



¿Consulta la buena práctica



ANFAS

MI CASA: UNA VIDA EN COMUNIDAD



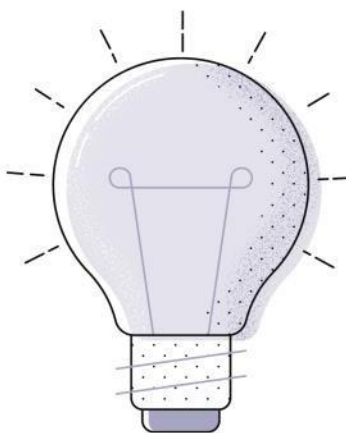
ÍNDICE

4. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA	3
5. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	3
6. PERSONAS BENEFICIARIAS	4
7. TIPO DE ACTIVIDAD	4
8. ÁMBITO TERRITORIAL.....	5
9. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA	5
10. JUSTIFICACIÓN.....	13
11. OBJETIVOS	14
12. PALABRAS CLAVES	15
13. TEMPORALIZACIÓN	16
14. HITOS	16
15. RECURSOS	17
16. FINANCIACIÓN	17
17. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	18
18. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP).....	19
19. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS	28

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

Servicio de atención residencial prestado en una vivienda en la comunidad para personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo, que facilita su inclusión y participación social.

Ponemos en valor la vida en la comunidad y utilizamos metodologías que hacen efectiva esa vinculación con propuestas como “rutas amigas” y “conectoras comunitarias”. Los apoyos se constituyen como eje principal sobre el que se basa nuestra actuación partiendo del conocimiento de la persona, de sus preferencias y su proyecto de vida.



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Detallar el ámbito de actuación marcando con una X la opción u opciones que correspondan de la siguiente tabla:

Personalización, integralidad y coordinación: experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.	X
Productos de apoyo y TIC: diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tiene necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.	
Entorno físico y comunitario: experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.	
Desarrollo organizativo y profesional: Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.	
Acciones de comunicación: aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.	
Generación de conocimiento: iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.	
COVID-19: se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.	



3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Detallar las características de las personas beneficiarias marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Personas mayores	
Personas con discapacidad	X
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	X
Otro/s	
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: Personas con discapacidad intelectual (PDI) con grandes necesidades de apoyo (PGNA). Familias que han potenciado la desinstitutionalización y prevención de la institucionalización. Profesionales que requieren de una formación específica para el desarrollo de este proyecto con un cambio de mirada hacia las personas con discapacidad. Sociedad que facilita la inclusión y participación de todas las personas.	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Detallar el tipo de actividad de su entidad marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Centro residencial	
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	
Centros de día	
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: Vivienda con apoyo para 6 personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo en un entorno comunitario y en el centro de Pamplona.	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

Detallar el ámbito territorial de su entidad marcando con una X la opción que corresponda, especificando la zona de actuación:

Local (Especificar municipio):	X
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatad	
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica:	
Pamplona	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

Describa a continuación, de forma detallada, en qué consiste la buena práctica, metodología empleada, fases de implementación, etc. (máximo 2.000 palabras):

1. DESCRIPCIÓN

Servicio de atención residencial prestado en una **vivienda en la comunidad** para **personas con discapacidad intelectual** de ambos sexos, mayores de 18 años y con **necesidades de apoyo extenso o generalizado** en todas o en casi todas las áreas de la vida diaria.

La persona constituye el eje sobre el que giran todas nuestras actuaciones y los principios orientadores apuntan a una serie de derechos de la persona que siempre debemos favorecer y respetar.

Estos principios y derechos nos obligan a adoptar una serie de criterios metodológicos que aseguren su respeto y cumplimiento. Un **cambio en nuestra mirada** y un nuevo modelo de atención integral centrada en la persona.

Los principios orientadores en la atención se convierten en ejes vertebradores e irrenunciabes del proyecto que desarrollamos en la vivienda de Sarasate:



2. METODOLOGÍA

En la Vivienda de Sarasate, llevamos a cabo un modelo de intervención centrado en las personas que dispone de diferentes componentes: planificación centrada en la persona, apoyo activo, apoyo conductual positivo, planes de vida y oportunidades, sistemas alternativos de comunicación, etc.

Una de **nuestras señas de identidad** como movimiento asociativo es que “**Hacemos Comunidad**”. Nuestra mirada está puesta en la necesidad de dar pasos por la plena inclusión de las PDI. Desde la vivienda se trabaja por promover la participación de las PGNA en todos los aspectos de su vida. Para que ésta se dé con ciertas garantías de éxito, tenemos la misión de crear una comunidad inclusiva, abierta, empática y preparada para acoger a nuestro colectivo. Esto se produce cuando se generan oportunidades de interacción entre la comunidad y las PDI. Nuestra estructura organizativa, la trayectoria que tenemos, las alianzas y sinergias que mantenemos y el arraigo en la sociedad navarra hacen que esto sea posible. Y la metodología de trabajo se pone al servicio de este objetivo.

2.1. Plan de atención individual centrado en la persona

El PAICP es el instrumento básico que recoge las informaciones, valoraciones y propuestas de intervención que permitan a la persona conservar el máximo control sobre su vida cotidiana, a la vez que recibe toda la atención que precisa. Aspira a armonizar, por un lado, la atención integral y los apoyos profesionales que las PGNA necesitan y, por otro, el desarrollo de sus propios proyectos de vida. Se realiza con la **participación** de la PDI, familia, grupo de apoyo y equipo.

2.2. Personal de referencia o apoyo

Los/as profesionales de referencia tienen un papel primordial en el progreso de la metodología centrada en la persona; están comprometidos con la persona y su familia, generando conocimiento y ofreciendo apoyos en el entorno. La relación ya

no sólo se supedita a la vivienda y a los programas, sino que se vincula a las personas, ayudándolas a controlar lo que pasa en sus vidas, generando procesos de escucha, indagando constantemente, apoyando el desarrollo de capacidades, etc., con el fin de **favorecer e impulsar el poder de la persona** para el desarrollo y liderato de su propio proyecto de vida.

2.3. Apoyo conductual positivo (ac+)

El Apoyo Conductual Positivo es una metodología cuyo objetivo principal es **prevenir y reducir los problemas de conducta** y mejorar la calidad de vida de las personas y de quienes le rodean. Es un planteamiento orientado a valores, que proporciona el soporte adecuado para que una persona pueda llevar una vida significativa pudiendo participar en actividades y desarrollando nuevas habilidades. Utiliza distintos métodos para determinar qué significa el comportamiento de la persona y cómo se pueden mejorar los apoyos para prevenir conductas. El equipo profesional de Sarasate trabaja para desplegar esta metodología en la que se ha formado.

2.4. Paradigma de apoyos

Centramos la atención en las **características del entorno y en cómo estas interaccionan con las características de la persona**. El éxito de las intervenciones y de los avances se miden en términos de bienestar personal o calidad de vida. El modelo de calidad de vida y el modelo de apoyos proporcionan:

- Un enfoque basado en los derechos, la equidad, la inclusión y la autodeterminación de las personas con discapacidad, que enfatiza los apoyos individualizados en ambientes inclusivos y que promueve la evaluación de resultados personales para implementar prácticas basadas en evidencias.
- Un marco de referencia para la planificación y provisión de estrategias de apoyo, basadas en los intereses y metas de la persona.

2.5. Trabajo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar supone un cambio de mirada que nos invita a cambiar la forma de actuar y el propio lenguaje, pasamos de la coordinación a la **colaboración**, compartiendo con otras profesionales, construyendo, pensando y reflexionando de manera conjunta. Este enfoque mejora la eficacia de las intervenciones, el impacto en las personas y en sus familias, y la percepción del propio equipo que se siente más acompañado en su práctica profesional.

2.6. Procesos participativos

PARTICIPACIÓN	CONTENIDO	FRECUENCIA
---------------	-----------	------------

Reuniones y seguimiento del PAICP con las personas residentes	Se facilita la participación de personas y familias en sus propios programas y proyectos de vida, en la mejora del servicio y asociación en general. Temas: seguimiento objetivos personales y acciones pendientes de ejecutar. Medidas de accesibilidad: 1. Adaptaciones necesarias para garantizar la accesibilidad.	Semanalmente
Asambleas de personas residentes	Temas: organización del piso, normativa de convivencia, actividades de ocio y/o propuestas de actividades en distintas entidades y en comunidad, fiestas, conflictos personales, organización tareas hogar, resolución de dificultades, talleres o dinámicas de interés. Medidas de accesibilidad: 1. Las actas se elaboran en lectura fácil y serán validadas por PDI. 2. Se facilitan sistemas alternativos de comunicación.	Mensual
Comisión de seguimiento del piso	Composición: profesionales de la ANADP, representación de PGNA, representación de ANFAS, Comité de empresa en representación equipo profesional y representante de familias. Temas: funcionamiento del centro y grado de cumplimiento del concierto.	Trimestral
Consejo de Participación	Composición: presidencia: coordinadora, vocalías: 4 personas residentes o familiares o representantes legales, 3 profesionales área técnica y atención directa, y representante Ayuntamiento. Temas: marcha y funcionamiento vivienda, actividades, relaciones entre participantes, resultados cuestionarios satisfacción de residentes, familias.	2 consejos de Participación anuales

2.7. Equipos de mejora

Los Equipos de Mejora constituidos en la vivienda de Sarasate tendrán como misión identificar, analizar y proponer soluciones a situaciones/casuísticas diversas, en aras a una mejora constante de la calidad de vida de sus residentes, familias y profesionales,

así como a la mejora de la calidad del servicio prestado.

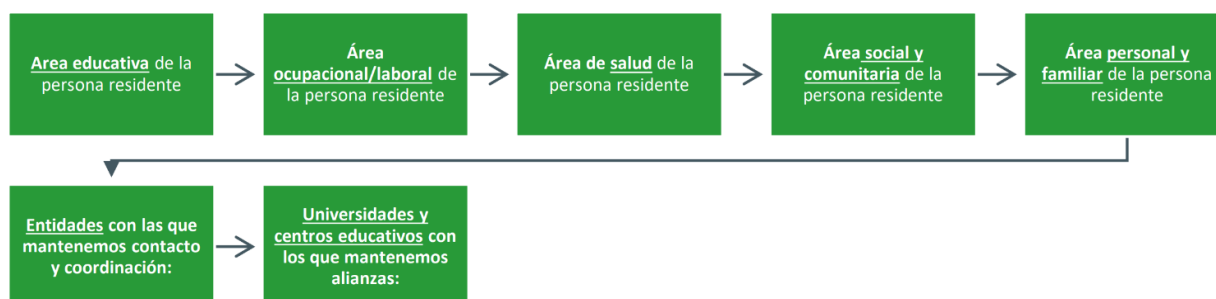
El primer equipo fue el constituido para la **puesta en marcha** de la vivienda de Sarasate. Estuvo formado por personas con discapacidad, familias, profesionales y todas aquellas personas que se consideraron pertinentes en las reuniones.

2.8. Enfoques de atención

- 1) **PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA:** ¿Cómo lo aplicamos?: Escuchando a la persona y su círculo de apoyos, desarrollando apoyos personalizados decididos y deseados por la persona, con presencia comunitaria, desarrollando redes de relaciones significativas, potenciando elecciones, generando oportunidades de contribución, desarrollando competencias que le permitan alcanzar sus metas.
- 2) **ENFOQUE CENTRADO EN FAMILIA:** ¿Cómo lo aplicamos?: colocando a la familia en el centro como sistema, creando una relación basada en la colaboración, respeto y confianza entre la familia y su red de apoyos con los/as profesionales.
- 3) **APOYO CONDUCTUAL POSITIVO:** ¿Cómo lo aplicamos?: con un proceso continuo de evaluación de los contextos y las relaciones, con toma de decisiones e interacciones basadas en datos, construcción de competencias de la persona que favorecen su bienestar, creación de contextos de apoyo significativos y amables, prevención de problemas de la conducta, estrategias respetuosas con la dignidad de la persona.
- 4) **APOYO ACTIVO:** ¿Cómo lo aplicamos?: dando importancia a la relación de apoyo entre las personas, prestando el apoyo justo y necesario, de manera precisa en cada situación, consideración como oportunidad potencial de participación de todos los momentos del día y en contextos diversos.
- 5) **ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y COGNITIVA:** ¿Cómo lo aplicamos?: Utilizando recursos como la Lectura fácil, Sistemas Alternativos y Aumentativos de comunicación, evaluación de entornos físicos. Haciendo la vida más fácil de entender como primer paso para tomar decisiones y establecer vínculos.

2.9. Coordinación con servicios y recursos comunitarios

Tiene la finalidad de promover y favorecer la inclusión, participación e interrelación entre la comunidad y las personas residentes de la vivienda.



2.10. Buenas prácticas

El objetivo no ha sido otro que mejorar los estándares del servicio con criterios éticos y técnicos, y satisfacer las necesidades de las PDI.

Este proyecto desarrolla dos buenas prácticas relacionadas con el ocio inclusivo “**Rutas amigas**” y con el paradigma de apoyos “**Conectora comunitaria**”. Utilizaremos los recursos y buenas prácticas de nuestra entidad porque suponen un avance importante en la forma en la que entendemos los apoyos:

- La OACNA, Oficina de Accesibilidad Cognitiva de Navarra trabaja junto a Navarra más Accesible.
- El modelo de apoyos basado en el Buen Trato que fue destacada como práctica innovadora en 2021.
- Lenguaje natural asistido, finalista premios Innovación Social en Servicios Sociales de Navarra en 2022.
- Proyecto de Acceso a la Justicia formando a profesionales de la justicia, cuerpos policiales, adaptando sentencias a Lectura Fácil, etc.

El programa de apoyo familiar “Eskutik, de la mano” con 9 grupos y familias de residentes de viviendas.

2.11. Instrumentos validados

Los instrumentos validados están asociados a áreas concretas para el conocimiento, valoración y evaluación del plan de apoyos individual de la persona residente. Estos instrumentos **se aplican en función del proceso** en el que se encuentra la persona (preingreso, ingreso, estancia y salida), circunstancia vital por la que pueda estar pasando, etc.



2.12. Documentación y registro de la información

En ANFAS contamos con un **sistema de gestión de la calidad, NORMA ISO 9001/2015**. La vivienda de Sarasate cuenta con protocolos de funcionamiento en los que se definen las actuaciones a realizar y que cuentan con información sobre datos de gestión y datos operativos.

3. FASES DE IMPLEMENTACIÓN

PLAN DE PUESTA EN MARCHA	PRIMER mes	SEGUNDO mes	TERCER mes	CUARTO mes	QUINTO mes	SEXTO mes
1. Incorporación del equipo técnico al proyecto: coordinadora y cuidadoras	X					
2. Revisión de información de las personas que van a residir en la vivienda	X					
3. Formación básica del equipo profesional: AICP, recurso vivienda, buen trato y fomento de la autonomía., etc.	X	X	X	X		

4. Programación de reuniones con cada una de las personas usuarias y sus familias y/o grupo de apoyo: - Acompañamiento de la persona, familia y/o grupo de apoyo por parte de coordinación durante el proceso de transición. - Presentación de la persona de referencia inicial - Entrega de información sobre servicio. - Entrega guía AICP y proyecto Mi Casa. - Entrega mapa recursos comunitarios. - Otros asuntos: preferencias habitación, hogarización espacio... - Accesibilidad de la vivienda: trasladar necesidades específicas del residente al equipo de la OACNA. - Entrega encuesta diseño zonas comunes.	X	X	X	X		
5. Encuentro personas usuarias, familias y/o grupo de apoyo y equipo profesional en entorno comunitario: - Presentación de personas usuarias, familias y/o grupo de apoyo y equipo profesional. - Dinámicas para conocerse, entre profesional, residente y familia y/o grupo de apoyo. - Visita a la vivienda. - Presentación del recurso: enfoque AICP, proyecto Mi Casa, Plena Inclusión Navarra. - Decisión sobre espacios comunes. - Recogida cuestionarios sobre proceso acogida: necesidades, temas a tratar.			X			
6. Compra de equipamiento de la vivienda.	X					
7. Estudio y adaptación accesible del espacio.	X					
8. Encuentro personas usuarias, familias y equipo profesional en entorno comunitario: - Paseo por el entorno - Asignación habitaciones. - Constitución grupo voluntario posibles necesidades en la hogarización de la vivienda. - Constitución del Equipo "Puesta en marcha vivienda Sarasate". - Lunch.	X					

- Recogida cuestionario sobre proceso acogida: necesidades, temas a tratar a futuro.						
9. Trabajo conjunto del profesional de referencia y la persona usuaria, familia y/o grupo de apoyo para: - Puesta a punto hogarización de su habitación. - Traslado de pertenencias. - Dudas y sugerencias.	X	X	X	X	X	
10. Incorporación paulatina de residentes en función de necesidad, disposición, etc.		X	X	X		
11. Café y presentación a los vecinos/as.			X			
12. Utilización de las plazas de respiro.				X		
13. Recogida de satisfacción sobre proceso acogida.						X

7. JUSTIFICACIÓN

Especifique el motivo o causa que motivó la puesta en marcha de la iniciativa:

Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que presentan una mayor necesidad de apoyos constituyen un grupo especialmente vulnerable que tradicionalmente ha experimentado situaciones de exclusión y para las que no han existido recursos concretos que respondieran a sus necesidades.

El estudio de Plena Inclusión Todos somos Todas (2016-17) con INICO refleja una situación de mayor exclusión en las personas con grandes necesidades de apoyo (PGNA) y sus familias. A nivel estatal representan un 0,16% de la población general, es decir, un total de 63.000 en toda España. En Navarra, y según datos del Plan de Discapacidad 2019-2025, existen 2.091 personas con discapacidad intelectual y certificado de discapacidad (>33%), de las que 700 (500 en la etapa adulta) podrían presentar grandes necesidades de apoyo.

Por ese motivo, nuestra propuesta está directamente vinculado con el Proyecto MI CASA de Plena inclusión, movimiento asociativo al que pertenecemos, y que tiene como objetivo prioritario el desarrollo de viviendas en comunidad para aquellas personas que presentan mayores necesidades de apoyo y que generalmente quedan excluidas de otras propuestas que se desarrollan en entornos comunitarios. Teniendo como eje principal la **desinstitucionalización de las personas, o la prevención**, y poniendo el acento en que la institucionalización no va referida a la vida en un contexto determinado, sino primero y, sobre todo, a la **pérdida de control sobre la propia vida a consecuencia de sistemas de vida predeterminados**.

Nuestro objetivo es **implementar en la práctica cotidiana un modelo de atención alternativo a los modelos de atención residencial y a gran escala**. Un servicio que no va a depender de un centro residencial de referencia, como sí ocurre con otros proyectos desarrollados en nuestra comunidad, que deberá generar esos apoyos a través de un enfoque comunitario. Un proyecto piloto que plantee un enfoque sistémico que incida en el control que debe tener la persona sobre su propia vida y que transforme el entorno comunitario generando espacios de corresponsabilidad compartida.

8. OBJETIVOS

Indique el Objetivo General y los Objetivos Específicos de la iniciativa:

OBJETIVO GENERAL:

- Puesta en marcha de una vivienda para personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo en el entorno comunitario para facilitar la inclusión y participación social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Respecto a las personas

- Mejorar su calidad de vida (bienestar físico, material y emocional, desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales y su inclusión en comunidad)
- Mantener la participación de la persona en su medio habitual de vida: personal, familiar y comunitario.
- Mejorar el desarrollo de habilidades de vida independiente.
- Fomentar la relación familiar entre las personas y sus familias.

Respecto al entorno comunitario

- Crear y mantener relaciones de colaboración con otras instituciones y agentes comunitarios.
- Normalizar la presencia de esta vivienda inclusiva en el entorno comunitario.
- Contribuir a que la comunidad entienda las necesidades y el potencial de participación de las personas con discapacidad intelectual.

9. PALABRAS CLAVES

Describe cuatro “palabras claves” relacionadas con su buena práctica y porqué tienen importancia, por ejemplo: palabra clave “Personalización”, porque llevamos a cabo una atención personalizada, centrada en las características e idiosincrasia de cada una de las personas, teniendo en cuenta su opinión, intereses, valores, costumbres...

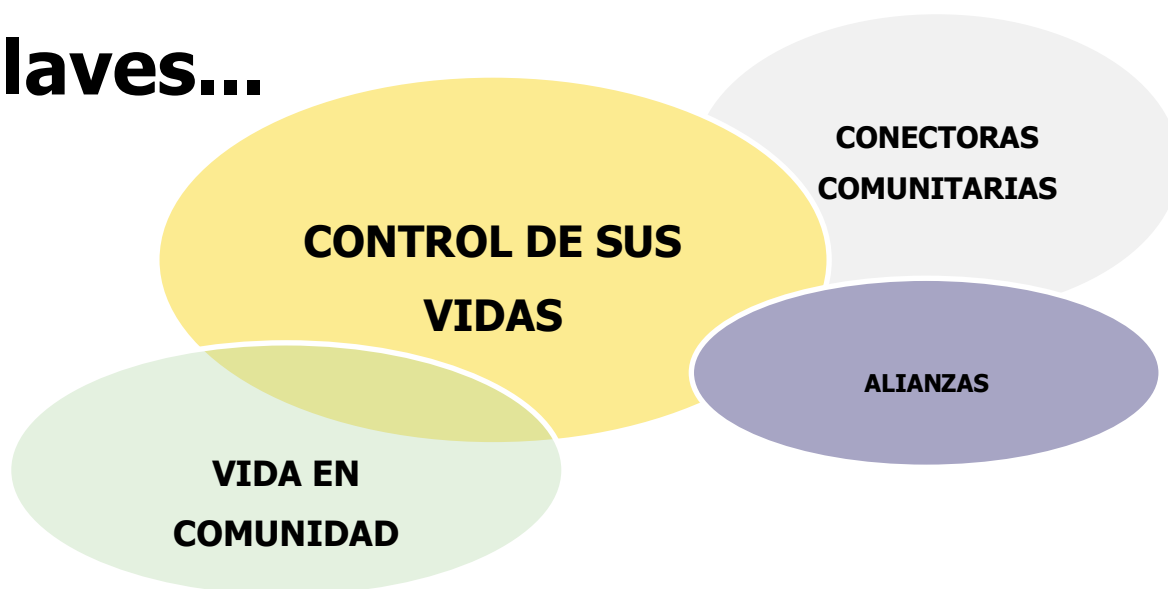
Palabra clave -1-: **Control de sus vidas** porque todas las personas en algún momento de nuestras vidas adquirimos control sobre nuestras decisiones, en función de las capacidades, deseos, oportunidades... Y a las personas con discapacidad no se les ha permitido y quien ha dirigido sus vidas han sido las familias o los profesionales.

Palabra clave -2-: **Vida en comunidad** porque la persona como ser social, lo que necesita es nutrirse de relaciones significativas en su vida. A las personas con discapacidad y con GNA, han sido identificadas por sus limitaciones, hecho que ha conllevado la segregación y la exclusión en centros residenciales alejados de zonas urbanas.

Palabra clave -3-: **Conectoras comunitarias** como nuevo rol profesional propuesta desde el proyecto MI CASA, que tiene como objetivo el trabajo desde el área socio-comunitaria. Su función es desarrollar un papel de mediadora entre la persona usuaria, familia y/o grupo de apoyo y comunidad.

Palabra clave -4-: **Alianzas** porque se trata de un aspecto fundamental cuando hablamos de integralidad y de inclusión. No solo con la administración o entidades públicas y privadas, si no con todos los recursos del entorno natural de la persona (supermercados, tiendas) como apoyos naturales dentro de su vida diaria.

Claves...



10. TEMPORALIZACIÓN

Indique la fecha de inicio de la buena práctica (mes y año):

Este Proyecto se inicia en marzo de 2023 y es renovable anualmente con ANADP (Agencia navarra para la autonomía y desarrollo de las personas de Gobierno de Navarra) durante un periodo de 9 años.

11. HITOS

Describir hitos importantes, como, por ejemplo, premios, reconocimientos recibidos por la iniciativa que se presenta. Si no los hubiera, indicar no procede.

Hemos quedado finalistas al IV Premio a la Innovación Social en los Servicios Sociales de Navarra, el 19 de diciembre se resuelve y conoceremos si somos ganadores del premio.

12. RECURSOS

Describir los recursos necesarios para llevar a cabo la experiencia, en cuanto a personal necesario y recursos materiales:

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:
 - * Coordinación, con perfil de psicología (1136 horas anuales).
 - * Administración (206 horas anuales).
 - * Atención Directa con formación sociosanitaria y/o equivalente y en AICP (10178 horas anuales).
 - * Cocina (730 horas anuales).
 - * Limpieza (976 horas anuales).
- Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:
 - * Vivienda ubicada en entorno comunitario
 - * Equipamiento y enseres adecuados a los gustos, deseos y necesidades de personas residentes.
 - * Accesibilidad cognitiva: elaboración de materiales en función de las necesidades de cada persona.

13. FINANCIACIÓN

Detallar el tipo de financiación con el que cuenta la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Recursos propios	
Cuota de personas usuarias	X
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	
Subvenciones	
Otros	X
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	
Servicio concertado con la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas (ANADP), de Gobierno de Navarra.	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Elegir el objetivo/s de desarrollo sostenible a los que contribuya la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	
Igualdad de género	X
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	X
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de las desigualdades	X
Ciudades y comunidades sostenibles	X
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	X
Alianzas para lograr los objetivos	X
No procede / No aplica	

15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

Las personas tienen derecho a participar y tomar decisiones. Para esto, es necesario que dispongan de experiencias que permitan el aprendizaje. Apoyadas por la metodología del **apoyo activo**, se favorece el desarrollo de competencias que permitan que las personas residentes ganen en autonomía. La autodeterminación es un proceso que implica ir ganando control y experiencia en sus vidas. La creencia de que todas las personas pueden hacer elecciones o indicar sus preferencias es la base filosófica de la autodeterminación.

Respetar el derecho de **autodeterminación** de la persona significa apoyar sus decisiones y asumir que, a menudo, aprenderá lecciones valiosas de los errores. Las personas con discapacidad a menudo se enfrentan a más dificultades para conseguir la autodeterminación, y están más limitadas que otros. Pueden necesitar apoyos para la adquisición de competencias y habilidades que les ayuden a explorar todas las alternativas y oportunidades en su vida.

ACTUACIONES:

- Observación de rutinas de cada residente, que nos permita registrar las actividades que realiza en periodos de 30 minutos. La profesional de apoyo/referencia registra las actividades significativas, tiempos de espera, etc., en un espacio de tiempo para su posterior análisis.
- Observación de actividades significativas: describimos aquí cómo son las conductas de implicación que tienen que ver con la interacción social, implicación doméstica, implicación en el cuidado personal y en el ocio. Así mismo, describimos la no participación o desvinculación (falta de actividad, actividades neutras o no intencionadas), las conductas desafiantes y las estereotipias que puedan darse. Este registro se realiza por parte del profesional de apoyo de la vivienda, y se irá

Principio de Autonomía

completando durante el primer mes desde su ingreso.

- Recogemos, mediante entrevista con la persona y su familia o tutor, los intereses y preferencias de esta. Este documento se recoge en el primer mes de ingreso y lo va cumplimentando la profesional de referencia.
- Elaboramos un plan de oportunidades, describiendo la actividad o rutina donde pueda haber una mayor participación, establecemos la frecuencia y la persona de apoyo responsable. Este plan se elabora en equipo junto a las profesionales de vivienda, estableciendo así objetivos vinculados a su plan individualizado de apoyos.

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

La individualización es un principio y marco de trabajo que abarca una serie de enfoques y metodologías que deben asegurar que los sistemas de apoyo personalizados funcionan sin dejar a nadie atrás. Ponemos en marcha una combinación de metodologías innovadoras que orientan la formación de los equipos de apoyo profesionales, así como los sistemas de planificación, supervisión y evaluación. Las herramientas utilizadas son: planificación centrada en la persona, enfoque centrado en la familia, apoyo conductual positivo, apoyo activo y accesibilidad universal y cognitiva.

ACTUACIONES:

- Traslado de documentación desde el departamento de Derechos Sociales: se estudia el expediente recibido para garantizar que se dispone de la información completa y detallada de la situación de la persona antes de incorporarse al servicio.
- Coordinación con los centros a los que acude la persona: se establece un contacto previo para intercambiar información sobre la persona.
- Entrevista con la familia y la persona: con el fin de conocer sus rutinas, preferencias, intereses...
- Designación del profesional de referencia inicial en función de coincidencias, gustos...
- Realización de historia de vida, proyecto de vida, PAICP, plan de apoyos en coordinación con la persona, familia y red de apoyo.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

Una vez que conocemos los intereses y preferencias de cada persona se elabora un plan de apoyo individualizado que garantiza la mayor independencia posible en su día a día.

ACTUACIONES:

- Identificación de intereses y preferencias de la persona, información que es trasladada a través de la propia persona, de su familia y de su red de apoyo.
- Hogarización: personalización de las habitaciones.
- Elección de centro o actividad de día: se ha priorizado que cada persona pueda elegir el centro, aunque ello haya implicado mayor organización de cara a prestar los apoyos.
- Se utilizan "rutas amigas", basadas en apoyos naturales, por ejemplo, para hacer uso del transporte público, conociendo a las personas del entorno comunitario.
- Se elabora un plan de apoyo individualizado en función de las necesidades identificadas.
- Fomentamos el aprendizaje y uso de las tecnologías, como teléfonos móviles, que facilitan la independencia de las personas.
- Favorecemos la capacidad de comunicación en personas que no tienen lenguaje oral a través de sistemas aumentativos y alternativos de la comunicación.

Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

El proyecto de la vivienda de Sarasate se trata de una experiencia piloto, única en Navarra, que no está soportada por profesionales especializados de atención residencial. Esto conlleva la coordinación continua entre todos los recursos y profesionales que rodean a la persona en la red comunitaria (salud, servicios sociales,

Principio de Integralidad

recursos laborales y de ocio).

ACTUACIONES:

ACTUACIONES EN LA COMUNIDAD	
FASE I Conocimiento de la red vecinal	- Contacto, presencialmente, con vecinos más próximos (laterales, arriba, abajo) antes del ingreso de las personas usuarias., para presentar el proyecto y ANFAS. - Folleto informativo, contacto Coordinación/ facilitador para posibles dudas, sugerencias y quejas. - Creación de conexiones y vínculos duraderos. - Propuesta de contribución de las personas usuarias con los vecinos y viceversa, intergeneracionalidad - Facilitador, resolución de conflictos existentes. - Participación en las reuniones de vecinos (representante entre residentes). - Preparar charlas de sensibilización. Accesibilidad.
FASE II Conocimiento del trabajo de la entidad en el territorio	- Experiencias personales de las personas usuarias en la entidad: lo que les gusta, lo que no. Conocer su vivencia (vinculada con ANFAS o cualquier otra entidad) - Conexiones de la entidad con otros recursos comunitarios. - De qué forma se crean las oportunidades para que las personas usuarias participen activamente en la comunidad.
FASE III Mapeo superficial del territorio	- Identificar los recursos del entorno, Agenda sociocultural, actividades Cívicas, Civivox, Webs (http://asociaciones.pamplona.es/...). Elaboración de una guía, con actualización mensual, - Protocolo de preingreso, aportación de guía informativa, recursos y actividades. Identificar qué recursos les generan interés, cuáles conocen, etc. - Pasear con las personas por su barrio/su localidad. Recogidas en la programación de actividades en la vivienda. - Trabajar la capacidad de orientación. - Oportunidad para ir relacionándose con personas del entorno.
FASE IV Mapeo en profundidad.	- Recursos estratégicos: - Selección de recursos de la zona de interés para la persona y para el recurso.

Principio de Integralidad

Trabajo directo con recursos comunitarios.	- Una vez que la persona haya elegido actividades o recursos de interés, contactar para establecer primera aproximación de la persona a éste. - Conocimiento cercano de las PDI de la entidad. - Coordinación continua con las figuras profesionales. - Seguimiento de las actividades y acciones de la entidad. - Establecer vías de colaboración (recursos de ANFAS, Accesibilidad, etc.) para sensibilizar acerca de la discapacidad intelectual y detectar barreras que impidan la consecución de los objetivos marcados por la persona. Una acción mensual. - Recursos que forman parte de la vida cotidiana de las personas usuarias: panadería, carnicería, frutería. Utilizar los comercios de la zona. Semanal
FASE V ESPACIOS COMUNITARIOS Para trabajar colectivamente	- Identificar asociaciones, entidades o movimientos sociales que existan en la zona. - Incluir en él la perspectiva de la discapacidad intelectual. - Si lo desean, acudir con las personas usuarias para participar como cualquier vecino/a más, abordando las necesidades y oportunidades del barrio desarrollando acciones colectivas para aumentar la calidad de vida de todos y todas. Consejos de Participación (dos veces al año).

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

La realización del **plan Individualizado centrado en la persona (PAICP)** tiene como objetivo la participación durante todo el proceso de elaboración de la PGNA y de las personas significativas de su red de apoyo, representante legal. También la de realizar su seguimiento, adaptación continua en función de la evolución en los objetivos, de la situación y necesidades de la persona y su evaluación anual.

ACTUACIONES:

Principio de Participación

PAICP		PROCESO DE ELABORACION	PARTICIPACIÓN
FASE I	CONOCIMIENTO DE LA PERSONA	Recopilación de información de conocimiento de la persona: Historia de Vida, preferencias y deseos, fortalezas y capacidades, Proyecto de vida, Valoración Integral, necesidades de apoyo, etc.	Profesional referencia
FASE II	CONSENSO CON LA PERSONA	Programación encuentro con la persona, y en su caso, la familia y/o grupo de apoyo, para consensuar los objetivos estratégicos anuales que se propone.	Profesional referencia Persona usuaria Familia y/o grupo de apoyo, si la persona lo solicita.
FASE III	REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR	Reunión del equipo técnico en la que la persona profesional de referencia trasladará las voluntades de la persona implicada. Evaluación necesidades apoyo estructuradas también en las ocho dimensiones de la calidad de vida, los objetivos	Profesional referencia Equipo técnico

Principio de Participación

		basados en las necesidades de apoyo evaluadas y los objetivos que propone durante ese año.	
FASE IV	REVISIÓN CON LA PERSONA	Consenso con la persona sobre profesionales, familia o personas significativas que le gustaría que participasen en la elaboración del PAICP. Reunión para la consolidación de la propuesta del PACIP y concreción de acciones, responsables y plazos que consideramos necesarias para la consecución de los objetivos establecidos para un año, a través de negociación y consenso. Se lleva a cabo el borrador del PAICP.	Profesional referencia Persona usuaria Familia y/o grupo de apoyo si lo solicita la PDI Personas significativas, si así lo solicita la persona
FASE V	ENTREGA DEL PAICP	Entrega a la persona usuaria en un formato que le resulte accesible, favoreciendo así que pueda ejercer su liderazgo.	Profesional referencia Persona usuaria Familia y/o grupo de apoyo si lo solicita la PDI Personas significativas, si así

Principio de Participación

			lo solicita la persona
FASE VI	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Este documento se evaluará como mínimo una vez al año, aunque los planes se actualizarán y se documentarán siempre que se detecten cambios significativos*	Equipo vivienda Persona usuaria Familia y/o grupo de apoyo si lo solicita la PDI
FASE VII	EVALUACIÓN CON LA PERSONA	Obtenidos los datos técnicos de evaluación, se realizará una reunión con la persona y personas elegidas por ésta, para evaluar el PAICP. Se hablará de los objetivos alcanzados, así como de las dificultades encontradas y propuestas de mejora para futuros PAICP's.	Profesional de Referencia Persona usuaria Familia y/o grupo de apoyo si lo solicita la PDI. Personas significativas, si así lo solicita la persona

Principio de Inclusión social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

El desarrollo de habilidades de interacción y relación social permiten ofrecer una serie de sugerencias prácticas que pueden servir de guía, a la hora de abordar el desarrollo de las habilidades de interacción y relaciones sociales de la PGNA y su comunidad. Las relaciones sociales son una parte importante de nuestra vida. Si tenemos buenas relaciones sociales, el desarrollo de nuestra actividad es más eficaz; cuando lo contrario nos puede llevar al fracaso. La plena inclusión y participación de la PDI en su entorno requiere de profesionales comprometidos con la autodeterminación, la planificación centrada en la persona y la provisión de apoyos. Apoyos activos, sistemáticos y constantes.

ACTUACIONES:

- Conocimiento de la persona: a través de la documentación personal, historia de vida, preferencias, etc, identificamos objetivos, deseos y metas que tengan que ver con ofrecer espacios de interacción social. Coordinadora y referente, junto con la persona y familia (si así lo desea la persona), establecen una serie de acciones.
- Entrenamiento práctico: se anticipa la información sobre las actividades que se vayan a realizar, sobre todo las nuevas, indicando cómo serán los entornos, las personas que les acompañarán, la actividad a realizar, y todo aquello que ofrezca seguridad y confianza.
- Orientaciones y estrategias de acompañamiento: las profesionales disponen de este documento que facilita algunas herramientas para el abordaje de estas situaciones. La formación continua de los profesionales, el seguimiento individualizado de cada persona, son aspectos clave.

Principio de Continuidad de atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

La calidad de vida se centra en la persona y proporciona información sobre qué es importante para ella y cuáles son los resultados que se deben alcanzar. Los apoyos, en cambio, se centran en cómo lograr esos resultados; es decir, son las estrategias y los medios eficaces mediante las cuales podemos alcanzar el éxito. Al tener claro qué hacer y cómo hacerlo, tenemos la ruta de navegación, una ruta centrada en la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia. Conocido el rumbo y con los medios necesarios, los profesionales, las organizaciones de apoyo y las políticas públicas pueden avanzar en la dirección adecuada y, después, comprobar (evaluar) si se han llegado al lugar (metas y resultados) que se habían planificado.

ACTUACIONES:

Se administran diferentes instrumentos y escalas en función del momento vital de cada persona para obtener información sobre los diferentes principios mencionados anteriormente que garanticen una atención adecuada y continuada en el tiempo:

- Escala de intensidad de apoyos (SIS).
- Escala de calidad de vida San Martín.
- Cuestionarios de satisfacción anual para usuarios y familias.
- Elaboración y cumplimentación de registros de salud personal.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

Con respecto a los modelos tradicionales de atención, el proyecto “Mi Casa: Una vida en comunidad” es la **primera vivienda para PGNA** que en Navarra que no está respaldada por un centro residencial. Por lo tanto, las seis personas que viven en el

piso participan y obtienen respuesta a sus necesidades en los recursos de la comunidad, en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía de Pamplona.

Los centros residenciales eran los recursos orientados a las PGNA; con la incorporación de este proyecto, se ha dado el paso a la “**vida independiente**”; por ello, se han empadronado en el domicilio actual, solicitada la asignación de profesionales de atención primaria y salud mental, etc. Para ello, se ha incluido un nuevo rol profesional como es la “**conectora comunitaria**”, la cual realiza un mapeo de los recursos y hace enlace la función de enlace de las personas con la red de servicios comunitarios.

El nuevo paradigma de apoyos defiende un enfoque comunitario basado en el concepto de calidad de vida y en los apoyos individualizados. Centramos la atención en las características del entorno y en cómo estas interaccionan con las características de la persona. El éxito de las intervenciones y de los avances se miden en términos de bienestar personal o calidad de vida.

Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

Este proyecto es **replicable** con todas las personas que, estando en centros residenciales, soliciten la **desinstitucionalización** u otros modelos de atención, que una residencia, por su tamaño, estructura, ubicación, etc., no puede prestar.

La experiencia de las personas profesionales en otros trabajos relacionados con la discapacidad intelectual y la formación en el modelo de atención integral centrado en la persona facilitaría la puesta en marcha de más pisos destinados a las personas con grandes necesidades de apoyo, que hasta hace pocos años no se le consideraba susceptibles de convivir en un piso dentro de una comunidad de vecinos.

Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

La implantación de esta experiencia ha surgido por el trabajo de distintas **administraciones locales y autonómicas** (Ayuntamiento de Pamplona, y Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas -ANADP- de Gobierno de

Criterio de Trabajo en Red

Navarra), así como entidades sin ánimo de lucro (Plena Inclusión y ANFAS) que han apostado por la atención a personas con discapacidad Intelectual con grandes necesidades de apoyo que, o bien estaban institucionalizadas o tenían cursada plaza para una vivienda inmersa en la comunidad.

A la red institucional se suma la **red comunitaria**, la cual hace posible la inmersión de la persona con discapacidad en la sociedad como ciudadano de pleno derecho.

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

ANFAS dispone de profesionales formados en **perspectiva de género**, hecho que facilita el cuidado del lenguaje utilizado, la elaboración y/o supervisión de los documentos de trabajo, etc. Cabe resalta que la entidad organiza todos los años la Semana de la Igualdad a la que pueden sumarse todas las personas profesionales y usuarias de la vivienda.

Asimismo, somos partícipes del Pacto por los Cuidados de Navarra, impulsado por el Instituto Navarra de Igualdad (INAI).

Criterio de Evaluación y Resultados

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

El proyecto dispone de sistemas de evaluación que se aplican en varios momentos en función de los objetivos establecidos.

1.- **Efectividad y cumplimiento de objetivos:**

Para evidenciar el cumplimiento del compromiso adquirido con las personas y con la administración se proponen los siguientes instrumentos:

Criterio de Evaluación y Resultados

Con la Administración:

- * Evaluación anual de la implantación de la metodología AICP. (ANADP)
- * Memoria técnica anual según modelo establecido por ANADP que se entrega el primer trimestre del año 2024.
- * Memoria económica anual según modelo establecido por ANADP que se entrega el primer trimestre del año 2024.
- * Reunión de seguimiento con ANADP y partes implicadas en el proyecto (PGNA, familias, profesionales, representantes de ANFAS y representantes de Gobierno Navarra). Mínimo 1 anual.

Con las Personas:

- * Cuestionario de Satisfacción de Personas que viven en el piso.
- * Cuestionario de Satisfacción de Familias.
- * Cuestionario de Satisfacción de Profesionales.
- * Escala de calidad de vida.

Debido a que el recurso se ha puesto en marcha recientemente, todavía no contamos con los resultados.

2.- Impacto social

- * Nº de acciones realizadas con los vecinos: 3 contactos:
 - Presentación a la comunidad de vecinos con entrega de obsequio elaborado por los residentes.
 - Participación en dos reuniones de junta de la comunidad.
- * Nº de actividades en entornos comunitarios: 9 realizadas:
 - Huerta comunitaria Piparrika.
 - Comida Piparrika.
 - Excursión Parque Bomberos.
 - Excursión Alsasua.
 - Excursión Huarte Arakil.
 - Excursión a Lacturale.
 - Piscina.
 - Comida fiestas de Jarauta.
 - Comida San Fermin Txikito.
- * Nº de actividades solicitadas por las personas en Paicp: 4:
 - Voluntariado.
 - Decoración de zonas comunes de la vivienda.
 - Participación en actividad deportiva (spining).
 - Participación en programa de autogestión.
- * Nº de actividades realizadas: 3 (voluntariado, actividad deportiva y programa

Criterio de Evaluación y Resultados

de autogestión). En proceso decoración de zonas comunes de la vivienda).

* Nº de acciones de difusión del proyecto: 9:

- 7 encuentros realizados con familias en las diferentes zonas de Navarra (Tudela, Tafalla, Pamplona, Estella, Sangüesa, Sakana y Baztan Bidasoa) para presentar los modelos de atención en vivienda para personas con discapacidad.
- Difusión del proyecto a través de las redes sociales de la entidad.
- Organización de una jornada de reflexión sobre el tema de vivienda en Navarra prevista para el mes de diciembre.

3.- Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica:

Partiendo de la base de que la vivienda es un derecho de toda persona, en el caso que nos ocupa, el Gobierno de Navarra, ha apostado por una viabilidad técnica y económica, concertando el recurso. Dado que se trata de una experiencia piloto, se evaluará la sostenibilidad y viabilidad a medio y largo plazo.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

El piso está ubicado en un inmueble del Paseo Sarasate de Pamplona. Es accesible física y cognitivamente, dadas las características de las personas que en él viven.

Este emplazamiento, además de ser zona peatonal, facilita el acceso a todos los recursos de la comunidad sin necesidad de hacer uso de transporte público y/o privado. En el caso de que alguna familia o profesional precise acceder con vehículo, el ayuntamiento de Pamplona ha autorizado el acceso de dos matriculas por familia y profesional.