

Ámbito temático 6. Nuevo marco de competencias y roles profesionales para los apoyos en contextos comunitarios y de base familiar.

Personas Mayores

Karina Andrea Huertas Arauco
Universidad Carlos III de Madrid

Con la colaboración de Gabriel Sotomayor Rivera
Universidad Carlos III de Madrid

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1.- MARCO CONCEPTUAL	5
1.1.- Rol profesional	5
1.2.- Competencia	6
1.3.- Modelos de Cuidado: Atención Integral Centrada en las Personas (AICP) y Atención Centrada en la Persona (ACP).....	11
2.- SITUACIÓN ACTUAL: CULTURA INSTITUCIONAL	15
2.1.- ¿Cómo son los cuidados y apoyos para las personas mayores?.....	16
2.2.- ¿Quién cuida a las personas mayores?	18
2.3.- Marco competencial y roles profesiones del sistema de institucionalización	20
3.- EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS.....	38
3.1.- Nuevo Modelo: Vidas significativas	38
3.1.1.- Marco competencial y roles profesionales que requiere el enfoque basado en derechos humanos (EBD)	41
3.1.2.- Marco competencial y roles profesiones que se requieren para el impulso de apoyos y servicios de base comunitaria y familiar.....	47
3.2.- Identificación de itinerarios que describan los procesos de transformación hacia los nuevos roles profesionales	50
3.2.1. Revalorización de los cuidados	51
3.2.2.- Capacitación de los y las profesionales:.....	52
3.2.3.- Cambios en los convenios colectivos	53
3.2.4.- Cambios normativos: promoción de participación de personas mayores en la toma de decisiones, identificación de normas “institucionalizadoras” y establecimiento de mecanismos de supervisión y control.....	53
3.2.5.- Cuidado de las y los cuidadoras/os profesionales y no profesionales	54
3.2.6.- Revisar viabilidad técnico-económica para adaptar infraestructuras existentes al modelo ACP.....	54
4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54

Introducción

Actualmente, las sociedades avanzadas se han dado cuenta de que sus lugares urbanos y sus proximidades están habitados por un número creciente de personas mayores que, en ocasiones, han alcanzado la condición de centenarios. Además, somos conscientes de las proyecciones demográficas que indican la existencia de una sociedad con una esperanza de vida prolongada, caracterizada por personas que tienen muchas probabilidades de sobrevivir durante muchos años en entornos que carecen de capacidad para proporcionar una amplia protección o benevolencia, con familias lejanas y, con más frecuencia que nunca, en un estado de aislamiento¹.

Este envejecimiento demográfico conlleva una mayor demanda de apoyo, mientras que, el modelo de bienestar deficiente, los cambios en la dinámica familiar y en los roles de género relacionados con los cuidados y la erosión de la cohesión social, ponen en evidencia el desafío de satisfacer las necesidades actuales de cuidado en España². El modelo actual, que se basa principalmente en el modelo institucional tradicional, ha demostrado ser ineficaz y su diseño arquitectónico y modelo organizativo tienen posibles efectos transmisores de enfermedades, como señala Sancho Castiello³.

En las últimas décadas, han ocurrido una variedad de cambios sociales, económicos, políticos y demográficos que han dado lugar a la conocida crisis de los cuidados, que no es otra cosa más que la constatación de las dificultades que enfrentan amplios sectores de la población para cuidarse a sí mismos, cuidar a otros o recibir cuidados. Ezquerro⁴ manifiesta que esta crisis nos enfrenta a la imposibilidad de que el cambio necesario en la forma de organización social de los cuidados se pueda lograr con los recursos y las y los actores tradicionalmente presentes.

Además, recientemente la pandemia mundial de COVID-19 ha puesto en primer plano las insuficiencias que existen en el actual sistema de cuidados en España, lo que ha provocado un impacto particularmente grave en el grupo demográfico más susceptible, a saber, las personas mayores. La emergencia sanitaria puso en relieve, con gran énfasis, la necesidad vital de garantizar una atención individualizada y de alta calidad que tenga debidamente en cuenta las necesidades y preferencias individuales de todas y cada una de las personas⁵.

Sumado a esto, se puso de manifiesto la importancia de contar con servicios sociosanitarios profesionales sólidos para garantizar el mantenimiento de la continuidad

¹ SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, *Revista Internacional de los Estudios Vascos (RIEV)*, 65 (1-2), 2020, pp. 180-224, p.182.

² ARTIAGA LEIRAS, Alba., “Cuidados comunitarios y gobierno común de la dependencia: las viviendas colaborativas de personas mayores”, *Revista Española de Sociología*, 30(2), a29, 2021, pp. 1-16, p 1.

³ SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, op. cit., p.219-220

⁴ EZQUERRA, Sandra, “Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real”, *Investigaciones Feministas*, nº 2, pp. 175-187, disponible en https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610

⁵ FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Madrid, 2021, disponible en https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf (última consulta 28 de julio de 2023)

de los cuidados, ya que si estos son accesibles y de alta calidad permiten a las personas mayores mantener su interdependencia y dignidad. Las/os cuidadoras/es desempeñan un papel crucial a la hora de satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad, la pandemia puso de relieve la existencia de una brecha entre el valor esencial del trabajo asistencial y el nivel de remuneración⁶.

A la luz de lo anterior, es innegable la necesidad de que las/os profesionales posean competencias y habilidades para adaptarse a los cambios en el entorno de atención y cuidado de la salud de las personas mayores, una circunstancia que parece seguir sin cumplirse en el paradigma actual.

Siguiendo esta línea de pensamiento, es de suma importancia dilucidar la relevancia de la vivienda, teniendo en cuenta que es el lugar donde se construye la vida, una fuente de consuelo y un lugar de encuentro. Las/os profesionales que trabajan en el entorno de las personas mayores tienen la responsabilidad de proporcionarles todo el apoyo necesario para ayudarles a seguir adelante con su trayectoria vital, independientemente de que residan en su propio domicilio o no⁷. Varios autores postulan que la inexistencia de una vivienda permanente puede afectar significativamente no solo a las personas mayores sino también a la niñez y adolescencia, a las personas con discapacidad y a otros grupos poblacionales⁸.

En relación con las situaciones de vivienda de las personas mayores, teniendo en cuenta la naturaleza heterogénea y variada de este grupo de población, como se mencionó anteriormente, hemos identificado tres circunstancias o grupos específicos:

- Personas mayores que residen en centros residenciales, independientemente de su situación de dependencia.
- Personas mayores que residen en sus hogares o en los hogares de sus familiares, con apoyo (asistencia a domicilio, asistencia remota, asistencia personal, guarderías, etc.), independientemente de su situación de dependencia.
- Personas mayores que residen en viviendas colaborativas, independientemente de su situación de dependencia.

La aparición de opciones de vivienda alternativas está íntimamente ligada a las preferencias de las personas mayores con respecto a los sitios elegidos para recibir atención, lo que a su vez se relaciona con las/os profesionales responsables de su cuidado. Es de suma importancia que las/os profesionales tengan en cuenta las preferencias y los requisitos de las personas mayores y que reciban la formación y la instrucción adecuadas para ofrecer una atención personalizada de calidad a cada persona.

Con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas para garantizar prestaciones sociales y sanitarias satisfactorias, y de alto nivel para las personas mayores, es fundamental identificar los roles profesionales hábiles para satisfacer estas obligaciones y determinar las competencias necesarias que deben poseer. Para desarrollar este punto, se adoptará un enfoque conceptual para contextualizar el marco de

⁶ COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

⁷ DÍAZ-VEIGA, Pura., *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-que-es-y-por-donde-empezar> (última consulta 8 de julio de 2023)

⁸ KNAPP, Martin., CYHLAROVA, Eva., COMAS-HERRERA, Adelina. y LORENZ-DANT, Klara., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, disponible en <https://www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/CPEC-Covid-Desinstitutionalisation.pdf> (última consulta 10 de Julio 2023)

competencias y las funciones de los roles profesionales en este campo. Con base en este marco, analizaremos los modelos de atención actuales y los roles profesionales responsables de llevar a cabo dicha atención. Con esta información, diseñaremos un nuevo marco de competencias y roles profesionales, con un enfoque basado en derechos humanos, que promuevan e impulsen los apoyos y servicios comunitarios y familiares. Finalmente, identificaremos los procesos de transformación necesarios para la transición a estos nuevos roles profesionales.

1.- Marco Conceptual

1.1.- Rol profesional

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la palabra rol viene del inglés *role* y este del francés *rôle*; y se define como papel o función que alguien o algo desempeña⁹. Cada profesional realiza tareas específicas, dependiendo de los diversos roles que desarrolla. Cada una de estas funciones exige competencias distintas.

El concepto de rol profesional presenta desafíos importantes, ya que no existe una definición legal de este término en el ordenamiento jurídico español. Sin embargo, esto no implica que se trate de una noción desconocida en el discurso jurídico. Por lo tanto, es factible reconstruir el significado de este concepto a partir de su uso por parte del poder legislativo.

Un ejemplo de este término lo encontramos en el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su correspondiente formación mínima¹⁰. Entre los logros de la primera competencia profesional de la Unidad Competencial 4 se encuentra “explicar el “papel” profesional del personal sanitario en este nivel de cualificación” (Real Decreto 546/1995, anexo). El plan de estudios del ciclo formativo de grado medio correspondiente al Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está establecido por el Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, que es una norma más esclarecedora que rige el plan de estudios del título del Real Decreto 546/1995, de 7 de abril¹¹. En este caso, la noción aparece entre los contenidos del “Módulo profesional para la formación en el lugar de trabajo” (Real Decreto 558/1995, anexo I). En concreto, el contenido de este módulo se establece como el “Estudio del impacto de los roles establecidos en el equipo de trabajo” (Real Decreto 558/1995, anexo I).

Por otro lado, también está presente en el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se establece su formación mínima¹². Entre los resultados de aprendizaje del módulo profesional relacionado con las habilidades sociales se encuentra la aplicación de “técnicas de trabajo en grupo, adecuándolas al rol que desempeñan en

⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., (versión 23.6 en línea), disponible en <https://dle.rae.es>, (última consulta 04 de mayo de 2023).

¹⁰ Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. (BOE 5 de junio de 1995)

¹¹ Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. (BOE 6 de junio de 1995)

¹² Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. (BOE 15 de diciembre de 2011)

cada momento” (Real Decreto 1593/2011, anexo I). Del mismo modo, uno de los criterios para evaluar estas destrezas es diferenciar “los diversos roles y tipologías de las/os miembros de un grupo” (Real Decreto 1593/2011, anexo I).

La noción de rol profesional no debe confundirse con la de perfil profesional o la de figura profesional. El perfil profesional es la aplicación de una cualificación y de sus respectivas competencias profesionales y básicas a uno o varios puestos de trabajo u ocupaciones (RD 546/ 1995, anexo 2.2.1). En otras palabras, el perfil profesional se refiere a toda la organización y a los diferentes puestos que una o un profesional puede ocupar dentro de ella, mientras que el rol profesional lo define el equipo de trabajo. La figura profesional está asociada a la profesión; es decir, para la prestación de servicios sociosanitarios para personas mayores, se puede proponer, que la figura profesional del terapeuta ocupacional esté presente en los centros residenciales.

1.2.- Competencia

Construir un marco competencial o marco de competencias es crear una representación visual, una visión general que permita la categorización y la disposición de elementos heterogéneos. El paso inicial consiste en identificar un parámetro que pueda servir como unidad de medida estándar, capaz de encapsular y sintetizar componentes más pequeños y dispersos. Además, este parámetro debe permitir la uniformización y la conversión entre diferentes sistemas. El concepto que encarna estas dos cualidades y en el que tradicionalmente se han centrado los esfuerzos europeos no es la competencia, sino la cualificación. La cualificación es la idea con la que la Unión Europea propuso la integración de las cuestiones de formación desde su creación con el Tratado de Maastricht, que entró en vigor el 1 de noviembre de 1993¹³.

Esta noción fue reconocida oficialmente cuatro años más tarde por el Consejo, que, en virtud del artículo 127.4 del Tratado de Maastricht, ratificó el 11 de abril de 1997 el Convenio sobre el reconocimiento de títulos relacionados con la educación superior en la región europea¹⁴.

La Unión Europea ha realizado varios esfuerzos desde el Convenio de 1997¹⁵, demostrando una intensa actividad reguladora en el tema de las cualificaciones. Uno de los esfuerzos más ambiciosos fue la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente¹⁶, tal como recomendaron el Parlamento Europeo y el

¹³ Unión Europea. Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. Diario Oficial de la Unión Europea L 191, 29 de julio de 1992, pp. 1-112.

¹⁴ Consejo de Europa. Convenio sobre Reconocimiento de Cualificaciones Relativas a la Educación Superior en la Región Europea, firmado en Lisboa el 11 de abril de 1997

¹⁵ La Resolución del Consejo de 27 de junio de 2002 sobre la educación continua, la Decisión Nº 2241/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2004, sobre un marco comunitario único para la transparencia de las cualificaciones y competencias (Europass) y la Recomendación 2006/962/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente, todas estas normas sirven inequívocamente de precedente a la Recomendación 2008/C111/01/CE del Parlamento Europeo y el Consejo, de 23 de abril de 2008. Esta recomendación se centra decididamente en la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente.

¹⁶ Unión Europea. Recomendación 2008/C111/01/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de abril de 2008, relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Diario Oficial C 111/2008, 6 de mayo de 2008

Consejo el 6 de mayo de 2008. El objetivo de este reglamento era establecer un marco de referencia común que sirviera de mecanismo para la conversión de los diferentes sistemas y niveles de cualificaciones. Sin embargo, este principio fue derogado posteriormente por la Recomendación 2017/C 189/03 del Consejo, de 22 de mayo de 2017¹⁷, relativa al Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente, que se aprobó ese mismo año. Paralelamente, también se aprobó la Resolución del Parlamento Europeo sobre el Marco Europeo de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente¹⁸. Esta norma estructura las cualificaciones susceptibles de acreditación en un marco único que depende del aumento de los niveles de competencia.

El Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente se estableció mediante el Real Decreto 272/2022, de 12 de abril¹⁹, que no solo completó el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, sino que también lo adaptó al marco europeo²⁰. Como tal, el Real Decreto 272/2022 es la norma que estructura y unifica las titulaciones a nivel nacional y permite igualarlas a nivel europeo. Esto incluye tanto la formación profesional (ciclos formativos) como la formación profesional para el empleo (certificados de profesionalidad)²¹, así como los títulos de grado, máster y doctorado. Estos grados se desarrollan con carácter general en el Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de la enseñanza universitaria y el procedimiento para garantizar su calidad²².

El término “cualificación” se define explícitamente en el artículo 2, apartado a), del RD 272/2022, de 12 de abril²⁴, como el resultado formal de un proceso de evaluación y validación en el que una autoridad competente establece que una persona ha alcanzado los resultados de aprendizaje correspondientes a determinados estándares. Además, el artículo 2.6 de la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de organización e integración de

¹⁷ Unión Europea. Recomendación 2017/C 189/03 del Consejo, de 22 de mayo de 2017, relativa al Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente y por la que se deroga la Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de abril de 2008 relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Diario Oficial de la Unión Europea C 189, 15 de junio de 2017

¹⁸ Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de mayo de 2017, sobre el Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente (2016/2798(RSP))

¹⁹ España. Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. (BOE 7 de mayo de 2022)

²⁰ España. Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. (BOE 3 de agosto de 2011)

²¹ Con carácter general, las características que han de reunir las cualificaciones comprendidas entre los niveles 1 y 4 – entre los que se encuentran los títulos de técnico básico (nivel 3A) y los certificados de profesionalidad N1 y N2 (niveles 3B y 4B, respectivamente) – quedan regulados por el Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU). No obstante, el MECU también contempla aspectos del nivel 5. Por su parte, las características que han de reunir las cualificaciones comprendidas entre los niveles 5 y 8 – correspondiente a los Certificados de profesionalidad N3 (nivel 5B), los Títulos de técnico superior (nivel 5A), los Títulos de graduado (nivel 6), Máster universitario (nivel 7) y Doctor (nivel 8) – se regulan por el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior.

²² Regulados actualmente en una única norma Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional (BOE 1 de abril de 2022)

²³ Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. (BOE 29 de septiembre de 2021)

²⁴ España. Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. (BOE 7 de mayo de 2022)

la formación profesional define esta noción como “la competencia para desarrollar una actividad profesional acreditada oficialmente mediante títulos, certificados o acreditaciones”. Por lo tanto, la cualificación acredita que una persona ha alcanzado ciertos **resultados de aprendizaje** y le permite desempeñar actividades o funciones profesionales específicas.

Estos resultados de aprendizaje se conocen como competencias profesionales, que se definen explícitamente en el artículo 2.5 de la LO 3/2022 como “el conjunto de conocimientos y habilidades que permiten la ejecución de una actividad profesional en línea con los requisitos de la producción y el empleo”. Por lo tanto, es importante señalar que el término “competencias profesionales” no se refiere a las funciones que las/os profesionales desempeñan en un puesto en particular, sino más bien a los conocimientos y habilidades que permiten la ejecución de esas funciones o tareas de acuerdo con estándares específicos de calidad, eficacia y eficiencia.

La expresión de las competencias profesionales se resume en los “estándares de competencia” establecidos en el artículo 2.5 de la LO 3/2022. Estos estándares se definen como el “conjunto de elementos de competencia que describen el desempeño de las actividades y tareas asociadas al ejercicio de una determinada actividad profesional con el estándar de calidad requerido” (LO 3/2022, artículo 2.5). En esencia, un estándar de competencias representa un grupo de competencias profesionales.

Para agilizar la acreditación de las diferentes normas de competencia de titulaciones, la LO 3/2022, de 31 de marzo, ha previsto la creación de un Catálogo Nacional de Normas de Competencia, que sustituirá al actual Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (artículo 8). Sin embargo, el nuevo catálogo aún no se ha publicado. En consecuencia, la disposición transitoria tercera estipula que el Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, seguirá siendo válido. Este catálogo estaba previsto en la normativa anterior, a saber, la derogada Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de Cualificación y Formación Profesional²⁵²⁶. Por lo tanto, hasta que se publique el nuevo Catálogo, las competencias profesionales de cada título se incluirán en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales según lo establecido en el Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre. En este catálogo, las competencias profesionales relacionadas se organizan en diferentes “unidades de competencia”, que representan el “agregado mínimo de competencias profesionales susceptibles de reconocimiento y acreditación parcial (...)” (RD 1128/2003, artículo 5).

Las competencias profesionales no deben confundirse con las competencias básicas, tal como se establece en el artículo 2.4 de la LO 3/2022. Estas últimas se consideran necesarias para la realización personal, el desarrollo, la participación activa en la sociedad y la empleabilidad, algo que va más allá del ámbito estricto de la actividad profesional. Las competencias básicas son transversales y están asociadas al papel social de la persona. La noción de competencia básica de la LO 3/2022 está vinculada al concepto de competencia clave de la Unión Europea, tal como se establece en la

²⁵ Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. (BOE 17 de septiembre de 2003)

²⁶ Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. (BOE 20 de junio 2002)

Recomendación del Consejo del 22 de mayo de 2018²⁷. La Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo del 18 de diciembre de 2006²⁸ también destaca la importancia de las competencias clave para el aprendizaje permanente. Tanto las competencias básicas como las competencias clave pueden adquirirse por diversos medios y no son necesariamente el resultado del aprendizaje formal. Tal y como se recoge en el artículo 5 del RD 1128/2003 y en el artículo 45.2 de la LO 3/2022, la competencia general resume tanto las competencias básicas como las profesionales de un título.

Según el informe del Proyecto TRACE²⁹, el término competencia se emplea de varias maneras de acuerdo al contexto, y aunque es una palabra muy utilizada en el lenguaje cotidiano, se dificulta la identificación de una teoría o definición coherente que pueda abarcar y conciliar las diferentes formas en las que se usa el término. Por ejemplo, en los procesos empresariales, la competencia se enfatiza de manera diferente que en las organizaciones de educación formal o en las discusiones teóricas. Es un término que se refiere a un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten a una persona realizar una tarea o actividad de manera eficaz en un contexto específico. Esta no se limita a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino que también abarca la capacidad de aplicarlos en situaciones del mundo real y adaptarse a diversos contextos y situaciones. Es un concepto que trasciende la mera declaración de conocimientos y habilidades, y refleja la complejidad del mundo laboral y la variedad de habilidades y cualidades personales que se requieren para afrontarlo.

El Marco Europeo de Competencias Básicas para profesionales que trabajan con las personas mayores en los servicios sociosanitarios³⁰ define las competencias como una descripción de las tareas vinculadas a una acción, conducta o culminación que deben reflejarse en el resultado de una persona. Por tanto, las competencias son inclinaciones personales relacionadas con las cualidades fundamentales de la persona y los atributos que contribuyen a lograr un resultado profesional eficaz. De acuerdo con los autores del Informe, las competencias se componen de cuatro componentes: la competencia cognitiva, la competencia funcional, la competencia personal y la competencia ética.

La competencia cognitiva implica la asimilación de la teoría y los conceptos, junto con el conocimiento implícito adquirido a través de la experiencia práctica. La competencia funcional se refiere a las habilidades o conocimientos prácticos que una persona debe poseer cuando participa en un determinado campo de trabajo, educación o

²⁷ Unión Europea. Recomendación 2018/C 189/01 del Consejo, de 22 de mayo de 2018, relativa a las competencias clave para el aprendizaje permanente (Texto pertinente a efectos del EEE.). Diario Oficial de la Unión Europea C 189/1, 4 de junio de 2018.

²⁸ Unión Europea. Recomendación (2006/962/CE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente. Diario Oficial de la Unión Europea L 394/10, 18 de diciembre de 2006

²⁹ TRACE PROJECT, *Overview of European competences frameworks*, 2005, disponible en <http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/9.-TRACE-Overview-of-EU-competency-frameworks1.pdf> (última consulta 31 de mayo de 2023)

³⁰ DIJKMAN, Bea., ROODBOL, Petrie., AHO, Jukka., ACHTSCHIN-STIEGER, Sigrid., ANDRUSZKIEWICZ, Anna., COFFEY, Alice., FELSMANN, Miroslava., KLEIN, Regina., MIKKONEN, Irma., OLEKSIW, Katharina., SCHOOF, Greet., SOARES, Célia y SOUTZLI, Panayota., *European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People*, 2016, es disponible en: https://cendocps.carm.es/documentacion/2017_Marco_Europeo_Competiciones_profesionales_personas_mayores.pdf, (última consulta 22 de mayo de 2023)

actividad social. La competencia personal implica la capacidad de gestionar una situación particular por sí mismo. Por último, la competencia ética abarca la posesión de ciertos valores personales y profesionales.

De acuerdo con la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología- SEGG³¹, una competencia es un conjunto complejo de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, emociones y motivaciones que cada persona o grupo pone en acción en un contexto concreto para hacer frente a las demandas específicas de cada situación. No se trata únicamente de conocimientos o habilidades, sino que también involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas y desarrollar actividades y proyectos de manera satisfactoria en contextos complejos y cambiantes. Las competencias incluyen tanto dimensiones cognitivas como no cognitivas, como conocimientos, habilidades cognitivas, habilidades prácticas, actitudes, motivaciones, valores y emociones, que afectan al desempeño profesional. En este sentido, las competencias son una movilización de todas nuestras destrezas para pensar y actuar con la mayor madurez profesional, intelectual y moral.

Díaz-Veiga³², en el Informe Cuidemi de Fundación Matia, señala que la competencia se refiere a la capacidad de las/os profesionales de los cuidados para realizar su trabajo de manera efectiva y eficiente, y para adaptarse a las necesidades y preferencias de las personas a las que cuidan. En este sentido, se destaca que las/os profesionales de los cuidados deben contar con conocimientos y destrezas con relación a los cuidados instrumentales, como ayudar a andar, comer o realizar la higiene, pero también deben tener otras competencias en relación con el autocuidado y la atención emocional y relacional.

Para concluir, es esencial llevar a cabo varias evaluaciones relacionadas con las competencias profesionales:

En primer lugar, la Unión Europea ha establecido la cualificación como un elemento fundamental para la conversión y la aprobación en el Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Es fundamental tener en cuenta que las competencias profesionales no son directamente comparables, sino más bien a través de las cualificaciones que las reúnen y guían hacia una actividad profesional específica³³.

En segundo lugar, a la hora de estudiar las competencias de una titulación, es fundamental diferenciar entre las competencias básicas (o personales y éticas o no cognitivas como, por ejemplo: autocuidado, atención emocional y relacional, etc.) y las competencias profesionales (o cognitivas y funcionales como, por ejemplo: conocimientos y destrezas con relación a los cuidados instrumentales, etc.). Las primeras

³¹ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG. Documento de consenso sobre Competencias Comunes de las/os profesionales de la Gerontología Clínica y Social*, 2013, disponible en https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_consenso_sobre_Compentencias_Comunes_de_los_Profesionales_de_la_Gerontologia_Clinica_y_Social.pdf, (última consulta 9 de julio de 2023)

³² DÍAZ-VEIGA, Pura., *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, Op. cit.

³³ Unión Europea. Recomendación 2017/C 189/03 del Consejo, de 22 de mayo de 2017, relativa al Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente y por la que se deroga la Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de abril de 2008 relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Diario Oficial de la Unión Europea C 189, 15 de junio de 2017. disponible en el 23/05/2023 de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2017:189:FULL&from=PL>

son conocimientos transversales que vinculan al persona con la sociedad en general. Estas últimas, sin embargo, se limitan a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos para el desempeño de una actividad profesional. Ambas están integradas en el concepto de competencia general.

En tercer lugar, la ausencia de referencias a los títulos universitarios se debe a que la normativa general que regula estos estudios hace caso omiso del concepto de competencia profesional. Sin embargo, hacen referencia al concepto general de “competencias”, que se detallará para cada grado en los planes de estudio de cada centro universitario. Es importante señalar que los principios y valores democráticos, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se imponen en los planes de estudio. Entre estos principios se encuentran el respeto por los derechos humanos y los derechos fundamentales, el respeto por los valores democráticos y el respeto por la igualdad de género. Por lo tanto, los planes de estudio deben incorporar estos principios como contenido o como competencias transversales, es decir, como competencias básicas³⁴.

1.3.- Modelos de Cuidado: Atención Integral Centrada en las Personas (AICP) y Atención Centrada en la Persona (ACP)

En la segunda mitad del siglo XX, se empezó a producir un cambio en el paradigma de la atención a las personas, pasando del modelo médico al modelo biopsicosocial o antropológico³⁵, que ha dado lugar a los principios del Modelo de Atención Centrada en las Personas (ACP). Esta perspectiva fue propuesta inicialmente por Carl Rogers³⁶, un terapeuta con enfoque humanista reconocido como el padre de la ACP³⁷. Rogers hizo hincapié en la importancia de la actitud de la/el profesional (terapeuta), en particular de la empatía y la autenticidad, sustituyendo una función de gestión por una de plena confianza en la persona. Creía que las personas tienen la capacidad de comprenderse a sí mismas y cambiar sus actitudes y comportamientos, aceptando y valorando sus diversas perspectivas en términos de género, raza, religión, cultura y habilidades, con el objetivo de lograr la emancipación personal y la autodeterminación³⁸. Al hacerlo, Rogers pudo obtener una comprensión fundamental de la naturaleza intrínseca de la persona. Consideraba que satisfacer las necesidades de un

³⁴ Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. (BOE 01 de abril de 2022)

³⁵ FORESTIERI, Orlando A. y PRACILIO, Horacio O., “Atención centrada en la persona”. *Salud de la Mujer*, nº 62, 2022., pp. 62-80, p 64

³⁶ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar., BERMEJO GARCÍA, Lourdes., ETXEBARRÍA MAULEÓN, Xavier., GARCÍA NAVARRO, José A., LACASTA REOYO, Juanjo., LINDSTRÖM KARLSON, Astrid., LÓPEZ FRAGUAS, Ángeles., MARTÍNEZ ORTEGA, Jorge., MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., OLIVERA PUEYO, Jorge., PINAZO HERNANDIS, Sacramento., RAMOS-FEIJÓO, Clarisa., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/papeles-de-la-fundacion/> (última consulta 21 de febrero de 2023)

³⁷ GONZÁLEZ HERRERA, Inmaculada., “Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets)”. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, nº 61, 2018, p. 315-330, p. 316

³⁸ MARTÍNEZ-MIGUÉLEZ, Miguel., “Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona”. *Polis: revista académica de la Universidad Bolivariana*, nº 15, 2006., pp. 0-18, p.10

entorno y un clima adecuado ofrecía el máximo potencial para el desarrollo y la creatividad y, en última instancia, conducía a niveles sorprendentes de excelencia en constante evolución³⁹.

En el ámbito de la atención de la demencia, han surgido varias iniciativas que se basan en las ideas de Tom Kitwood⁴⁰ el fundador del Grupo de Demencia de Bradford. Kitwood destaca la importancia de situar a la persona en el centro de la atención, priorizando sus necesidades por encima de la enfermedad en sí misma. Este enfoque, conocido como atención centrada para personas con demencia, hace hincapié en la importancia de factores como la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social a la hora de configurar la experiencia de la atención.

La ACP se alinea con las regulaciones locales y globales que tienen como objetivo enfatizar la importancia de la dignidad y garantizar la protección de los derechos fundamentales, incluida la privacidad, la independencia ética y la inclusión social. Esto se logra mediante la incorporación de varios documentos pertinentes, como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948), los Principios de la OMS para las personas mayores (1991), el enfoque social de la discapacidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (2001), el concepto de envejecimiento activo (2002) de la OMS, la Convención internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) y la Carta Europea de los Derechos y Responsabilidades de Personas mayores que requieren cuidados a largo plazo y Asistencia (AGE y EDE, 2010)⁴¹. Además, la ACP se basa en los principios de la bioética y los modelos científicos, incluidos los modelos de envejecimientos exitosos y ecológicos y de calidad de vida. Este enfoque ético promueve la igualdad de oportunidades y se basa en la evidencia científica para definir una atención de calidad y las mejores prácticas profesionales. El modelo es deliberativo y ofrece soluciones prácticas para valorar los conflictos que pueden surgir en situaciones cotidianas. Se basa en tres pilares firmes: una visión ética, un conocimiento empírico y una normativa democrática que promueva la igualdad de oportunidades y proteja los derechos de todos los ciudadanos⁴².

Distintos modelos de ACP surgieron en diferentes países como una respuesta a las limitaciones del modelo residencial institucional para ofrecer atención personalizada y permitir el control de las personas sobre su vida diaria. Durante la década de los 60, los países nórdicos encabezan una transformación hacia modelos habitacionales que ofrecían asistencia y convivencia a pequeños grupos de residentes con diferentes niveles de dependencia⁴³.

³⁹ MARTÍNEZ-MIGUÉLEZ, Miguel., “Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona”. Op. cit., p. 16

⁴⁰ VILA-MIRAVENT, Josep., VILLAR, Feliciano., CELDRÁN, Montse y FERNÁNDEZ, Elena., “El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales”. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, nº 1, vol. 30, 2012, p. 109-117, p. 110

⁴¹ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, *Sociedad y Utopía*, nº 41, 2013, pp. 209-231, p. 215

⁴² MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”. Op. cit., p. 215

⁴³ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”. Op. cit., p. 219

En los años 80, el movimiento “Culture Change” surgió en Estados Unidos para transformar las residencias de personas mayores. Este enfoque se ha implementado en alojamientos para personas mayores en diferentes partes del mundo, como las unidades de convivencia en los países nórdicos y centro de Europa, y los “cantou” en Francia, creando espacios comunitarios para fomentar el bienestar y prevenir el aislamiento social⁴⁴.

No es hasta los años 90 que en España se va instalando la ACP de manera débil e irregular, y aunque su implementación aún tiene un largo camino por recorrer, existen diversas iniciativas y programas que buscan promover este modelo⁴⁵ y que pueden servir como referentes para futuras implementaciones⁴⁶.

En esencia, la ACP abarca una amplia gama de metodologías, pero se adhiere a ciertos principios fundamentales. Considerando que la definición de “persona mayor” constituye un constructo social que es resultado de condiciones sociales, políticas y culturales, así como del propio desarrollo biológico y psicológico de las personas⁴⁷, uno de los principios más destacados de la ACP es la importancia de la atención personalizada, según la cual, las personas mayores son consideradas únicas, su continuidad biográfica debe salvaguardarse y las perspectivas sobre los acontecimientos que configuran sus vidas deben reconocerse y respetarse⁴⁸.

Sancho Castiello y Martínez Rodríguez⁴⁹ señalan que la ACP es un enfoque distintivo porque es un enfoque centrado en “las” personas (en plural), porque para brindar atención prioriza la apreciación del valor de las personas mayores, su plan de vida defiende y promueve su identidad personal pero también protege el objetivo de cuidar, ya que propone un cambio notable en el papel de las/os profesionales. Estas/os deben poseer experiencia en la atención y los cuidados directos de las personas mayores, la comunicación y la colaboración con la persona responsable y su familia, el trabajo en equipo con otras/os profesionales y proveedoras/es de servicios, la gestión de casos y la coordinación de la atención y los servicios necesarios, sin perder el compromiso de salvaguardar los derechos y la dignidad de la persona bajo su cuidado. La ACP es un enfoque extremadamente ventajoso tanto para las/os beneficiarias/os como para las/os profesionales, ya que disminuye la percepción de la demanda o la carga de trabajo, mejora

⁴⁴ GONZÁLEZ HERRERA, Inmaculada., Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets). Op. cit., p. 316

⁴⁵ Se desarrollan estas iniciativas en el punto 3.1 de este Informe.

⁴⁶ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”. Op. cit., p. 221

⁴⁷ CARAVACA-LLAMAS, Carmen, Díez Soriano, Vicente, Fuentes Lara, Cristina, Guillamón Ayala, Jesús Adolfo, Martínez-López, José Ángel, Minguela Recover, María Ángeles, Muyor Rodríguez, Jesús, Navarro-Pérez, José-Javier, Sáez-Olmos, José, Sánchez-Urios, Antonia y Torralba Planes, Raquel., *Protección e intervención social con colectivos específicos. e intervención social con colectivos específicos*, Ebook, Tirant Humanidades, Valencia, 2021.

⁴⁸ Villar Posada, Feliciano, y Serrat, Rodrigo., “Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona.” *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(4), 2017, pp. 216-222, p.1

⁴⁹ Sancho Castiello, Mayte y Martínez Rodríguez, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte> (última consulta 16 de julio 2023)

su sensación de control sobre este y refuerza la creencia de que reciben un mayor apoyo de sus colegas y proveedoras/es de servicios.

Respecto del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP), Rodríguez et al.⁵⁰ señalan que para que la atención sea integral, es esencial abordar las necesidades biopsicosociales, emocionales, físicas y espirituales de cada persona de una manera holística. Este modelo busca proporcionar un ambiente de cuidado que sea lo más parecido posible a un hogar y se basa en la idea de que los residentes deben tratarse con respeto y dignidad, y que deben tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre su propia atención. Para lograrlo, se debe desarrollar un enfoque transversal, interdisciplinario y adaptable en la planificación, el diseño y la organización de los servicios, así como en la intervención profesional. Este enfoque debe priorizar la planificación, el reordenamiento y la integración de los recursos para atender mejor a las personas, en lugar de obligarlas a adaptarse a los servicios. Como tal, la AICP es un eje fundamental, tanto para la atención de calidad como para el sistema organizativo de varios servicios sociosanitarios, así como para otros sectores, como la vivienda, los productos de apoyo, la tecnología y la participación social, todo ello desde una perspectiva comunitaria.

Hablando de personas mayores, la AICP es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de aquellas personas que viven en residencias de cuidados de larga duración. Ya que cada persona es única y tiene necesidades y preferencias individuales, estas deben tenerse en cuenta en la atención que se les brinda⁵¹. El modelo AICP también implica un cambio cultural en la forma en que se proporciona la atención a las personas mayores. Este cambio cultural implica la transformación de la mirada hacia la calidad y la transformación de los servicios y organizaciones. Implica un cambio profundo en la forma de ver y acompañar a las personas que precisan cuidados, y conduce a nuevos roles en el acompañamiento profesional, a nuevos modos de entender y organizar la provisión de apoyos y cuidados⁵². La AICP es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia y sus cuidadoras/es, teniendo en cuenta sus necesidades, preferencias y circunstancias individuales. Este enfoque se basa en la idea de que cada persona es única y requiere un plan de cuidado personalizado que tenga en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales⁵³. El objetivo principal de la AICP es garantizar la preservación de los derechos humanos y la dignidad de cada individuo, una tarea de suma importancia y una gravedad incuestionable⁵⁴.

⁵⁰ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. Colección Papeles de la Fundación N° 8, Op. cit.

⁵¹ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. Colección Papeles de la Fundación N° 8, Op. cit.

⁵² RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. Colección Papeles de la Fundación N° 8, Op. cit.

⁵³ COMAS D'ARGEMIR, Dolors., SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba., "Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia" *ZERBITZUAN*, N.º 79, Junio 2023, pp. 61-74

⁵⁴ ARREGI ETXEBERRIA, Félix., BONAFONT CASTILLO, Anna., GARCÍA MENDOZA, Ana., GARCÍA MILÀ, Xavier., GOIKOETXEA ITURREGUI, Marije., LINDSTRÖM KARLSSON, Astrid., LORENZO GARCÍA, Josefa., MARTÍNEZ MAROTO, Antonio., MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa.,

En resumen, el objetivo del enfoque AICP es promover el ejercicio de los derechos de las personas mayores, y su autonomía en la toma de decisiones para que puedan seguir viviendo de acuerdo con sus preferencias, participar en actividades significativas y lograr una vida decente. La participación efectiva de las personas a lo largo de su proceso de cuidado es una condición esencial para lograr este objetivo. La Fundación Pilares define la atención integral y centrada en las personas (AICP) como “promover, mediante la acción sociopolítica y profesional, las condiciones necesarias para mejorar todos los aspectos de la calidad de vida y el bienestar de una persona sobre la base del respeto de su dignidad y sus derechos, intereses y preferencias, al tiempo que se fomenta su participación efectiva”⁵⁵. La ACP es la otra dimensión de este modelo, que requiere que el apoyo y la atención se presten sobre la base del reconocimiento individual y el conocimiento de las capacidades y fortalezas de cada persona, respetando sus valores y perspectivas, con el objetivo de fomentar su independencia, siendo la persona la principal protagonista de su vida y respetando sus deseos y preferencias en su proyecto personal de vida, respetando su autonomía moral y autodeterminación en la toma de decisiones, sus derechos y su dignidad⁵⁶; enfatizando en la importancia del ambiente en la atención de las personas, tanto el entorno físico (como la residencia) como el ambiente humano (como el equipo profesional), comprendiendo que ambos aspectos son esenciales para adaptarse a los requisitos del modelo, presentándose así el desafío de desarrollar nuevos roles profesionales, implicando la transformación de un modelo paternalista de atención a uno que se centre en los derechos y la promoción de la autonomía de las personas⁵⁷.

2.- Situación actual: Cultura Institucional

Actualmente, en el sector de cuidado y atención de personas mayores, predomina mayoritariamente la cultura institucional. En este estudio hablamos de cultura institucional para hacer referencia a un marco de comprensión de las instituciones que acepta el aislamiento de las personas, la disposición colectiva de los servicios, la falta de toma de decisiones de la persona sobre su propia vida, el predominio de los intereses de la organización sobre las necesidades de las personas y, especialmente, el uso y presencia de restricciones no justificadas en las prácticas profesionales. La cultura institucional no toma como referencia la comunidad, manejando un concepto de institución que obstaculiza y no promueve la vida de las personas en la comunidad. De esta forma, la cultura institucional se enfrenta a la cultura de los derechos humanos; lo que distingue a

MIRETE VALMALA, Carlos., RAMOS FEIJÓO, Clarisa., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y VILÀ MANCEBO, Toni., “Ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en la vida cotidiana: guía para profesionales de residencias y otros centros”, Fundación Pilares, Madrid, 2021, p.10

⁵⁵ DEPENDENCIA.INFO, “Pilar Rodríguez propone la Escuela en AICP: El cambio es muy necesario, pero también es difícil llevarlo a cabo”, 2021, disponible en <https://dependencia.info/noticia/4315/actualidad/pilar-rodriguez-propone-la-escuela-en-aicp-el-cambio-es-muy-necesario-pero-tambien-es-dificil-llevarlo-a-cabo.html> (última consulta, 15 de abril de 2023)

⁵⁶ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar., Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. 2014. Madrid: Tecnos.

⁵⁷ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”. Op. cit., p. 224

las instituciones admisibles de las inadmisibles es, precisamente, el respeto a estos derechos.

Algunas personas mayores pueden tener dificultades para expresar sus preferencias respecto a su lugar de residencia, especialmente aquellas que padecen demencia grave o alzhéimer. Como resultado, es posible que otras personas tengan que interpretar sus deseos y preferencias para tomar decisiones en su nombre. Las personas mayores que residen en entornos institucionalizados suelen ver socavados sus derechos a la independencia y la autonomía, con oportunidades limitadas para tomar decisiones personales o de ejercer opciones de control sobre sus vidas⁵⁸.

En los centros residenciales que está presente la cultura institucional, se genera un entorno social en el que las personas mayores están aisladas de la comunidad y son obligadas a vivir juntas. Prevalecen los requerimientos de la propia organización frente a las necesidades individualizadas de las/os residentes⁵⁹. El peligro de la cultura institucional es que se puede replicar con bastante facilidad en los servicios basados en la comunidad, con opciones y control limitado, calidad del apoyo comprometida y mala calidad de vida. En consecuencia, incluso servicios como la teleasistencia o la atención domiciliaria, así como los espacios físicos, como las viviendas protegidas, perpetúan este marco.

En resumen, la cultura institucional se refiere a las normas, principios, convicciones y costumbres que caracterizan a un establecimiento y ejercen influencia sobre la conducta de sus miembros. Díaz Gorfinkiel y Elizalde San Miguel⁶⁰ sostienen que la asignación de la gestión de los servicios públicos a empresas no especializadas ha generado una reconstitución del paradigma de la atención domiciliaria, lo que ha provocado una pérdida de profesionalización en el servicio y una depreciación del trabajo de las/os cuidadoras/es. En general, la cultura institucional determina la calidad del servicio que se brinda a las/os beneficiarias/os y las condiciones laborales de las/os empleadas/os, por lo que es fundamental analizarla y comprenderla para mejorar la atención de personas mayores y personas mayores en situación de dependencia, dentro de sus hogares.

Pasaremos a analizar cómo es el modelo de servicios y cuidados en el actual sistema, donde prevalece la cultura institucional.

2.1.- ¿Cómo son los cuidados y apoyos para las personas mayores?

Los cuidados son un elemento omnipresente y esencial que une a nuestras sociedades y cierra la brecha entre las generaciones. Es un componente fundamental que, tanto nosotras/os como nuestros seres queridos, necesitamos en las diferentes etapas de la vida⁶¹.

⁵⁸ KNAPP, Martin., et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit.

⁵⁹ KNAPP, Martin., et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit.

⁶⁰ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid.”, *Zerbitzuan* (Vitoria-Gasteiz), 60, 2015, pp. 131-142, p. 136

⁶¹ COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

En la región meridional de Europa, las necesidades derivadas del envejecimiento de la población siguen siendo atendidas predominantemente dentro de las unidades familiares, lo que presenta desafíos crecientes y una reacción deficiente por parte de los poderes públicos. Además, las respuestas de los servicios sociosanitarios siguen siendo similares a las desarrolladas a finales del siglo pasado, como servicio de ayuda a domicilio, centros de día, residencias y algunos otros servicios complementarios. Estos servicios son poco accesibles, sobre todo en un marco de planificación que ha sufrido cambios significativos.

Dentro de la cultura institucional, el modelo de cuidados que predomina es el modelo residencial, de carácter hospitalario y hotelero, donde la vida cotidiana se acerca a un modelo cuartelario y las posibilidades de preservar la intimidad, y la dignidad de las personas son escasas⁶²

Rodríguez Rodríguez⁶³ señala que en muchas residencias aún persiste un modelo médico rehabilitador. El modelo rehabilitador se enfoca en la atención a las personas con discapacidad, trastornos y enfermedades, y se basa en la idea de que estas condiciones son defectos inherentes a las personas que las sufren. El objetivo es la rehabilitación y la recuperación de la capacidad funcional de la persona para que esta se reintegre a la sociedad de manera activa. Si bien este enfoque supuso un avance en la calidad de la atención de las personas a nivel cognitivo, existen inconvenientes notables en su nivel de vida, incluida la influencia dominante de la/el profesional que rige los procedimientos de atención y degrada a la persona a una posición pasiva de cliente o paciente⁶⁴.

Si bien es cierto que convencionalmente en España, la familia asumía un papel importante en el establecimiento del bienestar social, particularmente en términos de responsabilidad de cuidado, en los últimos años, la estructura familiar ha sufrido transformaciones importantes (bajas tasas de fecundidad, nuevos roles de la mujer en la sociedad, entre otros.). A pesar del aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral, la participación de los hombres en las tareas de cuidado no ha seguido el ritmo⁶⁵.

Esto ha hecho que el enfoque familista de los cuidados haya dejado de existir. Según señala Hochschild, este fenómeno se ha denominado “crisis de cuidados”⁶⁶, y se refiere a la disminución de la disponibilidad de las familias para prestar cuidados y a la consiguiente necesidad de estrategias alternativas.

En conclusión, el actual modelo de cuidados en España se enfrenta a varios desafíos, como la escasez de profesionales y el carácter precario de sus condiciones de

⁶² SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p. 186.

⁶³ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

⁶⁴ VERDUGO, Miguel Angel., “Modelos de Discapacidad. Paradigma de calidad de vida y apoyos” en Pilar Rodríguez y Antoni Vilà i Mancebos (coords.): “Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad”, Madrid, Ed. Tecnos., 2022

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

⁶⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - INE: (2009-2010), “Encuesta de Empleo del Tiempo”, disponible en <https://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm>

⁶⁶ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid.”, Op. cit., p.132

trabajo, lo que puede afectar negativamente a la calidad de la atención que se ofrece a las personas mayores. Además, el modelo actual no garantiza los derechos de las personas mayores.

2.2.- ¿Quién cuida a las personas mayores?

Para responder de la manera más acertada posible a la pregunta de ¿quién cuida?, es importante determinar primero la estructura de los cuidados. Tenemos por un lado las/os profesionales del cuidado (trabajo remunerado) y por otro las/os cuidadoras/es no profesionales, que puede ser trabajo remunerado (cuidadoras/os informales, mayormente contratadas como empleadas del hogar) y trabajo no remunerado (cuidadoras/es familiares).

Los servicios sociosanitarios insuficientes tienen un impacto desigual en las mujeres, porque son quienes soportan la carga de responsabilidades asistenciales no profesionales o de cuidados complementarios. Esto supone un desafío para las mujeres a la hora de conciliar su vida familiar y profesional, ya que limita sus oportunidades de realizar un trabajo remunerado o de mantenerlo. En consecuencia, es posible que las mujeres tengan que tomarse una licencia familiar prolongada, reducir sus horas de trabajo o abandonar el mercado laboral antes de tiempo, lo que se traduce en menos perspectivas profesionales y salarios y pensiones más bajos en comparación con sus homólogos masculinos. Además, las mujeres son más longevas que los hombres, pero a menudo tienen peor salud y, en consecuencia, requieren cuidados más prolongados e intensos. Por lo tanto, es posible que las mujeres tengan menos capacidad económica para costear sus cuidados, debido a la desigualdad salarial y a las disparidades en las pensiones que se acumulan a lo largo de su vida.

Las mujeres constituyen el 90% del personal sanitario y trabajan en empleos generalmente precarios y mal remunerados. A pesar de brindar cuidados a nuestros seres queridos, el trabajo de cuidadora/or suele estar infravalorado, y las/os cuidadoras/es suelen tener oportunidades limitadas de progreso profesional, y la formación disponible no es adecuada para satisfacer sus necesidades de desarrollo profesional. La alta prevalencia del trabajo a tiempo parcial en el sector de los cuidados implica que muchas/os trabajadoras/es obtienen bajos ingresos mensuales. Para ciertos grupos de cuidadoras/es vulnerables, como las/os cuidadoras/es a domicilio y las/os trabajadoras/es domésticas/os, las condiciones laborales pueden ser abusivas⁶⁷.

El 80 % del total de los cuidados de larga duración en Europa es llevado a cabo por cuidadoras/es no profesionales, en su inmensa mayoría mujeres, sin condiciones de trabajo justas y casi siempre no remunerados o sin un apoyo social adecuado, prestan⁶⁸, lo que hace que la prestación de cuidados no profesionales está asociada a la falta de derechos como las bajas por enfermedad y las vacaciones anuales, así como a la reducción de las tasas de empleo por los permisos de maternidad y paternidad, al aumento de las

⁶⁷COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

⁶⁸ Estudio de la Comisión Europea titulado “Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality” (Los cuidados no profesionales en Europa: formalización, disponibilidad y calidad), 2018, disponible en <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>

tasas de pobreza y exclusión social, a una mala salud mental y mayores sentimientos de aislamiento social y soledad, lo deteriora su salud física y mental, su bienestar y su inclusión social. Se estima que la contribución de las mujeres en trabajo de cuidados no remunerado añade 11 000 000 000 000 USD⁶⁹ a la economía mundial cada año, lo que equivale al 9 % del PIB mundial⁷⁰.

Carmen Gregorio⁷¹ afirma que hablar de cuidados implica necesariamente hablar de migraciones transnacionales, de mujeres - ciudadanas - olvidadas históricamente y trabajo precarizado. Dentro de las conclusiones y recomendaciones que realiza la Comisión Europea con relación a la Estrategia Europea de Cuidados, subraya que debe considerarse la movilidad de las/os profesionales de atención sanitaria y la migración laboral desde países no pertenecientes a la UE, junto con herramientas para adecuar la oferta y la demanda, así como el reconocimiento de las cualificaciones, y señala que la Estrategia no tiene suficientemente en cuenta a las/os numerosas/os trabajadoras/es indocumentadas/os que ya prestan cuidados en Europa⁷².

En lo que respecta a España, la correlación entre la estructura social del cuidado y la inmigración puede considerarse un caso distinto en comparación con otros países del contexto europeo. Ante la necesidad de producir soluciones para las nuevas demandas de cuidados, el modelo de migración se construyó para cubrir con estas necesidades, promoviendo la regularización (la obtención de permisos de trabajo y residencia) de las personas involucradas en estas actividades, así como de las nacionalidades que ocupan la mayoría de ese entorno laboral, predominantemente latinoamericano. Las mujeres con nacionalidad extranjera podrían incluirse dentro de los grupos más expuestos a una situación de vulnerabilidad, por tener menor capacidad de negociación, menores redes de apoyo y menores conocimientos específicos del contexto sociolaboral en el que se insertan⁷³.

El empleo doméstico, que se utiliza para organizar los cuidados, y dentro de esta estructura, las funciones se delegan, pero permanecen en el hogar y en manos de las mujeres, con lo que se reproduce la feminización de los cuidados. Para Kofman⁷⁴, son tareas que las poblaciones nativas ya no están dispuestas a emprender debido a la naturaleza extenuante del trabajo y a la naturaleza informal de las relaciones laborales. El

⁶⁹ INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION, Care at work Investing in care leave and services for a more gender equal world of work, 2022, disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf.

⁷⁰ ONU MUJERES, COVID-19 y la economía de los cuidados: acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género, 2020 disponible en <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-the-care-economy-es.pdf>.

⁷¹ GREGORIO, Carmen. “¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?”, *Quaderns-e*, 22 (2), 2017, pp. 49-64, p. 51-55

⁷² 1.10 Conclusión recomendación de COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

⁷³ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena, y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel., “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España” Op. cit., p. 115

⁷⁴ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena, y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel., “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España” Op. cit., p. 110

interés principal se centra casi exclusivamente en la contratación de cuidadoras/es migrantes en el campo del cuidado de personas mayores en domicilios privados⁷⁵.

Los cuidados son una actividad poco rentable pero necesaria, lo cual implica que no va a desaparecer. Como consecuencia de ello se crea la existencia inevitable de un grupo de personas que se dedica a proveerlo, a cuidar, una nueva clase social, que Durán⁷⁶ denominó **el cuidatoriado**.

Dentro del grupo de cuidadoras/es profesionales, la situación tampoco es favorable. Distintas voces alertan de las adversas condiciones laborales en las que se encuentran estas/os trabajadoras (grupo que también es mayoritariamente femenino): bajas retribuciones económicas, ratios profesionales escasas, insuficiente formación, contrataciones no estables y jornadas parciales o un escaso prestigio social, entre otras demandas. Resulta urgente ampliar y cambiar la mirada, brindar claves que permitan entender la relación entre calidad de la atención residencial, las condiciones laborales de las/os profesionales y los entornos organizacionales⁷⁷.

En conclusión, mayoritariamente, quien cuida en España son mujeres, migrantes, expuestas a una situación de vulnerabilidad e inmersas en una situación económica precaria, constituyen esta nueva clase social: **el cuidatoriado**. El sector asistencial debe garantizar buenas condiciones laborales para promover la resiliencia sectorial, hacer atractivo el sector y la propiciar la igualdad de género.

2.3.- Marco competencial y roles profesiones del sistema de institucionalización

Las/os profesionales que prestan servicios sociosanitarios a las personas mayores están organizados de la siguiente manera:

El equipo de apoyo cotidiano: conjunto de profesionales que permanecen de forma continuada con las personas usuarias: gerocultoras/es, auxiliares de enfermería, técnicas/os de atención sociosanitaria o cuidadoras/es.

El equipo técnico: profesionales diversas/os (médicas/os, enfermeras/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, pedagogas/os, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadoras/es, arteterapeutas, animadoras/es, etc.) pueden completar, junto con las/os cuidadoras/es, el equipo multidisciplinar de un centro.

Además, están las/os profesionales que no están directamente vinculados con los servicios sociosanitarios, y que cumplen las funciones de administración, servicios generales y servicios residenciales (limpieza, cocina, etc.).

De acuerdo con el **VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal**

⁷⁵ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena, y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel., “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España” Op. cit., p. 110

⁷⁶ FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

⁷⁷ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

(residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)⁷⁸, en adelante el VIII Convenio⁷⁹, se ha determinado la siguiente clasificación de profesionales, delimitándola en Grupos Profesionales y Divisiones Funcionales:

Tabla 1: Clasificación profesional convenio - Áreas de actividad⁸⁰

A) Gestión, administración y servicios generales	B) Servicios socio asistenciales	C) Servicios residenciales
1A) Dirección. Directora/or. Administradora/or. Gerente. Responsable Coordinación Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Directora/or Gerente de Teleasistencia Domiciliaria (TAD). Directora/or Territorial TAD.	1B) Tituladas/os Superiores y Especialistas. Médica/o. Psicóloga/o.	
2A) Mandos Intermedios. Jefe/a Administrativo SAD. Directora/or Centros TAD. Supervisora/or TAD. Coordinadora/or TAD. Coordinadora/or SAD. Supervisora/or Residencia. Supervisora/or.	2B) Mandos intermedios. Coordinadora/or Enfermería. Enfermera/o. Fisioterapeuta. Terapeuta Ocupacional. Trabajadora/or Social.	2C) Mandos intermedios. Gobernanta/e. Cocinera/o.
3A) Personal Cualificado. Ayudante Coordinación SAD. Oficial Administrativo. Oficial Administrativo SAD. Oficial Mantenimiento. Técnica/o en Informática.	3B) Personal Cualificado. TASOC (Técnica/o de Actividades Socioculturales).	
4A) Personal Auxiliar. Auxiliar Administrativa/o. Auxiliar Administrativa/o SAD. Auxiliar Administrativa/o TAD. Auxiliar Mantenimiento.	4B) Personal Auxiliar. Gerocultora/or. Auxiliar SAD. Oficial TAD. Teleoperadora/or TAD.	

⁷⁸ Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

⁷⁹ Anteriormente, estuvo vigente la Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registró y publicó el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 21 de septiembre de 2018). Mencionamos esta Resolución porque el VIII Convenio Colectivo vigente al cierre del presente Informe, se firmó el 3 de marzo de 2023 y publicado el 09 de junio de 2023.

⁸⁰ Artículo 16 de la Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

A) Gestión, administración y servicios generales	B) Servicios socio asistenciales	C) Servicios residenciales
Conductora/or. Jardinera/o. Portera/o/Recepcionista. Telefonista/Recepcionista TAD.	Instaladora/or TAD.	
		5C) Personal Auxiliar. Personal Limpieza. Personal Lavandería. Personal Planchado. Pinche Cocina. Ayudante Oficios varios.

Dentro de los cargos de gestión, administración y servicios generales, existen los siguientes perfiles o figuras y roles profesionales:

- A) En el mando de dirección, las funciones de planificar, organizar, dirigir y coordinar las diversas actividades propias del desenvolvimiento de la empresa o centro están encargadas a:
- Directora/a
 - Administradora/or
 - Gerenta/e
 - Responsable Coordinación SAD
 - Directora/or Gerente TAD
 - Directora/or Territorial TAD
- B) En los mandos intermedios, las funciones de administración, dirección y servicios de teleasistencia (central) están encargadas a:
- Jefa/e Administrativa/o SAD.
 - Directora/or Centro TAD (responsable de la central de teleasistencia).
 - Supervisora/or TAD (responsable de garantizar la atención directa a las personas usuarias y de ejercer el mando jerárquico y funcional sobre coordinadoras/es, teleoperadoras/es, oficiales de teleasistencia y/o personal bajo su supervisión y en dependencia de su superior jerárquico).
 - Coordinadora/or SAD (tareas de coordinación, gestión y organización del servicio de ayuda a domicilio además de seguimiento del trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio, para conseguir una buena calidad de dicho servicio y que es desempeñado preferentemente por tituladas/os en trabajo social). La/El Coordinadora/or SAD tiene a su cargo realizar, juntamente con la/el auxiliar, la valoración de la situación personal, familiar y social de la persona usuaria, además de facilitar información sobre los recursos propios y ajenos, que ayudan al adecuado desarrollo del servicio que se presta.
 - Coordinadora/or TAD, debe contactar con la persona usuaria, y/o familia para explicar las condiciones del servicio, concertar primeras citas, evaluar el servicio y resolver incidencias o quejas; mantener las relaciones con las Administraciones y elaborar y supervisar las rutas realizadas.
 - Supervisora/or Residencias.
 - Personal cualificado
 - Ayudante Coordinación SAD
 - Oficial Administrativa/o

- Oficial Mantenimiento.
- Técnica/o en Informática, a cargo de la programación de las aplicaciones normales de gestión susceptibles de ser desarrolladas por los ordenadores.

C) Personal Auxiliar

- Auxiliar Administrativa/o.
- Auxiliar Mantenimiento.
- Conductor/a/or, es el personal que realiza los trabajos propios de su especialidad en relación con los vehículos automóviles al servicio de los centros. Deberá comunicar a su inmediato superior las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de sus funciones.
- Telefonista/Portera/o/Recepcionista, es el personal cuyas funciones consisten en la recogida y libramiento de correspondencia, orientación al público, atención de centralitas telefónicas, vigilancia de los puntos de acceso y tareas de portería.

Las funciones sociosanitarias son desempeñadas por:

A) En el rango de Tituladas/os Superiores y especialistas,

- Médica/o, a cargo de:
 - o realizar el reconocimiento médico a las nuevas personas usuarias y cumplimentar la correspondiente historia médica y certificaciones profesionales, en que constarán las indicaciones de tipo de vida más acorde, la rehabilitación necesaria, y el tratamiento a seguir si hace falta;
 - o atender las necesidades asistenciales de las personas usuarias;
 - o hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes, en cada caso, para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de las personas usuarias;
 - o informar a los familiares sobre el estado de salud de la persona usuaria;
 - o dirigir el programa de movilización y rehabilitación de las personas usuarias, fijando en equipo los programas a desarrollar de forma individual y en grupo;
 - o realizar el seguimiento y evaluar los programas, conjuntamente, con el equipo formado por todas las personas que intervienen;
 - o asistir al personal destinado en el centro en los casos de necesidad y de urgencia, como máximo responsable de su departamento médico, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a las personas usuarias, derivarlos a un centro hospitalario o de salud;
 - o participar en la comisión de supervisión y seguimiento de las personas usuarias en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de las personas usuarias que realizarán en colaboración con la dirección, trabajadora/or social, psicóloga/o, y demás profesionales, de acuerdo con la situación física de las personas usuarias, los objetivos a conseguir y las características del centro;
 - o programar y supervisar los menús y dietas alimentarias de las personas usuarias;
 - o supervisar el trabajo del personal sanitario;
 - o supervisar el estado sanitario de las dependencias del centro.
- Psicóloga/o, desarrollará las funciones que se detallan a continuación, así como aquellas que le sean solicitadas y que tengan relación con las mismas y/o con su titulación y competencia profesional:
 - o Realizar los tratamientos psicoterapéuticos, tanto individuales como de grupo a todas las personas usuarias;
 - o Seguimiento y evaluación de la aplicación del tratamiento que se realice;

- Participar con el equipo interdisciplinar en la elaboración de las valoraciones psicológicas y en la atención que precisen las personas usuarias;
- Realizar el programa de estimulación cognitiva;
- Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y en el entorno.

B) En los mandos intermedios

- Coordinadora/or de Enfermería, es el personal con la titulación de enfermera/o que actúa con autonomía, iniciativa y responsabilidad. Resalta entre sus funciones el informar a las familias de la situación sanitaria de la persona usuaria y participar en las reuniones con el resto de las/os profesionales que intervienen en el seguimiento de las personas usuarias en cuanto a las necesidades sanitarias y de vida diaria.
- Enfermera/o, esta/e profesional podrá desempeñar las funciones de coordinación y supervisión de los cuidados que se prevean en el Plan de cuidados y atención a la persona usuaria, siempre que estén incluidas en su ámbito funcional.
- Fisioterapeuta, se encuentra dentro de sus funciones participar, cuando se le pida, en el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
- Terapeuta Ocupacional, se encuentra dentro de sus funciones el realizar intervenciones propias de Terapia Ocupacional, como son el entrenamiento, mantenimiento y desarrollo de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, el trabajo, la educación, el ocio y la participación social. Así como la rehabilitación/habilitación de las personas usuarias, la recuperación y/o mantenimiento de sus capacidades de relación con el entorno o de las actividades ocupacionales, así como la elaboración, adaptación y entrenamiento en el uso de órtesis, prótesis y productos de apoyo, y participar junto con el resto del equipo multidisciplinar en la evaluación y seguimiento del proceso recuperador o asistencial de las personas usuarias del centro.
- Trabajadora/or Social, deberá:
 - Facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social.
 - Realizar atención directa, tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
 - Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno.
 - Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de las personas usuarias al centro.
 - Coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural.
 - Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a las personas usuarias principalmente con las entidades e instituciones.
 - Promover la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y sanitarios al objeto de establecer cauces de comunicación.
 - Participar, con el equipo multiprofesional o departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten las personas usuarias.
 - Participar en la asignación y cambio de habitaciones y mesas del comedor con el departamento de enfermería y la dirección.
 - Hacer el seguimiento y en su caso realizar las visitas necesarias a las personas usuarias en centros sanitarios.
 - Informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el centro.

C) Personal cualificado.

- TASOC, es el personal técnico en actividades socioculturales que ha de realizar su actividad en coordinación con otras/os profesionales dentro del Plan de cuidados y atención al personal usuario⁸¹, interviniendo, organizando y ejecutando de forma cualificada en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas. Desarrollará, entre otras, las siguientes funciones:
 - Conocer, proponer y hacer operativos los procesos de intervención cultural en sus vertientes de gestión y educativa.
 - Establecer relaciones entre los ámbitos cultural y educativo con los procesos sociales y económicos.
 - Acceder a las fuentes de información y procedimientos para obtener recursos necesarios y poner en marcha procesos culturales.
 - Coordinación con profesionales de diversa cualificación a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención cultural.
 - Ejecución y realización de presupuestos de proyectos y programas varios, así como realización de los informes y evaluaciones pertinentes.
 - Realización de programas y proyectos específicos.
 - Fomentar el desarrollo integral de las personas usuarias mediante la acción lúdico- educativa.
 - Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a las personas usuarias en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo personal y grupal.
 - Motivar a las personas usuarias ante la importancia de su **participación** para conseguir su **integración y relación positiva** con el entorno.
 - Responsabilidad ante cualquier incidencia que surja, en cualquier tipo de labor propia o del personal de animación sociocultural.
 - Reuniones periódicas con el resto del equipo, así como con responsables de los diferentes centros donde se realice la labor de animación sociocultural.
 - Coordinar el voluntariado y alumnos en prácticas de animación sociocultural.
 - Realizar actividades de docencia, charlas y ponencias que guarden relación con esta categoría profesional.
 - Participar en el plan general de actividades y presupuestos de los diferentes centros.
 - Coordinar grupos de trabajo, actividades y presupuestos de animación sociocultural.
 - Comunicar a su inmediata/o superior las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de sus funciones.
 - Dispondrán de la titulación requerida y/o experiencia para el desarrollo de sus funciones en función de lo regulado en la normativa vigente.

⁸¹ En el VIII Convenio Colectivo no incluye la definición de este término, pero en el Quinto Considerando General del Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se hace referencia al “Plan personal de atención y apoyo”, que es un proceso en el que se ayuda a la persona para que decida (con los apoyos y personas que precise) qué aspectos significativos de su vida quiere mejorar y mantener, así como los apoyos y oportunidades que necesita para hacerlo, y dada la vinculación de ambas normativas, consideramos que se puede asimilar esta definición para el presente caso.

D) Personal auxiliar.

- Gerocultora/or, tiene como función principal la de asistir y cuidar a las personas usuarias en las actividades de la vida diaria que no puedan realizar por sí mismas/os y efectuar aquellas realizaciones profesionales encaminadas a su atención personal y de su entorno. Resaltan dentro de funciones:
 - Apoyar al equipo interdisciplinar en la recepción y acogida de las nuevas personas usuarias colaborando en la adecuación del plan de cuidados individualizado para cada persona usuaria.
 - Realizar intervenciones programadas por el equipo interdisciplinar, dirigidas a cubrir las actividades de la vida diaria.
 - Colaborar en la planificación, organización y ejecución de las actividades preventivas, ocupacionales y de ocio.
 - Colaborar con el residente en su **preparación para un traslado**, efectuando actuaciones de acompañamiento, vigilancia y apoyo.
 - Acompañar a la persona usuaria en la realización de actividades para facilitar el mantenimiento y mejora de las capacidades físicas y motoras, así como en la realización de actividades programadas, ya sean para citas médicas, excursiones, gestiones, etc., facilitando la **participación activa** de la persona usuaria en las mismas.
 - Colaborar con el TASOC en la animación y dinamización de la vida diaria de la Institución.
 - Ayudar a las personas usuarias en la realización de las actividades y ejercicios de mantenimiento, siguiendo las orientaciones de las/os profesionales competentes.
 - Apoyar y estimular la **comunicación de las personas usuarias** favoreciendo su desenvolvimiento diario y su relación social.
 - Colaborar con el equipo interdisciplinar en la integración de los familiares de las personas usuarias en la vida del centro.
 - Guardar absoluto silencio sobre la patología y el plan de cuidados individualizado del personal usuario, así como de cualquier asunto referente a su intimidad, y siempre actuará en coordinación y bajo la responsabilidad de profesionales de quienes dependan directamente.
 - Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de las personas usuarias.
- Auxiliar SAD, atiende en el propio domicilio o entorno de la persona usuaria del servicio, y se hace cargo de funciones relacionadas con el aseo e higiene, vestido, calzado y la alimentación. Lo más resaltante es que se encarga de la estimulación y fomento de la máxima autonomía y participación de las personas con la realización de las actividades básicas de la vida diaria, potenciar y facilitar hábitos de convivencia y relaciones familiares y sociales.
- Oficial TAD (interviene tanto a través de la propia central como físicamente en el domicilio de las personas usuarias para atender directamente los requerimientos de carácter sanitario, técnico y/o doméstico que se requieran como el acompañamiento de la/el usuario hasta la llegada de algún familiar, persona de referencia o servicios de urgencia.
- Teleoperadora/or TAD, gestiona las llamadas del centro de atención, tanto a nivel de atención e intervención como de gestión administrativa y de mantenimiento de estas y aquellas que tengan relación con la categoría.
- Instaladora/or TAD.

Las funciones en los servicios residenciales:

A) Mandos intermedios

- Gobernanta/e, realiza tareas de coordinación y supervisión. Realizará las funciones administrativas de su competencia y la gestión delegada en materia de compras del centro y relación con proveedores y otros servicios externos, siguiendo las indicaciones y directrices establecidas por la dirección del Centro y en coordinación con el servicio de cocina, se responsabilizará de la buena marcha del servicio de comedor, distribución de comidas, montaje, limpieza y retirada del servicio.
- Cocinera/o, se ocupará de la organización, distribución y coordinación de todo el personal adscrito a la cocina, así como de la elaboración y condimentación de las comidas, con sujeción al menú y regímenes alimentarios que propondrá para su aprobación a la dirección del centro y supervisión del departamento médico o nutricionista.

B) El personal auxiliar de servicios tiene responsabilidad restringida y depende de la/el Gobernanta/e o la Dirección, de la/el Cocinera/o, realizan funciones de limpieza, lavado y planchado.

De acuerdo con el cuarto párrafo del Artículo 16 del VIII Convenio, “los grupos profesionales se han establecido, según el nivel de titulación, conocimiento o experiencia exigidos, en virtud de la tarea a realizar y de la idoneidad de la persona”. Se agrega en el sexto párrafo que las categorías profesionales que se detallan en la Tabla 1, son meramente enunciativas, sin que supongan la obligación de tenerlas todas cubiertas.

Con relación a la **formación para profesionales** que trabajan con las personas mayores en los servicios sociosanitarios, en Capítulo el IV del VIII Convenio se hace referencia a esta, indicando en el Artículo 28 que sus objetivos son⁸²:

- Adaptar al titular al puesto de trabajo y a las modificaciones de este.
- Actualizar y poner al día los conocimientos profesionales exigibles en la categoría y puesto de trabajo que se desempeñe.
- Especializar, en sus diversos grados, en algún sector o materia del propio trabajo
- Facilitar y promover la adquisición por el personal de títulos académicos y profesionales y las certificaciones de profesionalidad.
- Reconversión profesional y adecuación al nuevo sistema de cualificación.
- Conocer idiomas nacionales y extranjeros.
- Adaptar la mentalidad del personal y de las direcciones hacia una dirección participativa por objetivos.
- Ampliar los conocimientos del personal que permita prosperar y aspirar a promociones profesionales y adquisición de los conocimientos correspondientes a otros puestos de trabajo.
- Formar teórica y prácticamente, de manera suficiente y adecuada, en materia preventiva cuando se produzcan cambios en las funciones que se desempeñen o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo y en las condiciones que establece el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

⁸² Artículo 28 de la Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

- Homologar las certificaciones acreditativas de la formación continua en todo el ámbito de la atención a la dependencia y proponer al instituto nacional de cualificaciones la homologación de las certificaciones para la obtención, en su caso, de los futuros certificados de profesionalidad.
- Potenciar la formación en igualdad de oportunidades.

Respecto de la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)**⁸³, esta ley se considera un hito en la protección social, no obstante, su puesta en marcha demostró ser una solución insuficiente y focalizada, porque a pesar de que en ella se contemplan conceptos como alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente derechos de ciudadanía, en la práctica la rigidez del modelo de cuidados vigente no permitió que esta propuesta legislativa cumpliera con sus objetivos.

Respecto del **Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de Choque en Dependencia en 2021**⁸⁴, en adelante el Plan de Choque, tiene como objetivo la modificación de algunos aspectos de LAPAD para garantizar una atención de calidad a las personas beneficiarias. Para lograr estos objetivos, se han establecido medidas inmediatas y a medio plazo que se aplicarán a lo largo de los tres años que dura el plan. Entre estas medidas se encuentran el aumento de la financiación del SAAD por parte de la Administración General del Estado, la evaluación completa del sistema de atención a la dependencia, la mejora de la cualificación del personal de los servicios de cuidados de largo duración y de los servicios sociales, la creación de nuevas modalidades de cuidados profesionalizados y de apoyo a cuidadores no profesionales. Adicionalmente, el Plan de Choque también tiene como objetivo reducir las listas de espera para acceder a los servicios y prestaciones del SAAD, entre otros objetivos.

Respecto del **Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**⁸⁵, en adelante el Acuerdo, que surge de una encomienda del artículo 34.2 de la LAPAD, mencionaremos en este ámbito lo relacionado con las/os profesionales. A través de la fijación de estos criterios comunes se pretende garantizar la calidad de los servicios del artículo 15, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan las personas usuarias de los servicios. Quedan fuera del ámbito del Acuerdo, las viviendas con apoyos u otras formas análogas de alojamiento colectivo que deberán ser objeto de regulación e inclusión en el catálogo de servicios del SAAD, previo acuerdo del Consejo Territorial (Artículo 4).

Uno de los ámbitos de acreditación se refiere específicamente al personal, su cualificación, su formación y sus condiciones (Artículo 3). Las cualificaciones y competencias que habilitan a las/os profesionales a prestar los servicios previstos por el artículo 15 de la LAPAD se encuentran especificadas en el Título II del Acuerdo. Por su parte, los Título IV, V, VI y VII del Acuerdo relaciona las cualificaciones con los distintos servicios del artículo 15 de la LAPAD. En concreto, se establecen las cualificaciones y

⁸³ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE 15 de diciembre de 2006)

⁸⁴ Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de Choque en Dependencia En 2021, 2021, disponible en <https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/01/plan-dependencia.pdf>

⁸⁵ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 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 comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 11 de agosto de 2022)

competencias del personal del Servicio de Atención residencial (LAPAD, Artículo 15.1.e), (el Acuerdo, Artículo 18), de los Centros de Día y de Noche (LAPAD, Artículo 15.1.d) (el Acuerdo, Artículo 22); del Servicio de Ayuda en Domicilio (Ley 29/2006, Artículo 15.1.c); (el Acuerdo, Artículo 26); y del Servicio de Teleasistencia (LAPAD, Artículo 15.1.c); (el Acuerdo, Artículo 30). Asimismo, dentro de algunos de estos servicios (los servicios de atención residencial y de atención en centros de día y de noche), el Acuerdo distingue tres tipologías de personal. Estas son el personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), el personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) y, finalmente, el personal de atención indirecta (AI) (Artículo 18, apartado A; Artículo 22, apartado A).

Antes de abordar las cualificaciones (y sus respectivas competencias profesionales) habilitadas por el Acuerdo para los distintos servicios conviene realizar ciertas precisiones.

En primer lugar, el Acuerdo alude a dos cualificaciones cuyas normativas se encuentran derogadas, de manera que estas no se abordan. Estas son el título de Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo; y el Certificado de Profesionalidad de la ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio, regulado por el Real Decreto 331/1997, de 7 de marzo.

En segundo lugar, se advierte que el Acuerdo establece la misma tipología de personal para el servicio de atención residencial y para el servicio de los centros de día y de noche (artículo 18, 22). Asimismo, con carácter excepcional, el Acuerdo habilita que cualificaciones previstas para un servicio específico sean excepcionalmente válidas para la prestación de servicios que, en principio, deben prestar profesionales con una cualificación diferente. Este es el caso del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, que es válido excepcionalmente para la ayuda a domicilio; y el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, que es excepcionalmente válido para la atención residencial (Artículo 8). Es decir, los títulos válidos para el servicio de atención residencial, de centros de día y de noche y de asistencia personal son excepcionalmente homologables entre sí. En tercer lugar, el Acuerdo no se pronuncia sobre la titulación exigida para el personal que presta el servicio de teleasistencia. No obstante, dado que el artículo 7 del Real Decreto 1593/201, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas destaca que, entre las ocupaciones y puestos de trabajo – es decir, entre los perfiles profesionales – de este título se encuentra el de teleoperador o teleoperadora de teleasistencia, se presupone que esta es la titulación exigida.

En último lugar, no se aborda el estudio del personal de atención indirecta (AI) previsto para los Centros de atención residencial y Centros de día y de noche, pues este no está involucrado directamente en las actividades de cuidado.

En vista a todo ello, las competencias y roles de los servicios de atención residencial, de centros de día y de noche se abordan en conjunto. Por su parte, el servicio de ayuda y el de teleasistencia, dado que presentan particulares, se estudian por separado.

A) Competencias y roles profesionales de los servicios de atención residencial, centros de día y de noche.

- El personal de atención de directa (Ad1N): Este se considera como un personal de apoyo directo a las personas en situación de dependencia, esencial para prestar apoyos a su autonomía, su participación y para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (Artículo 8). Esta primera categoría la componen el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor. (Artículo 18). Estos son perfiles profesionales de las

calificaciones habilitadas por el artículo 8 del Acuerdo para este nivel, que son las que se detallan a continuación.

- El Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, o los títulos equivalentes de Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería que se establecen en el Real Decreto 777/1998, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales. En este sentido, dado que según el artículo 9 del Real Decreto 777/1998, con carácter general, los títulos de Técnico Auxiliar tienen los mismos efectos profesionales que el título de Técnico, únicamente se aborda el Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería⁸⁶.

El currículo del Título en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encuentra en el Real Decreto 558/1995, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería⁸⁷.

Por su parte, la competencia general y las competencias profesionales se describen en el Real Decreto 546/1995. El apartado 2.1.1. del Anexo de dicha ley recoge la competencia general de este título en los siguientes términos.

Proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente (RD 547/1995, Anexo 2.1.1.)

Asimismo, las unidades de competencia y sus respectivas competencias profesionales detalladas por el Anexo son las que se siguientes:

Unidad de competencia 1. Preparar los materiales y procesar la información de la consulta/unidad en las áreas de su competencia.

Las competencias profesionales de esta unidad de competencia son:

1.1 Citar, recibir y registrar los datos a los pacientes/clientes cumpliendo las normas establecidas en cada consulta.

1.2 Verificar la existencia del material necesario para la realización de las actividades propias de cada consulta.

1.3 Recibir y emitir, en su caso, información verbal y escrita necesaria para la correcta coordinación con otras unidades según las normas establecidas en el centro. Se ha realizado el registro de la petición y recepción de las pruebas y servicios solicitados, reclamándolas en caso de demora.

1.4 Realizar los presupuestos y facturas de una consulta de asistencia médica u odontológica, según normas y tarifas propias de cada consulta y por acto profesional.

⁸⁶ Actualmente se trabaja en el Proyecto de Real Decreto por el que se establece el título de Técnico en Cuidados sanitarios y se fijan los aspectos básicos del currículo. En este se especifica que los tres títulos de Técnico Auxiliar tienen los mismos efectos que el Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. El texto se encuentra disponible en <https://www.todofp.es/dam/jcr:a0092458-7a14-4145-9a95-f82949d85f9/rd-titulo-cuidados-sanitarios.pdf>

⁸⁷ Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (BOE 6 de junio de 1995)

Unidad de competencia 2. Aplicar cuidados auxiliares de enfermería al paciente/cliente.

Las competencias profesionales de esta unidad de competencia son:

2.1 Lavar, asear y realizar la higiene de los pacientes en función de sus necesidades y del plan de cuidados. El aseo del paciente se ha realizado en función de las necesidades y grado de dependencia de este, comprobándose que el paciente queda limpio, seco y lo más cómodo posible.

2.2 Preparar al paciente para su traslado y asegurar que se cumplen las condiciones de este. Se ha comprobado que los datos personales que figuran en la solicitud de traslado del paciente a otras dependencias coinciden con la identidad del paciente que se va a trasladar.

2.3 Movilizar al paciente dentro de su medio teniendo en cuenta su estado y posición anatómica recomendada. La colocación del paciente en las ayudas técnicas, se realiza siguiendo las instrucciones técnicas en coordinación con otros miembros del equipo de enfermería.

2.4 Ayudar a la deambulación del paciente, asegurando que se cumplen las indicaciones específicas del responsable del plan de cuidados. Se ha interpretado y aplicado correctamente el protocolo de deambulación del paciente.

2.5 Ejecutar las operaciones necesarias para facilitar la correcta exploración y observación del paciente/cliente. Las historias clínicas correspondientes a los pacientes citados han sido preparadas y dispuestas con la antelación suficiente.

2.6 Aplicar tratamientos locales de termoterapia, crioterapia e hidrología médica, siguiendo los protocolos técnicos establecidos e indicaciones de actuación. El paciente/cliente se ha informado de la técnica que se le va a aplicar.

2.7 Realizar la preparación y administración de medicamentos por vía oral, rectal y tópica. Se ha verificado en la hoja de tratamiento y/o historia clínica la medicación prescrita al paciente/cliente.

2.8 Realizar cuidados “postmortem” siguiendo los protocolos establecidos. El tiempo transcurrido entre el “éxitus” y el aislamiento del cadáver ha sido el menor posible.

2.9 Distribuir las comidas y apoyar la ingesta en pacientes que así lo requieran. Previa comprobación en la hoja de dietas, se ha efectuado la distribución de comidas.

2.10 Colaborar y/o aplicar técnicas de prevención de accidentes y primeros auxilios, siguiendo los protocolos y pautas de actuación establecidos. Las técnicas básicas de prevención de accidentes, en las distintas unidades/consultas, descritas en el protocolo de seguridad, se han aplicado de forma correcta.

Unidad de competencia 3: cuidar las condiciones sanitarias del entorno del paciente y del material/instrumental sanitario utilizado en las distintas consultas/unidades/servicios.

Las competencias profesionales de esta unidad de competencia son:

3.1 Realizar la limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental de las distintas consultas/ unidades. Se realiza la limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental no desechable utilizado en la consulta médica u odontológica, utilizando las técnicas específicas para cada tipo de material e instrumental.

3.2 Mantener el orden, limpieza y condiciones higiénico-sanitarias de la habitación del enfermo, tanto a nivel hospitalario como domiciliario. Al hacer la

cama ocupada se realizan las maniobras necesarias de movilización del paciente, evitando causar molestias, efectos secundarios o daños innecesarios.

3.3 Participar en el control de infecciones nosocomiales. Se han aplicado las técnicas de aislamiento, en los pacientes que los requieran, siguiendo los protocolos establecidos para cada uno de ellos.

Unidad de competencia 4: colaborar en la prestación de cuidados psíquicos al paciente/cliente, realizando, a su nivel, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.

Las competencias profesionales de esta unidad de competencia son:

4.1 Detectar las necesidades psicológicas básicas y conductas anómalas en los distintos tipos de pacientes, en su ámbito de competencias. Se registran y/o comunican las observaciones realizadas o referidas por el paciente/cliente sobre sus necesidades afectivas de autorrealización y seguridad.

4.2 Prestar apoyo psicológico básico al paciente/cliente para mejorar sus condiciones de vida, en su ámbito de competencias. Se aplican técnicas, concretas para cada grupo de riesgo, de apoyo psicológico a los enfermos o a sus familiares, que necesiten atenciones o cuidados auxiliares (crónicos, terminales, oncológicos, geriátricos y portadores de sida) para mejorar sus condiciones de vida.

4.3 Promover actitudes y hábitos de autocuidado de los pacientes/clientes y su participación en asociaciones y grupos de ayuda. Se comprueba si el paciente está capacitado para realizar su autocuidado informando, en su caso, al responsable del plan de cuidados.

4.4 Intervenir, a su nivel, en la formación y promoción de hábitos saludables de alimentación, higiene personal y del medio, y sobre formas de vida en pacientes/clientes, familiares y colectivos. Se ha participado en la educación sanitaria de enfermos, y familiares, que necesiten condiciones especiales de alimentación, formas de vida e higiene personal y del medio.

Unidad de competencia 5: realizar tareas de instrumentación en equipos de salud bucodental

Las competencias profesionales de esta unidad de competencia son:

5.1 Revelar y archivar radiografías dentales según protocolo técnico y normas de calidad. La película radiográfica proporcionada al odontólogo es la apropiada para la impresión a realizar.

5.2 Realizar las operaciones de batido, espatulado y mezclado de los materiales requeridos por el facultativo. Las cantidades y dosis utilizadas en la preparación de siliconas, alginatos y otras pastas de impresión, así como de cementos son las indicadas en los protocolos de trabajo.

5.3 Mantener el sillón dental con todos sus elementos y útiles, en perfecto estado de uso. El sillón, después de cada intervención, ha sido limpiado y dejado en perfectas condiciones para su siguiente utilización.

5.5 Aislar y aspirar el campo operatorio, previo y durante la operatoria dental. Se ha aislado el campo operatorio mediante la utilización de dique de goma, rollos de algodón y separadores.

5.6 Realizar el acondicionamiento físico y psicológico del paciente que permita su tratamiento dental, antes, durante y posterior a la operatoria, según sus necesidades específicas. El paciente/cliente se ha tratado cordialmente favoreciendo su comodidad y tranquilidad, para obtener el máximo grado de colaboración.

- **El Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia**, regulado por el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre.
 El currículo del Título de Técnico de Atención a Personas en Situación de Dependencia se recoge en la Orden ECD/340/2012, de 15 de febrero, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia⁸⁸.
 Las competencias profesionales se detallan en el Anexo del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre. La competencia general del Título consiste, según el artículo 4 del Real Decreto 1593/2011 consiste en atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario (RD 1593/2011, Artículo 4).
 Por su parte, el artículo 6 distingue entre las competencias profesionales específicas que requieren las/os profesionales que prestan sus servicios en los distintos ámbitos. Las competencias profesionales específicas de la atención sociosanitaria en instituciones se detallan en el artículo 6, apartado b).
 UC1016_2: Preparar y apoyar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno en el ámbito institucional indicadas por el equipo interdisciplinar.
 UC1017_2: Desarrollar intervenciones de atención física dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.
 UC1018_2: Desarrollar intervenciones de atención sociosanitaria dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.
 UC1019_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.
- **El Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales**, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, modificado por el Real Decreto 721/2011, de 20 de mayo, modificado por el Real Decreto 625/2013, de 2 de agosto⁸⁹⁻⁹⁰⁻⁹¹.
 El Anexo II del RD 1379/2008 señala que la competencia general de este certificado de profesionalidad radica en atender a personas dependientes en el

⁸⁸ Orden ECD/340/2012, de 15 de febrero, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. (BOE 27 de febrero de 2012)

⁸⁹ Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad. (BOE 9 de septiembre de 2008)

⁹⁰ Real Decreto 721/2011, de 20 de mayo, por el que se establecen cuatro certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y se actualizan los certificados de profesionalidad establecidos como anexo I y II en el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto. (BOE 23 de junio de 2011)

⁹¹ Real Decreto 625/2013, de 2 de agosto, por el que se establecen cuatro certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y se actualizan los certificados de profesionalidad establecidos como anexo IV del Real decreto 1697/2011, de 18 de noviembre, como anexo II del Real Decreto 721/2011, de 20 de mayo y como anexo II del Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, modificado por el Real Decreto 721/2011, de 20 de mayo. (BOE 18 de septiembre de 2013)

ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno.

Asimismo, el Anexo II del RD 1379/2008 define las unidades de competencia que configuran esta.

UC1016_2: Preparar y apoyar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno en el ámbito institucional indicadas por el equipo interdisciplinar.

UC1017_2: Desarrollar intervenciones de atención física dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

UC1018_2: Desarrollar intervenciones de atención sociosanitaria dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

UC1019_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

- Finalmente, con carácter excepcional, es válido para la atención residencial el **Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio**, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto⁹².

Según se especifica en el Anexo I del Real Decreto 1379/2008, la competencia general de este certificado de profesionalidad radica en ayudar en el ámbito sociosanitario en el domicilio a personas con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno.

Las unidades de competencia de este certificado de profesionalidad también se encuentran delimitadas en el Anexo I. Estas son:

UC0249_2: Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

UC0250_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

UC0251_2: Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

- Personal de atención directa de segundo nivel (AdN2)

Según señala el Acuerdo, el personal que compone este nivel en los Centros de atención residencial y los Centros de día y de noche personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social con titulación de grado universitario o equivalente (El Acuerdo artículo 18, 22). En ambos tipos de centro, el personal de este nivel debe asumir funciones de coordinación con el entorno del centro, así como con las personas usuarios y otros sistemas como, por ejemplo, el sanitario (El Acuerdo artículo 18, 22).

Asimismo, en función de las características del centro y de sus necesidades, este personal cualificado puede prestar diversos servicios: servicios de salud, atención psicológica, servicios de terapia ocupacional, etc. La heterogeneidad de estos servicios radica en que el Acuerdo no especifica ninguna titulación específica para este nivel.

⁹² Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad. (BOE 9 de septiembre de 2008)

En cualquier caso, reserva al personal que compone este segundo nivel el rol de director o directora. Para ello, además de contar con titulación universitaria o equivalente, deben haber realizado formación especializada en áreas como la geriatría, gerontología, dirección de centros, etc. (El Acuerdo artículo 18, 22).

B) Marco competencial y roles profesionales del servicio de ayuda a domicilio.

- Personal coordinador o de atención directa de segundo nivel (AdN2)

El personal de atención directa de segundo nivel es el “(...) responsable de la gestión y organización del trabajo del personal de atención directa de primer nivel, así como de la orientación, apoyo, asesoramiento y seguimiento de este” (El Acuerdo artículo 26). Asimismo, este se “coordinará también, para el seguimiento de cada caso, con los servicios sociales comunitarios de referencia para el seguimiento y el aseguramiento de la calidad y evolución de los servicios que se prestan” (El Acuerdo artículo 26). Por todo ello, este personal coordinador debe entenderse como un rol específico del servicio de ayuda a domicilio.

Las cualificaciones habilitadas para el servicio de ayuda a domicilio son las mismas que las estudiadas para los servicios en Centro de atención residencial y Centros de día y de noche. No obstante, es preciso establecer una particularidad en lo que respecta al Título de Técnico de Atención a Personas en Situación de Dependencia, pues el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, incorpora unidades de competencia específicas para la atención en domicilio. Así, en el artículo 6 del RD 1593/2011 se especifican las siguientes unidades de competencia para el servicio de ayuda en domicilio:

UC0249_2: Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

UC0250_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

UC0251_2: Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

- Personal de atención directa de primer nivel (Ad2N)

El personal de atención de atención directa de primer nivel desarrolla “(...) funciones de atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar y convivencial y de relaciones con el entorno. Sus tareas estarán determinadas por lo que se establezca en el Programa Individual de Atención (PIA) y en el plan personal de atención y de apoyos” (El Acuerdo artículo 26).

Asimismo, “(entre) sus funciones también estará la coordinación con otras personas que intervienen en el plan de atención de la persona, ya sean familiares, otros y otras profesionales de servicios sociales comunitarios y del sistema público de salud, así como del mismo servicio de atención domiciliaria con los que se coordina” (El Acuerdo artículo 26). De esta manera, el personal de este nivel puede desarrollar también el rol de coordinador.

Así mismo, este personal, junto con la propia persona y siempre de acuerdo con su voluntad y preferencias, propondrá adaptaciones del plan personal de atención y de apoyos en función de cambios situacionales en la vida de la persona, en base a cambios en sus necesidades, demandas, riesgos y oportunidades en cada momento (el Acuerdo, artículo 26).

C) Marco competencial y roles profesionales del servicio de teleasistencia.

Como se explica con anterioridad, se presupone que el título que habilita a prestar el servicio de teleasistencia es el Título de técnico en atención a personas en situación de dependencia (RD 1593/2011, Artículo 7). En este sentido, las unidades de

competencias específicas de este perfil son las siguientes (RD 1593/2011, Artículo 6).

UC_1423_2: Atender y gestionar las llamadas entrantes del servicio de teleasistencia.

UC_1424_2: Emitir y gestionar las llamadas salientes del servicio de teleasistencia.

UC_1425_2: Manejar las herramientas, técnicas y habilidades para prestar el servicio de teleasistencia.

Por su parte, el Acuerdo define la competencia general del teleasistente o teleoperador en los siguientes términos: se encargan de la comunicación y acompañamiento a la persona en situación de dependencia de acuerdo con el plan personalizado de teleasistencia. Cuando la persona en situación de dependencia establezca comunicación, el perfil teleasistente del centro de atención será el encargado de atenderla.

Asimismo, el Acuerdo define en el artículo 30, junto a la figura genérica del teleasistente o teleoperador, dos figuras que pueden entenderse como roles profesionales. Estos son el coordinador y el supervisor.

En primer lugar, el coordinador se encarga, junto con la persona en situación de dependencia y en base a la información obtenida y a las preferencias y estilo de vida de esta, de elaborar su plan personalizado de teleasistencia que tiene por objeto acompañar a la persona en situación de dependencia, promover el contacto de esta con su entorno familiar y social y favorecer su bienestar en su domicilio. Este plan, junto con los registros informáticos el Acuerdo, artículo 30).

Por su parte, el rol de supervisor de teleasistencia “se encarga de planificar y supervisar a quienes realizan las funciones de coordinación y al perfil tele asistente o teleoperador al objeto de que la atención se preste con eficacia, eficiencia y calidad” (El Acuerdo artículo 30).

Respecto del **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia**⁹³, en adelante el Acuerdo de AP, además de la modificación de la definición de Asistencia personal, y las implicancias que ello conlleva⁹⁴, se estableció que el Consejo Territorial acuerda solicitar al Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL), la regulación de un certificado de profesionalidad específico para la asistencia personal. Se establece, además, que sin perjuicio de que con posterioridad a este acuerdo se dé aprobación a un certificado de profesionalidad específico o se revisen los existentes para su adaptación, la formación requerida será estar en posesión de cualquiera de las titulaciones o certificaciones profesionales referidas al personal de atención directa de primer nivel contenidas en el apartado octavo.2.a) del Acuerdo⁹⁵.

⁹³ Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 30 de mayo 2023)

⁹⁴ Esto se desarrolla en el punto sobre roles profesionales con EBD.

⁹⁵ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 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 comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 11 de agosto de 2022)

En el Anexo I del Acuerdo de AP se establecen los contenidos mínimos del Plan de Apoyos al proyecto de vida independiente y en el Anexo II se proporciona una propuesta de contenidos básicos de formación para asistentes personales que contará con cinco módulos:

- Módulo I - Introducción a la vida independiente. Se realizará una aproximación sobre conceptos como la autonomía personal, el modelo centrado en la persona, la vida independiente, el respeto a la diversidad humana y la inclusión en la comunidad de las personas en situación de dependencia, desde la perspectiva de los derechos humanos. Esta introducción deberá abordar también la conceptualización de las situaciones de la dependencia, la discapacidad y las grandes necesidades de apoyo.
- Módulo II - Marco normativo: Deberá conocer el marco normativo básico en el que se enmarca la asistencia personal, como es la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia o la Observación general número 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.
- Módulo III - La asistencia personal Naturaleza y funciones: En este módulo se orienta aprender el papel, funciones, objetivos y contextos de la asistencia personal como figura clave para el desarrollo de una vida independiente e incluida en la comunidad de las personas en situación de dependencia. Asimismo, este módulo incluirá contenidos vinculados a la deontología de los y las asistentes personales (confidencialidad, empatía, escucha activa, la gestión de conflictos entre otros, así como a los derechos laborales.
- Módulo IV - Accesibilidad universal y medios de apoyo a la persona: Contendrá nociones básicas sobre accesibilidad universal y productos y medios de apoyo aplicados a la vida independiente y a la inclusión en la comunidad. Así como se introducirá a los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, que faciliten la interacción de persona en situación de dependencia con la o el asistente personal.
- Módulo V - Salud laboral y primeros auxilios: Incluirá aspectos que contribuyan a la promoción de la salud laboral de las/os asistentes personales, como la ergonomía, la higiene postural, la dinámica en las relaciones de la asistencia, o la gestión de situaciones de estrés. Por otro lado, aprenderá técnicas básicas de primeros auxilios que permitan actuar en situaciones de riesgo vital, como son la pérdida de consciencia, traumatismos, hemorragias, ahogamientos, reacciones alérgicas, reanimación cardiovascular o intoxicaciones agudas, entre otras.

Finalmente, respecto del **Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales**⁹⁶, este dedica un título entero a las/os profesionales, que son quienes pueden garantizar la calidad de los servicios sociales. En el Título III, se desarrolla en 3 artículos los derechos y deberes de las/os

⁹⁶ Anteproyecto de Ley de Condiciones Básicas para la Igualdad en el acceso y disfrute de los Servicios Sociales, 24 de enero 2023, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf>

profesionales de los servicios sociales, y se incluye la figura de la/el profesional de referencia, y se indica que a las personas usuarias que accedan a la red integrada de sistemas públicos de servicios sociales se les asignará una persona profesional de referencia con el objetivo de garantizar la continuidad e integralidad de la intervención.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, regularán esta figura profesional, y se definen sus funciones básicas y la forma de provisión de esta figura, diferenciando entre el acceso a los servicios sociales y el proceso de intervención. Además, se establece que el profesional de referencia ha de ser, en el acceso al sistema, un profesional del trabajo social; y que, tras la valoración y diagnóstico inicial, se determinará, en función de las necesidades de la persona usuaria, si es pertinente otro profesional de referencia y si éste ha de ser trabajador social o provenir de otra disciplina.

3.- Experiencias y propuestas

3.1.- Nuevo Modelo: Vidas significativas

El nuevo modelo de los cuidados debe dejar atrás la percepción de los cuidados vinculados a la carencia y a la enfermedad para seguir hacia un concepto donde los cuidados están centrados en las personas, que buscan la protección de los derechos individuales, la personalización de la atención y el bienestar personal. Los centros residenciales deben convertirse en espacios donde las personas, además de recibir atenciones sociosanitarias, tengan apoyos y servicios para desenvolverse en su vida cotidiana, permitiéndoles tener vidas significativas⁹⁷.

La transición exige pasar de la mera atención al “acompañamiento”, que implica la prestación de un apoyo integral a las personas y a sus medios de vida. Esta alteración se traduce lógicamente en modificaciones cualitativas y aptitudinales en los roles profesionales convencionales. La transformación se origina en el reconocimiento de la dignidad inherente de todas las personas que requieren apoyos y cuidados, independientemente de su condición o circunstancias. Por lo tanto, implica reconocer que cada persona tiene su plan de vida único (proyecto de vida), que requiere aliento para perseguir una existencia que se alinee con sus valores y preferencias individuales⁹⁸.

Es necesario expandir los servicios sociosanitarios para abordar los requisitos de atención existentes y los que se requerirán a futuro. Mejorar la disponibilidad de los servicios sociosanitarios exige prestar atención simultánea a la mejora de su calidad, asequibilidad y accesibilidad. La calidad, en este contexto, abarca no solo la infraestructura y los servicios físicos, sino también las interacciones y relaciones humanas entre los cuidadores y los receptores de la atención. El objetivo de los cuidados de calidad

⁹⁷ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, op. cit.

⁹⁸ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, op. cit.

debe ser prevenir y aliviar el aislamiento, la soledad y las ramificaciones físicas y psicológicas asociadas⁹⁹.

La prestación de cuidados exige un mayor nivel de intensidad y esta situación requieren la satisfacción de las necesidades de apoyo y atención, que a su vez requieren respuestas coordinadas desde una variedad de ámbitos. Dichas respuestas deben desarrollarse e implementarse de manera ecosistémica, regidas por un sistema integral de gestión de casos¹⁰⁰.

Díaz-Veiga¹⁰¹ señala que se requiere una profesionalización desde esta perspectiva de la atención a personas mayores, con el propósito de proporcionar a las/os cuidadoras/es especializadas/os, habilidades adicionales en el ámbito emocional y relacional:

“Todos aquellos que brindamos asistencia y compañía a las/os cuidadores, experimentamos un aprendizaje importante: la considerable complejidad que conlleva cuidar adecuadamente. Esta faceta del encuentro con el equipo, así como los cuidados y el autocuidado, resulta extremadamente relevante para los cuidados”.

Por lo tanto, es esencial brindar una capacitación adecuada a todo el personal de servicio, centrándose en la atención y el apoyo basados en los derechos de las personas y el contexto comunitario, para mejorar las habilidades cognitivas y no cognitivas del personal y mejorar la calidad de vida de las personas que reciben atención. La adquisición de habilidades integrales que están intrínsecamente vinculadas a un tratamiento eficaz y a la búsqueda de una existencia con propósito es de suma importancia¹⁰²

Rodríguez Rodríguez¹⁰³ enfatiza la importancia de centrarse en el individuo y su plan de vida y, al mismo tiempo, establecer espacios habitables que promuevan una vida significativa. Esto implica no solo cuidar a la persona, sino también priorizar la vivienda sobre los espacios residenciales y crear entornos hogareños que permitan a las personas vivir con significado. La prestación de cuidados debe establecerse en un entorno en el que las personas pueden ejercer su autonomía personal fundamental, así como otros derechos asociados¹⁰⁴. Esto es relevante porque los roles relacionales que desarrollan las/os profesionales, dependiendo de los contextos de cuidados, no son los mismos (una cosa es un entorno con cultura institucional y otra cosa es un hogar/vivienda), ya que la visión de la persona, el concepto de los cuidados y del reparto del poder se diferencian notablemente¹⁰⁵.

⁹⁹ COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>.

¹⁰⁰ SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p.185-186.

¹⁰¹ DÍAZ-VEIGA, Pura., *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, Op. cit.

¹⁰² SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

¹⁰³ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar., *Las residencias que queremos: cuidados y vida con sentido*, Catarata, 2021, pp. 1-172, p. 42

¹⁰⁴ FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

¹⁰⁵ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas*

Con la implementación de la ACP, se rompe la jerarquía tradicional que se encuentra en el modelo clásico en el que las/os profesionales dictan lo que debe hacerse y la persona usuaria cumple con las instrucciones. Se establece un nuevo paradigma en el que el papel de las/os profesionales consiste en fomentar un entorno positivo y brindar apoyo a las personas a medida que se dan cuenta de los aspectos de sus vidas que desean modificar. Esto se logra mediante el suministro de información, orientación y apoyo para la adopción de las estrategias que sean más conducentes al logro de sus objetivos¹⁰⁶.

Para aplicar el modelo ACP y AICP, para avanzar y consolidar este modelo es necesario el cambio a muchos niveles, considerando, que la modificación que se plantea pone en el centro a todas las personas involucradas: profesionales, personas mayores, familiares y a la comunidad. Es absolutamente relevante aplicar este esquema considerando estos 4 factores.

Se espera que las/os profesionales que prestan servicios sociosanitarios a las personas mayores tengan habilidades y conocimientos cognitivos en la gestión de la salud y la seguridad, la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, la promoción de la autonomía y la independencia, la gestión de la medicación, entre otros; pero la ACP exige que la formación en competencias no cognitivas, como la escucha activa, la comunicación empática, la valoración de las capacidades individuales y el historial de vida de las personas usuarias, la planificación de actividades terapéuticas que se integren en la vida cotidiana y la utilización de metodologías que involucren a las personas mayores en los procesos de toma de decisiones y a las familias en los planes de cuidados. También para garantizar la eficacia de este modelo de atención, es imperativo que las/os profesionales evalúen críticamente sus intervenciones diarias para garantizar que este nuevo modelo se implemente de manera tangible en la vida diaria de las personas a su cargo.

Las/os profesionales deben mantener una comprensión clara de sus funciones y de los roles que desempeñan en este cambio de paradigma, deben reconocer que en los procesos de desinstitucionalización y en el nuevo modelo de cuidados, las profesiones, y en ese sentido, las figuras y perfiles profesionales se diluyen, mientras que los roles profesionales, de alguna manera toman mucha importancia. Esto quiere decir que se da gran valor a quienes conviven día a día con las personas mayores sin abandonar la idea de un equipo multidisciplinar completo.

Todas/os las/os profesionales son necesarias/os, como siempre lo han sido, pero que este es un nuevo paradigma que las/os enfrenta retos y a cambios que se deben resolver y que requiere una mayor cualificación, una serie de **resultados de aprendizaje**.

Es fundamental el enfoque interdisciplinar, cada profesional aporta una visión diferente e importante, desde su disciplina y formación. La ACP requiere que las/os profesionales sean capaces de sintonizar el trabajo de los equipos de apoyo cotidiano (las/os profesionales de atención directa continuada) con el del equipo técnico¹⁰⁷.

mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos, Op. cit.

¹⁰⁶ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

¹⁰⁷ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., DÍAZ-VEIGA, Pura., SANCHO CASTIELLO, Mayte., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 4. Profesionales: nuevos roles y equipos de atención*, 2014, disponible en

En el nuevo modelo de cuidados es imprescindible considerar la prevención, ya que la planificación anticipada de la atención puede respaldar la autonomía y acomodar las preferencias para la atención futura si se espera que una persona no pueda comunicarse de una manera que otros no puedan interpretar en el futuro¹⁰⁸.

Finalmente, no podemos dejar de resaltar que las/os profesionales que cuidan a las personas mayores a menudo trabajan en entornos estresantes y emocionalmente exigentes, y es importante brindarles apoyo emocional y psicológico para prevenir el estrés y el *burnout*.

Recordemos que la sobrecarga, la falta de recursos y la incertidumbre causada por la pandemia por COVID-19 ha generado sentimientos de miedo, desgaste, ansiedad, frustración y tristeza en las/os profesionales que continúan hoy en día sin recursos suficientes para encarar la situación. El diseño de un nuevo marco competencial y de roles profesionales, así como los planes de contingencia para futuras crisis sanitarias, deberán tener en cuenta este impacto en las/os profesionales de los cuidados¹⁰⁹.

3.1.1.- Marco competencial y roles profesionales que requiere el enfoque basado en derechos humanos (EBD)

Plantear un nuevo marco competencial y roles profesionales para la prestación de sociales de salud para personas mayores, adoptando el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBD), implica tener en cuenta que el objetivo de esa tarea debe ser la realización de los derechos de todas las personas involucradas: personas mayores, los y las profesionales y la familia. El medio para lograr dicho objetivo debe contar necesariamente con participación estas personas y el resultado debe ser su empoderamiento. En el caso específico de las personas mayores, este desarrollo debe garantizar que sean reconocidas plenamente como titulares de derechos, y, por consiguiente, preservar su autonomía, dignidad e independencia en situaciones de vulnerabilidad, sin compromiso alguno.

El EBD representa entonces, un cambio significativo en la forma en la que se considera a las personas mayores, ya que rompe con la visión utilitarista de verlas como meras consumidoras y va más allá de considerarlas simplemente beneficiarias de servicios y prestaciones. Se las reconoce como sujetos de derechos y, por lo tanto, como personas ciudadanas con plenos derechos. El EBD es un poderoso instrumento transformador, que permite a las personas asumir el control y exigir sus derechos, así como la responsabilidad de cumplir con sus deberes como ciudadanas¹¹⁰.

Es importante reiterar que para llevar a cabo con éxito los procesos de desinstitucionalización desde una perspectiva de derechos humanos y lograr un nuevo

<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-4-nuevos-roles-y-equipos>, (última consulta 29 de julio de 2023)

¹⁰⁸ KNAPP, Martin., et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit.

¹⁰⁹ PINAZO-HERNANDIS, Sacramento., GALVAÑ BAS, Alba., DOSIL DIAZ, Carlos., PINAZO-CLAPÉS, Carolina., NIETO-VIEITES, Ana., y FACAL MAYO, David., “El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y burnout por la COVID-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(4), (2022), pp. 224-229, p.224.

¹¹⁰ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

modelo de apoyo y atención, es vital contar con personal capacitado en prácticas profesionales basadas en modelos como la atención centrada en la persona (ACP), la atención integral centrada en la persona (MAICP) y la ética aplicada dentro de un marco de derechos humanos.

Se ha mencionado que en los modelos de la AICP y la ACP, los roles profesionales cobran mayor relevancia. ¿Cuáles son esos roles profesionales que cobran mayor fuerza y se repotencian con estos nuevos modelos?

3.1.1.1.- Profesional de referencia (PR)

Si bien no se trata de un rol novedoso, incluso se encuentra recogido en normativa vigente¹¹¹, en la práctica no está cumpliendo con el papel para el que se previó inicialmente. La/el PR tiene un rol esencial en la aplicación del modelo de ACP, y se ha pensado para asegurar la coordinación entre todos/as los y las profesionales que atienden a un persona determinada, para asegurarse que esta persona tenga la atención que requiere, respetando las cosas que son importantes para esa persona y lograr que se sienta mejor¹¹².

La responsabilidad principal de este rol profesional es acompañar día a día a cada persona y asegurarse que esta tenga **realmente atención personalizada**, sobre todo en los centros en los que una persona tiene varios/as profesionales a cargo de su atención¹¹³. Es crucial evitar la rotación de el/la PR, debe existir estabilidad ya que esto transmite una sensación de continuidad y facilita las interacciones sociales, especialmente para las personas con dificultades de comunicación. Esto, a su vez, permite al PR adquirir una mayor comprensión de las rutinas, inclinaciones, preferencias y patrones de participación social de las personas a su cargo¹¹⁴.

La/el PR deberá participar en la elaboración y puesta en marcha del Plan personal de atención y apoyo¹¹⁵ de las personas a su cargo y se compromete de una forma especial

¹¹¹ Existe normativa, generalmente en rango de ley autonómica, donde se establece el rol de el/la profesional de referencia, esto se desarrollará más adelante.

¹¹² MARTINEZ, Teresa., DÍAZ-VEIGA, Pura., SANCHO CASTIELLO, Mayte., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, 2014, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-5-profesional-de>, (última consulta 29 de julio de 2023)

¹¹³ MARTINEZ, Teresa., et al., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, Op. cit.

¹¹⁴ DÍAZ-VEIGA, Pura., *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, Op. cit.

¹¹⁵ El texto dice “Plan de atención y vida”, pero estamos empleando el término “Plan personal de atención y apoyo” porque es el que se consigna en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

en la protección de estas¹¹⁶. Martínez et al.¹¹⁷ señalan algunas competencias y funciones de los y las PR:

- Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza: se habla de reforzar vínculos emocionales y de confianza de la persona usuaria y de su familia, mostrarse cercana/o y disponible, servir de apoyo y referente de seguridad a la persona y familia en la incorporación y adaptación inicial al centro o servicio, saber dar apoyo y aliento en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento, facilitar la comunicación con la persona usuaria y la familia.
- Conocimiento de cada persona: acercarse a la biografía y proyecto de vida de cada persona, conocer las necesidades, lo que para la persona es importante y sus preferencias en relación con la atención, identificar competencias de la persona, dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas, observar y descubrir el día a día (lo que le agrada y le genera bienestar, lo que le produce malestar, sus opciones para tomar decisiones y tener control sobre su vida cotidiana en función de sus capacidades, oportunidades y apoyos que precisa).
- Búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar: saber conocer los recursos que tiene cada persona y facilitar que los pueda identificar, buscar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar (espacios, momentos, actividades), identificar recursos externos a la persona (en familia y amistades, en la comunidad, etc.).
- Apoyo al plan personal de atención y apoyo¹¹⁸: participar de su diseño, junto con los y las profesionales del equipo técnico, apoyar y garantizar la participación e implicación de la persona usuaria en su propio plan, apoyar y velar por su desarrollo, observar y aconsejar su seguimiento.
- Coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones: gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención, comunicarse y coordinarse con la familia y personas allegadas y con el resto del equipo profesional, saber solicitar ayuda al resto del equipo, identificando situaciones que pueden ser objeto de una atención personalizada.

Es muy importante señalar que la elección de el/la PR debe ser mutua, la persona usuaria debe aceptar y estar de acuerdo con su PR, no se trata de una designación de personal de manera aleatoria ni forzada. En un principio se puede realizar una asignación provisional hasta que la persona usuaria pueda tener una opinión y exprese sus deseos sobre quién desea como PR.

Por las características de este rol, lo más lógico es que se designe como PR a los y las profesionales de atención directa continuada porque son quienes más conviven con las personas usuarias. La organización debe apoyar totalmente la labor de los y las PR y el resto de profesionales deben comprender y aceptar este rol.

¹¹⁶ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

¹¹⁷ MARTINEZ, Teresa., et al., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, Op. cit.

¹¹⁸ El texto dice “Plan de atención y vida”, pero estamos empleando el término “Plan personal de atención y apoyo” porque es el que se consigna en el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

Con relación a la regulación normativa de este rol, existen las leyes autonómicas que establecen que la persona usuaria de los servicios sociales tenga como PR de manera obligatoria a un/a trabajador/a social, tanto en el acceso al sistema como en los casos en los que se requiera una intervención de duración determinada, sin posibilidad alguna de que, tanto la persona usuaria como los distintos tipos de profesionales del equipo, puedan elegir otra/o PR referente para la misma. Carmona y Fernández¹¹⁹ establecen que, dado que la elección de el/la PR es un derecho de la persona usuaria y debe realizarse con libertad, resulta paradójico que se establezca una reserva de actividad a una figura profesional específica y se prive a la persona usuaria del proceso de elección en función a sus deseos y necesidades. En el Anteproyecto de Ley de Condiciones Básicas para la Igualdad en el acceso y disfrute de los Servicios Sociales, se trata de corregir esto al establecer que, tras la valoración y diagnóstico inicial, se determinará, en función de las necesidades de la persona usuaria, si es pertinente otro/a profesional de referencia y si éste ha de ser trabajador/a social o provenir de otra disciplina.

3.1.1.2.- Gestor/a de casos

Es el/la encargado/a de coordinar y gestionar los apoyos y cuidados necesarios para cada persona, en colaboración con los servicios sanitarios y sociales disponibles. Entre las funciones de el/la GC se encuentran: realizar una valoración integral de la persona, teniendo en cuenta su situación familiar, su red de apoyo informal, sus preferencias, hábitos y directrices vitales significativas, establecer un plan personal de atención y apoyo¹²⁰ para cada persona (que tenga en cuenta sus necesidades y preferencias, y que sea co-diseñado con la persona, su PR y su entorno) y establecer una relación cercana y de confianza con las personas beneficiarias, para propiciar un marco relacional personal que permita una atención más personalizada y satisfactoria. Además, el/la GC debe estar en contacto con los recursos y servicios públicos disponibles, para poder ofrecer una amplia gama de opciones y soluciones a las necesidades de las personas. Al igual que el/la PR, debe ser cercano/a y accesible para las personas usuarias, con el fin de establecer una relación de confianza y cercanía que permita desplegar una atención más personalizada y satisfactoria tanto para quienes la proveen como para quienes la reciben¹²¹.

Comas d'Argemir et al. resaltan que este rol profesional adquiere mucha relevancia en países como España, donde existe aún muy poca experiencia en promover la capacidad de elección de las personas usuarias¹²². A pesar de ello, existen numerosas

¹¹⁹ CARMONA BARRALES, David y FERNÁNDEZ TRUJILLO, Ramón., “El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos.”, Encuentros en Psicología, Diciembre 2020, pp. 157-187

¹²⁰ El texto dice “Plan de Vida personalizado”, pero estamos empleando el término “Plan personal de atención y apoyo” porque es el que se consigna en el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022).

¹²¹ GARCÍA SOLER, Álvaro., ETXANIZ, Nerea., AZURMENDI, Mainer., PRIETO, Daniel., y ALDAZ, Erkuden., “Etxean bizi: ¿Es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio”. *Zerbitzuan*, 77, 2022, pp. 67-86, p. 8,14

¹²² COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit., p.67

experiencias basadas en la metodología de gestión de casos que se han desarrollado en España hace algunos años, cómo, por ejemplo: Etxean Ondo y Etxean Bizi en el País Vasco, “En mi casa” en Castilla y León, así como varios otros en Cataluña¹²³.

La gestión de casos se ha convertido en una metodología de trabajo predominante, y está dirigida principalmente por profesionales de enfermería del sector de la salud y trabajadores/as sociales de los servicios sociales; pero otras profesiones también pueden desempeñar este papel siempre que reciban la formación correspondiente. El objetivo principal de este enfoque es desempeñar un papel de coordinación para proporcionar respuestas holísticas a las necesidades de la persona, integrando el apoyo y la atención de varios/as agentes profesionales, como los grupos sociales, sanitarios, tecnológicos, comunitarios, locales, familiares o informales. La ACP es la base de este rol profesional, ya que crea una cultura de cuidado que se adapta a las características idiosincrásicas de las personas y las comunidades, protege sus derechos y apoya a las personas a las que apoyan.

Dado que en nuestro sistema de servicios sociales no se gestionan los casos con presupuestos individualizados, esta metodología se ha diluido en los aspectos fundamentales del sistema. Sin embargo, la eficacia de esta metodología se ha demostrado en otras dimensiones. Por ejemplo, la experiencia de gestión de casos en proyectos como Etxean Bizi¹²⁴, ha resignificado en el papel de los y las trabajadores/as sociales en los municipios, ya que la empresa gestora ha integrado todo tipo de recursos de proximidad e iniciativas comunitarias y voluntarias. En esencia, ha trascendido la mera gestión, procesamiento y distribución de los recursos públicos para centrarse en las personas con todos los medios disponibles.

Si bien el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD¹²⁵ señala que el personal de atención directa de segundo nivel se encargará de la “gestión de casos”, no se establece una definición de lo que implica la gestión de casos, ni existe una regulación específica sobre este rol profesional.

Es sumamente necesario establecer como metodología de trabajo imprescindible en todos los centros residenciales y servicios que se presten en la comunidad (teleasistencia, atención a domicilio, etc.) la gestión de casos y darle mayor relevancia al rol de gestor/a de casos, atendiendo siempre a los principios éticos de la ACP y la AICP.

¹²³ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “Capítulo 5: El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19” en *Informe España 2021*, Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, Madrid, 2021, pp. 337-408, p. 378-379

¹²⁴ GARCÍA SOLER, Álvaro, ETXANIZ, Nerea, AZURMENDI, Maider, PRIETO, Daniel, y ALDAZ, Erkuden, “Etxean bizi: ¿Es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio”. *Zerbitzuan (Vitoria-Gasteiz)*, 77, 2022, pp. 67-86

¹²⁵ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 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 comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

3.1.1.3.- Asistente personal

Este rol profesional va de la mano con la gestión de casos¹²⁶ y busca apoyar a la persona en su vida diaria, fomentando su autonomía y bienestar¹²⁷.

Las funciones de el/la AP variaran en función de las necesidades y preferencias de la persona a la que se presta el apoyo, pero en general, se pueden destacar algunas tareas comunes, como la ayuda en la higiene personal, la alimentación, el vestido, la movilidad, la gestión de la medicación, la realización de tareas domésticas y la participación en actividades de ocio y tiempo libre. Adicional a las tareas prácticas, el/la AP juega un papel importante en la participación social de la persona a la que presta apoyo, y debe fomentar la toma de decisiones y la elección de la persona, así como apoyar su participación en actividades y eventos comunitarios. En cuanto a las competencias necesarias para desempeñar este rol, se requiere una formación específica en habilidades de apoyo y cuidado, así como una actitud empática y respetuosa hacia la persona a la que se presta el apoyo. También es importante tener habilidades de comunicación efectiva y capacidad para trabajar en equipo con otros/as profesionales y cuidadores/as para poder coordinar los cuidados y servicios de manera efectiva¹²⁸.

Adicionalmente, podemos señalar las siguientes competencias y cualificaciones para este rol profesional¹²⁹: Conocimientos y habilidades técnicas para realizar las tareas de asistencia personal de manera segura y eficiente, habilidades de observación para detectar cualquier cambio en la salud o el bienestar de la persona mayor y poder actuar en consecuencia, habilidades de resolución de problemas para poder enfrentar situaciones imprevistas o de emergencia, conocimientos y habilidades en el uso de tecnologías de apoyo (como dispositivos de asistencia o sistemas de comunicación aumentativa y alternativa) y conocimientos y habilidades en el ámbito de la discapacidad y la accesibilidad, para poder adaptar el entorno y las actividades a las necesidades de la persona mayor.

Con relación a la regulación normativa de este rol, en el Acuerdo por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)¹³⁰, en adelante Acuerdo de AP, se define a la asistencia personal como servicio prestado por un/a AP que realiza o

¹²⁶ COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, "Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia", Op. cit., p.70

¹²⁷ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Proyecto de Matia Fundazioa, 2022, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/ruta-de-buen-trato>, (última consulta 29 de julio de 2023)

¹²⁸ COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, "Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia", Op. cit., p.65-66

¹²⁹ LÓPEZ-PÉREZ, Mercedes., y ÁLVAREZ-NIETO, Carmen. Á., "La asistencia personal en España. perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales", *Global Social Work*, 10(19), Jaén, 2020, pp.224-256, p. 247-248

¹³⁰ Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 30 de mayo 2023)

colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal. Esta definición ha variado respecto de la que se establece en la LAPAD, donde parecería que se excluyen a las personas mayores del servicio de asistencia personal ya que el artículo 19 indica que la asistencia personal ha de facilitar el acceso a la educación y al trabajo. Además de la nueva definición establecida en el Acuerdo de AP, el anteproyecto para la Reforma de la LAPAD elimina ese criterio de edad¹³¹, y señala que:

“El servicio de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la vida independiente de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados, sobre la base de un plan personal de apoyos en el que se concreten las actividades, básicas e instrumentales, que le permitan desarrollar una vida más autónoma, en función de sus necesidades y preferencias personales”.

El Anteproyecto de la LAPAD amplía los supuestos de los servicios de asistencia personal y pueden aplicarse en la práctica para la priorización de su autonomía y su proyecto de vida.

El rol de el/la AP con EBD y acorde con los modelos de ACP y AICP debe ser integrador. Comas d'Argemir et al.¹³² tienen una propuesta que plantea al rol de el/la AP como eje central de la red de apoyos para las personas mayores, realizando una integración de asistentes personales y trabajadores/as de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) y las empleadas del hogar bajo el rol de AP, con los mismos derechos laborales y vías de profesionalización equivalentes. Mejores condiciones laborales, mejor salario y la formación adecuada tienen un impacto directo en la calidad de los servicios.

Adicional a lo señalado en la descripción de los roles propuestos, se requieren otras habilidades no cognitivas, aplicables a todos los roles¹³³: **atención, escucha y observación, reflexión y comprensión**, en aras de lograr la mejor conocimiento posible de la persona, **aceptación** de cómo son las personas, de su diversidad y de que sus valores, cultura o decisiones no han de ser las mismas que nuestras, **flexibilidad y adaptación** de nuestro comportamiento y actuación profesional a cada persona/grupo en cada momento y contexto y promover en todos/as una **actitud de aprendiz**, que la humildad, la curiosidad y el deseo de seguir aprendiendo y mejorando sea parte de nuestra vida profesión.

3.1.2.- Marco competencial y roles profesiones que se requieren para el impulso de apoyos y servicios de base comunitaria y familiar.

El impulso de apoyos y servicios de base comunitaria y familiar es una estrategia que busca proporcionar apoyo y servicios a las personas en su entorno comunitario y

¹³¹ Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, 26 de agosto de 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/apl-modificacion-dependencia.pdf>

¹³² COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit., p.63.

¹³³ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Op. cit.

familiar. Para el caso de las personas mayores, en primera instancia, busca facilitar apoyo y servicios en su entorno comunitario y familiar, en lugar de en centros de atención a largo plazo. Existen evidencias que la soledad percibida por la ausencia de visitas familiares aumenta el deterioro cognitivo de las personas mayores que se encuentran en las residencias¹³⁴. La mayoría de las personas mayores disfrutan de una mejor salud, derechos y calidad de vida cuando se les brinda apoyo en la comunidad¹³⁵. Esta iniciativa se basa en la idea de que las personas mayores y frágiles pueden vivir de manera independiente y segura en sus hogares y comunidades, siempre y cuando tengan acceso a los servicios y apoyos adecuados¹³⁶.

Este enfoque se basa en los principios de inclusión y normalización, brindando apoyo y servicios que permitan a las personas llevar una vida interdependiente y autónoma. Podemos decir que tiene la visión de educar a la comunidad en prácticas contra el edadismo, para lograr la inclusión de las personas mayores y estas puedan participar activamente en su comunidad. Busca la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones sobre su propia atención, y si una persona mayor no puede permanecer en su vivienda, el objetivo es ofrecer apoyo y servicios que sean lo más parecidos posible a los que cualquier otra persona tendría en su entorno comunitario y familiar¹³⁷.

Este planteamiento o modelo de atención, se orienta en suministrar viviendas para toda la vida, que son apartamentos de uno o dos dormitorios en régimen de alquiler para personas con cuidadores/as. Además, se proporciona alojamiento con cuidados para personas que necesitan atención intensa, con un diseño pensado desde esta perspectiva. La implementación de este modelo de atención requiere un compromiso y esfuerzo de todas las partes involucradas, incluyendo a las organizaciones que apoyan este modelo desde toda la estructura organizativa.

Se ha mencionado anteriormente que uno de los elementos esenciales para la transformación del modelo de cuidados hacia los lineamientos planteados en esta investigación, es **el cambio cultural en la visión de los cuidados**. Esto implica cambios a nivel de las instituciones que se encuentran a cargo de la atención y apoyo de los cuidados de las personas mayores, así como un cambio a nivel comunitario (familiares y comunidad). En consecuencia, proponemos 2 roles profesionales (adicionales a los indicados en el punto anterior) que requiere esta nueva perspectiva de cuidados:

3.1.2.1.- Gestor organizacional (cambio organizacional)

Actualmente, muchas organizaciones están desactualizadas y arraigadas en modelos organizativos que no promueven el bienestar de sus partes interesadas, por lo que requieren una transformación de estas entidades. Existe una tendencia cada vez mayor a respaldar la progresión de los procedimientos de desarrollo organizacional desde

¹³⁴ PINAZO-HERNANDIS et al. “El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y burnout por la COVID-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID”, Op. cit., p. 226.

¹³⁵ KNAPP, Martin., et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit., p.3.

¹³⁶ DÍAZ-VEIGA, Pura., *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, Op. cit.

¹³⁷ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

las estructuras jerárquicas hacia centros colaborativos, donde se estimule a los y las profesionales a participar junto a las personas usuarias y sus familias, promoviendo el aprendizaje y fomentando la mejora continua y la innovación. La modificación de la cultura organizacional exige una transformación de las organizaciones hacia un marco colaborativo que fomente el aprendizaje, la mejora continua y promueva la innovación en sus profesionales. Esto exige una mayor adaptabilidad en la auto estructuración de las tareas y permite un cambio en los roles profesionales hacia una atención más personalizada y centrada en la persona. Se hace hincapié en la necesidad de flexibilidad en la auto estructuración de las tareas por parte de los equipos, ya que esto permitiría un cambio de roles con una mayor autonomía y competencias más amplias relacionadas con el apoyo a las personas mayores en su vida diaria, tales como los señalados en el acápite anterior¹³⁸.

En este sentido, se destaca la importancia de un rol que lidere y alimente esta visión, lo que implica un cambio importante en la forma en que se organizan las tareas y se gestionan los equipos. Es importante contar con un rol profesional con liderazgo, pero comprometido con la calidad de la atención y de establecer políticas y prácticas que fomenten un ambiente de trabajo positivo y colaborativo. Es esencial que los y las profesionales se sientan parte de un equipo y que se les brinde oportunidades de participar en la toma de decisiones y en la definición de políticas y prácticas.

3.1.2.2.- Promotor de cambio (cambio comunitario)

Es de suma importancia un cambio de cultura, cambiar la conciencia y las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores¹³⁹, el edadismo hacia este grupo poblacional afecta a los y las responsables de las políticas, a los equipos profesionales sociosanitarios, a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto¹⁴⁰.

Es indiscutible que la comunidad desempeña un papel vital en el desarrollo de las fórmulas de los cuidados, especialmente cuando se enfrenta al aumento de la demanda y a los déficits en la prestación de los cuidados. A pesar de que se pasa por alto en los estudios sobre el bienestar y los cuidados, la contribución de la comunidad a la formulación de nuevos imaginarios y prácticas de organización social del bienestar es fundamental. Es necesario establecer mecanismos de colaboración eficaces que integren los sistemas de salud, los servicios sociales y las familias, que articulen los niveles de competencia municipales, regionales y estatales, y que involucren a los sectores público y privado, las instituciones, las universidades, las empresas y el tercer sector¹⁴¹. Por lo tanto, un rol profesional que hagan de enlace con la comunidad es ideal.

¹³⁸ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo! : Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

¹³⁹ KNAPP, Martin., et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit., p. 7

¹⁴⁰ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

¹⁴¹ FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

Este rol profesional tendrá como labor principal, cambiar la mirada¹⁴² de la comunidad hacia las personas mayores, la creencia sobre vejez, la dependencia y los cuidados. Debe tener actividades que generen una reflexión sobre cómo es nuestra mirada a las personas mayores que precisan cuidados, a las familias, sobre nuestras creencias sobre los cuidados y los roles profesionales. Las intervenciones del promotor de cambio deben generar en la comunidad un cuestionamiento sobre cómo deben ser los centros los residenciales, si deben ser flexibles y adaptarse a las personas, si las personas tienen derecho a controlar su vida y decidir el tipo de atención que desean recibir. Asimismo, debe generar un cuestionamiento en los y las profesionales sobre su labor con las personas mayores para responderse preguntas como:

“¿La igualdad de derechos justifica un trato uniforme? ¿Para que sea posible la igualdad de derechos es necesario un trato personalizado y, por tanto, diferente?, ¿Nuestro papel es cuidar cuerpos, asistir solo en actividades básicas y no debemos implicarnos más?, ¿Nuestro papel es cuidar apoyando vidas que merezcan la pena ser vividas y debemos comprometernos en ello?¹⁴³

Adicional a lo señalado en la descripción de los roles propuestos, se requieren una serie de habilidades no cognitivas¹⁴⁴: **empatía y respeto**: deben ser capaces de comprender y respetar las necesidades y preferencias individuales de los y las residentes, y de trabajar con ellos de manera respetuosa y empática, **comunicación asertiva**: deben ser capaces de comunicarse de manera asertiva con los y las residentes y sus familias, utilizando un lenguaje claro y accesible, **trabajo en equipo**: deben ser capaces de trabajar en equipo con otros/as profesionales de la salud y del cuidado de los y las residentes para garantizar que se cumplan los estándares de seguridad y calidad, **adaptabilidad**: deben ser capaces de adaptarse a las necesidades individuales de cada residente, y trabajar de manera efectiva en un ambiente de cuidado que puede ser complejo y cambiante, **resolución de problemas**: deben ser capaces de identificar y resolver problemas de manera efectiva, utilizando un enfoque basado en la evidencia y en la atención centrada en la persona, **pensamiento crítico**: deben ser capaces de analizar y evaluar información de manera crítica, y de utilizar esa información para tomar decisiones informadas sobre la atención médica y de cuidado de los y las residentes.

3.2.- Identificación de itinerarios que describan los procesos de transformación hacia los nuevos roles profesionales

La transición de un marco competencial y roles profesionales basado en la cultura institucional hacia uno con enfoque de derechos humanos, con el impulso de apoyos y servicios en base comunitaria y familiar, requiere la implementación de una estrategia multisectorial. Al respecto, la Estrategia Europea de Cuidados ha presentado varias recomendaciones que consideramos deberían incluirse en los itinerarios de transformación: promover la negociación colectiva y el diálogo social con miras a mejorar

¹⁴² MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Op. cit.

¹⁴³ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa., *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Op. cit.

¹⁴⁴ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación N° 8*, Op. cit.

los salarios y las condiciones de trabajo, garantizar los más altos estándares de seguridad y salud en el trabajo, diseñar la educación y la formación continuas para los y las trabajadores/as de los cuidados, abordar los estereotipos de género en torno al cuidado y lanzar campañas de comunicación, ratificar e implementar el Convenio 189 de la OIT sobre trabajadores/as domésticos, entre otros.

A continuación, profundizamos sobre aquellas propuestas que consideramos más relevantes para este grupo poblacional:

3.2.1. Revalorización de los cuidados

Sobre la línea de lo planteado por la Comisión, al trazar la ruta del cambio de un modelo de cuidados donde predomine la cultura institucional a uno con EBD e integrado en la comunidad, resulta absolutamente necesario revalorizar los cuidados. Es imperativo dar importancia a la satisfacción que se deriva de los cuidados y discutir las emociones asociadas con la utilidad social, el aumento de la autoestima y la naturaleza afectuosa de la prestación de cuidados. Las recompensas que conllevan los cuidados son numerosas e incluyen el sentido de utilidad, el refuerzo de los vínculos familiares e interpersonales, el apoyo intergeneracional y la oportunidad de corresponder a la atención y la asistencia recibidas.

Para abordar la demanda de cuidados, es necesario que el sector no solo mantenga a su personal, sino que también atraiga a más trabajadores/as con las aptitudes y competencias necesarias. La mejora de las condiciones laborales facilitará una mayor afluencia de personas a la profesión, en particular hombres, lo que redundará en un mejor equilibrio de género en el sector.

Para reforzar lo anterior, el establecimiento de un derecho específico al cuidado (a los cuidados) tendría implicaciones importantes tanto para los receptores de los cuidados como para quienes prestan los servicios. El reconocimiento de los cuidados como una cuestión política que va más allá de los confines de la familia y el ámbito privado es bastante reciente y lamentablemente su impacto en la investigación social y política no ha sido proporcional a su importancia. La configuración en la LAPAD, y en el recientemente publicado Acuerdo a la Asistencia Personal, de un derecho subjetivo a acceder a una gama de servicios, con el objetivo de obtener la autonomía en las actividades diarias básicas, constituiría el núcleo de un derecho que, dada su dimensión social, merece un mayor desarrollo y promoción.

Camps¹⁴⁵ subraya la necesidad de una ética basada en los deberes con respecto al cuidado, y sostiene que cuidar a los demás, que antes se consideraba una responsabilidad doméstica reservada a las mujeres, ahora debe considerarse como un derecho y una obligación públicos. De Asís señala que en las sociedades contemporáneas, los cuidados de las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia se considera un derecho fundamental y, por lo tanto, el Estado, las familias y el mercado trabajan juntos para garantizar que se satisfaga esta necesidad de cuidados¹⁴⁶.

¹⁴⁵ FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

¹⁴⁶ DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid.”, Op. cit., p.132

3.2.2.- Capacitación de los y las profesionales:

Con referencia a la capacitación de profesionales, debe enfatizarse que una mera transformación de las cualificaciones, competencias y roles profesionales de los cuidados son insuficiente. El cambio en el modelo de atención requiere un cambio cultural y organizacional que implique un nuevo enfoque para abordar y participar en la comunidad. Por lo tanto, la incorporación del contenido de los derechos humanos en los diversos programas de formación para diferentes titulaciones no es suficiente. En cambio, el contenido de derechos humanos debe traducirse en logros concretos para lograr la transformación deseada. Se considera insuficiente el mandato del artículo 4.2 de la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario¹⁴⁷. Las competencias básicas relacionadas con el respeto de los derechos humanos, la igualdad de género o los valores democráticos deben materializarse en las funciones o logros específicos de los puestos de trabajo que posibilitan las diferentes titulaciones.

Sobre la formación profesional y los certificados de profesionalidad, la propuesta legislativa tiene dos formas para transformar a los y las profesionales de los cuidados. El primer canal, contenido en el artículo 9 del Acuerdo, tiene como objetivo complementar las titulaciones existentes con un certificado de profesionalidad que incorpore contenidos relacionados con la ACP y la AICP, la ética aplicada y los programas de inclusión, entre otros¹⁴⁸. Este enfoque también se propone en el Acuerdo de Asistencia Personal, que incluye en el anexo II una propuesta de módulos de formación para un certificado profesional específico en materia de asistencia personal¹⁴⁹. El segundo canal se ha propuesto en el anexo (artículo 19) de este último Acuerdo, e implica la revisión de los certificados de profesionalidad existentes para adaptarlos a los requisitos de la asistencia personal¹⁵⁰.

La formación de los y las profesionales no solo abarca a quienes participan directamente en los cuidados y la atención de las personas mayores, sino que también requiere una revisión de los y las profesionales que no están directamente relacionados con la prestación de cuidados, como el personal de transporte, el personal de los servicios de limpieza y otros, así como la familia y la comunidad de las personas mayores.

¹⁴⁷ Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (BOE 23 de marzo de 2023)

¹⁴⁸ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 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 comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022).

¹⁴⁹ Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 30 de mayo 2023)

¹⁵⁰ Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 30 de mayo 2023)

3.2.3.- Cambios en los convenios colectivos

Adicionalmente a la transformación de las cualificaciones, es crucial analizar los términos y condiciones en los que una cualificación y una formación se traducen en un puesto de trabajo. Esto requiere abordar los convenios colectivos. El VIII Convenio Colectivo presenta ciertas deficiencias. En primer lugar, la propuesta de puestos de trabajo que contemplan en los diversos sistemas de clasificación profesional que sugieren abarca ámbitos amplios y disímiles. En segundo lugar, no especifican los medios para alcanzar las competencias generales que consideran más apropiadas para los diferentes puestos de trabajo.

En vista de todo esto, existe la necesidad imperiosa de un convenio colectivo que equipare, dentro de un mismo esquema de clasificación profesional, a las/os diferentes profesionales que necesita el enfoque de los derechos humanos e impulso de apoyos y servicios de base comunitario y familiar, para las personas mayores. Es en el Convenio Colectivo donde se deberían establecer las cualificaciones más apropiadas para cada puesto, las competencias requeridas para cada uno de ellos (y sus respectivas vías de adquisición), los roles profesionales necesarios para el EBD y el impulso de apoyos y servicios de base comunitario y familiar, así como establecer criterios para designar a los y las profesionales en los diferentes grupos profesionales **teniendo precaución de no elitizar los cuidados**, para no excluir al inmenso grupo de cuidadoras que trabajan actualmente en los hogares de personas mayores (el cuidatoriado). Además, es crucial trascender los criterios de productividad para medir el desempeño de los y las profesionales mediante la incorporación de otros indicadores, como el desempeño en competencias no cognitivas y calificaciones aptitudinales.

3.2.4.- Cambios normativos: promoción de participación de personas mayores en la toma de decisiones, identificación de normas “institucionalizadoras” y establecimiento de mecanismos de supervisión y control

Adicional a lo expuesto, existe una serie de recomendaciones realizadas por la Comisión Europea (2011)¹⁵¹, con las que se pretende establecer una ruta en la transición de asistencia institucional a servicios con base comunitaria. De dicho informe consideramos relevante para este ámbito, resaltar las siguientes recomendaciones: Se alienta a los Estados miembros a modificar sus normas jurídicas y administrativas para garantizar que las/os usuarios de los servicios participen activamente en los procesos de toma de decisiones que les conciernen y en el diseño de los servicios. Se debe considerar a las personas mayores como socias de pleno derecho en el proceso de transición y se les debe dar la oportunidad de participar en la toma de decisiones que les afecten. Esta recomendación brindaría a los y las profesionales un respaldo normativo para la flexibilización de sus tareas y así poder enfocarlas en las necesidades de las personas mayores y no en los requerimientos de las entidades.

¹⁵¹COMISIÓN EUROPEA - DIRECCIÓN GENERAL DE EMPLEO, ASUNTOS SOCIALES E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, “Informe del Grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria”, *Zerbitzuan (Vitoria-Gasteiz)*, 49, 2011, pp. 147-159

Asimismo, se deben identificar las normas legales y administrativas que apoyen la institucionalización u obstaculicen la transición a la atención comunitaria para su posterior modificación y así apoyar la prestación de servicios de calidad en la comunidad, sobre todo en lo que concierne a las condiciones laborales de los y las profesionales. Es un planteamiento similar al señalado sobre la revisión de los roles y competencias en los Convenio Colectivos, pero aplicando el principio de progresividad¹⁵².

Además, es importante promover la responsabilidad individual de todos/as los miembros del personal, incluida la dirección, y hacer que los y las responsables de las condiciones inaceptables y de las violaciones de los derechos humanos rindan cuentas de sus actos. Sin embargo, no se deben pasar por alto las cuestiones sistémicas y se debe impartir capacitación a los y las funcionarios/as que hayan participado en prácticas insatisfactorias para prestar servicios de mayor calidad en un entorno diferente.

3.2.5.- Cuidado de las y los cuidadoras/os profesionales y no profesionales

El tema de la salud mental y el agotamiento profesional, también conocido como síndrome de *burnout*, no puede pasarse por alto cuando se trata de profesionales sociosanitarios, y tampoco en el caso de cuidadores/as no profesionales. Es imperativo que empecemos con el entendimiento fundamental de que brindar cuidados en condiciones adecuadas para los y las cuidadores/as, tendrá un efecto favorable en los y las receptores/as, especialmente cuando se trate de personas mayores en situación de dependencia. Las consecuencias de descuidar el bienestar de quienes brindan cuidados pueden ser perjudiciales para todas las personas involucradas.

3.2.6.- Revisar viabilidad técnico-económica para adaptar infraestructuras existentes al modelo ACP

Finalmente, no debe pasarse por alto la importancia del espacio físico y arquitectónico, tanto para las personas usuarias como para los y las profesionales. La tarea no consiste simplemente en concebir lugares estéticamente agradables, sino más bien en idear entornos significativos y estimulantes que posean una base científica. Es de suma importancia basarse en los conocimientos y las pruebas científicas, de manera que quienes deseen embarcarse en esta empresa puedan hacerlo con competencia desde el principio. La Administración debería impulsar iniciativas y asignar recursos para investigar la viabilidad técnico-económica de adaptar las infraestructuras existentes a los requisitos exigidos por el modelo ACP.

4.- Conclusiones y Recomendaciones

- La diversidad de situaciones y personas que necesitan apoyo y cuidados, combinada con el cambio de la sociedad hacia la priorización de la autonomía, la

¹⁵² El principio de progresividad es un principio interpretativo que establece que los derechos no pueden disminuir, por lo cual, al sólo poder aumentar, progresan gradualmente.

flexibilidad y la elección, exige la implementación de modelos innovadores para proporcionar y adquirir estos servicios. Estos modelos deben basarse en la diversidad y dar prioridad a la garantía del bienestar de quienes necesitan asistencia.

- Priorizar la flexibilidad, la personalización, la profesionalización y la responsabilidad pública es crucial en el desarrollo de modelos que permitan el acceso a los servicios a través de pagos directos y presupuestos individuales. Esto es esencial para evitar la mercantilización de los servicios y exige la utilización integral de los recursos públicos y comunitarios para cumplir con los requisitos de apoyo y atención sin sobrecargar de manera desproporcionada a las/os cuidadores familiares, que son predominantemente mujeres. Para garantizar no estén en desventaja en sus compromisos laborales y sociales, la asistencia social debe permitirles combinar de manera flexible diversos recursos públicos.
- El sector laboral de los cuidados es de suma importancia y se espera que se expanda en un futuro próximo. Es imperativo establecer circunstancias laborales favorables, brindar una formación integral y mejorar el desarrollo profesional, sin dejar de lado a quienes se encuentran actualmente prestando servicios de apoyo y cuidado (el cuidatoriado).
- Dentro de la Estrategia Europea de Cuidados, la Comisión insta a los Estados miembros a adoptar medidas para abordar los desafíos comunes en el ámbito de los cuidados de larga duración mejorando las condiciones laborales y las oportunidades de desarrollo profesional y reciclaje en el sector sanitario, al mismo tiempo que hace hincapié en la valiosa contribución de las/os cuidadoras/es no profesionales y en su necesidad de apoyo.
- Es innegable que una mayor implicación de los hombres en los cuidados, tanto en el ámbito profesional como en el familiar, permitiría abordar la creciente demanda de los cuidados de forma más eficaz. Comprender las barreras culturales y de oportunidad que limitan o favorecen su incorporación puede ayudar a promover esta participación e incluso reforzar el prestigio de estas ocupaciones.
- El avance de los servicios sociosanitarios para personas mayores requiere una reconsideración y replanteamiento radical de las funciones de inspección, evaluación y control de calidad que desempeñan los organismos gubernamentales (Administraciones públicas).