

---

# **REFLEXIONES PARA EL DISEÑO DE UN MODELO DE CUIDADOS EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA**

**Evaluación de Políticas Públicas para un  
desarrollo sostenible de los Cuidados de Larga  
Duración**

**Mary Martínez Martínez**  
**Directora Técnica Grupo La Saleta**

**FACULTAD DE ECONOMÍA**  
**VALENCIA 3 DE JULIO DE 2015**

# MODELO DE ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA

## ORIGEN DEL MODELO

## ORIGEN DEL MODELO



*Armonizar los sistemas  
organizativos de los servicios con  
las preferencias y deseos*

## *ENFOQUE* holístico del Modelo de AMP

- *Respeto e Individualización*
- *Negociación en la atención*
- *Elección en la relación terapéutica*
- *EMPODERAR a las personas*

## *NIRA. Principios rectores*

- *El paciente como persona*
- *Compartir poder y responsabilidad*
- *Accesibilidad y flexibilidad*
- *Cuidado y Ambiente*

# MODELO DE ATENCION CENTRADA DE LA PERSONA

---

*Desde la ACP , la AUTONOMIA se destaca como un valor nuclear de la Atención*

## MODELO CENTRADO EN SERVICIOS

- *Sitúan su foco en los déficits y enfermedades*
- *Intervenciones parciales para la resolución de problemas*
- *Decisión y poder del profesional*
- *Encuadre aislado de los servicios sociales*
- *Lenguaje clínico*

## MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

- *Sitúan su foco en las capacidades y fortalezas*
- *Intervención global proponiendo planes de vida donde la persona participa*
- *Las decisiones se comparten/negocian con la persona y familia*
- *Persona dentro de su entorno*
- *Lenguaje cercano*

# MODELO DE ATENCION CENTRADA DE LA PERSONA

---

## MODELO HOUSING

### MODELO HOUSING

*Espacios privados: que garanticen la intimidad con espacios comunes*



*Apuestan por la organización en pequeñas unidades de convivencia (de 6 a 20 personas)*



*Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades*



*Modelo de vida similar al hogar y abordaje terapéutico (las actividades cotidianas)*



*Atención profesional durante las 24h integrando cuidados personales*



*La organización de la actividad la decide la persona mayor junto con el profesional*



# MODELO DE ATENCION CENTRADA DE LA PERSONA

---

## MODELO HOUSING

### MODELO HOUSING

*Defienden la idea de vivienda para toda la vida*



*Otorgan a las familias y allegados un papel central incorporándolos en la vida del centro*



*Recursos integrados en el entorno*



*Plantas y animales de compañía frecuentes. Espacio para niños*



*Profesionales polivalentes y con una formación importante*



*Busca la atención personalizada (protección de la seguridad/asunción de riesgos)*



# INICIO DE UN CAMBIO CULTURAL NIVEL MUNDIAL

---

*En los países nórdicos*



*se inicia hacia los años 60*

*En los países nórdicos*

*se inicia hacia los años 60*

*En EEUU*

*En los años 80 se inicia el Cambio de Cultura en las Nursing Homes (Ley OBRA 1987) que busca pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo hogar desde la atención centrada en la persona*

*En España*

*En los últimos años* → *mejora de los equipamientos* → *progresiva profesionalización del sector*

*Construcción y creación en especial de plazas residenciales sin una visión hacia un modelo centrado en la persona*

# CAMBIO CULTURAL en ESPAÑA



**Pilar Rodríguez**

Fundación Pilares  
ha creado la **RED  
MODELO  
AMBIENTE**

(Buenas  
Prácticas)



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

**Gobierno de  
Asturias**

Guía de  
**BUENAS  
PRACTICAS**  
para las  
residencias y  
Centros de día

(Calidad de  
Vida y Atención  
Centrada)

**MATIA**  
INSTITUTO GERONTOLÓGICO

Departamento  
de Trabajo y  
Asuntos  
Sociales del  
Gobierno  
Vasco

**PROYECTO  
ETXEAN  
ONDO**  
(EN CASA,  
BIEN)

Unidades de  
Convivencia



**Alzheimer  
Catalunya**

**DCM**  
(Demential  
Care Mapping)

Investigación y  
Formación



**Grupo  
Geroresidencias**

Desatar (2008)

Proyecto 2012 12  
metas

***INTERES CRECIENTE pero no se cuenta con el suficiente desarrollo ni con un respaldo institucional ni social generalizado***

participación en sociedad generalizada

INTERES CRECIENTE pero no se cuenta con el suficiente desarrollo ni con un respaldo

[www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com)



# PROMOVER CAMBIOS EN...

---

*EL NUEVO  
PLANTEAMIENTO.  
Nuevo paradigma*

*IMPACTA CON FUERZA EN LOS  
MODELOS ESTABLECIDOS*

*EL NUEVO  
PLANTEAMIENTO  
EL MODELO*

*MODELOS ESTABLECIDOS  
IMPACTA CON FUERZA EN LOS*

**Diseño arquitectónico y configuración de espacios físicos**

**En las normativas**

**Cartera de servicios centrados en la persona**

**Condiciones de trabajo, perfiles profesionales, ratios, reestructuración de plantillas**

**Sistemas de evaluación de la calidad**



# ESTUDIOS DEL MODELO...

---

- *Mejor en independencia y calidad de vida*
- *Satisfacción de trabajadores*
- *Menos absentismo*
- *Mayor satisfacción en familias*

ETXEAN  
ONDO



- *Efectos positivos en dimensiones de calidad de vida*
- *Incremento de satisfacción en familias*
- *Mayor satisfacción laboral*

MODELO  
HOUSING



# Coordinación/Integración Sociosanitaria

## PERFIL DE PERSONAS

### PERFIL DE PERSONAS

Media de edad 84 años

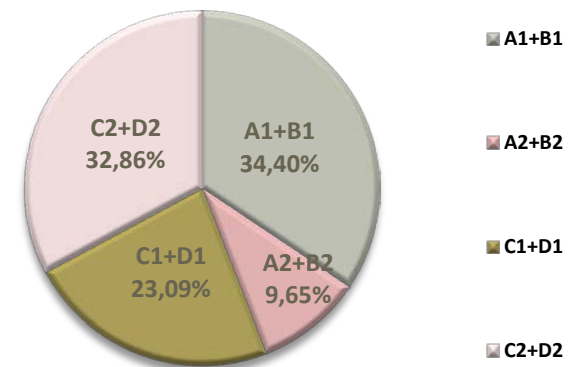
Prevalencia de demencia 50,5%

Media de patologías 4,7

Media de fármacos 5,3

Persona mayor con enfermedad crónica y frágil

2014



# Coordinación/Integración Sociosanitaria

**PERFIL DE PERSONAS**

**PERFIL DE PERSONAS**

MODELO DE  
CUIDADOS  
SOCIOSANITARIOS  
CENTRADO EN LA  
PERSONA



# Coordinación/Integración Sociosanitaria

Conectar el Sistema de Salud con los  
Servicios Sociales **EFICIENCIA**

Los RRHH suponen el mayor coste  
Planes que contemplen redistribución  
de los recursos

Los sistemas de información actuales conectan  
atención primaria y los hospitales  
**DEBERIAN EXTENDERSE** a los Servicios Sociales

Reducir nivel de **PATERNALISMO**  
Generar conciencia **CIUDADANA**

**DESAFIOS**

**DEZAFI02**



# Coordinación/Integración Sociosanitaria

## Qué nos dice la Evidencia?

## Que nos dice la Evidencia?

- ❖ *La coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales se ha mostrado altamente Coste-Efectiva, especialmente cuando se consigue la integración total de la atención.*
- ❖ *Gestión de CASOS si resulta Coste-Efectiva incluso en aquellos casos Aislados*
  - ❖ *ENFOQUE: Creación de Equipos Multidisciplinares y designar un Gestor de CASOS*
- ❖ *La red integrada de Servicios Sociosanitarios ha demostrado (Hebert R):*
  - ❖ *Reducir la prevalencia de la pérdida de autonomía en un 6,2% y su incidencia en un 13,7%*
  - ❖ *La proporción de sujetos con discapacidad se reducen un 31%*
  - ❖ *Se han reducido las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios*
  - ❖ *Se ha incrementado su grado de satisfacción*
- ❖ *La promoción de la salud por medio de programas de AUTOCAUIDADO es una intervención preventiva coste efectiva*

# Coordinación/Integración Sociosanitaria

## Ventajas

- Disponemos de toda la Historia Sociosanitaria del paciente
- Disponemos del Historial Farmacoterapéutico del paciente
- Disponemos de la información en cuanto a alertas de medicamentos, noticias sanitarias de última hora
- Generar nuestras propias recetas
- Prolongar tratamientos
- Consultar diagnósticos y visitas de especialistas
- Solicitud de medicamentos que requieren visado de inspección

## Inconvenientes

- Duplicidad de la información (Abucasis y Resiplus)
- Velocidad de conexión lenta, tiempos de enfermería y médico
- Traslado de Hojas RELE y SIPs a oficina de farmacia

## GESTION DE ABUCASIS

## GESTION DE VBCV818



# Coordinación/integración Sociosanitaria

**EJEMPLO**

**ELEMENTO**

**Visualizar analíticas que solicita el médico de nuestro Centro**

**Visualizar analíticas que solicitan otros médicos**

**Realizar interconsultas con especialistas**

**Visualizar visita de otro especialista**

	Arnau de Vilanova	General	Sagunto	Alicante	Castellón
Visualizar analíticas que solicita el médico de nuestro Centro	SI	SI	SI	NO	SI
Visualizar analíticas que solicitan otros médicos	NO	SI	NO	NO	SI
Realizar interconsultas con especialistas	SI	SI	SI	NO	SI
Visualizar visita de otro especialista	SI	SI	SI	SI	SI



*Según el Departamento de Salud al que pertenezca el centro Sociosanitario se puede ver o no determinada información*



[www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com)



# Coordinación/integración Sociosanitaria

## CONCLUSIÓN

### ABUCASIS



Ha mejorado la gestión  
administrativa

Nos permite disponer de los  
tratamientos farmacológicos

Y de la H<sup>a</sup> Médica del paciente

### RESIPLUS

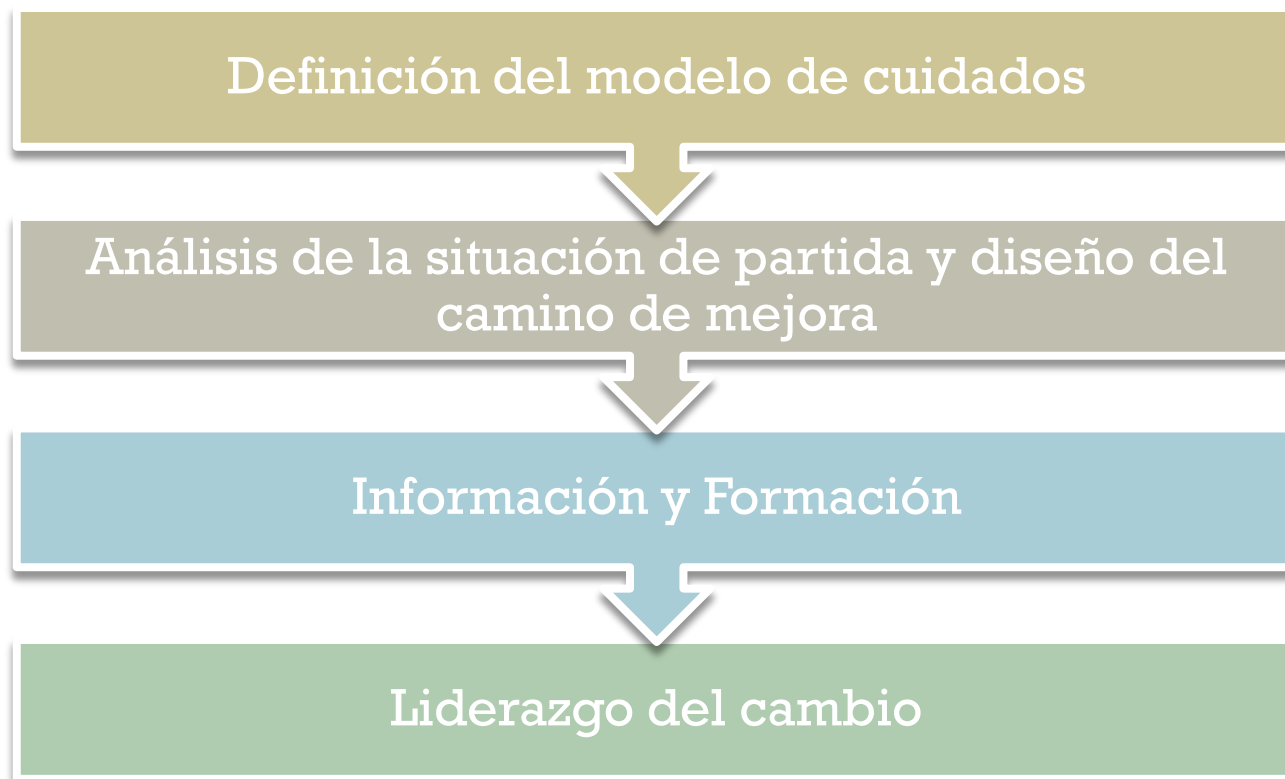


Seguimiento Médico y de Enfermería  
Control de UPP y curas  
Control de glucemias  
VGI de todo el Equipo Multidisciplinar  
Caídas  
Control de peso, talla, T<sup>a</sup>, tensión, pulso  
Ingesta de líquidos y sólidos  
Cambios posturales

Saturación y administración de  
oxígeno  
Escalas de ansiedad y depresión  
Escalas funcionales: Barthel y  
Dowton  
Escalas de movilidad: Tinetti  
Escalas cognitivas



## Como hemos actuado nosotros? \_\_\_\_\_



# Como hemos actuado nosotros?

## Definición del modelo de cuidados: ABORDAJE



# Como hemos actuado nosotros?

## Definición del modelo de cuidados: FRAGILIDAD

Hay consenso en aceptar que la **FRAGILIDAD** es un estado fisiopatológico que predispone a una mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades y efectos adversos, debido a una falta de mecanismos compensadores y a la pérdida de homeostasis en múltiples sistemas corporales con disminución de reserva funcional.

Hay que establecer **INTERVENCIONES EFECTIVAS** para evitar la progresión de la fragilidad desde las etapas incipientes (prefragilidad) a estadios más avanzados, podría contribuir a prevenir o retrasar la aparición de discapacidad y dependencia en todos los colectivos poblacionales, **una prioridad en la salud pública**



# Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados: VGI/PAI

VGI



Esfera  
clínica



Esfera  
Psicofuncional



Esfera  
Social

PAI



Áreas de  
mejora



Áreas  
diana



Etiquetas  
diagno-  
stí-  
cas



Objetivos



Interven-  
ción



Evalua-  
ción

# Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados: VGI/**PAI**

 Áreas de mejora

 Áreas diana

 Etiquetas diagnósticas

 Objetivos

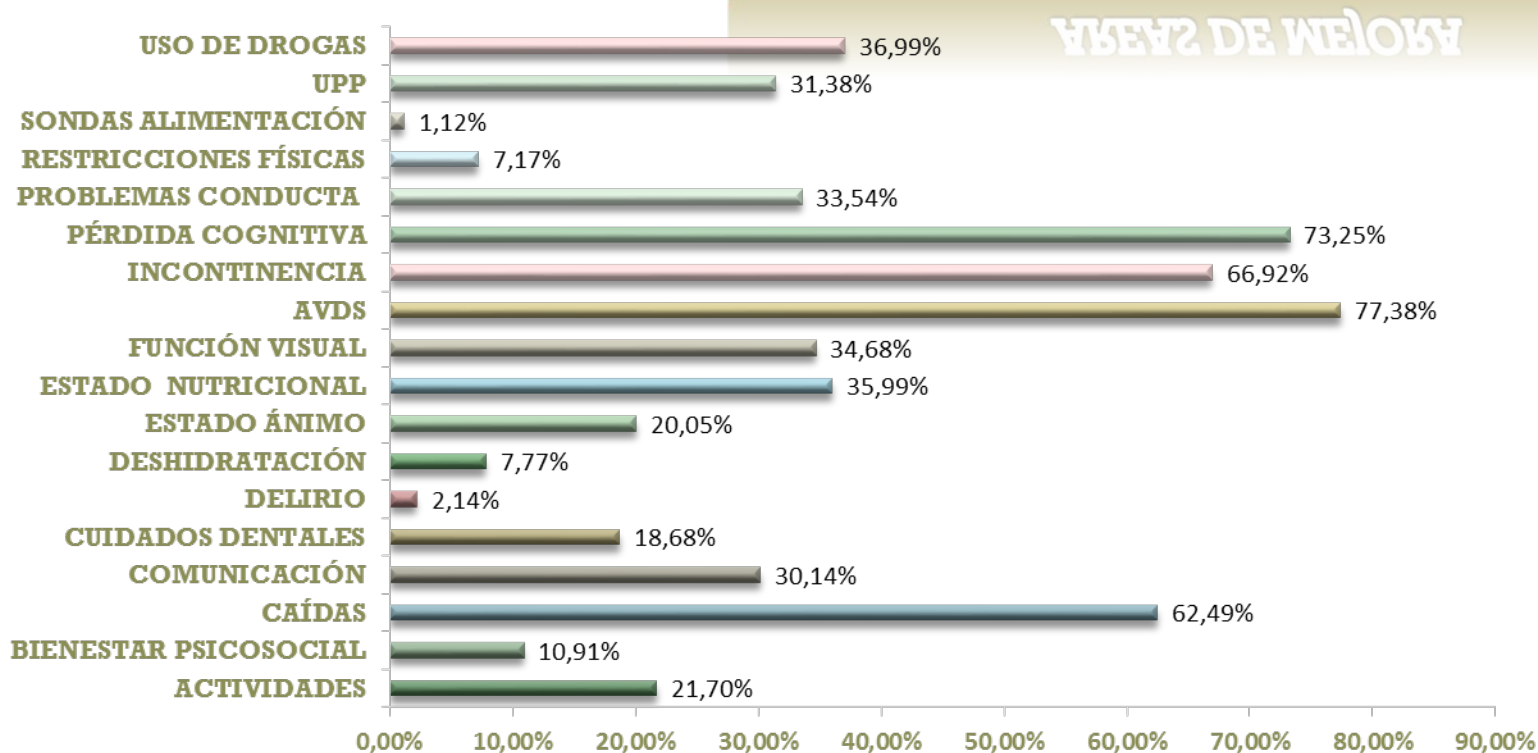
 Intervención

 Evaluación

Delirio /estado confusional agudo	Incontinencia urinaria/sonda vesical
Funcionamiento ABVD/potencial RHB	Deshidratación/mantenimiento de líquidos
Caídas	Sondas de alimentación
Estado nutricional	Pérdida cognitiva/demencia
Función visual	Estado de ánimo
Comunicación	Uso de drogas psicoactivas
Bienestar psicosocial	Úlceras por presión
Restricciones físicas	Problemas de conducta
Cuidados Dentales	Actividades

# Coordinación/Integración Sociosanitaria

## AREAS DE MEJORA



# Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados: VGI/**PAI**

Áreas de mejora

Áreas diana

Etiquetas diagnósticas

Objetivos

Intervención

Evaluación

Son aquellas áreas en las que se plantea una intervención posible



# Como hemos actuado nosotros?

## Definición del modelo de cuidados: VGI/PAI

 Áreas de mejora

 Áreas diana

 Etiquetas diagnósticas

 Objetivos

 Intervención

 Evaluación

### FUNCIONAMIENTO AVD/POTENCIAL RHB

- Pérdida de autonomía
- Problemas en la deambulación
- Rechazo a los cuidados básicos
- Rechazo a las medidas terapéuticas
- Necesidad de ayudas técnicas
- Instauración síndrome de inmovilidad
- Incremento dependencia funcional

### CAÍDAS

- Disminución de la agudeza visual
- Pérdida de masa muscular
- Uso de fármacos asociados a riesgo de caídas
- Uso inadecuado de medidas técnicas
- Caídas de repetición
- Calzado no adecuado
- Rigidez en las articulaciones
- Factores ambientales no controlados

### RESTRICCIONES FÍSICAS

- Aparición de UPP
- Aparición incontinencia
- Disminución apetito
- Aumento riesgo desnutrición
- Pérdida autonomía en ABVD
- Pérdida tono y fuerza muscular
- Mayor riesgo de caídas
- Problemas de conducta asociados al uso de sujeciones



# Como hemos actuado nosotros?

## Definición del modelo de cuidados: VGI/PAI

 Áreas de mejora

 Áreas diana

 Etiquetas diagnósticas

 **Objetivos**

 **Intervención**

 Evaluación

### Objetivos

- Se establecen los objetivos en función del orden establecido en las etiquetas diagnósticas. Los **objetivos** deben ser **cuantificables**
- Se identifican también los **instrumentos** con los que se van a **medir los logros** y el plazo de consecución
- Los objetivos son el elemento que hace **medurable el plan de cuidados**
- Los objetivos se **consensuan con el usuario o la familia**

### Plan de intervención

- Se **diseña un plan** con el que se intenta conseguir los objetivos
- Para trabajar **varios objetivos** se puede plantear una **única intervención**
- Se identifica a los **profesionales** y **personas** que intervienen en la consecución de cada objetivo

# Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados: VGI/**PAI**



## Evaluación

- Se realiza en la siguiente reunión ( a los 6 meses )
- Se lleva a cabo con las aportaciones de todos los miembros del equipo y las pruebas objetivas de la VGI nueva
- Se utilizan instrumentos de retroalimentación ( escalas, indicadores) que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos
- Esta etapa permite analizar la eficacia y calidad del plan de cuidados

## Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados:  
Atención centrada en la **PERSONA**

Hablamos de....



Persona con  
**DEMENCIA**

**PERSONA** con  
demencia

# Como hemos actuado nosotros?

Definición del modelo de cuidados:  
Cambio metodológico

	PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL	CENTRADA EN LA PERSONA
PERCEPCIÓN USUARIO	Sujeto que no participa ni decide	Sujeto con derechos, activo y que decide él o su familia
VALORES	Sobreprotección El problema está en la persona	Autodeterminación Ética El problema está en el entorno
QUIEN DECIDE?	El profesional	La persona o su familia con apoyo
COMO LO HACEMOS?	Planificando objetivos Individualmente por áreas	Coordinada Con consenso Estableciendo metas personales
QUE EVALUAMOS	Cuantitativamente las habilidades conseguidas por las personas	Cuantitativa y cualitativamente sobre todo centrado en como se siente la persona y en la idoneidad de los apoyos prestados

## Como hemos actuado nosotros? \_\_\_\_\_

Definición del modelo de cuidados

Análisis de la situación de partida y diseño del camino de mejora

Información y Formación

Liderazgo del cambio

# Como hemos actuado nosotros?

## Análisis de la situación de partida

Reconociendo las perversiones del servicio y las carencias del modelo de cuidados tradicional

## Diseño del camino de mejora



Por la promoción de la continencia

Por una alimentación saludable

Por una movilización proactiva

Por el empoderamiento de las personas mayores

Contra la infantilización en los cuidados

Por la integración de la hidratación en los hábitos de vida

Por un envejecimiento activo

Por el cuidado de la imagen

Por la integración en la comunidad

Por la dignidad en los cuidados

Por la integración de las familias

Por la rehabilitación y la promoción de la autonomía

# POR EL EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES

## OBJETIVO

## OBJETIVO

*EMPODERAR A LA PERSONA en todos aquellos aspectos relacionados con su CALIDAD DE VIDA y su BIENESTAR, implicando al mayor en la toma de decisiones de sus cuidados para que DECIDA como quiere que se le cuide en base a sus creencias, a sus valores y a sus gustos ya que ELLOS tienen todo el derecho a tomar sus propias decisiones*

→ 3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

→ 8 ESTRATEGIAS

8 ESTRATEGIAS



# POR EL EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES

## RESULTADOS

## CONSEGUIMOS

- ❖ *Se ha incorporado al 73,3% de las personas o familias en la elaboración del plan de cuidados*
- ❖ *Se han realizado 152 Talleres de Asertividad*
- ❖ *El 84% de los centros ha implantado el Rincón de Historias*





# POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

## OBJETIVO GENERAL

## OBJETIVO GENERAL

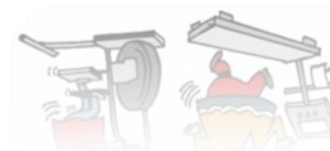
*Fomentar la autonomía de la persona en su AUTOCUIDADO, mejorando sus estilos de vida para que sean más saludables: ejercicio físico diario, correcta hidratación, control de la dieta y reducción de hábitos nocivos*

## 3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

## 3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

## 13 ESTRATEGIAS

## 13 ESTRATEGIAS



# POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

## RESULTADOS

## RESULTADOS

- ❖ *El 15,7% de los usuarios participan en grupos autónomos de actividad.*
- ❖ *Un 13,4% colaboran en tareas del centro que promueven un envejecimiento activo*
- ❖ *Se han llevado a cabo **160** acciones para la búsqueda de grupos externos de apoyo*



# POR LA DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS

**OBJETIVO**

**OBJETIVO**

*Es una meta ambiciosa que pretende garantizar una VEJEZ DIGNA con nosotros, estableciendo estrategias que aseguren la dignidad en los cuidados básicos e incorporando los VALORES Y CREENCIAS de las personas que atendemos en su plan de cuidados, todo ello dentro del modelo de cuidados socio-sanitarios centrado en la persona*



**5 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**



**20 ESTRATEGIAS**

**30 ESTRATEGIAS**

[www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com)

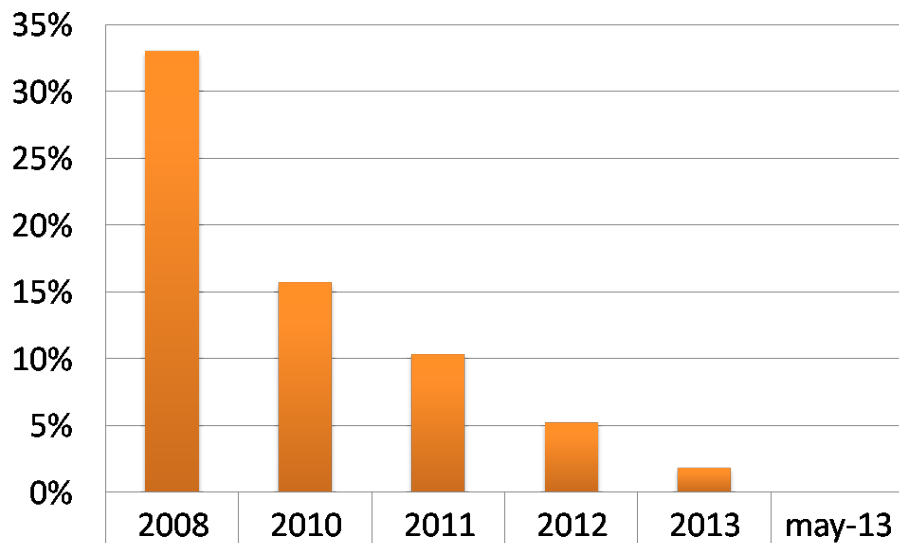


# POR LA DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS

## RESULTADOS

### RESULTADOS

Personas con sujeciones en %



■ Personas con sujeciones

2008	2010	2011	2012	2013	may-13
33%	16%	10%	5%	1,80%	0



**18 Centros acreditados del Grupo Geroresidencias**  
**572 Sujeciones Físicas retiradas**  
**253 Sujeciones Químicas retiradas**

# POR LA DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS

## RESULTADOS

*Estudio del efecto de la retirada de la sujeción física en Personas Mayores con deterioro cognitivo (MASSDE, Trabajo fin de Máster)*

*Población 37 personas, Protocolo D (Metodología Geroresidencias), evidencia de disminución en UPP del 50% y enlentecimiento del Deterioro Cognitivo*

*El estudio de indicadores en las residencias Virgen de Gracia de Villarreal y La Saleta Ontinyent nos indica:*

- ❖ *Una reducción de la prevalencia de UPPs entre el 46 y 57%*
- ❖ *Un leve incremento en las caídas sin consecuencias del 5,4% manteniéndose el porcentaje de caídas con consecuencias graves en solo el 1% del total de caídas*

*Línea de investigación con el Departamento de Economía Aplicada*

*Los trabajadores valoran positivamente el programa. Señalan un claro proceso de mejora en satisfacción derivada de su trabajo, en comportamientos habituales de los mayores y en la confianza de las familias con los trabajadores del centro.*



# POR LA DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS

## RESULTADOS

## RESULTADOS

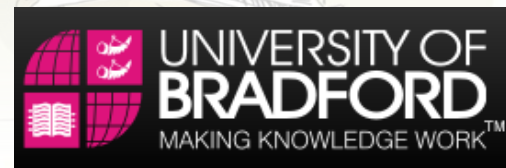
❖ **IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DEMENTIA CARE MAPPING (DCM)** que nos está permitiendo una aproximación a la perspectiva de las personas con demencia

*Formación de 30 MAPEADORES en septiembre del 2.012*

*En la actualidad se ha incorporado el DCM del 67,4% de éstas personas, a su valoración geriátrica y su plan de cuidados*

❖ **ESCALA DE VALORES (Metodología Geroresidencias)** pretende incorporar los valores de nuestros usuarios a nuestra toma de decisiones en relación a cuidados básicos y actividades

❖ **MAPA DE VIDA**



# POR LA INTEGRACION DE LAS FAMILIAS

## OBJETIVO

## OBJETIVO

*Las familias son nuestro mejor aliado para conseguir la integración del mayor en la comunidad por lo que con esta meta hemos fomentado la **INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA** en el centro, a través de su participación en las actividades y en los cuidados, mejorando la calidad de los cuidados gracias a la comunicación con ellas*

→ **3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

→ **27 ESTRATEGIAS**

27 ESTRATEGIAS

[www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com)



# POR LA INTEGRACION DE LAS FAMILIAS

## RESULTADOS

## RESULTADOS

- ❖ *Se entrega el informe de Evaluación del Mayor al 82 % de la familias. Este informe ha incorporado las actuaciones realizadas en cada meta*
- ❖ *Se han entrevistado 711 familias incorporándolas en el plan de cuidados*
- ❖ *Se han organizado charlas para lograr cultura de cuidados centrados en la persona*





# CONTRA LA INFANTILIZACION EN LOS CUIDADOS

## OBJETIVO

## OBJETIVO

*Tratar al mayor como una persona en cualquier otro momento de su ciclo vital, sin paternalismos, sin infantilismos, en una relación de igual a igual:*

- Erradicando el lenguaje infantilizador que refuerza los estereotipos negativos y erosiona la autoestima
- Combatiendo los efectos de la infantilización

## 5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

## 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

## 9 ESTRATEGIAS

## 8 ESTRATEGIAS

[www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com)



Paco Roca y Astiberri por la edición española ©

© 2010 por la edición española ©



Paco Roca y Astiberri por la edición española ©

© 2010 por la edición española ©



# CONTRA LA INFANTILIZACION EN LOS CUIDADOS

## RESULTADOS

## RESULTADOS

- ❖ Se realizó en noviembre del 2012 el Curso de Formación de formadores, a 22 personas de la organización
- ❖ 708 profesionales de la organización están formados contra la infantilización de los cuidados y Elderspeak



Paco Roca y Astiberri por la edición española ©

¡¡¡¡¡



Paco Roca y Astiberri por la edición española ©

¡¡¡¡¡



## Como hemos actuado nosotros? \_\_\_\_\_

Definición del modelo de cuidados

Análisis de la situación de partida y  
diseño del camino de mejora

Información y Formación

Liderazgo del cambio

# Como hemos actuado nosotros?

Información y Formación

## Escenarios cotidianos de Cuidados

Formación y  
acompañamiento  
a los equipos de  
atención directa

Formación  
Continua

Cambio en el  
lenguaje

## Nuestros Profesionales

- **No es el único experto, las decisiones son compartidas, modelo VGI y PAI**
- **El auxiliar de clínica asume competencias para motivar y orientar a la persona**
- **El Equipo se implica en los cuidados, aspectos organizativos, en motivación y orientación...**

## Como hemos actuado nosotros? \_\_\_\_\_

Definición del modelo de cuidados

Análisis de la situación de partida y diseño del camino de mejora

Información y Formación

Liderazgo del cambio



**Equipos  
Grupo la  
Saleta**

Liderazgo del cambio

## Muchas Gracias

---



[mmartinez@lasaleta.com](mailto:mmartinez@lasaleta.com)