

Informe experiencias de desinstitucionalización en España

2023

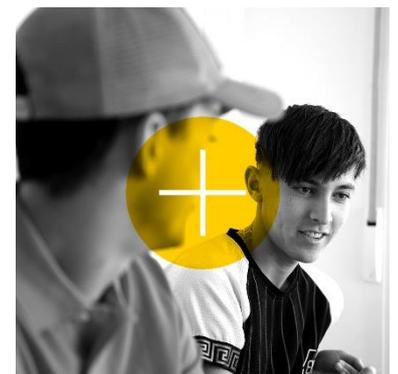
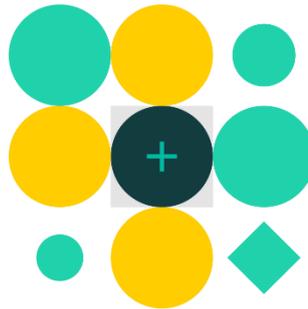


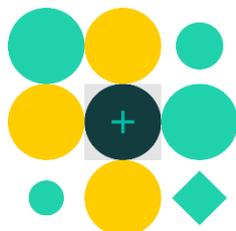
Imagen extraída del Concurso de Fotografía Digital del INICO "Las personas con discapacidad en la vida cotidiana". Premio Fundación Aliados por la Integración. Autor: Domingo Delgado García. Título: Ternura.

Pieter Inchausti - Mayas/Herencia



Estrategia estatal
de desinstitucionalización

Para una buena vida en la comunidad



Estrategia estatal de desinstitucionalización

Para una buena vida en la comunidad

Índice

1. METODOLOGÍA	3
2. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS ANALIZADAS	3
3. ELEMENTOS Y TENDENCIAS COMUNES	8
4. PERSONAS MAYORES Y CUIDADOS RURALES: PROYECTO “A GUSTO EN CASA”, CASTILLA Y LEÓN	9
4.1. Descripción	9
4.2. Análisis	10
4.2.1. Actores y coordinación	10
4.2.2. Fases del proyecto	11
4.3. Lecciones y perspectivas	12
4.4. Documentación	13
5. SINHOGARISMO: “DERECHOS A LA VIVIENDA”. PROYECTO DE HOGAR SÍ Y PROVIVIENDA	14
5.1. Descripción	14
5.2. Análisis	15
5.2.1. Fases y desarrollo	15
5.2.2. Actores y coordinación	16
5.3. Lecciones y perspectivas	17
5.4. Documentación	18
6. ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA EN PROTECCIÓN: DIPUTACIÓN DE GUIPÚZCOA Y AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA	19
6.1. Descripción	19
6.2. Análisis	20
6.2.1. Programas seleccionados.....	20
6.2.2. Actores y coordinación	22
6.2.3. Fases	22
6.3. Lecciones y perspectivas	23
6.4. Documentación	23
7. VIDA INDEPENDIENTE EN LA CIUDAD Y CUIDADOS URBANOS: AYUNTAMIENTO DE BARCELONA	24
7.1. Descripción	24
7.2. Análisis	26
7.2.1. Actores y Coordinación.....	26
7.2.2. Fases	28
7.3. Lecciones y perspectivas	30



7.4. Documentación	31
8. DISCAPACIDAD INTELECTUAL - SERVICIO DE VIDA INDEPENDIENTE Y DE ASISTENCIA PERSONAL: ASPRODES CASTILLA Y LEÓN	32
8.1. Descripción.....	32
8.2. Actores y coordinación.....	33
8.2.1. Actores y concepción del modelo	33
8.2.2. Coordinación e integración local de prestaciones	34
8.3. Fases del proyecto	35
8.4. Lecciones y perspectivas	36
8.5. Documentación	37

1. Metodología

Para la realización del estudio de casos, se estableció una metodología que permitiera identificar iniciativas lideradas en España con cierto recorrido que aportasen luz y aprendizajes sobre procesos y políticas de desinstitucionalización en los cuatro ámbitos clave de la Estrategia: personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de sinhogarismo e infancia protección.

A la hora de seleccionar las iniciativas, se han tenido en cuenta distintos criterios:

1. Que fueran de distintos territorios.
2. Que atendieran a las necesidades que presentan distintos grupos de población o que se centren en distintas problemáticas.
3. Que fueran iniciativas con un recorrido de al menos dos años.
4. Que estuvieran suficientemente documentados.

Tras una preselección de experiencias en base a informantes y fuentes secundarias, se procedió a hacer una selección final de las experiencias que aquí se presentan.

Para la realización del estudio, se elaboró una ficha de referencia, con una estructura común, que las instituciones y entidades responsables han cumplimentado. Además, se ha mantenido una entrevista en profundidad con cada una de ellas al objeto de revisar y complementar la ficha de referencia.

Fruto de este proceso de análisis, se ha elaborado el documento que aquí se presenta.

2. Breve descripción de las experiencias analizadas

El proyecto "A gusto en casa" se está implementando en las zonas rurales de Castilla y León con el objetivo de que las personas mayores y dependientes en la región puedan seguir viviendo en sus hogares con la mayor autonomía posible, evitando así su ingreso en residencias. El proyecto se basa en la prestación de servicios y ayudas personalizadas como la adaptación de los domicilios a las necesidades de las personas mayores o dependientes, la prestación de servicios de ayuda a domicilio, la atención



sanitaria a través de teleasistencia, el suministro de alimentos y medicinas a domicilio y la oferta de actividades de ocio y cultura adaptadas a las necesidades de este colectivo.

El proyecto ha ido evolucionando para adaptarse a las necesidades de las personas mayores y dependientes. Algunas de las principales novedades que se han incorporado son:

- Plan de apoyos al proyecto de vida a través del cual se abordan los desafíos de accesibilidad, asequibilidad, calidad y sostenibilidad con cada persona y se acuerdan los servicios y apoyos que necesita.
- Mayor coordinación entre los servicios: se ha mejorado la coordinación entre los distintos servicios implicados en el proyecto, como los servicios sociales, de salud y de atención domiciliaria, tanto públicos como privados (Tercer Sector) para ofrecer una atención más integral y personalizada a las personas beneficiarias. El rol del gestor de caso en esta coordinación está jugando un papel esencial.
- Servicio de teleasistencia avanzada: se han instalado dispositivos de teleasistencia avanzada en los hogares de las personas mayores y dependientes, que permiten una comunicación más rápida y eficiente con los servicios sanitarios y de emergencia.
- Adaptación de los hogares: se están llevando a cabo obras de adaptación en los hogares de las personas mayores y dependientes, para mejorar la accesibilidad y la seguridad en el domicilio.
- Oferta de actividades de ocio y cultura: se ha ampliado la oferta de actividades de ocio y cultura adaptadas a las necesidades de las personas mayores y dependientes, con el objetivo de fomentar el envejecimiento activo y saludable.

El proyecto “Derechos a la vivienda”, liderado por HOGAR SÍ y Provivienda pretende pilotar y encontrar evidencias sobre la viabilidad de realizar una transición del actual sistema de atención al sinhogarismo a uno nuevo basado en viviendas normalizadas en entornos comunitarios. Mediante el ensayo de nuevas soluciones pretende promover itinerarios de desinstitucionalización de personas sin hogar basados en procesos de acompañamiento que faciliten el acceso a una vivienda y la libre elección de servicios de apoyo integrados en la comunidad.

Este proyecto, que se está implementando en ocho municipios de seis comunidades autónomas en las que se concentra el 56% de las personas sin hogar de España y que se basa en una colaboración multiactor y multinivel, busca pilotar lograr resultados en dos dimensiones complementarias:

- Promover procesos de desinstitucionalización a través de:
 - La transformación de los factores físicos y culturales de albergues y centros de acogida de las redes de atención municipal participantes en el proyecto.
 - El ensayo de modelos y carteras de servicios que favorezcan la transición de personas que se encuentran en entornos institucionalizados hacia viviendas individuales en entornos comunitarios, basados en metodologías



y roles de apoyo y/o acompañamiento de referencia para la toma de decisiones libres y seguras.

- Prevenir procesos de institucionalización:
 - El pilotaje de nuevos mecanismos de atención temprana, incluyendo los sistemas de *rapid rehousing*, las metodologías híbridas de empleo-vivienda y sistemas de transferencias monetarias directas.
 - La revisión y desarrollo de nuevas competencias del personal del sistema de atención al sinhogarismo, que permita generar e introducir enfoques de trabajo basados en el enfoque centrado en la persona y a modelos de cuidados no institucionalizados.

El proyecto tiene un fuerte componente de evaluación, generación de evidencias y de intercambio de conocimiento y buenas prácticas, al objeto de impulsar el escalado de las propuestas y la integración de las experiencias de éxito en las políticas públicas que se vayan desarrollando. Además, a través de este proyecto también se está buscando impulsar la digitalización del sistema de atención, atendiendo a la autonomía digital y a un uso ético y responsable del tratamiento y análisis de datos.

Supermanzanas sociales es un proyecto en Barcelona que busca mejorar la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) basada en la creación de equipos de profesionales que atienden a un grupo de personas usuarias que viven en una supermanzana (inspirados en el modelo de Buurtzorg (una organización holandesa de servicios sanitarios domiciliarios). Se basa en el concepto de residencia distribuida (o difusa) donde las personas atendidas siguen viviendo en sus casas, pero han de recibir un nivel de atención similar al que recibirían en una residencia.

Con esta iniciativa se busca: 1) mejorar la calidad del servicio (reducir el aislamiento de las personas usuarias; 2) mejorar las condiciones de trabajo del equipo de profesionales (reducir la precariedad, aumentar el reconocimiento social de las personas que realizan trabajos de cuidados)); 3) conseguir una mayor sostenibilidad social y económica del servicio (aumentar el número de actores de proximidad que se involucran en los cuidados).

Entre las principales novedades destacan:

- Mayor personalización de los servicios de apoyo en el domicilio, mediante una atención más individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada persona (por ejemplo, la persona es atendida por un equipo de profesionales, a los que conoce/identifica, se cuenta con capacidad para la realización de servicios de poca duración - de 30 minutos).
- Trabajo en equipo más coordinado, mediante equipos integrados de 10/15 personas a jornada completa entre las cuales una ejerce de coordinación técnica y con mayor capacidad para la autoorganización e implicación en el seguimiento de las personas usuarias.
- Procesos de digitalización, con la implementación de herramientas digitales que permiten una mayor eficiencia en la gestión y coordinación del servicio.
- Coordinación interdepartamental, con la implicación de diferentes áreas municipales, como el Área de Salud, el Área de Servicios Sociales y el Área de



Infraestructuras, para ofrecer una atención integral a las personas usuarias del servicio.

- Incorporación de tecnología en el servicio, como dispositivos de teleasistencia y videovigilancia, para garantizar la seguridad y bienestar de las personas usuarias.
- Formación continua del personal que presta el servicio de atención domiciliaria, para mejorar su capacitación y habilidades en la atención a personas mayores y dependientes.

VilaVeïna es un proyecto que se está implementando desde el año 2021 en el Ayuntamiento de Barcelona, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que cuidan y de aquellas que necesitan recibir cuidados articulando comunidades de cuidado capaces de cuidar colectivamente y desde la proximidad. A través de este proyecto se fomenta la implicación de los vecinos y las vecinas en la identificación de las necesidades y carencias de las personas mayores y de otros colectivos vulnerables en el barrio, con el objetivo de ofrecer un apoyo más personalizado y adaptado a sus necesidades (atención domiciliaria, apoyos a la realización de tareas cotidianas o atención médica).

El proyecto fomenta la colaboración con entidades y organizaciones del barrio para ofrecer un apoyo más amplio y completo a las personas mayores y otros colectivos vulnerables en el barrio. Por ejemplo, se pueden organizar actividades y talleres en el espacio público para fomentar la interacción y el encuentro entre las personas mayores y otros vecinos, así como ofrecer servicios de apoyo emocional y social. En este sentido, el proyecto cuenta con distintos servicios y recursos en alianza: los servicios de salud y los servicios sociales como agentes clave en la detección de necesidades y dificultades en el ámbito de los cuidados y los equipos de proximidad del Servicio de Atención Domiciliaria como detectores de oportunidades, así como de canalizadores y embajadores del proyecto.

La mayor parte de las acciones que se desarrollan a través de este proyecto son coproducidas con los distintos agentes presentes en cada barrio (redes de personas voluntarias, iniciativas de apoyo mutuo, agrupaciones de mujeres o de profesionales del cuidado, entre otras).

Entre las principales novedades e innovaciones del proyecto destacan:

- Enfoque en la participación ciudadana: fomentando la implicación activa de los vecinos y las vecinas en la gestión y mejora de su entorno, a través de la creación de grupos de trabajo y la organización de actividades y proyectos en común.
- Adaptación a las necesidades de cada barrio: estableciendo adaptaciones en función de las características y necesidades específicas de cada barrio.
- Colaboración con entidades y organizaciones del barrio: fomentando la colaboración con entidades y organizaciones locales para ampliar su alcance y ofrecer un apoyo más amplio a las comunidades más vulnerables del barrio.
- Enfoque en la mejora del espacio público: haciendo mejoras a los espacios públicos del barrio para hacerlos más accesibles, seguros y atractivos para la convivencia y el encuentro entre las personas del barrio.



Los **Programas de Prevención Basados en la Evidencia en los Servicios de Protección Infantil** son una iniciativa liderada por la Diputación de Guipúzcoa y el Ayuntamiento de Donosita con el objetivo de implantar con carácter piloto y experimental programas de intervención (prevención y tratamiento) con menores y familias en situación de desprotección, basados en la evidencia que hayan demostrado ya su eficacia en aplicaciones sistemáticas en otros contextos o países.

A través de esta iniciativa se pilotaron los programas *Safe Care* e *Incredible Years* con el objetivo de mejorar la respuesta temprana a las situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo de desprotección y evitar así que se agraven y cronifiquen.

Estos proyectos buscan mejorar la coordinación y la acción conjunta entre los diferentes servicios de protección infantil y los agentes implicados en la atención a menores y sus familias, para garantizar una intervención integral y personalizada a cada caso e incorporan una orientación a la evaluación continua para medir su eficacia y mejorar su aplicación en función de los resultados obtenidos.

La formación y supervisión de los equipos de intervención ha sido uno de los elementos centrales para conseguir el éxito en la implantación de estos programas. De hecho, incluye una evaluación individualizada sobre el grado de adquisición de las competencias consideradas necesarias para ejecutar correctamente el programa.

El **Servicio de Vida Independiente liderado por Asprodes** es una transformación organizativa que busca personalizar apoyos y cuidados en entornos comunitarios basados en el modelo de vida independiente y la intervención centrada en la persona. Fue creado en 2014 y autorizado por la Junta de Castilla León para prestar apoyos a personas con discapacidad o en situación de dependencia.

El proyecto ha ido evolucionando para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidad. Algunas de las principales novedades que se han incorporado son:

- Plan de apoyos al proyecto de vida, a través del cual se abordan los desafíos de accesibilidad, asequibilidad, calidad y sostenibilidad con cada persona y se acuerdan los servicios y apoyos que necesita.
- La cartera de servicios incluye otros recursos como la valoración del entorno y el uso de productos de apoyo, orientación en temas de dependencia, servicios auxiliares y refuerzo de redes naturales de apoyo y comunitarias.
- Se articula una nueva definición de profesional de cuidados en el hogar, que tenga una capacitación en el modo de acompañamiento, basada en el respeto a la persona, en la escucha activa y en la intervención mínima. La entidad que presta el servicio debe garantizar la formación necesaria para los apoyos de la autonomía.
- Se está implementando en las zonas rurales de Castilla y León con el objetivo de que las personas con discapacidad en la región puedan seguir viviendo en sus hogares con la mayor autonomía posible, evitando así su ingreso en residencias. Tiene perspectiva de ser escalado para dar una cobertura a otras regiones.



- Se ha desarrollado un diálogo fructífero entre la administración pública (marca las directrices) y las entidades del tercer sector (aportan innovación y experimentación a los servicios). La puesta en marcha de la Estrategia y Autonomía Personal por parte de la Junta de Castilla y León promueve el proyecto de vida como factor determinante en los servicios y posibilita el apoyo individualizado.
- La principal financiación procede de prestaciones individualizadas y vinculadas a los servicios ofrecidos y adaptados a variables más allá de la dependencia. Sin embargo, la disponibilidad de proveedores acreditados y la mejora de la financiación son limitaciones que hay que abordar.
- El impacto de este modelo es positivo para la calidad de vida de las personas usuarias y genera un alto volumen de empleo en el entorno.

3. Elementos y tendencias comunes

Aunque las cuatro iniciativas analizadas se han implementado en ámbitos y territorios distintos, se constatan una serie de elementos y enfoques comunes que pueden ser tenidos en cuenta para la Estrategia española:

- Los procesos de desinstitucionalización requieren una mayor coordinación entre los servicios de distintos ámbitos como los servicios de salud, vivienda, educación o empleo, así como entre administraciones públicas de distintos niveles, principalmente comunidades autónomas y entidades locales y entre estas y otros actores clave (entidades sociales y actores del entorno comunitario) que son fundamentales a la hora de impulsar los cambios.
- Los procesos de intervención y acompañamiento se basan en planes de apoyo personalizados al proyecto de vida a través del cual se abordan los desafíos de accesibilidad, asequibilidad, calidad y sostenibilidad; con cada persona y se acuerdan los servicios y apoyos que necesita. El rol del gestor de caso en esta coordinación está jugando un papel esencial. La incorporación de la tecnología, herramientas y de nuevas metodologías organizativas está siendo también un factor clave de éxito (software de gestión, metodología agile, etc.).
- Permanecer en la vivienda o retornar a un modelo de vivienda individual basada en la comunidad requiere invertir en muchos casos en la adaptación de los hogares para que sean accesibles y el contar con servicios de teleasistencia avanzada. Esta inversión es especialmente relevante en aquellos casos en los que se quieren transformar los espacios residenciales colectivos o los entornos comunitarios para garantizar que estén más integrados en la comunidad.
- El pilotaje de programas y enfoques preventivos es fundamental para mejorar las políticas y encontrar nuevas respuestas de modo que las personas pueden permanecer en sus viviendas garantizando su autonomía y calidad de vida.
- La adquisición de nuevas competencias y habilidades por los y las profesionales y la incorporación de nuevos enfoques de trabajo es crucial para lograr una verdadera transformación. El “aprender a desaprender para reaprender” es un aspecto que se está trabajando en todas las iniciativas analizadas. De hecho, en alguno de los casos, la formación y la supervisión de los equipos de intervención



ha sido uno de los elementos centrales para conseguir el éxito en la implantación de nuevas metodologías y enfoques de trabajo.

- Se está produciendo una evolución en la definición del perfil y funciones del profesional de cuidados en el hogar, que requiere formación y capacitación específica en métodos de acompañamiento basados en el respeto por la libre elección y la autonomía de la persona (con técnicas de escucha activa, coaching, etc.) y con un enfoque mayor en la prevención y en la coordinación con los actores y servicios clave del entorno como los servicios de salud y de ocio.
- Invertir en evaluaciones y programas basados en la evidencia también es un aspecto clave en los casos analizados, que se realizan siempre desde un enfoque de mejora continua y escalado de las iniciativas. Los casos analizados prevén mecanismos para introducir mejoras en las políticas o para reconfigurar los servicios y mejorar así su calidad.
- La activación y dinamización de actores del entorno a través de actividades de sensibilización, participación y cocreación están siendo un elemento clave a la hora de personalizar los servicios y lograr una mayor integración de la persona en el entorno comunitario.
- El liderazgo es esencial para poner en marcha proyectos innovadores. Este liderazgo se ha de traducir en: 1) la puesta a disposición de recursos suficientes para pilotar e integrar las mejoras en el sistema; 2) la dinamización de espacios de debate y consenso entre los actores clave; 3) acuerdos institucionales con objetivos y recursos adecuados; 4) la introducción de procesos de evaluación orientados a generar evidencias y recomendaciones de mejora.
- En el ámbito de la discapacidad y de las personas mayores, la compatibilidad y contribución de las ayudas previstas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia es fundamental. Probablemente será necesario revisar o flexibilizar algunas de las ayudas para permitir una mayor adaptación al proyecto de vida de las personas.

4. Personas mayores y cuidados rurales: proyecto “A gusto en Casa”, Castilla y León

4.1. Descripción

RuralCare es un proyecto cofinanciado con fondos europeos (programa EaSI) de innovación en servicios sociales que consiste en el diseño, puesta a prueba y evaluación de un enfoque innovador sistémico para la provisión de **cuidados integrados de larga duración**, adaptados a las personas. Se dirige a personas mayores, con dependencia, discapacidad y enfermedad crónica que deseen vivir en su domicilio y que residan en zonas rurales del norte de la provincia de Valladolid (Tierra de campos).

RuralCare se enmarca en una serie de **proyectos piloto** que bajo la marca “**a gusto en casa**” que se han implantado en territorios rurales de seis provincias castellanoleonesas, cuya intervención se basa en un enfoque de derechos. Pretende dar respuesta al **principio 18 del Pilar Europeo de los derechos sociales** que establece que “Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”; se



basa en criterios éticos de calidad de vida y de la atención centrada en la persona. Por ello, el proyecto pone en el centro el proyecto de vida de las personas y atiende a los **valores, deseos y preferencias individuales de las personas implicadas**.

El proyecto fue incorporado en la Estrategia de prevención de la dependencia y promoción del envejecimiento activo aprobada por Acuerdo 28/2017, de 15 de junio, de la Junta de Castilla y León. Se trata de un modelo de cuidados de larga duración con que persigue que las personas que necesitan apoyos (preferentemente personas con dependencia) puedan seguir mantener sus estilos de vida en el entorno con los apoyos que necesiten.

Es un proyecto que requiere la implicación de **actores públicos y privados y la coordinación de servicios sociales y de salud a nivel local y regional**. La Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León coordina el proyecto en las diferentes provincias en las que éste se está implantado. Cuenta con el apoyo de las Diputaciones Provinciales, la Consejería de Sanidad (SACYL) y una red de entidades sociales que proveen los apoyos: Pronisa (Ávila), Aspanias (Burgos), Asprona León y Asprona Bierzo (León), Fundación San Cebrián (Palencia), Asprodes (Salamanca), Fundación Personas (Segovia), Asovica (Soria), Fundación Personas (Valladolid), Intrás (Zamora). La Universidad de Valladolid junto con una empresa privada (Fresno the right link) evalúan el proyecto, en cuya difusión colabora la European Social Network (ESN)

4.2. Análisis

4.2.1. Actores y coordinación

Este modelo de cuidados de larga duración introduce algunos elementos de gestión y gobernanza que se han mostrado imprescindibles para que las personas puedan permanecer en su domicilio, sean cuales sean sus circunstancias y manteniendo su estilo de vida.

Se destaca como elementos clave el **rol de gestor de caso** para la coordinación a nivel interinstitucional y para la modificación y manejo de las herramientas de implementación. Además, es importante destacar la colaboración público-privada en este ámbito sociosanitario.

Gestor de caso

- Vinculado al operador territorial, es el rol responsable de la propuesta de plan provisional de apoyos, el plan de apoyos al proyecto de vida y su valoración económica, designación del profesional de referencia y seguimiento de sus funciones, formación de los asistentes personales, alineación de los diferentes proveedores de servicios e impulso de las actividades de participación en la comunidad. Se coordina, además, con la figura del coordinador de caso social y con los profesionales de atención primaria de salud.



Coordinador del caso social

- Esta figura del sistema de servicios sociales local (CEAS), se considera básica para que el modelo funcione y sea garante del ajuste del plan de apoyos. Sus funciones principales son la de informar a las personas destinatarias y dar acceso al proyecto, coordinación con sanidad y con la figura de operador territorial, así como el seguimiento y validación del plan de apoyos y activación de la comunidad, en coordinación con el rol de dinamizador del territorio y del gestor de caso.

Coordinador de caso sanitario

- Es el profesional de referencia para la provisión de los cuidados sanitarios, ejercido por la figura del trabajador social del ámbito sanitario o el médico de familia. Este rol es el responsable del diseño y desarrollo del plan de cuidados sanitarios, da seguimiento a la atención sanitaria de las personas adheridas, participa en la comisión de seguimiento en coordinación con el CEAS y la entidad proveedora de servicios. Actúa como interlocutor entre la persona beneficiaria y los profesionales del ámbito de los servicios sociales y el equipo de atención primaria de salud.
- También participa el personal de enfermería para coordinar los cuidados sanitarios con el plan de apoyos al proyecto de vida.

Profesional de referencia en el hogar

- Es un profesional de atención directa, con formación para la asistencia personal y vinculado con el operador en el territorio. Es con quien la persona adherida establece una mayor relación de confianza. Entre sus funciones se encuentra la colaboración con el gestor de caso para la elaboración de la historia de vida, propuesta del plan de apoyos, apoyo al desarrollo del proyecto de vida, enlace y referencia para la familia, interlocución con el resto de profesionales y contribución a la dinamización del grupo de convivencia en la comunidad acorde con el estilo de vida de la persona.

Profesional de referencia de servicios sanitarios

- Rol desempeñado por el médico o personal de enfermería de la zona básica a la pertenece la persona. Es el responsable de la elaboración de la historia clínica, de la propuesta del plan de cuidados sanitarios teniendo en cuenta las preferencias de la persona, la atención y enseñanza de cuidados al cuidador familiar, la con el resto de los profesionales que participan en el proceso y colaboración en el desarrollo y seguimiento del proyecto de vida de la persona.

Dinamizador del territorio

- Vinculado a las entidades locales, este rol tiene como función la de dinamizar los recursos comunitarios para posibilitar que las personas puedan participar en actividades que sean significativas y respondan a su proyecto de vida. Se coordina con el gestor de caso y con las entidades privadas más representativas del territorio.

4.2.2. Fases del proyecto

El proyecto ha sido realizado conforme a unas fases previamente definidas y diseñadas junto con los principales actores, tanto públicos como privados para favorecer la implementación progresiva en cada uno de los territorios. Además, se han ido incorporando algunas modificaciones y reorientaciones procedentes de las demandas de las personas destinatarias y de los aprendizajes.

En primer lugar, cuando se inicia en una zona rural se realiza una **campaña de información sobre el proyecto** destinada a las personas responsables, representantes municipales y provinciales y a profesionales implicados en cada uno de los territorios y a las personas destinatarias del proyecto, sensibilizando sobre la necesidad de avanzar hacia el nuevo modelo de cuidados integrados de larga duración, es decir propiciar



apoyos individualizados que permitan a las personas continuar su proyecto de vida en comunidad evitando de este modo la institucionalización.

Después se inicia la **fase de adhesiones**. Es un proceso individualizado y proactivo a través de los CEAS. Requiere de la coordinación constante con sanidad para el intercambio de información entre ambos sistemas. Paralelamente, se valora e identifican las demandas de las personas que requieran una intervención más urgente a través del diseño de un plan provisional de apoyos.

Este plan provisional será apoyado por la persona coordinadora de caso, para lo cual se usará una **metodología de historias de vida y proyecto de vida, acordado previamente con la persona atendida**. Tras su implementación inicial, se hará una revisión continuada de los resultados, según el proyecto de vida acordado con la persona beneficiaria y los apoyos requeridos. Conforme avance en el proyecto, se van incorporando algunas modificaciones y reorientaciones procedentes de las demandas y necesidades de las personas destinatarias para que haya un ajuste permanente. Con el fin de que la respuesta sea ajustada y responder a las necesidades cambiantes, recientemente se ha introducido el mecanismo de **silencio positivo**, de modo que si el profesional gestor de caso prescribe un apoyo y la Gerencia no responde, en el plazo de tres días este se ponen en marcha.

Situación actual de los proyectos:



4.3. Lecciones y perspectivas

El proyecto demuestra la posibilidad real de apoyar a las personas en sus deseos para que permanezcan en su domicilio hasta el final, con independencia de su situación personal, de su unidad de convivencia y características de la vivienda, ajustándose de este modo a las necesidades personales. El proyecto demuestra ser una respuesta adecuada incluso en los contextos más difíciles como son las zonas rurales más despobladas.

Sus elementos más destacables son:

Plan de apoyos al proyecto de vida como acuerdo entre la persona usuaria y el sistema de atención: Cada persona que recibe apoyos cuenta con un plan individualizado que contempla su proyecto de vida y aborda los desafíos de



accesibilidad, asequibilidad, calidad y sostenibilidad en áreas rurales despobladas, facilitando así a las personas la permanencia en su hogar.

Equipos mixtos, interdisciplinarios, territorializados: La puesta en marcha del proyecto contempla una distribución de competencias compartidas que cuenta con profesionales organizados en equipos mixtos territoriales de servicios sociales y de salud, del ámbito público y privado (Tercer Sector), con una coordinación interterritorial. La figura del **gestor del caso** juega un papel esencial en la coordinación sociosanitaria, tanto en la planificación y de la asistencia como en la coordinación interdepartamental.

Respuesta personalizada, adaptada y rápida: El Plan de apoyos se establece de acuerdo con la persona y teniendo en cuenta su voluntad y necesidades. El silencio positivo de tres días para la validación de los planes de apoyo al proyecto de vida, o su modificación, permite una gran inmediatez y flexibilidad para la cartera básica de servicios.

Financiación del proyecto: Es complementaria a la de las prestaciones de dependencia. El coste adicional de los servicios se cubre con presupuesto de la Gerencia de Servicios Sociales y con el copago que le corresponda a cada persona. El cálculo del copago se realiza con los mismos criterios que se utilizan en el sistema de la dependencia. Es una financiación individualizada que posibilita su adecuación a los apoyos pactados con cada persona para el desarrollo de su proyecto de vida. Las prestaciones son compatibilidades con el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Además, tomando de base el coste medio, inferior a 500 euros al mes, es un modelo sostenible y mucho menos costoso que la atención residencial.

Aprendizaje incremental en el curso de su implementación: Se han ido introducido modificaciones para adecuar algunos elementos a las diferentes situaciones que se han ido presentando, como es la definición de nuevas compatibilidades entre las prestaciones de dependencia y los apoyos ofrecidos a través del proyecto, así como la flexibilización de la posibilidad de atención 24/7. También se han encontrado resistencias puntuales entre profesionales y dificultades iniciales para el trabajo colaborativo en cada territorio que se han intentado resolver mediante las alianzas y el trabajo colaborativo que han facilitado y promovido la consolidación del proyecto.

Para la evaluación se dispone de una base de datos compartida entre profesionales de cada territorio que integra información sobre los apoyos y servicios que reciben las personas adheridas, así como el coste total de los mismos.

4.4. Documentación

El modelo de cuidados está disponible en la página web de la Junta de Castilla y León y en la web del proyecto RuralCare:

<https://ruralcare.eu/es/>



5. Sinhogarismo: “Derechos a la Vivienda”. Proyecto de Hogar Sí y Provivienda

5.1. Descripción

El proyecto **Derechos a la Vivienda** tiene como objetivo testar nuevas soluciones comunitarias al sinhogarismo para impulsar el desarrollo de políticas públicas de desinstitucionalización y prevención de la institucionalización.

Este proyecto está liderado por la Alianza entre **HOGAR SÍ y Provivienda** y se está desarrollando exclusivamente con el apoyo de fondos Next Generation.

El diseño de la intervención sustituye el enfoque tradicional “condicionado” en el acceso a la vivienda por el modelo *Housing First*, que parte de la idea de que los efectos positivos son mayores si el acceso a la vivienda es directo e incondicional, favoreciendo así a la autonomía de las personas. El modelo inicial de *Housing First* se basaba en viviendas unipersonales, en el proyecto de Derechos a la Vivienda también se incorpora la posibilidad de compartir vivienda (*housing led*).

El proyecto aspira a generar procesos de aprendizaje compartido para obtener evidencias sólidas ante la definición de nuevas políticas públicas de erradicación del sinhogarismo. Las leyes y las estrategias de intervención actuales con relación al sinhogarismo han mostrado la existencia de un enorme margen de mejora en las políticas públicas. De esta forma, Derechos a la Vivienda está trabajando en el desarrollo de un mapa de políticas públicas de alcance estatal, autonómico y local en los territorios participantes, a partir de los aprendizajes del proyecto.

Se basa en un enfoque multiactor y multinivel planificado con una duración de tres años. Cuenta con la implicación de doce administraciones públicas, entre ellas ocho municipios en seis comunidades autónomas, en las que se concentra el 56% de las personas sin hogar, un Comité Asesor Internacional y una red de socios proveedores especializados en el diseño de servicios y políticas.

12 administraciones
públicas

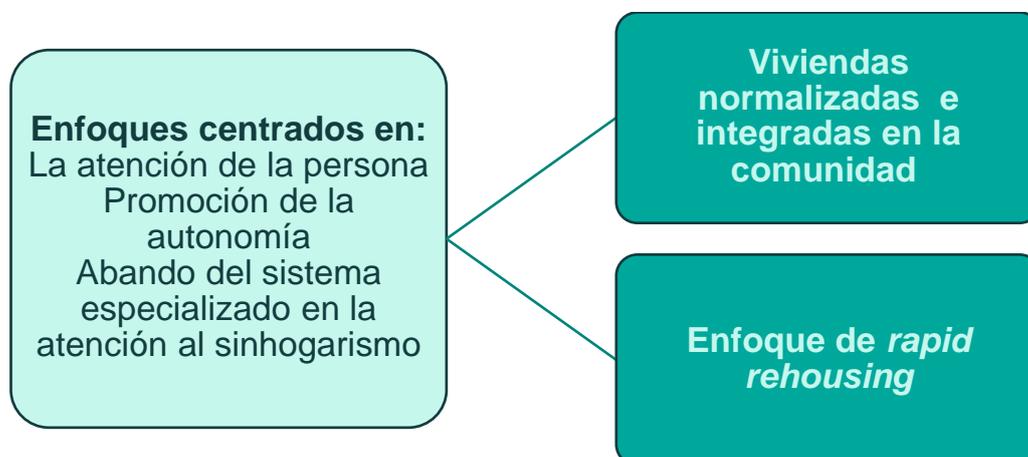
Comité Asesor
Internacional

Red Socios

El objetivo es facilitar los procesos de desinstitucionalización de aquellas personas que se encuentran en alojamientos de carácter colectivo de la red pública de atención, pasando a **soluciones basadas en viviendas normalizadas e integradas en la comunidad**.



Paralelamente, se desarrollará un modelo de atención temprana al sinhogarismo y prevención de la institucionalización, basado en el **enfoque de *rapid rehousing***, orientado a personas que llevan menos de seis meses en esta situación para prevenir la rápida cronificación de la situación del sinhogarismo y ahorrar la necesidad de intervenciones más profundas y costosas en el futuro.



El proyecto pretende reforzar las capacidades de las administraciones públicas participantes y extraer aprendizajes sobre la desinstitucionalización del sistema que pueda ser escalado dentro de las mismas y transferido a otras administraciones que no forman parte del proyecto. Prevé así prevé el desarrollo de una estrategia de aprendizaje continuo (*upskilling*) y el reciclaje profesional (*reskilling*) para profesionales que desarrollan su actividad en el sistema de atención al sinhogarismo.

5.2. Análisis

5.2.1. Fases y desarrollo

Derechos a la Vivienda parte de la hipótesis de la eficacia de políticas públicas en la prevención e intervención sobre el sinhogarismo, buscando una rápida validación con el menor coste posible con el objetivo de maximizar los aprendizajes antes de generar grandes inversiones y transitando un camino continuo de aprendizaje mediante la validación rápida de **Mínimos Productos Viables** que demuestren lo acertado o no de las validaciones y la suma de incrementos de los productos.

Actualmente el proyecto se encuentra en la fase de implementación, donde se están generando espacios de coparticipación con los socios proveedores, las administraciones públicas participantes y la clientela para la validación de las soluciones generadas en el marco del proyecto. Esta fase está siendo testeada para ser mejorada desde una perspectiva iterativa incremental de dichas actividades y servicios.

Cuenta con el desarrollo de un CRM para la gestión de los datos generados en la intervención, así como para el desarrollo de la propia evaluación, y un cuadro de mando integral para el seguimiento de las actividades del proyecto.



Mediante un mapa de *stakeholders* se pretende analizar y monitorizar el posicionamiento de estos, así como su capacidad de impacto en el desarrollo y resultados del proyecto. Se busca definir acciones para promover las posiciones facilitadoras del cambio, mitigando los riesgos relacionados con las resistencias.

A día de hoy, el proyecto ha facilitado ya procesos de desinstitucionalización con la transformación de plazas de alojamientos colectivos a soluciones basadas en vivienda y comunidad con un alcance potencial directo sobre más de 1.000 personas en situación de sinhogarismo y más de 500 profesionales del sector.

5.2.2. Actores y coordinación

El proyecto parte de los aprendizajes ya realizados por la Alianza de HOGAR SÍ y Provivienda en el marco de los proyectos basados en la metodología Housing First, bajo un enfoque de separación de servicios, en los que se diferencian dos perfiles profesionales que sería: el **Equipo técnico de apoyos socioeducativos**, que actúa como case manager y el **Equipo técnico de apoyos en vivienda**.

La gestión y coordinación del proyecto supone un reto debido a la necesidad de integrar los distintos niveles en los que actúa el proyecto:

Nivel Operativo/Programa

- Intervención del día a día necesariamente una gestión co-diseñada con la propia clientela, pero también se tienen en cuenta al personal técnico y el de servicios públicos o privados. Utiliza un enfoque centrado en la persona y la atención temprana (rapid rehousing).

Nivel Técnico/Táctico

- Dentro del espacio colectivo de gobernanza, se crea un Comité Técnico donde participan las 12 administraciones. Este nivel implica a las coordinaciones del programa y a las personas que han designado las administraciones como interlocutoras en este nivel de decisión.
- En un periodo trimestral se establecen reuniones de trabajo para abordar cuestiones generales del programa, compartir aprendizajes y conocimiento, así como a diseñar soluciones implementables y adaptables en los distintos territorios a problemáticas comunes, diseño de las acciones de incidencia y sensibilización que favorecen el cambio de modelo.
- Se cuenta con una coordinación territorial que mantiene un contacto periódico entre el Comité y las AAPP para abordar cuestiones más operativas.

Nivel Estratégico/Dirección

- Compuesto por los máximos decisores tanto de las administraciones públicas participantes como de las organizaciones que dirigen el proyecto



- Su labor es definir las grandes líneas estratégicas, diseñar e impulsar las principales iniciativas y hacer el seguimiento de los avances generales del proyecto.
- Cada seis meses el Comité de Dirección se reúne para diseñar conjuntamente la hoja de ruta general del proyecto, evaluar los resultados, compartir conocimientos e impulsar la sostenibilidad y transferencia.

5.3. Lecciones y perspectivas

Modelo de coproducción clientela y AAPP: El diseño del modelo metodológico de acompañamiento en procesos de desinstitucionalización y prevención de la institucionalización se realiza a través de un modelo de coproducción en el que la validación por parte de la clientela y AAPP. Permite el diseño de estrategias que dan respuestas no previstas inicialmente, basadas en fomentar la autonomía y el diseño de servicios flexibles a disposición de la clientela, a la vez que contribuir al cambio de modelo.

Metodología AGILE: La implantación de la metodología AGILE favorece la generación de productos y servicios de manera más eficaz respondiendo a las necesidades reales de la clientela y grupos de interés, así como permite corregir a tiempo las desviaciones y favorece los procesos de innovación. Por otro lado, se enfatiza en la necesidad de la planificación centrada en la persona, los apoyos autodirigidos, el rapid rehousing, el enfoque de recovery y la reducción del daño, y estrategia de upskilling y reskilling para el trabajo con los profesionales entre otras.

Proceso de transición a la vivienda de manera pausada: Se han identificado aprendizajes claves relacionados con la necesidad de realizar los procesos de transición del centro de alojamiento colectivo a la vivienda de manera pausada, generando espacios de reflexión que permita la toma de decisiones, la autonomía y participación activa de la clientela, y favorezca espacios de encuentro, apoyo mutuo y grupos de convivencia. La separación de servicios garantiza que el derecho al acceso y el mantenimiento de la vivienda al no estar comprometida por la obligación de seguir un tratamiento o conseguir un objetivo concreto.

Generación de espacios de trabajo conjuntos: Modelo de intervención consensuado y validado, donde la participación de la clientela esté correctamente integrada en un sentido táctico (dentro del proyecto de vida), pero también estratégico para la formulación y evaluación de las políticas. Se busca un enfoque multiactor conjunto que combine AAPP y otros actores con un relato común, evitando momentos de confusión e improvisación, que refuerce así la capacidad de elección de la clientela en su proyecto de vida, así como las redes de apoyo social, la prevención de la soledad y la generación de soluciones a largo plazo para una autonomía sostenible en el tiempo.

Sostenibilidad y transferencias de las soluciones generadas: Generar evidencias mediante la evaluación de estos proyectos y el contraste de hipótesis permite perfeccionar a las políticas públicas y sus carteras de servicios universales.

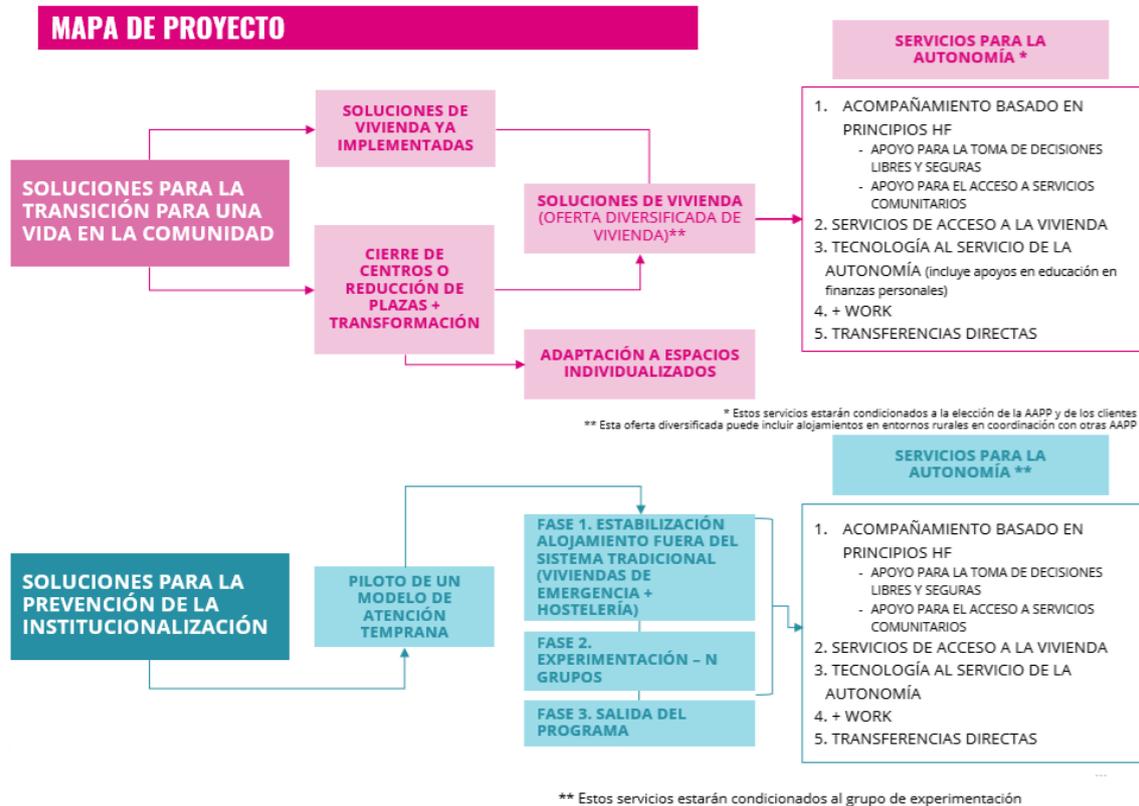


5.4. Documentación

El Proyecto está disponible en la página web de HOGAR SÍ:

Derechos a la vivienda - Soluciones al sinhogarismo

Mapa del proyecto



6. Atención integral a la infancia en protección: Diputación de Guipúzcoa y Ayuntamiento de Donostia

6.1. Descripción

Los **Programas de Prevención Basados en la Evidencia en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa** se inician en el año 2013 y 2014, ante la constatación del incremento sostenido del tiempo de la población infantil atendida por los Servicios de Protección Infantil, cuya intervención a menudo se producía en momentos tardíos y con resultados muy limitados.

El Servicio de Intervención Socioeducativo y Psicosocial es el encargado de la puesta en marcha y aplicación de los diferentes proyectos implantados en el Ayuntamiento de Donostia- San Sebastián. Este se ampara de acuerdo al artículo 22 de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y la Ley 3/2005 de Atención y Protección a la infancia y a la Adolescencia que establece las obligaciones competenciales en materia de protección a la infancia y adolescencia a nivel local.

Este proyecto es implementado en una primera fase de liderazgo compartido por Diputación Foral de Gipuzkoa y Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y un equipo de investigación de la Universidad del País Vasco UPV/EHU que suscribieron el Convenio de Colaboración entre las 3 entidades en 2014 con el compromiso de todas las partes en la implantación piloto y experimental de dos programas seleccionados: **Safe Care e Incredible Years**. Además, se establece la creación de una “Comisión Técnica de Seguimiento”, formada por dos representantes de cada una de las instituciones, encargada de la gestión y supervisión de todo el proceso, asumiendo cada Institución los compromisos y responsabilidades asignadas. A nivel político y de Dirección se cuenta con el apoyo a nivel municipal para el desarrollo e implantación de los Programas Basados en la Evidencia.

Son programas preventivos y de tratamiento para responder de manera temprana a las situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo de desprotección con la finalidad de abordarlas en sus momentos iniciales y evitar su agravamiento y /o cronificación que serán mucho más costosas y difícil de abordar en edades posteriores del desarrollo. Cuenta con la financiación del Diputación Foral de Gipuzkoa y del Ayuntamiento de Donostia- San Sebastián a partes iguales. A partir del 2018 y hasta la actualidad los siguientes convenios se han suscrito por parte del Ayuntamiento y han sido financiados exclusivamente por esta administración.

Para la intervención se siguió una metodología basada en una intervención temprana centrada en ofrecer a los NNA el apoyo necesario en sus primeros años de vida con programas orientados al desarrollo de las competencias sociales y emocionales en niños y niñas de edades tempranas que ya hayan demostrado su eficacia y que se adecuen a las características individuales de cada familia, con especial atención a los factores de riesgo. Se contempla además una formación y supervisión de los profesionales junto con una evaluación de cobertura, procesos y resultados.



6.2. Análisis

6.2.1. Programas seleccionados

Programas	Gestor	Tipo programa	Tipo de intervención	Grupo objetivo
Programa Afocare	National SafeCare Training and Research Center NSTRC	Intervención temprana a familias atendidas por maltrato o negligencia infantil o en situación de alto-riesgo	En el domicilio 18 sesiones Frecuencia semanal	familias con menores de cinco años, (adaptado para edades superiores hasta doce años y a poblaciones específicas)
Programa Incredible Years	Diputación Foral de Gipuzkoa y el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián	Intervención precoz basado en la evidencia prevenir y tratar de forma temprana problemas de conducta en menores		Cuidadores con dificultades significativas para manejar los problemas de comportamiento de menores entre 4-8 años, en una situación de riesgo o constancia de desprotección
Programa Attachment Videofeedback Intervention (AVI)		Programa de intervención basado en el apego para promover la sensibilidad de los cuidadores principales en situaciones de desprotección infantil	Evaluación calidad-cantidad Visita domiciliaria por el profesional para presentar y resolver dudas Realización de un genograma e historial de crianza previo a la intervención	familias con menores de entre 0 y 5 años de edad en situación de riesgo de desprotección leve y moderado, con bajas competencias para el cuidado sensible o que no presentan riesgo de desprotección, pero necesitan mejorar sus competencias parentales familias con menores con dificultades socioemocionales a nivel comunitario o que hayan sufrido complicaciones prenatales, perinatales y neonatales y manifiesten riesgo de presentar trastornos del neurodesarrollo

Programas	Gestor	Tipo programa	Tipo de intervención	Grupo objetivo
Programa (Egokitzen)	Ayuntamiento de Donosti	Programa psicoeducativo para adquirir conocimientos y habilidades para proteger a los menores del estrés derivado del conflicto	versión dirigida a los progenitores y Programa Psicoeducativo Egokitzen Infantil	Padres y madres separados, divorciados o en proceso de divorcio con hijos de 0-17 años pensado desde la perspectiva de los hijos/as Niños/as entre 8 y 12 años en la gestión de sus procesos emocionales y cognitivos derivados de la situación de divorcio o separación de sus padres para poder afrontar la nueva situación de una manera adecuada.
Programa Guía de Parentalidad Positiva de la Universidad de Oviedo			Generar estrategias personales, emocionales y educativas para la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva adecuados para los niños y los jóvenes	Cuidadores con responsabilidades educativas familiares con hijos/as de entre 0-17 años



6.2.2. Actores y coordinación

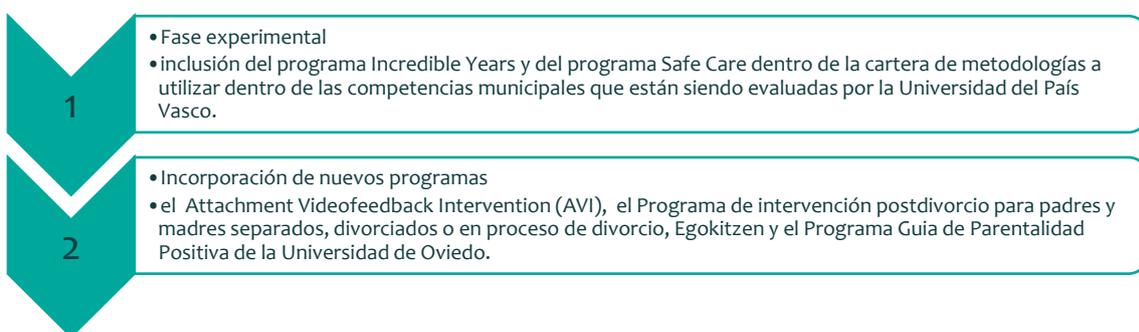
Existe una colaboración entre Universidades, Administración y empresas prestadores de servicios. A partir de la nueva disposición en las relaciones entre estos actores se han ido dando cambios en cómo se debe prestar el servicio, solicitando un plan de formación, supervisión y acreditación progresiva de los y las profesionales a estas nuevas metodologías de intervención. El Ayuntamiento ha incluido así modificaciones y cambios en las contrataciones llevadas a cabo en estos últimos años y la actual empresa contratada dispone de un **Plan de Formación** durante la vigencia del contrato actual.

Estos cambios a nivel organizativo dentro del Servicio de Prevención, Infancia y Familia afectaron también a al personal de plantilla con nuevas funciones para la gestión de los Programas Basados en la Evidencia y nuevos procedimientos sobre los criterios y derivación a cada PBE, para incrementar la derivación a los mismos.

Programa de detección e Intervención Precoz	Servicio de Gestión de Casos de desprotección infantil leve o moderada	Unidad de Gestión
<ul style="list-style-type: none">• ámbito comunitario con gran alcance• difusión permanente de los Programas Basados en la Evidencia en dichas Unidades Profesionales• centros públicos y concertados del municipio de Donostia	<ul style="list-style-type: none">• 12 Psicólogas Comunitarias• 1 Coordinadora para la gestión de casos• Servicio contratados en 8 Centros de Servicios Sociales.• Responsables de caso frente a las familias	<ul style="list-style-type: none">• 3 Psicólogas especializadas en desprotección infantil de plantilla municipal• Gestión de los Programas Basados en la Evidencia y de los recursos socioeducativos y psicosociales contratados• evalúa la implantación de los PBE a nivel de proceso, cobertura y resultados de la intervención

Para la coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación, públicos y privados, del ámbito comunitario se cuenta con una red muy amplia de todos aquellos agentes que en sus diferentes ámbitos intervienen, trabajan e interactúan con NNA, lo que conlleva una red de actuación muy amplia entre SS, Infancia y el resto de agentes del ámbito comunitario.

6.2.3. Fases



6.3. Lecciones y perspectivas

Son programas con un proceso de aprendizaje y supervisión largo y costoso al inicio. Pero esta inversión es necesaria para aplicar el programa con garantías de eficacia y eficiencia a medio plazo. Son exhaustivamente manualizados en todos sus aspectos, y requieren una formación y unas condiciones de aplicación muy exigentes.

Difusión permanente de los Programas Basados en la Evidencia: Permiten adecuar la intervención a las necesidades y circunstancias particulares de cada niño/a y cada familia. La metodología basada en evidencias es necesaria para superar las dificultades, lograr el apoyo político y la financiación necesaria. Como no existe una cultura profesional vinculada a estas metodologías tan sistematizadas: el saber hacer y los logros de la intervención descansan en otros principios. Por ello es necesaria una fase de aprendizaje, no solo en la sistemática de un Programa concreto sino, también en cuanto a la cultura de herramientas de trabajo.

Cambio en la cultura organizativa del sistema de protección a la infancia. Implica que las personas estén dispuestas a asumir ese cambio. Los cambios en la estructura organizativa a nivel de principios, procedimientos de trabajo, toma de decisiones deben apoyar y facilitar el cambio en el trabajo de los profesionales. Por último, supone un cambio en las relaciones con las familias y NNA, con el resto de agentes de intervención.

Viabilidad y sostenibilidad de las modalidades del programa Incredible Years. Los/as profesionales ya acreditados como terapeutas de Incredible Years pueden ser líderes y referentes en este proceso. Conseguir un mayor nivel de formación y capacitación para ejercer de coaches, para formar y supervisar a nuevos profesionales.

Formación permanente con la supervisión de las competencias. La formación y supervisión constituyen uno de los componentes centrales para conseguir el éxito en la implantación de estos programas. Garantizan la aplicación del programa correctamente y con fidelidad, mostrando una adaptación sin dificultad al grado de estructuración de los PBE, a una forma de trabajo monitorizada y supervisada. Este proceso concluye en una evaluación individualizada sobre el grado de adquisición de las competencias consideradas necesarias para ejecutar correctamente el programa.

Fidelidad a los componentes, flexibilidad y ajuste a las necesidades individuales: Los resultados de estos programas sólo pueden garantizarse si se ejecuta tal y como fue diseñado, preservando sus componentes centrales. La evaluación de proceso y la monitorización de la fidelidad debe ser prioritaria, así como el mantenimiento de sistemas para la evaluación de los resultados del programa.

6.4. Documentación

Arruabarrena, I., Rivas, G. R., Cañas, M., and Paúl, J. D. (2021). The Incredible Years Parenting and Child Treatment Programs: A Randomized Controlled Trial in a Child



7. Vida independiente en la ciudad y cuidados urbanos: Ayuntamiento de Barcelona

7.1. Descripción

El Ayuntamiento de Barcelona ha puesto en marcha dos iniciativas con el objetivo de mejorar la buena vida en comunidad a través del fomento de la vida independiente y los cuidados urbanos: el proyecto de las Supermanzanas y Vila Vèina. Estas iniciativas suponen un cambio en el modo de trabajar, en la organización y distribución de las tareas por parte de las empresas, al objeto de retrasar los procesos de institucionalización.

Supermanzanas sociales es un proyecto que busca mejorar la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y que consiste en ensayar una nueva forma de provisión del servicio, basada en la creación de equipos de profesionales que atienden a un grupo de personas usuarias que viven en una supermanzana (inspirados en el modelo de Buurtzorg (una organización holandesa de servicios sanitarios domiciliarios). Se basa en el concepto de residencia distribuida (o difusa) donde las personas atendidas siguen viviendo en sus casas, pero han de recibir un nivel de atención similar al que recibirían en una residencia.

El modelo actual de provisión de los Servicios de Atención Domiciliaria (SAD) muestra signos de agotamiento tanto con respecto a la calidad del servicio como a las condiciones de trabajo de profesionales que están produciendo un elevado nivel de absentismo y rotación de profesionales, donde el cuidador tiene un papel secundario y prácticamente invisible debido a la despersonalización. Por otro lado, también da respuesta a situaciones de falta de aprovechamiento de la concentración de la densidad de los barrios donde se asumen costes de desplazamiento y se ignoran sinergias que podrían producirse en un territorio de proximidad.

Con esta iniciativa se busca: 1) mejorar la calidad del servicio (reducir el aislamiento de las personas usuarias; 2) mejorar las condiciones de trabajo del equipo de profesionales (reducir la precariedad, aumentar el reconocimiento social de las personas que realizan trabajos de cuidados); 3) conseguir una mayor sostenibilidad social y económica del servicio (aumentar el número de actores de proximidad que se involucran en los cuidados).

Este proyecto sigue la misma financiación del SAD del Ayuntamiento de Barcelona que es parcialmente financiado por la Generalitat y el propio Ayuntamiento, quien cubre horas del SAD social o el resto del coste del servicio. Se aplica en una población entre 5.000 y 8.000 habitantes en la zona de acción de un mismo Centro de Servicios Sociales



o equipo de SADEP (equipos especializados de gestión de la dependencia), y siempre que sea posible, en una sola zona de atención del Área Básica de Salud.

Elementos diferenciadores:

La persona es atendida por un equipo de profesionales, a los que conoce/identifica

Capacidad de flexibilización del servicio y de realización de servicios de poca duración (de 30')

Equipos integrados por equipo de 10/15 personas entre las cuales una ejerce de coordinación técnica

Equipo orientado a la autoorganización, participan en las tareas y se implican en el seguimiento de las personas usuarias.

La empresa adjudicataria incrementa el número de personas a jornada completa

VilaVeïna es un proyecto de innovación social que está desarrollando el Ayuntamiento de Barcelona desde el año 2021. Liderado por la Tenencia de Derechos Sociales, Feminismo, Justicia Global y LGTBI y, más concretamente, por la Concejalía de Salud, Envejecimiento y cuidados del consistorio barcelonés.

El objetivo es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que cuidan y de aquellas que necesitan recibir cuidados articulando comunidades de cuidado capaces de cuidar colectivamente y desde la proximidad. Se inspira en el modelo de ciudad de los 15 minutos, construyendo entornos que generen un mayor apoderamiento colectivo y socialización de las responsabilidades de cuidado y reconociendo su valor social. Tiene como precedentes las intervenciones de recuperación de espacios públicos para la ciudadanía llamadas “supermanzanas” de movilidad del año 2016 así como el desarrollo de un nuevo modelo de gestión desde una lógica de proximidad y del empoderamiento de los equipos profesionales de uno de los servicios clave en los cuidados como es el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) impulsado en 2017.

El proyecto contó también con el marco generado por la Medida de Gobierno de Democratización de los Cuidados que tenía un horizonte de desarrollo de 2017 a 2021. Paralelamente también se impulsaron otras medidas o iniciativas de gobierno que facilitaron la puesta en marcha del proyecto:

- Medida de Gobierno de Innovación Social (2021-2023).
- Medida de Gobierno para la elaboración de la estrategia municipal contra la soledad (Estrategia Municipal contra la Soledad 2020-2030).
- II Plan para la Justicia de Género (2021-2025).
- Medida de Gobierno de Economía Feminista: Para la mejora de las condiciones económicas, sociales y laborales de las ocupaciones más feminizadas y precarizadas (2021).
- Plan de Infancia 2021-2030. Retos y actuaciones para mejorar las vidas y los derechos de la infancia y adolescencia en Barcelona.



Todas estas iniciativas políticas han sido positivas y han beneficiado el desarrollo del proyecto.

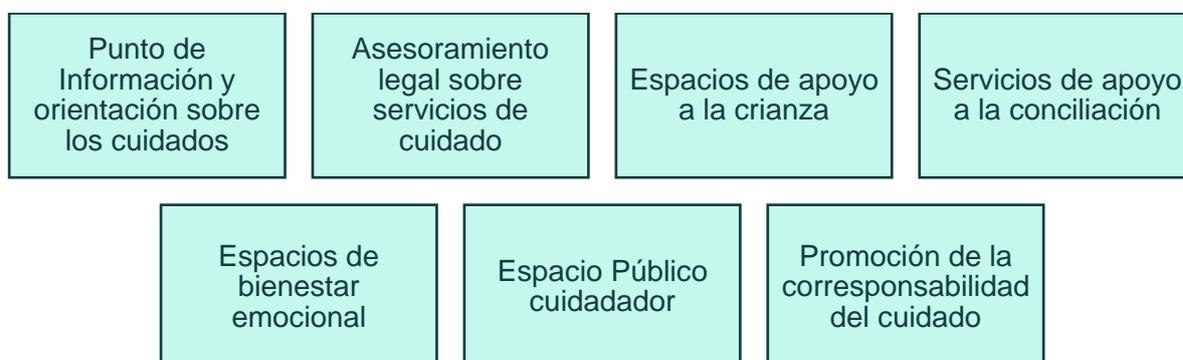
Finalmente, en términos de financiación, el presupuesto proviene de los fondos del Ayuntamiento de Barcelona, concretamente el coste del proyecto ha sido de 3,5 millones de Euros del 2021 al 2023.

El proyecto se dirige a toda la ciudadanía que reside en estos territorios de 16 comunidades en distintos barrios de la ciudad, pero, especialmente, a aquellos colectivos más sensibles y afectados por las tareas de cuidado: las personas mayores, las familias con hijos e hijas en la etapa de 0 a 3 años y las personas cuidadoras, ya sean profesionales como familiares o del entorno más cercano a la persona que necesita ser cuidada.

El principal objetivo es mejorar la calidad de vida de quienes dan y reciben cuidados:



Vila Veïna tiene una cartera de servicios homogénea en todos los territorios y otra adaptable y flexible a la realidad y necesidades que se detectan en el territorio a partir de un diagnóstico previo. Los servicios comunes en todos los territorios VilaVeïna son:



7.2. Análisis

7.2.1. Actores y Coordinación

Dentro del proyecto supermanzanas de SAD se encuentran los siguientes actores:





El **Equipo** es el responsable de la atención de las personas usuarias de la supermanzana y de hacer su seguimiento continuo, la planificación de los servicios de la supermanzana, la organización interna, el contacto entre Equipos Básicos de Atención Social y la gestión de incidencias de primer nivel. Actúa como amortiguador de las cargas de trabajo y supone un elemento de equilibrio en el desarrollo de las tareas encomendadas a los propios profesionales. Sus reuniones son periódicas para compartir los casos y su evolución; acordar acciones para mejorar la personalización de los servicios y ajustar las planificaciones.

El rol de la **coordinación técnica** cambia en relación con el equipo de SAD de proximidad hacia un rol significativo y muy importante para la mejora de la calidad del servicio. La figura de coordinadora técnica de SAD de proximidad, está encargada del seguimiento de las personas usuarias de las supermanzanas y cuenta con una mayor capacidad de incidencia en la calidad de la prestación del servicio. Como profesional de apoyo al equipo tiene unas funciones diferenciadas: de acompañamiento y supervisión de los equipos, de promover el trabajo en equipo, contribuir al proceso de empoderamiento del equipo y de las profesionales y de apoyo en términos generales.

El modelo supone una reorganización sobre todo para las empresas que prestan el servicio, con nuevas figuras administrativas y sistemas de gestión que gestionen estas nuevas maneras de trabajar. Estos cambios conllevan modificaciones en la metodología del trabajo del personal de atención directa destacando, implicación del personal de atención directa en el proceso de seguimiento del caso, que realiza la coordinadora técnica de SAD de proximidad, compartiendo el análisis y la toma de decisiones. La mayor implicación requiere a su vez una mayor coordinación y participación de las tareas. A nivel de gestión se observan las desviaciones en unidades territoriales más pequeñas (las supermanzanas), hecho que ayuda a poder anticiparse más rápidamente a posibles problemas.

La coordinación, para comunicar informaciones y coordinar actuaciones, se lleva a cabo a través de las reuniones de coordinación a diversos niveles, periódicas o puntuales y las aplicaciones informáticas de gestión del SAD. La relación de coordinación entre el IMSS y cada una de las adjudicatarias de los servicios se lleva a cabo a diferentes niveles que incluyen tanto el seguimiento de los casos como el seguimiento del contrato.

En el marco de la modalidad de SAD de proximidad por supermanzanas sociales la coordinación se realiza mediante reuniones mensuales entre el equipo de profesionales



de los Equipos Básicos de Atención Social y la coordinadora del equipo del SAD de proximidad por supermanzanas sociales y otros servicios relevantes presentes en la supermanzana social como los servicios de salud u otros servicios comunitarios y también de las personas usuarias en su entorno comunitario.

Actualmente, las supermanzanas tienen mucha relación, coordinan y se apoyan mutuamente con las VilasVeinas desplegadas en un mismo territorio. También en el territorio de supermanzana se inició el proyecto piloto con Salud, *CIS-cotxeres*, que ha requerido de coordinación entre l'IMMS y el Consorcio de Salut para poder poner en marcha proyectos conjuntos como formaciones y reuniones con los equipos de enfermería y el equipo de supermanzana de los casos complejos, todo ello con el objetivo de mejorar la atención a las personas usuarias. Hoy por hoy existen espacios regulares mensuales de coordinación entre las TF y el equipo sanitario que opera en el territorio para hacer seguimiento de los casos y coordinar actuaciones.

El proyecto VilaVëina se estructura en dos grandes equipos de trabajo:

Equipo de coordinación de ciudad	Equipo de ejecución territorial
<ul style="list-style-type: none"> • responsable del desarrollo del proyecto y consecución de los objetivos establecidos • garantizar un impulso homogéneo en todos los territorios de la ciudad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutan el servicio en cada uno de los territorios de intervención. • equipo profesional subcontratado a entidades y asociaciones de la ciudad expertas en intervención social y comunitaria • Foment de Ciutat, S.A.

Para el impulso del proyecto fue necesario articular un sistema de gobernanza a distintos niveles:

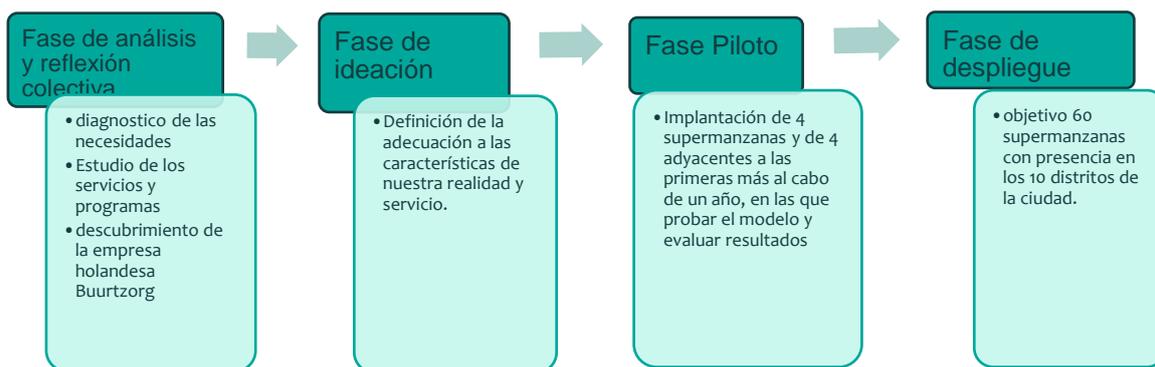


A nivel territorial el modelo de gobernanza del proyecto que se ha seguido ha sido establecer un espacio de implicación comunitaria en cada uno de los barrios con la participación de todos los agentes públicos, privados y de iniciativa social y comunitaria implicados o interesados en el ámbito de los cuidados. Estos espacios han sido clave para el desarrollo del proyecto, así como para el seguimiento y orientación del mismo.

7.2.2. Fases

El proyecto Supermanzanas del SAD se inicia en 2018 con la implantación de un piloto que ha podido desplegarse gracias a la incorporación del modelo en el pliego de contratación. La meta para alcanzar es desplegar 60 supermanzanas en la fecha final del contrato: 31/12/2025. A partir de la evaluación de resultados obtenidos, se planteará la substitución total del modelo actual de prestación por el modelo de proximidad.





Previa a cada implantación se ha de contar con el local para las tareas administrativas de coordinación, hacer seguimiento de la adecuación del espacio y un estudio del número de manzanas posibles en función del territorio (máximo 15 minutos a pie) y el número de horas de SAD a prestar (máximo 1500 horas mensuales, equivalente a 10-15 trabajadoras familiares). Reuniones de coordinación y evaluación. Y la comunicación con los y las usuarias y la presentación de las referentes de la empresa a los Centros de Servicios Sociales municipales

El proyecto VilaVeïna se ha llevado a cabo a partir de tres fases:



El proyecto cuenta con distintos servicios y recursos aliados para su impulso: los servicios de salud y los servicios sociales como agentes clave en la detección de necesidades y dificultades en el ámbito de los cuidados y los equipos de proximidad del Servicio de Atención Domiciliaria como detectores de oportunidades, así como de canalizadores y embajadores del proyecto. Uno de los agentes que ha costado más involucrar son las escuelas y centros educativos de secundaria.

La mayor parte de las acciones que desarrolla VilaVeïna son coproducidas con los distintos agentes presentes en cada barrio. Además, el proyecto también pretende reforzar y consolidar iniciativas sociales y comunitarias desarrolladas por distintos agentes en el ámbito de los cuidados (redes de personas voluntarias, iniciativas de apoyo mutuo, agrupaciones de mujeres o de profesionales del cuidado, entre otras).



7.3. Lecciones y perspectivas

En el **momento de identificar una nueva supermanzana**, falta de acompañamiento de los tiempos, la falta de tener el local en perfecto estado en el momento de la implementación de las supermanzanas, discursos diferentes ante la persona usuaria dentro del mismo IMSS.

El reto de implementar las supermanzanas, personas usuarias reacias al cambio, equipos de profesionales con dificultad para trabajar en equipo y/o con falta de herramientas para tareas específicas de las supermanzanas, dificultad de encontrar locales (uso polivalente de locales municipales) para los equipos de trabajo con familiares, la capacitación de los equipos de trabajo para que sus funciones encajen en el/los convenios, mejorando su profesionalización dentro del sector (con sus especializaciones) y siendo justamente remunerados por tareas y formación superior.

La **creación de equipos** permite evitar la soledad del equipo profesional, ser identificado por la comunidad y favorecer la coordinación entre servicios sociales y sanitarios. También reduce los tiempos de desplazamiento, permitiendo servicios cortos y más flexibles, y reduce el malestar de las personas usuarias por los constantes cambios de profesional o la falta de comunicación directa con la profesional. Se trata de un cambio organizativo que empodera a los equipos profesionales de atención directa y les permite aportar su valoración en el diseño de la atención. También se valora positivamente la coordinación en la detección precoz de patologías que necesitan atención médica (p.e. Ictus, deterioro cognitivo, etc.), en el acompañamiento al tratamiento de personas con enfermedades crónicas (diabetes, etc.) y los canales de comunicación directa entre las TF y los equipos de atención domiciliaria de atención primaria de salud.

Reto de escalabilidad: son unidades territoriales inferiores al barrio que garantizan la proximidad, pero, al mismo tiempo, suponen un reto de sostenibilidad e integración en la estructura municipal. Otro de los retos es ajustar expectativas que las personas puedan tener respecto a un servicio de apoyo a los cuidados. Una de las grandes demandas que las personas hacen al proyecto es la necesidad de incrementar horas de SAD, demanda que no podemos cubrir ni abordar.

Es un proyecto que tiene una gran capacidad de adaptabilidad dado que el territorio en el que interviene es más pequeño del que es habitual en la gestión municipal, lo cual también favorece el establecimiento de relaciones y espacios de coordinación entre los agentes clave, así como de resolver disfunciones en los canales y circuitos de trabajo.

Necesidad de trabajar desde la proximidad a las personas con un enfoque que vaya más allá de lo estrictamente social y que interpele al conjunto de la sociedad y a los distintos sectores (cultura, educación, sostenibilidad y medio ambiente, urbanismo, vivienda, prevención y seguridad, resiliencia urbana, etc.).

La **evaluación** se produjo mediante la satisfacción de las personas usuarias en los pilotos en 2019 (Fundación Avedis Donabedian UAB). Además, anualmente el servicio en general es evaluado mediante encuestas de satisfacción en las que se comparan los resultados de diferentes ítems. Desde 2020 se ha añadido a la muestra general, el total



de personas usuarias del nuevo modelo, para comparar resultados obtenidos en los dos modelos, en diferentes áreas. En todas, las puntuaciones que se reciben son mayores en SAD proximidad, destacando el área de comunicación. La lección extraída ha sido la de anticiparse a posibles problemas, empezando antes con la planificación, aumentando el número de reuniones con los actores implicados, trenzando protocolos de actuación, planes de actuación etc.

7.4. Documentación

Se pueden encontrar información en la página del Ayuntamiento de Barcelona:

Se pueden encontrar información en la página del Ayuntamiento de Barcelona:

Superilles socials | Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI. (s. f.). <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/innovacio-social/superilles-socials>.

Vila Veïna | Ciutat Cuidadora. <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/es/vilaveina>

Artículos para profundizar

Torrens, L. (2018). Barcelona per a la gent gran. Les superilles socials. Ajuntament de Barcelona.

https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista/14_experienncias_torrens_bcn25_cat.pdf

Torrens, L., Riutort, S., & Juan, M. (2022). Towards a New Social Model of the City: Barcelona's Integral Superblocks. In O. Heckmann (Ed.), *Future Urban Habitation* (1st ed., pp. 25–36). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119734895.ch1>

Torrens, L. (2022). Social superblocks, a new social design. In E. Manzini, A. Fuster, & R. Paez (Eds.), *Plug-ins: Design for city making in Barcelona*. Actar. <https://www.elisava.net/publicacions/plug-ins>



8. Discapacidad intelectual - Servicio de Vida independiente y de Asistencia Personal: Asprodes Castilla y León

8.1. Descripción

Asprodes es una entidad social con una larga trayectoria y referente en la gestión de servicios de atención de personas con discapacidad o en situación de dependencia intelectual, con implantación en toda la provincia de Salamanca. Actualmente participa en una iniciativa de la Junta de Castilla y León para proyectos innovadores sobre vida independiente buscando generar, con carácter universal, un derecho a decidir los apoyos independientemente de dónde se reside y haciéndolos accesibles económicamente en función de los ingresos y su situación familiar de manera específica. El modelo se basa en otros ya implantados en esta misma Comunidad Autónoma como son “A gusto en Casa” e “Intecum”.

El **servicio de vida independiente** es la evidencia de una transformación organizacional que busca la personalización de los apoyos y cuidados en los entornos de referencia basándose en el modelo de vida independiente y de intervención centrada en lo importante para la persona. Se crea en 2014, fecha en el que es autorizado por la Junta de Castilla León para prestar apoyos a personas con discapacidad o en situación de dependencia. La cartera de servicios que se habilita incluye además otros recursos como son la valoración del entorno y asesoramiento en productos de apoyo, orientación en temas de dependencia, servicios auxiliares, potenciación de los apoyos naturales y de las redes comunitarias.

Durante muchos años, las condiciones normativas y estratégicas se centraban en un modelo de autorización de centros y servicios y modelos de concertación y gestión de plazas, que han sido reflejo de la atención en centros institucionalizados. Esto supone una importante barrera para aquellas personas que quieren acceder a un piso, pero que no requieren las mismas atenciones que las personas con problemas de movilidad. Se obvia, por tanto, las diferentes necesidades de apoyo.

Esta situación cambia a raíz de la Autonomía Personal y la Estrategia que la Junta de Castilla y León define en su implantación. Flexibiliza registros, los requerimientos en los apoyos, promueve el proyecto de vida como determinante en los servicios, y habilita las prestaciones a cada persona. Que las personas tengan libertad de elección de sus apoyos es una base para el desarrollo de un modelo de vida independiente, aunque existen dos limitaciones en las que se debe profundizar:

Tiene que existir un proveedor para los servicios que se demandan en su espacio vital

Debe mejorarse la financiación que permita el acceso a los servicios y apoyos que necesiten

El impacto en la entidad es notable en muchos sentidos: grupo de personas con discapacidad que realizan tránsito hacia actividades comunitarias dejando atrás el modelo tradicional de atención en centros de día /ocupacionales; familias que apuestan



por los apoyos en domicilio descartando residencias como única alternativa de apoyo, un estilo de apoyo basado en el respeto a las decisiones de la persona, que indaga en sus potencialidades con mirada comunitaria que va impregnando todos los perfiles profesionales.

A grandes rasgos las evidencias muestran que un modelo basado en proyectos de vida, apoyos personalizados y en comunidad, mejora la calidad de vida y obtiene una satisfacción muy por encima a un modelo más institucional. El número de personas apoyadas en su proyecto de vida desde el inicio hasta ahora alcanza los 1000 usuarios y la generación de empleo alrededor de estas personas es de un gran volumen.

La financiación principal es a través de las prestaciones vinculadas a cada servicio que ofrece el reconocimiento de situación de dependencia. Se trata de una financiación individual para que cada persona elija sus apoyos adaptando los recursos a variables más allá de la dependencia ya que muchas personas no necesitan apoyos continuados, pero si tener la referencia para momentos si surge la necesidad. En Castilla y León estas prestaciones están mejoradas sobre la referencia nacional y, cada año, se van actualizando sus importes por encima de los IPCs.

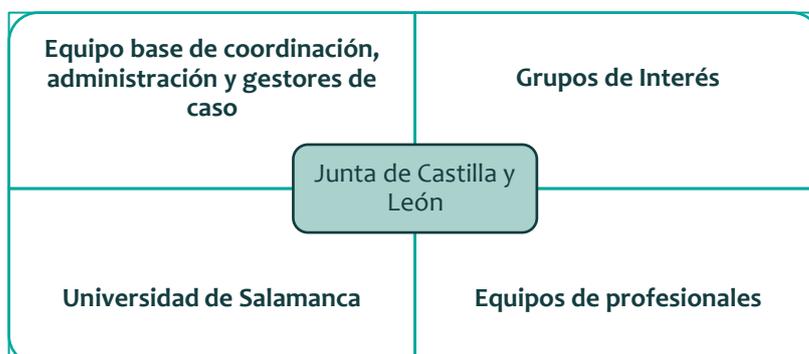
Por otra parte, Asprodes tiene en marcha un proyecto piloto en la sierra de Francia, en tres pueblos de unos 500 habitantes con viviendas en red con apoyos compartidos, y que, con la ayuda de la tecnología, y con un buen sistema de gestión de personas garantiza proyectos de vida individuales y una estructura compartida de apoyos. De esta experiencia se observa la dificultad inicial de generar un equipo base que trabaje en una zona que no existe una alternativa para la vida independiente y que las personas irán confiando poco a poco en los apoyos de sus proyectos.

8.2. Actores y coordinación

8.2.1. Actores y concepción del modelo

La financiación de proyectos innovadores de obras sociales de la propia Junta de Castilla y León permitió tener un **equipo base de coordinación, administración y gestores de caso** aun no disponiendo de clientes y horas necesarias para la viabilidad.

A partir del año 2004 la planificación estratégica de la entidad empieza a contar con la participación de todos los **grupos de interés** con quienes se acordó promover servicios que fomentaran el máximo de autonomía y en espacios donde se participase en la comunidad. Además, se contó con la implicación de la **Universidad de Salamanca** para, por ejemplo, la co-creación de productos para la autonomía, la revisión de los modelos de calidad de vida, de gestión de apoyos personalizados y en comunidad. Muchos **profesionales** de Asprodes se han



capacitado en este modelo y han ido construyendo en el marco de Plena Inclusión la estrategia que incorpora principios elementales e irrenunciables como la autodeterminación de la persona y los apoyos que requiere para participar en la vida social. Estos equipos de profesionales junto con otros elementos infraestructurales sirven de base para la organización de apoyos en la intervención.

Se definen tres grandes retos:

Consensuar un modelo de formación profesional que se adapte con un servicio tan diverso como este

Establecer modelos organizativos que permitan las condiciones de trabajo para obtener candidatos/as en cualquier parte del territorio

Configurar estructuras comarcales o de barrio que garanticen la gestión eficaz de los equipos y la viabilidad del modelo

La organización renueva cada cuatro años su Plan Estratégico y dispone de un sistema estructurado de calidad para evidenciar los resultados. En este último periodo, la **propuesta estratégica es el territorio**, los pueblos, los barrios, como el espacio **gestionado con todos los agentes activos** para que las personas tengamos espacios más amables y accesibles y el desarrollo de los proyectos de vida. Esto implica un cambio en la organización que afecta fundamentalmente a dos aspectos:

1. Apoyar a cualquier persona
2. Actuar generosamente en la alianza con cualquier entidad o dinámica que se promueva en cada territorio.

8.2.2. Coordinación e integración local de prestaciones

El sistema para la autonomía y atención a la dependencia ofrece una serie de prestaciones, como ayuda a domicilio, prestaciones económicas de cuidados, servicios de promoción de la autonomía personal, centro de día, centro de noche o asistencia personal, que son compatibles entre sí, pero que muchas veces carecen de articulación. La iniciativa de Asprodes – Servicio de Vida independiente y de Asistencia Personal – recoge y coordina muchas de estas prestaciones de la Comunidad Autónoma, algunas delegadas a los entes locales, particularmente dos de ellas:

- La **ayuda a domicilio** cuyo modelo es una experiencia de apoyo de las personas en sus casas. Debe servir de base para una ampliación en aquellos aspectos que se pudieran complementar o mejorar cuyos profesionales han posibilitado que las personas mayores conozcan y aprecien la colaboración en su casa de alguien ajeno a su familia.
- El **servicio de promoción de la autonomía personal o asistencia personal** con una clara intención de apoyar a la persona en su proyecto, en sus sueños, en sus aspiraciones, en sus deseos, por tanto, adaptándose a nuevas condiciones laborales y tiempos y la formación necesaria.

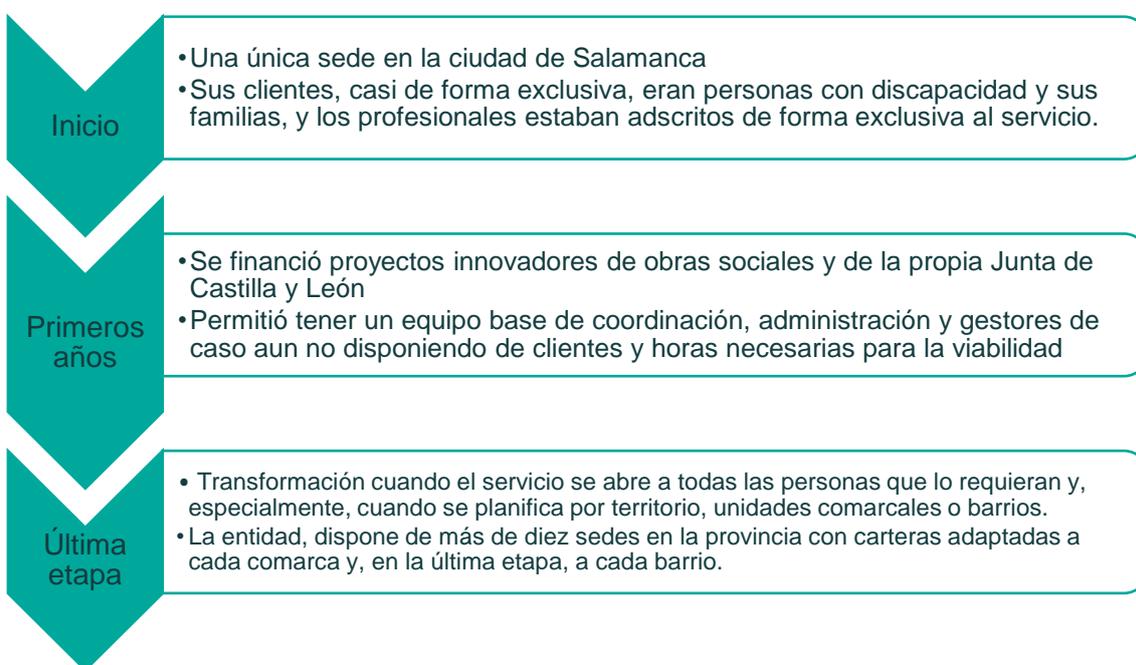
Estos dos modelos se solapan y se complementan. Desde la experiencia de Asprodes se pueden prestar servicios de ayuda a domicilio y asistencia personal, para ello se propone una definición de profesional de cuidados en el hogar, que tenga una



capacitación en el modo de acompañamiento, basada en el respeto a la persona, en la escucha activa y en la intervención mínima que requiera el desarrollo del proyecto. La estructura de la entidad que presta el servicio debe garantizar la formación necesaria para los apoyos de la autonomía, sanitarias, de empleo y otras, siempre orientados a la persona.

8.3. Fases del proyecto

El proyecto se encuentra en una fase de implantación, tanto en la provincia de Salamanca como en el resto de las provincias de la Comunidad Autónoma, bajo el liderazgo de la Gerencia de Servicios Sociales de la Conserjería. Los indicadores actuales de Asprodes determinan claramente una apuesta por la vida independiente y la participación en comunidad. Un 85% de las personas atendidas viven en comunidad, en su casa o piso compartido. El 13% reside en unidades de convivencia en centros residenciales en casco urbanos.



Esto, en parte, ha sido posible porque el desarrollo en plazas residenciales en esta entidad se produce de forma tardía a partir de los años noventa, luego construye los equipamientos en pequeñas unidades y dentro de los cascos urbanos. Actualmente gestiona siete residencias con un tamaño medio de 20 personas, y a su vez, estructurado en unidades de convivencia de 10.

La clave detectada, que va a permitir la implantación de un servicio de vida independiente universal, es la **incorporación en cada territorio de una colaboración profesional específica**, pero trabajando de forma conjunta e integrada para cada pueblo o barrio. Está previsto que para finales de este año se cuente con más de 500 personas apoyadas en sus casas, más de 350 personas que comparten piso y, donde, a su vez, la entidad dinamiza procesos de participación comunitaria, itinerarios al empleo y otras vinculaciones al tejido local. El servicio de vida independiente está implicado así



en el proyecto de cada territorio, y solo con esta contextualización logrará una mayor viabilidad. De esta forma, la estrategia orientada a la persona se combina con su participación real en la comunidad de cada zona.

Desde el punto de vista de la organización surge entonces la oportunidad real de itinerario a la vida independiente y de crear condiciones para que personas, que actualmente residen en un ámbito más institucional puedan optar, si así lo desean, por vivir en su casa o por apoyos que necesiten.

8.4. Lecciones y perspectivas

El aprendizaje compartido de experiencias del Tercer sector. Asprodes cuenta con experiencia previa en el servicio de vida independiente lo que ha servido para participar en la definición de los proyectos experimentales, y en la actualidad compartir con otras entidades su desarrollo en otras provincias.

Plan de escala. Hay un inicio estructurado en apoyar en comarcas adicionales muy definidas a algún barrio en la ciudad de Salamanca. Se evidencia así que el proceso está en una fase de enorme crecimiento y diversificación, que permite obtener información sobre errores o aciertos que en muchos casos depende de las condiciones del territorio. Por esto, la ampliación a otros contextos debe tener la implicación de las unidades básicas de acción social de la entidad a quienes se considera un recurso útil y eficaz para adaptar el modelo a las circunstancias locales.

Debate sobre la compatibilidad y el sistema de ayuda a domicilio y otros como la asistencia personal. Desde la experiencia de Asprodes se pueden prestar servicios de ayuda a domicilio y asistencia personal o en conjunto. Pero se necesita contar con una definición de las actuaciones y una capacitación en el modo de acompañamiento, basada en el respeto a la persona, en la escucha activa y en la intervención mínima que requiera el desarrollo del proyecto.

Importancia de la gestión de alianzas en cada territorio. Las personas tendrán proyectos de vida enriquecedores siempre y cuando participen en la comunidad, sus decisiones tengan incidencia y puedan aprovecharse de los recursos que tengan. Por eso, el Servicio de Vida independiente y de Asistencia Personal de Asprodes facilita la incorporación activa en el entorno local, a través de grupos de acción local o espacios temáticos que sean significativos en el territorio. De esta forma, se ofrece una dinamización local y apoyo y formación a entidades locales para que puedan gestionar los recursos sociales existentes. Además, como el proyecto, aparte del derecho a ser cuidado, quiere considerar y responder a los procesos de despoblación rural y carencias de empleo, se estructuran planes de política de personas en cada territorio para seguir garantizando que haya profesionales de apoyo social donde se les necesita. Por último, como la generación de empleo es importante, se planificarán elementos de repoblación, formación, y reconocimiento profesional en su conjunto y adaptado a cada comarca.

Importancia de las nuevas tecnologías, de la gestión de productos de apoyo, régimen de alquiler, y la experimentación de nuevas soluciones. La entidad



participa con distritos tecnológicos, universidades y empresas, en la co-creación de productos para la autonomía, esto nos va a permitir incorporar sistemas adaptados a las casas para la autonomía y seguridad de las personas, duchas e inodoros que resuelvan la invasión de la intimidad por los profesionales o prototipos de robot social.

Sostenibilidad del modelo. La implantación del modelo ha evidenciado una serie de datos: El coste alternativo de la residencia es mucho mayor, el paquete de prestaciones se tiene que modular en función de más variables que la dependencia y se deben generar operadores especializados en vida independiente y sistemas de apoyos en red. Teniendo en cuenta estas variables, la comunidad autónoma tiene como meta la implantación en todo el territorio, la adaptación de la normativa y los estados financieros y la incorporación como derecho de las personas.

Flexibilidad de los marcos regulatorios. Sería importante que el marco regulador estatal no genere limitaciones. La gestión organizativa que requiere la implantación universal de este modelo necesita cierta flexibilidad dentro de un marco de actuación donde el punto de partida sea el proyecto de vida de cada persona, a partir del cual se definan los apoyos que quiere y necesita junto al derecho a participar en su entorno. A pesar de la difusión de competencias entre lo autonómico y lo local y de los procedimientos, muchas veces cortoplacistas, se deberán interpretar las normativas y las estrategias con flexibilidad para cada caso. De esta forma, se puede garantizar la universalidad. Igualmente, parece esencial gestionar las prestaciones mediante sistemas que determinen la libre concurrencia de entidades enraizadas en el territorio.

8.5. Documentación

<https://asprodes.es/el-servicio-de-vida-independiente-de-asprodes-cumple-5-anos/>

