de los datos e informaciones que consten en sus expedientes personales, de acuerdo con la legislación de protección de datos de carácter personal.
- h) Derecho al secreto de sus comunicaciones, salvo resolución judicial que lo suspenda.
- i) Derecho a comunicar y recibir libremente información por cualquier medio de difusión.
- j) Derecho al reconocimiento como domicilio, a todos los efectos, del centro residencial donde vivan.
- k) Derecho a personalizar el entorno en el centro donde residan con objetos propios, siempre y cuando respeten los derechos de las otras personas.
- l) Derecho a mantener una relación con el entorno familiar y social.
- m) Derecho a obtener información y apoyo para hacer la declaración de voluntades anticipadas, de acuerdo con la legislación vigente.

5. Derecho de participación de las personas

Las personas usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales o sus representantes podrán participar en la planificación y desarrollo de los programas y actividades que les afecten.

- a) Derecho a participar en el diseño, seguimiento y evaluación de la política de servicios sociales y a designar representantes de las personas usuarias en el Consejo Aragonés de Servicios Sociales, mediante el procedimiento de elección que se establezca,
- b) Derecho a participar en la toma de las decisiones del servicio o centro del que sea usuario que incidan en las condiciones de prestación de la atención social, a través de los cauces establecidos, así como a asociarse para favorecer tal participación.

- c) Derecho a tomar parte en las actividades organizadas por el centro del que sea usuario y a contar con espacios de libre expresión, en los que poder dar a conocer iniciativas de los usuarios o realizar valoraciones sobre el funcionamiento de los servicios y centros de atención social.
- d) La atención a los usuarios contemplará asimismo cualesquiera otros derechos reconocidos por la normativa vigente.
- e) Los derechos de las personas serán ejercitados por las mismas, como titulares de los mismos, o por su tutor legal en caso de incapacitación.

2.5. DEBERES DE LOS USUARIOS DE CENTROS RESIDENCIALES PÚBLICOS DEL IASS

Los deberes a la hora de recibir un servicio son parte de la garantía del derecho y respeto del resto de las personas del entorno, tanto usuarios como profesionales. Estos, a través de la carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sociales de Aragón se concretan en:

- a) Cumplir las normas que regulan cada una de las prestaciones del Catálogo de Servicios Sociales a las que accedan o de los programas de atención de los que sean beneficiarios.
- b) Facilitar los datos personales y familiares necesarios, así como presentar los documentos que sean imprescindibles para valorar y atender su situación.
- c) Comunicar aquellos cambios en su situación personal y familiar que puedan afectar a los servicios y prestaciones solicitadas o recibidas.
- d) Colaborar en la consecución de los objetivos del plan de atención.
- e) Contribuir a la financiación del coste de los servicios recibidos, en los términos que establezca la normativa aplicable.
- f) Destinar las prestaciones recibidas a la finalidad para la que fueron concedidas y reintregar las indebidamente percibidas.
- g) Comparecer ante la Administración, a requerimiento del órgano que haya otorgado una prestación o lleve a cabo su seguimiento.
- h) Respetar la dignidad y los derechos del resto de las personas usuarias y de los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de los servicios sociales.
- i) Cumplir las normas de funcionamiento interno de los servicios y centros.
- j) Utilizar de forma responsable las instalaciones y recursos materiales del servicio o centro.
- k) Cumplir cualquier otra obligación que establezca la normativa reguladora de los servicios y centros de atención social de la Comunidad Autónoma de Aragón.



La responsabilidad del Gobierno de Aragón en la atención a la dependencia y/o discapacidad se enmarca en el Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales, y se concreta desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

La organización territorial del IASS se distribuye en tres servicios provinciales: Huesca, Teruel y Zaragoza que son los que gestionan los centros y servicios para la atención a las personas con dependencia y/o discapacidad.

Cada servicio provincial se compone de dirección, secretaría y subdirecciones.

En el Servicio Provincial de Zaragoza existen las subdirecciones provinciales de:

- Prestaciones y programas sociales.
- Protección a la infancia y tutela.
- Atención a las personas en situación de dependencia, mayores y discapacidad.

En los Servicios Provinciales de Huesca y Teruel, existen las subdirecciones de:

- Prestaciones, programas y centros.
- Protección, reforma de menores y tutela de adultos.

El catálogo de servicios sociales de la comunidad autónoma de Aragón fue aprobado por el Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón. En el mismo se detallan los servicios destinados a personas en situación de dependencia.

Servicios destinados a personas en situación de dependencia

1. Servicio de valoración de la situación de dependencia.
2. Servicio de valoración de la discapacidad.
3. Prestaciones económicas:
 - Prestación vinculada al servicio.
 - Prestación para cuidados en el entorno familiar.
 - Prestación de asistencia personal.
 - Prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas, adaptaciones del hogar y accesibilidad universal.
 - Pensiones.
 - Becas de apoyo para el pago de centros asistenciales.
 - Prestaciones complementarias.

4. Servicios de alojamiento permanente o temporal:
 - Alojamiento para mayores en situación de dependencia.
 - Alojamiento para mayores en situación de dependencia con trastornos de conducta.
5. Servicios de estancia diurna para mayores en situación de dependencia.
6. Servicios de atención nocturna.
7. Hogares de mayores.
8. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia. Programa de envejecimiento activo.
9. Servicios de atención socio-terapéutica y de formación para cuidadores de personas en situación de dependencia (Programa Cuidarte).
10. Programa de promoción de la autonomía personal.
11. Teleasistencia.
12. Ayuda a domicilio.
13. Servicio de transporte adaptado para personas en situación de dependencia.
14. Servicio de tutela de adultos.

Los servicios destinados específicamente a discapacitados contemplan:

1. Servicio de valoración de la discapacidad.
2. Servicio de orientación e información especializada para la discapacidad.
3. Atención temprana.
4. Servicios de alojamiento permanente o temporal:
 - Alojamiento para personas con discapacidad física.
 - Alojamiento para personas con discapacidad intelectual.
5. Servicios de estancia diurna para personas con discapacidad intelectual.
6. Centros Ocupacionales para personas con discapacidad intelectual.

Los centros residenciales para personas dependientes son servicios sociales especializados, de carácter permanente o temporal, para personas con dependencia severa o gran dependencia, que precisan además de los servicios hosteleros, los de carácter asistencial y continuos apoyos técnicos para satisfacer sus necesidades personales y sociales, promocionando en la medida de lo posible su autonomía.

En la red de centros residenciales del IASS, existen algunas diferencias en los servicios prestados debidas a la especificidad de la población a la que atienden y a la procedencia y evolución histórica de dichos centros, que en ocasiones ha acabado reflejándose en diferentes estructuras y funcionamientos.

Con carácter general, los servicios que se ofrecen son:

Servicios residenciales:

- Conserjería. Atención presencial y telefónica 24 horas. Control permanente de los accesos al centro.
- Alojamiento. Habitaciones individuales y compartidas. Baños adaptados. Zonas de estar. Comedor. Patios al aire libre y zonas ajardinadas.
- Transporte. Vehículos propios y servicios de transporte adaptado contratado.
- Restauración. Servicio propio de cocina (o concertado trabajando en las instalaciones propias), donde se elaboran dietas adaptadas y adecuadas a las características y necesidades de los residentes.
- Lavandería y lencería. Lavandería propia, en la que se realiza el lavado y cuidado de la ropa personal que aportan los familiares debidamente identificada.
- Peluquería y podología (servicio de pago).

Servicios asistenciales:

- Asistencia y cuidados básicos. Apoyo individualizado en la realización las actividades de la vida diaria que en las que el residente lo necesite.
- Atención sanitaria. Servicio médico y de enfermería, para la atención de los residentes en procesos agudos, el seguimiento de las patologías crónicas y las actividades preventivas y de promoción de la salud. Atención especializada en geriatría o psiquiatría (en residencias de mayores o discapacitados intelectuales, con personal propio o estableciendo protocolos de colaboración con el SALUD).
- Fisioterapia. Prevención y corrección de las malformaciones y alteraciones posturales. Tratamiento de síntomas neuromusculares. Rehabilitación. Promoción de la salud por medio del ejercicio físico.
- Terapia ocupacional. Apoyos destinados a capacitar a las personas para participar en las distintas áreas ocupacionales con el máximo nivel de autonomía e integración, fomentando el desarrollo de los potenciales físicos, psíquicos, sociales y /o emocionales.
- Atención psicológica. Exploración, diagnóstico, valoración y orientación de los residentes promoviendo las medidas necesarias, tanto organizativas y grupales, como individuales, que potencien al máximo su desarrollo y el grado más alto posible de calidad de vida.
- Habilitación y desarrollo personal. Programas de habilitación personal y social: plan de atención integral; apoyo y tutorización del residente; tratamientos individualizados; actividades en aulas o pretalleres.
- Atención social. Apoyo social al residente y su familia para reforzar la comunicación entre ambos, la participación en la vida del centro y la inclusión social. Servicio de información y asesoramiento.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Programa de apoyo al cuidador «CuidArte», destinado a reforzar las capacidades y habilidades para cuidarse, de los cuidadores de personas en situación de dependencia.



El marco conceptual del modelo de atención está determinado por el aseguramiento de los derechos de las personas y la consideración de los aspectos éticos en la prestación de los servicios, primando en estos últimos el respeto a la dignidad de la persona.

El modelo de atención deseado en los centros residenciales propios del IASS tiene como base la garantía de los derechos y como fin la calidad de vida de las personas, asegurando esta a través de la atención integral centrada en la persona.

4.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida debe ser el principio referente en la organización de servicios de apoyos para mejorar la vida de las personas con dependencia y/o discapacidad.

El concepto de calidad de vida de Schalock y Verdugo ha sido el más citado internacionalmente en el ámbito de la discapacidad intelectual, y se está extendiendo en los últimos años a otros colectivos y al ámbito de los servicios sociales en general.

Se define calidad de vida como «Un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades éticas –universales y énicas– ligadas a la cultura; c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciado por factores personales y ambientales».

El concepto de calidad de vida se fundamenta en ocho dimensiones a la vez que propone una serie de criterios para su desarrollo e indicadores para su evaluación:

1. Dimensión de bienestar emocional. Tiene en cuenta los sentimientos y la satisfacción, el auto concepto de sí mismo y la ausencia de estrés.
2. Dimensión de relaciones interpersonales. A partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y sentirse querido por las personas importantes a través de contactos sociales positivos y gratificantes.
3. Dimensión de bienestar material. Contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan una vida confortable, saludable y satisfactoria.
4. Dimensión de desarrollo personal. Tiene en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social...
5. Dimensión de bienestar físico. Estado de salud. Capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria y se ve facilitado con una atención sanitaria adecuada.



Este esquema pretende transmitir la idea de que los derechos, iguales para todo ser humano, son la base desde la que se garantiza el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Además, a través de su autodeterminación, las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida.

6. Dimensión de autodeterminación. Se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones entorno a metas y valores personales.
7. Dimensión de inclusión social. Participar en la comunidad, ser reconocido y aceptado.
8. Dimensión de la defensa los derechos. Conocimiento y respeto de los derechos como ser humano.

Si analizamos este concepto, considera la calidad de vida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, que son priorizados a nivel individual según los valores, las aspiraciones y las expectativas de la persona. Así este modelo otorga al individuo la capacidad para determinar la importancia de los diferentes aspectos. La dimensión de autodeterminación aparece en un nivel jerárquico diferente desde el cual la persona define sus condiciones de vida.

Cuando hablamos de autodeterminación no hablamos desde el concepto de capacidad de las personas para tomar decisiones, sino de la «autodeterminación como derecho». Esto se traduce en una garantía real de que las personas puedan disponer de un proyecto vital, basado en su individualidad e identidad. Se pretende ayudar a construir a la persona un proyecto de vida significativo con los apoyos necesarios para su desarrollo y la satisfacción de sus necesidades. Así, el centro de la atención es la persona usuaria, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones: atención centrada en la persona (ACP).

En caso de personas con graves limitaciones, este derecho de autodeterminación se ejerce mediante la mediación de terceros y la prestación de los apoyos necesarios.

El modelo de calidad de vida y atención centrada en la persona facilita y refuerza que las personas con grave discapacidad (ayudados o mediados por otros) mejoren su vida con los apoyos, compromisos y colaboración de su red natural y los profesionales del centro.

4.2. ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

La atención integral es aquella que contempla a la persona desde una perspectiva holística, que engloba todos los aspectos que forman parte de la misma: a nivel físico, mental, social y medioambiental.

La salud y bienestar de la persona no están fundamentados únicamente en mantener un organismo sano, sino que ese organismo forma un todo indivisible con sus emociones, valores y creencias, sus relaciones familiares y sociales, roles, circunstancias socio-culturales... y todo ello debe de enmarcarse en el medio ambiente en el que esta se desenvuelve, que puede actuar como agente facilitador o inhibidor.

Prestar una atención integral implica inevitablemente que en el proceso de valoración de las necesidades de las personas y planificación de los cuidados y actividades se utilice una perspectiva amplia y desde un enfoque interdisciplinar,

que englobe las dimensiones del ser anteriormente citadas, incluyendo además de los factores que afectan al individuo en el momento y entorno actual (el del medio residencial), la referencia del medio del que procede, en el que ha desarrollado su experiencia de vida, desempeñado una serie de roles y con el que mantendrá vínculos y relaciones que deberían ser conservadas en lo posible (contacto con el entorno y con su círculo de relaciones).

En la atención a los residentes en nuestros centros se ha avanzado ampliamente en la calidad de los cuidados prestados, con un personal cada vez más cualificado y diversificado, pasando de un enfoque médico-asistencial al del modelo actual, con una amplia gama de servicios sociales y sanitarios destinados a las personas en situación de dependencia. Estos avances han posibilitado el dar una atención a los residentes desde la perspectiva interdisciplinar anteriormente citada, buscando además un plan de atención individualizado en el que se recogen las características y circunstancias propias de cada persona, que se traducen en sus necesidades concretas.

Sin embargo, la actitud en general ha sido la de dirigirse a cubrir las necesidades de cada persona sin tener en cuenta su participación en el proceso. Los profesionales son quienes tienen la información y deciden casi todas las cuestiones de la salud y vida cotidiana de las personas, desde la creencia de que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo que es beneficioso para estas.

Frente a este modelo, la atención centrada en la persona (ACP) sitúa en el centro de la intervención a esta frente a la primacía de otros intereses, relacionados con la propia organización o con los profesionales que, en ocasiones, han venido desplazando a un segundo plano a las personas usuarias. La atención centrada en la persona apuesta porque esta sea el eje vertebrador de los cuidados, así como su fin.

El centro de la atención es la persona usuaria, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones.

La ACP pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y también en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es sólo individualizar la atención sino también empoderar a la persona, dándole los apoyos que precise, para que ella, bien directamente, bien con el apoyo de quien la representa o cuida, pueda seguir gestionando su vida y tomando sus decisiones.

La ACP se sustenta en varias asunciones básicas:

- Ninguna persona es igual a otra y, por tanto, la atención individualizada debe ser el valor central de los servicios que prestan apoyo a las personas.

- La persona es el centro del proceso de planificación. Se parte de sus derechos y el foco se sitúa en sus capacidades, en sus preferencias y en las elecciones de las propias personas. Los apoyos que se precisan para ello cobran la máxima importancia.
- La interdependencia del sujeto con su red social próxima. El círculo de apoyo, compuesto por la familia, los amigos y los cuidadores profesionales es esencial en el desarrollo del proyecto vital de la persona con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual y tiene un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación. En estos casos será necesario crear un grupo de apoyo a la medida de cada persona, formado por miembros de su red natural y profesionales de apoyo, entre los que exista una persona que se responsabilice de todo el proceso de planificación individual de la atención.

Pilar Rodríguez (2010) propone una definición de lo que esta autora ha denominado Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) afirmando que «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».

El modelo de AICP se fundamenta en una serie de principios:

- Principio de individualidad. Cada persona es única y diferente del resto.
- Principio de independencia. Toda persona posee capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas, con el objetivo de favorecer la máxima independencia en el desenvolvimiento de su vida cotidiana.
- Principio de integralidad. La persona es un ser multidimensional, en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo buen funcionamiento es determinante para su calidad de vida.
- Principio de autonomía en la toma de decisiones. Las personas destinatarias de la atención tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida. En casos con dependencia importante, especialmente por discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, la autodeterminación puede ser ejercida de manera indirecta a través de un grupo de apoyo o un representante legal.
- Principio de participación. Las personas con discapacidad y/o dependencia tienen derecho a participar en su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes, accediendo a una vida personal y social plena y libremente elegida.
- Principio de inclusión social. Las personas, incluso en situación de dependencia importante, deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno.
- Principio de continuidad de atención. Las personas en situación de dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada a las circunstancias de su proceso.

Para cumplir los principios anteriormente expuestos, la AICP debe tener un enfoque interdisciplinar y ser flexible (porque tener un plan no implica tener una rutina inmodificable), coordinado y participativo (entre la persona usuaria, la familia, profesionales y distintos agentes del entorno).

4.3. AICP EN LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL

El modelo de atención promulgado conlleva un movimiento de avance e innovación en las prácticas y los servicios, generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad y/o dependencia.

Este avance en la organización y tareas cotidianas de los centros residenciales, se fundamenta en:

- **La dignidad.** La dignidad implica que toda persona, independientemente de su situación, por el hecho de ser humana es valiosa y debe ser tratada con igual consideración y respeto que los demás.
- **Individualidad.** Cada persona es única, tiene su proyecto vital, por lo tanto la atención personalizada es imprescindible. La biografía es la razón esencial de nuestra singularidad. Por tanto, esta se convierte en el referente básico de su plan de atención y vida.
- **Participación.** Incorporación de las personas con dependencia y sus familias o círculos a los procesos de evaluación y planificación de los apoyos en igualdad de condiciones. Las personas deben ser agentes activos y protagonistas de su proceso de atención.
- **Integralidad.** Fomentar el bienestar físico, material, cognitivo-emocional y social.
- **Capacidades.** Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otro centrado en preservar y aumentar las capacidades para conseguir la máxima autonomía posible.
- **Las personas en el centro.** Pasar de un sistema centrado en la organización y eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras que deben reflejarse en cada persona.
- **Derechos de las personas.** Establecer un sistema en el que las intervenciones se planteen desde los derechos de las personas y no sólo desde la decisión de los profesionales.
- **Desarrollo personal.** Proporcionar oportunidades para el desarrollo y crecimiento personal.
- **Actuaciones y herramientas necesarias:** profesional de referencia, grupos de apoyo formalizados, documento de historia de vida, plan personalizado de atención y proyecto de vida...
- **Adaptar y enriquecer el ambiente físico:** diseño arquitectónico, diferenciación de espacios, accesibilidad, personalización de estancias, equipamiento, mobiliario, etc con la participación de las personas y sus familias.

Para garantizar sus fundamentos, este modelo de atención debe orientar toda planificación y organización del centro, siendo impulsado y respaldado por la propia dirección.

Además, con el fin de asegurar una atención adecuada, se necesita organizar los centros y servicios dentro del marco de un modelo de gestión de calidad, que permita ordenar y sistematizar las actuaciones, así como evaluar los resultados e implementar medidas de mejora.

Este modelo de calidad será liderado por el equipo directivo, y permitirá:

- Gestionar basándonos en las expectativas y satisfacción de las personas.
- Reorganizar los recursos entorno a las necesidades de los individuos más que organizar a las personas entorno a los programas disponibles.
- Elaborar un mapa de procesos que sirva para comprender y gestionar los servicios, programas y el funcionamiento de la actividad diaria.
- Documentar nuestras actividades para posibilitar la unificación de criterios y sistematización de las actuaciones.
- Planificar en función de ciclos de mejora continua, en los que se evalúen y revisen las actuaciones planificadas para asegurar que estas han tenido un impacto positivo en la calidad de vida de las personas.
- Establecer indicadores claves para llegar a conocer la verdadera calidad de vida conseguida.



5 MISIÓN, VISIÓN, VALORES

La gestión en base a un sistema de calidad nos ayuda a organizar, sistematizar y evaluar la actividad de los centros, nos señala el «cómo» hay que hacer las cosas, pero no nos dice el «qué» hay que hacer.

En este sentido, la misión, visión y valores del proyecto de gestión deben reflejar el modelo de atención deseado, orientando y determinando la identidad del centro y su organización. Representan el compromiso institucional que asumen todas las personas que integran la organización.

5.1. MISIÓN

Es el compromiso que adquiere la organización con su entorno social. Constituye el encargo institucional y es la razón de ser de la organización y de su acción cotidiana.

Nuestra misión es la de atender y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia, que precisan de cuidados permanentes, a través de una atención integral centrada en la persona que proporcione apoyos para satisfacer sus necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales favoreciendo la convivencia, disfrute de la vida, su autodeterminación, autonomía y participación.

5.2. VISIÓN

La visión pretende expresar el horizonte de futuro hacia el que se quiere caminar y que orienta la acción del presente.

Los centros residenciales propios del IASS queremos ser:

- Un recurso útil, rentable y valioso por su función social.
- Una organización única, pública y universal, integrada, comprometida con el cambio y abierta al entorno social.
- Con un modelo de gestión y funcionamiento basado en la asimilación de una cultura de calidad y orientada a la mejora continua.
- Que cuente con equipos directivos comunicadores, impulsores y capaces de generar apoyos y buenas prácticas.
- Que disponga de equipos humanos cualificados, comprometidos y motivados que participen en el proyecto.
- Que se organice en unidades pequeñas estructural y funcionalmente diferenciadas, orientadas al trabajo interdisciplinar.

- Con el fin último de que nuestros residentes logren:
 - Garantía de sus derechos.
 - Respeto de su intimidad, individualidad y dignidad.
 - Control sobre su vida.
 - Satisfacción de sus necesidades, intereses, expectativas y sueños.
 - En resumen, CALIDAD DE VIDA a través de una atención integral centrada en la persona.

5.3. VALORES

Los valores son las convicciones profundas que determinan los modos de organizar, configurar y hacer que constituyen la fundamentación y señas de identidad de cada centro. Expresan lo que consideramos valioso y digno de ser honrado y respetado y orientan el modelo de atención y el proyecto de calidad de vida.

Los valores que deben orientar nuestras actuaciones son:

- **Legalidad.** Garantizando los derechos de los residentes y familiares en todos los campos normativos: seguridad, accesibilidad, protección de datos, etc en igualdad de condiciones respecto al resto de la ciudadanía.
- **Ética.** Todas las intervenciones están sustentadas por criterios de ética y calidad asistencial en la búsqueda de la excelencia y en prevención de cualquier riesgo de desatención.
- **Calidad de vida.** Se debe proporcionar un modelo de calidad de vida donde quede salvaguardada y reforzada la dignidad de la persona.
- **Autodeterminación.** Las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida. Cuando una persona no pueda ejercer este derecho por sí misma, este se ejercerá de forma indirecta a través de un grupo de apoyo.
- **Atención Integral.** La misión principal de las residencias es la atención integral de las personas que en ella viven. Esta atención conlleva el cuidado de las personas para satisfacer sus deseos o necesidades desde la integridad biopsicosocial, considerando su propia historia de vida.
- **Atención personalizada e individualizada.** Los programas y protocolos de intervención deben ser personalizados y orientados a la promoción, la prevención y la conservación de las capacidades.
- **Concepto ecológico.** El grado de autonomía del individuo no solo depende de su capacidad funcional, sino que además se verá favorecida o dificultada por la capacidad del entorno para prestarle los apoyos que necesita.
- **Integración y normalización.** La residencia facilitará la integración de las personas usuarias en la vida del centro y de la comunidad, con un modo de vida que se ajuste lo más posible a las pautas de comportamiento consideradas como cotidianas y habituales para la ciudadanía en general.
- **Desarrollo personal.** La atención a los residentes estará centrada en el desarrollo como persona y no exclusivamente en las necesidades de apoyo concretas. Toda la atención debe orientarse a la satisfacción del bienestar del usuario y al propio fortalecimiento como persona.
- **Participación.** Se facilitarán los cauces oportunos para la participación de los residentes, las familias y los profesionales en la gestión, organización y planificación de actividades. Las familias constituyen

la base de la integración en la comunidad y son el principal recurso para responder a las necesidades afectivas y personales de las personas dependientes. Juegan un importante papel de apoyo y ayuda mutua a otras familias, por lo que se favorecerá su participación, cooperación y colaboración en la dinámica del centro.

- **Desarrollo profesional.** El personal del centro, que proporciona los apoyos que cada residente necesita y procura su calidad de vida, es el principal garante de una atención de calidad. Esta labor debe ser favorecida por el centro mediante: formación continuada; promoción de buenas prácticas asistenciales; fomento de su participación en la organización y gestión; respeto y reconocimiento personal y profesional.



6

OBJETIVOS, PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

6.1. OBJETIVOS

Con las personas:

1. Promoción y garantía de derechos. Las personas atendidas deben poder disfrutar de forma efectiva y en condiciones de igualdad de todos los derechos recogidos en nuestro marco nacional e internacional con el fin de poder llevar una vida digna y valorada, respetando su intimidad y privacidad individuales.
2. Proporcionar una atención integral residencial y asistencial individualizada que satisfaga las necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales.
3. Mejorar la calidad de vida en todas sus dimensiones: el bienestar subjetivo y la satisfacción con los apoyos, favorecer la autoestima, aumentar el grado de autodeterminación, el desarrollo personal y la integración social.
4. Desarrollar una planificación de cuidados centrada en la persona, en la que esta sea el centro y participe en su propio plan de atención.
5. Promoción de la autonomía personal.
6. Orientación de las actuaciones hacia la consecución de ambientes y apoyos significativos para el residente.
7. Proporcionar un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas en un ambiente confortable y socialmente valorado.
8. Integrar y normalizar. Una integración social normalizadora significa que las personas con dependencia y/o discapacidad han de poder llevar una vida socialmente valorada y con las mismas atenciones y cuidados que el resto de personas de su entorno social. Proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias y la interrelación con el entorno comunitario.

Con las familias:

1. Aumentar su satisfacción con la prestación del servicio.
2. Reforzar y apoyar a la familia en la tarea de ser agentes naturales de apoyo a la persona.
3. Promover y favorecer la información, implicación y participación en los procesos del centro.
4. Proporcionarles apoyo socio-terapéutico. Este es de especial importancia en los procesos de acogida y finalización de la estancia.

Con los profesionales:

1. Disponer de equipamientos, instrumentos, materiales adecuados para el desempeño de su labor profesional.
2. Promover el trabajo en equipo.
3. Proporcionarles formación continua que asegure la calidad de la prestación del servicio.
4. Favorecer la satisfacción laboral, la motivación en el trabajo y el compromiso con la organización.
5. Promover la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.

Con el Centro:

1. Avanzar hacia un funcionamiento del centro orientado por el modelo de calidad de vida basado en un planteamiento y desarrollo ético de la persona desde la consideración de sus derechos.
2. Implantar un sistema de Atención Centrada en la Persona que se sustente en la consideración del proyecto vital del residente, con un profesional de referencia, participación familiar y con espacios y actividades significativos.
3. Desarrollo de un proyecto de centro basado en la gestión por procesos, con criterios de calidad y mejora continua.
4. Desarrollar una cultura organizacional basada en los principios básicos de este modelo de gestión.
5. Favorecer el compromiso e implicación de los profesionales en la actividad del centro y las buenas prácticas desde la percepción de que su esfuerzo tiene pleno sentido.
6. Optimizar la relación coste/beneficio.
7. Disponer de una adecuada adaptación arquitectónica y física del Centro, equipamiento y material educativo y terapéutico.
8. Adecuación ambiental que favorezca la orientación espacial, los desplazamientos y la autonomía personal: un centro seguro, confortable y estimulante.
9. Favorecer la relación del centro con su entorno y su apertura a la comunidad.
10. Visibilizar en la comunidad y poner en relieve las diferentes actuaciones llevadas a cabo en los centros.
11. Búsqueda de recursos y alianzas necesarias para el éxito en el encargo social.

6.2. PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

En la atención de las personas atendidas

1. Promoción y garantía de derechos recogidos en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, en especial:
 - Los profesionales del centro garantizarán la igualdad en el trato, sin discriminación por razón nacimiento, raza, sexo, edad, religión opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

- Los apoyos prestados a los residentes responderán a sus necesidades y expectativas procurando el acceso a los mismos en condiciones de igualdad.
 - En la organización y funcionamiento del centro se respetará el derecho a la intimidad y privacidad. El secreto profesional será garantía de tal derecho.
 - Se respetará el derecho de las personas a mantener relaciones interpersonales, respetando las relaciones emocionales y afectivas que libremente elijan, con el consentimiento de su tutor legal en caso de haberlo.
2. Los valores éticos han de estar siempre presentes en los cuidados e intervenciones profesionales. Las personas atendidas en el centro recibirán un trato digno. La atención proporcionada deberá protegerles de cualquier trato vejatorio o violento e igualmente, debe facilitarles mecanismos de protección y auto-defensa.
 3. Calidad de vida. Garantizar unas condiciones de vida satisfactorias para la persona teniendo en cuenta sus posibilidades y deseos. Este enfoque organiza la atención desde la persona a quien va destinada y orienta las intervenciones a la satisfacción del usuario.
 4. Proyecto vital. Cada persona acumula experiencias, relaciones y valores en su historia de vida. Esta biografía y su proyecto actual deben ser valorados y tenidos en cuenta a la hora de planificar y prestar los cuidados.
 5. Autodeterminación. Se deberá favorecer, en la medida de lo posible y en función de la capacidad, el máximo de autonomía en la toma de decisiones de los residentes, fomentando su autoafirmación, la toma de decisiones y su participación en la elaboración del plan de cuidados. En los casos en los que existan dificultades para la toma de decisiones o deterioro cognitivo, debemos disponer de herramientas de apoyo, como un documento de historia de vida, registros de observación, el profesional de referencia y la participación familiar.
 6. Autonomía. La atención en el centro se orientará hacia las posibilidades de las personas y no hacia sus limitaciones, fortaleciendo sus capacidades para desarrollar una vida lo más normalizada y autónoma posible.
 7. Personalización e individualización. Se debe proporcionar atención flexible y personalizada, adaptando en la medida de lo posible la organización y las intervenciones a las necesidades específicas de las personas atendidas.
 8. Integración y participación en la vida comunitaria. Debemos prestar los apoyos necesarios para poder conseguir las mayores cuotas de integración y normalización: potenciación de las capacidades, entornos facilitadores y actividades de relación en y con la comunidad en la que se integra el centro.

En la atención a las familias

1. La familia como el apoyo natural más importante, que aporta valores que ningún sistema profesional puede sustituir. La familia como lugar afectivo de referencia es una pieza clave en el proceso vital de las personas atendidas. Por esta razón es importante favorecer los contactos que sean posibles, su colaboración y coordinación con la organización del centro.

2. Respeto a la diversidad sociocultural debiendo ser atendidas de manera individualizada y respetando sus características sociales y culturales.
3. Respeto a la tutela legal que ejercen las familias y las decisiones que de ello se deriven.
4. Favorecer la opinión y participación de las familias, informando de la atención que se dispensa, estimulando y garantizando su participación y colaboración.
5. Apoyo, información y asesoramiento a las familias en la atención, cuidado y vivencias relacionadas con el proceso de dependencia entorno al proceso y temas relacionados con la discapacidad intelectual.

En la organización del centro y del trabajo

1. Entornos accesibles. Los espacios, equipamientos y entornos físicos, deberán estar adaptados para poder favorecer su utilización por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.
2. Entornos acogedores. Los contextos físicos deben ser personalizados en la medida de las posibilidades, cálidos, favorecedores de la atención individualizada y de la convivencia.
3. Siempre se tendrá presente el principio ecológico de las actuaciones, considerando los factores ambientales y relacionales, en el que viven las personas y desarrollan sus vidas, como facilitadores o inhibidores del desarrollo, el bienestar y la satisfacción personal.
4. El centro debe estar orientado a conseguir la máxima autonomía y bienestar posible de las personas, ser flexible y abierto a la comunidad.
5. Toda la organización laboral, administrativa y técnica estará supeditada al interés y necesidades de las personas atendidas por encima de cualquier consideración por muy legítima que sea.
6. Enfoque de calidad total mediante la gestión por procesos. Desarrollo del mapa de procesos e implantación de aquellos que reflejen la actividad del centro.
7. Desarrollo de la cultura de la calidad mediante la planificación, normalización, sistematización y evaluación de las actuaciones, utilizando las herramientas necesarias a tal efecto: diseño de procesos, participación de todos los agentes, equipos de mejora, plantillas de documentos, cuadros de mando...
8. Fomento de la información, comunicación y participación de los profesionales en la organización y gestión del centro.
9. Toda la actividad técnica, asistencial y residencial se basará en el trabajo en equipo, de carácter interdisciplinar, como elemento que puede garantizar la atención de calidad de las personas atendidas en el centro.
10. Profesionalización y desarrollo de buenas prácticas que partan desde los valores éticos y el modelo de atención centrada en la persona, que deben guiar y orientar nuestras actuaciones, desde la consideración de que las personas constituyen el recurso principal y fundamental de los apoyos que se les proporciona.
11. Se estimulará la competencia y desarrollo profesional, facilitando una adecuada formación profesional con recursos propios y externos.

12. Establecimiento de condiciones dignas de trabajo y el reconocimiento a la labor profesional bien hecha, que fomentarán la satisfacción, participación e implicación de los profesionales.
13. Fomento de actividades que supongan apertura del centro a la comunidad, integración de las personas usuarias en la misma, y visibilización de la labor realizada en las residencias del IASS.
14. Diálogo, transparencia y eficiencia en la gestión de la organización que posibilite una atención de calidad.



- AENOR. Normas ISO. Norma UNE-EN ISO 9001:2015., Sistemas de gestión de la calidad. Normas UNE 158000, Gestión de servicios en residencias para personas mayores.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2014). *Manual de estándares. Servicios residenciales*. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Aguado Díaz, A.L. (coord.). (s.f.). *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en el proceso de envejecimiento*. Diputación foral de Bizkaia. Recuperado de: <http://www.ifas.bizkaia.eus/fitxategiak/dokumentuak/Necesidades%20ppdd.pdf?hash=3f9b02112cbdaced40f26db7aaf78840>
- Asociación Americana Del Retraso Mental (AAMR). (1999). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid. Alianza Editorial.
- Asociación Americana Del Retraso Mental (AAMR). (2004). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistema de apoyo*. Madrid. Alianza Editorial.
- Barbero, I. (2007). Gestión de la calidad en las organizaciones no lucrativas de intervención social. Observatorio del tercer sector de Bizkaia. Recuperado de: <http://www.fundacionede.org/calidad/master/es/libro/Gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20en%20las%20organizaciones%20no%20lucrativas%20de%20intervenci%C3%B3n%20social.pdf>
- Bohórquez Rodríguez, A. (coord.). (2004). 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. SEGG. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/100Recomendaciones.pdf>
- Camisón, C., Cruz, S. y González, T. (2006). *Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Pearson educación.
- Campoy Cervera, I. (coord.). (2004). *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid, Dykinson.
- Canovas, F. y Pardavila, B. (2004). *La gestión de calidad en los servicios sociales*. Madrid. IMSERSO.
- Castilla la Mancha. Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). *Modelo básico de atención en residencias para personas mayores*. Recuperado de: <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2014). Estudio 3009: Cuidados a dependientes. Recuperado de: http://www.cis.es/cis/openncm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=14078
- Cerezuela Martínez, J.B., Moreno Fernández, M.J., y Sánchez Herrero, M.J. (2000). *Los mayores y su hogar*. Madrid. IMSERSO.
- Consejo Económico y Social (2003). La situación de las personas con discapacidad en España. Recuperado de: <http://www.ces.es/documents/10180/18510/inf0403>
- Consejo Económico y Social de Aragón. (2017). Informe sobre la situación económica y social de Aragón. Recuperado de: https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/OrganosConsultivos/ConsejoEconomicoSocialAragon/Areas/Publicaciones/INFORMES/INFORME_2016/Informe_2016_Panorama_economico.pdf

- Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2012). *Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa*. Informes Portal Mayores, n.º 132
- Diputación foral de Bizkaia. (2016). Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2016-2019. Recuperado de: <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/CASTELLANO-COMPLETO.pdf?hash=9a38550d27f250243e3d0475d929b21c&idioma=CA>
- Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, artículos y notas. Número 50, 15-30. Recuperado de: https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Fundación MATIA, Gobierno Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2012). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen*. Recuperado de: http://www.Matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/doc_100_propuestas.pdf
- Fundación San Francisco de Borja. (2007). *Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual*. FEAPS.
- Garau Salas, J. (2003). *Guía para la implantación de la norma de gestión de la calidad para las ONG*. INTRESS.
- Garau, J. (2005). *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. INTRESS. Recuperado de: <https://www.oviedo.es/documents/12103/63cc5978-12c9-48e6-8461-03e891636f44>
- Garau Salas, J., Pardavila, V. (2005). *Guía para la implantación del sistema básico de calidad*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social. Recuperado de: <http://www.inclusio.gva.es/documents/732396/92571476/Gu%C3%ADa+para+la+implantaci%C3%B3n+del+Sistema+b%C3%A1sico+de+calidad/82ccefaf-4218-4b2e-853d-1ea7c4313a57>
- Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social. INTRESS. (2006). *Manual de buenas prácticas en la gestión de centros de personas mayores de la Comunidad Valenciana*. Valencia, Grafiques Vimar.
- Genua Goena, M.I. (coord.). (2012). *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Gobierno Vasco, Fundación INGEMA.
- Hernández Yáñez, J., Fantova Azcoaga, F. y Sacanell Berruero, Enrique. (2000). El imperativo de la calidad en la acción social. Madrid, *Revista Cáritas Española*, 2000.
- Herranz, D. (2012). *Envejecimiento, vivienda y entorno. Informe de investigación cualitativa*. Fundación MATIA.
- IMSERSO. (2006). *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/modelos alojamiento.pdf>
- IMSERSO. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf
- IMSERSO. (2016). *INFORME 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Proyecciones de Población 2016–2066*. INE notas de prensa. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). *Cifras de Población a 1 de enero de 2018*. INE notas de prensa. Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/cp_e2018_p.pdf

- Junta de Castilla y León, Consejería de familia e igualdad de oportunidades. (s.f.) *Manual de procesos para la gestión en centros de atención a personas con discapacidad intelectual*. Junta de Castilla y León. Recuperado de: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO19030/manual_procesos_gestion.pdf
- Lacasta, J. J. (1999). Los manuales de calidad de FEAPS. *Siglo Cero*, vol. 30, 185.
- Luckasson y cols. (2002). *Mental Retardation*, 10.^a edition. Washington. AAMR.
- Modelo EFQM Fundación europea para gestión de calidad 1991 para reconocer la excelencia de una organización.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gobierno Vasco.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). *Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos*. (11 cuadernos). Gobierno Vasco, Matia Instituto. Rescatado de: <http://www.euskadi.eus/publicaciones-servicios-sociales/web01-a2gizar/es/>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Fundación Pilares para la Autonomía personal.
- Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). Proyecto de gestión: marco y modelo de atención. La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación. Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). Proyecto de gestión: La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación. Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). Proyecto de gestión: protocolos de actuación y normas de funcionamiento en el CAMP. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Navarro, F et al. (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP)*. SEGG. Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf
- Peñafiel Olivar, A.E. (2010). *Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores*. Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. Recuperado de: <http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/AmegEstand.pdf>
- RODRÍGUEZ, P. (2012) *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la autonomía.
- RODRÍGUEZ, P. (coor.). (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Fundación Caser para la dependencia.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Schalock, L.R. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales*. Madrid. Alianza Editorial.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*. Vol 38 (4), n.º 224, 21-26.
- SEGG. (2016). 10 conceptos básicos para implantar, mantener y mejorar un sistema de calidad. Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/10_CONCEPTOS_BASICOS_PARA_IMPLANTAR_MANTENER_Y_MEJORAR_UN_SISTEMA_DE_CALIDAD_SEGG.pdf
- Verdugo Alonso, M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002. *Siglo Cero*. Volumen 34 (1) n.º 205, 4-19.
- Verdugo Alonso, M. A. y Jordán de Urríes Vega, F. B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Amarú.
- Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L.E. y Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.



Instituto Aragonés
de Servicios Sociales