



ETXEAN ONDO

“PROYECTO PILOTO DE APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP) EN ERMUA CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE VIVEN EN SUS DOMICILIOS”

Etxean Ondo Ermua

Mayo 2012

SUMARIO

1. MARCO DE INTERVENCIÓN.....	3
1.1. Las personas mayores en el municipio de Ermua.....	3
1.2. Grandes cifras de discapacidad y dependencia y en el País Vasco	5
1.3. Las personas mayores en situación de dependencia.....	8
1.4. Recursos para las personas mayores, la discapacidad y la dependencia en Ermua.....	15
2. BASES Y DIMENSIONES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA.	16
3. OBJETIVOS, ENFOQUE METODOLÓGICO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO <i>ETXEAN ONDO-ERMUA</i>	24
3.1. Los objetivos del Proyecto Etxean ondo.	24
3.2. La IAP y la planificación participativa como enfoque metodológico	28
3.3. Fases que comprende el proceso de planificación participativa ..	34
3.4. Descripción de actuaciones propuestas y su articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)	41
3.4.1. Actuaciones (programas y servicios).....	41
3.4.2. La articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)	47
3.4.3. Ámbito de aplicación.	52
3.4.4. Evaluación.....	50
ANEXO: PROPUESTA DE PROGRAMA SEMINARIO-TALLER SOCIO SANITARIO.....	53

1. MARCO DE INTERVENCIÓN

1.1. Las personas mayores en el municipio de Ermua

Según los últimos datos disponibles correspondientes al Padrón Municipal de Habitantes elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se contabilizaban en Ermua a 1 de enero de 2011, 3.210 personas de 65 y más años, lo que en términos relativos supone un 19,7% de la población total del municipio.

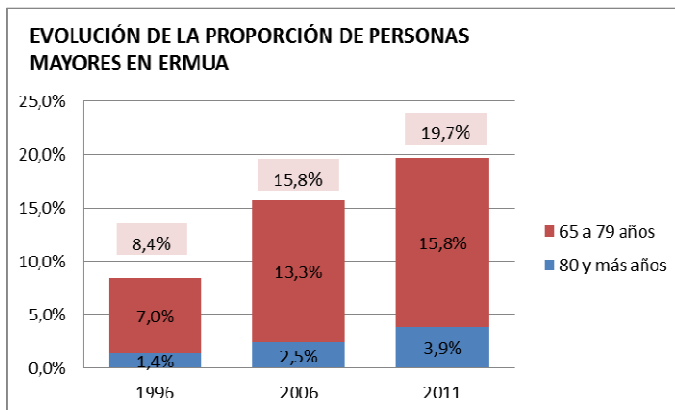
El aumento del peso proporcional de las personas mayores en Ermua es marcado: en quince años ha pasado de representar el 8,4% al un 19,7% de la población total, período en el cual, el número total de habitantes de este municipio se ha visto reducido. La población mayor crece en número y en peso proporcional, en un contexto en el que la población total va disminuyendo.

Se observa además que es el grupo de más edad el que en los últimos años crece a mayor ritmo: de 2006 a 2011 las personas octogenarias pasaron de 405 a 638, un incremento del 57%, cuando el incremento que experimenta el grupo de personas mayores en su conjunto sólo fue de un 4%

POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE ERMUA POR SEXO Y EDAD 1996, 2006 Y 2011.

	1996			2006			2011		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población Total	17.346	8.846	8.500	16.331	8.258	8.073	16.274	8.185	8.089
Población de 65 y más años	1.462	658	804	2.578	1.195	1.383	3.210	1.506	1.704
De 65 a 69	628	325	303	917	441	476	1.028	513	515
De 70 a 74	396	195	201	776	389	387	852	404	448
De 75 a 79	189	63	126	480	221	259	692	333	359
Población de 80 y más años	249	75	74	405	144	114	638	256	162
Porcentajes sobre el total de población									
65 y más años	8,4%	7,4%	9,5%	15,8%	14,5%	17,1%	19,7%	18,4%	21,1%
De 65 a 69	3,6%	3,7%	3,6%	5,6%	5,3%	5,9%	6,3%	6,3%	6,4%
De 70 a 74	2,3%	2,2%	2,4%	4,8%	4,7%	4,8%	5,2%	4,9%	5,5%
De 75 a 79	1,1%	0,7%	1,5%	2,9%	2,7%	3,2%	4,3%	4,1%	4,4%
80 y más años	1,4%	0,8%	0,9%	2,5%	1,7%	1,4%	3,9%	3,1%	2,0%

Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 1996, 2006, 2011.



Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 1996, 2006, 2011.

La proporción de personas mayores en Ermua es muy próxima a la que resulta para el territorio histórico de Bizkaia o del País Vasco; sin embargo el porcentaje de personas con 80 y más años es algo inferior a los que se obtienen para la Comunidad Autónoma.

POBLACIÓN MAYOR EN EL PAÍS VASCO POR TERRITORIO HISTÓRICO

	65 y más años		80 y más años	
	Miles	Porcentaje	Miles	% sobre pob. Total
PAÍS VASCO	426.320	19,5	127.714	5,8
Araba/Álava	56.480	17,7	16.243	5,1
Gipuzkoa	137.715	19,4	41.083	5,8
Bizkaia	232.125	20,1	70.388	6,1

Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 2011.

Las proyecciones de población indican que el porcentaje de personas mayores seguirá incrementándose; en 2021 las personas de 65 y más años representarán un cuarto de la población en Bizkaia, y de ahí en adelante seguirá en ascenso a medida que se las generaciones del baby boom se vayan incorporando a este grupo de edad.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2021 EN BIZKAIA

	Personas	%
Total	1.066.777	100,0
0-15	150.628	14,1
16-64	649.726	60,9
65+	266.423	25,0

Fuente: Ine: Inebase: Proyecciones de población a corto plazo.

1.2. Grandes cifras de discapacidad y dependencia y en el País Vasco

El Instituto Nacional de Estadística (INE) llevó a cabo en 2008 una importante operación estadística: la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), que continúa la experiencia de las otras dos encuestas sobre discapacidad, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y estado de Salud

(EDDES) de 1999, y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM) de 1986.

Se presentan en la siguiente tabla las grandes cifras de la discapacidad y la dependencia para el País Vasco. A partir de la muestra y de las definiciones propias de la encuesta EDAD puede estimarse que, de los algo más de dos millones de personas en el País Vasco, 172.857 presentan alguna discapacidad (o limitación, si son menores de 6 años), lo que supone el 8,1% de su población. Estas discapacidades o limitaciones van acompañadas de dependencia para 90.647 personas (87.166 de 6 y más años y 3.481 menores de esa edad), de manera que puede estimarse la población vasca en situación de dependencia en el 4,3% (Gráfico 2.1, Tabla 2.1).

Bizkaia es el Territorio Histórico con mayor número de personas con discapacidad (un total de 93.807) y alcanzan a representar un 8,3% de su población. De ellos se consideran en situación de dependencia 46.617 (o lo que es lo mismo, un 4,3% de la población)

Grandes cifras de la discapacidad y la dependencia en el País Vasco y España, 2008

País Vasco										
Total Población con discapacidad o limitaciones										
		Dependientes	No dependientes	SD	Total disc.	Dep. (% vert.)	Disc. (% vert.)	Población total	Dep. (% horiz.)	Disc. (% horiz.)
Edad	0-5	3.481	0	0	3.481	3,8	2,0	116.446	3,0	3,0
	6-49	13.893	15.232	2.333	31.458	15,3	18,2	1.197.162	1,2	2,6
	50-64	11.019	19.345	3.280	33.644	12,2	19,5	416.740	2,6	8,1
	65-79	23.439	25.527	3.842	52.808	25,9	30,5	287.085	8,2	18,4
	80 y más	38.815	7.871	4.781	51.467	42,8	29,8	104.196	37,3	49,4
	Total	90.647	67.975	14.236	172.858	100	100	2.121.629	4,3	8,1
Total Población con discapacidad de 6 y más años										
Sexo	Varón	30.748	31.441	7.434	69.624	46,3	33,9	1.038.390	3,0	6,7
	Mujer	59.898	36.534	6.802	103.233	53,7	66,1	1.083.238	5,5	9,5
	Total	90.646	67.975	14.236	172.857	100	100	2.121.628	4,3	8,1
Andalucía. Provincias. Población con discapacidad o limitaciones										
Provincias	Limit. 0-5	Dep. 6 y más años	No dep. 6 y más años	SD 6 y más años	Total disc.	Dep. (%)	Disc. (%)	Población Total	Dep. (%)	Disc. (%)
Álava	638	13.308	8.470	976	23.392	15,4	13,4	303.573	4,6	7,7
Guipúzcoa	1.129	27.240	16.836	10.454	55.658	31,3	32,2	685.587	4,1	8,1
Vizcaya	1.715	46.617	42.669	2.806	93.807	53,3	54,4	1.132.467	4,3	8,3
Total	3.481	87.165	67.975	14.236	172.857	100	100	2.121.628	4,3	8,1

SD: Sin datos

Disc.: Discapacidad

Dep.: Dependencia

Limit.: Limitaciones

NOTA: Total población en viviendas familiares

Fuente: Ine: Inebase: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008

1.3. Las personas mayores en situación de dependencia

Uno de los factores que explican que las sociedades sigan envejeciendo hoy día es la ganancia de años de vida a edades muy avanzadas; fenómeno que se presta, sin duda, a interpretaciones muy positivas; sin embargo desde el punto de vista de las consecuencias que sobre la salud ejerce este hecho, como una mayor incidencia de discapacidades y situaciones de dependencia, confieren una mayor complejidad al análisis de este fenómeno. Y es que estos cambios previstos en la estructura de edad de la población tendrán importantes repercusiones, no sólo en el ámbito público, como el sistema de pensiones o el de salud, sino que afectarán a prácticamente todas las instituciones sociales, incluyendo empresas y familias.

Conviene por tanto una constante revisión, actualización y mejora de las políticas sociales y de atención a las personas mayores. La toma de decisiones en esta materia, ha de partir del profundo conocimiento de la realidad de la población objetivo, siendo esto la herramienta fundamental de diseño y planificación.

En este sentido, trabajos como el *Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes del Municipio de Ermua*¹, nos permiten un acercamiento a la realidad de las personas receptoras de facto o en potencia de los servicios de atención. Este estudio se centra en las personas mayores de 75 años que tienen reconocido el Grado de Dependencia y que no

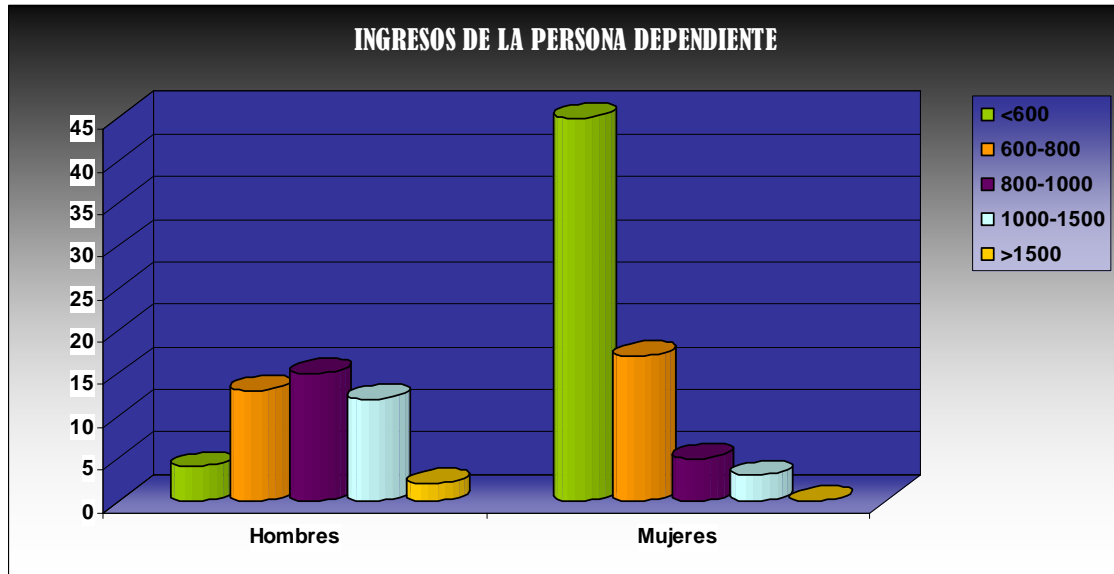
¹García N. (2010): *Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes del Municipio de Ermua*. Ayuntamiento de la Villa de Ermua. Departamento de Servicio Social Municipales. Ermua.

están utilizando un recurso residencial o de centro de día. En base a él sabemos que el grado de dependencia más reconocido entre este grupo es el grado II, existiendo diferencias según el sexo: la mayoría de las mujeres tienen reconocido un Grado I y un Grado II, a diferencia de los hombres, que la mayoría de ellos tienen un Grado II y un Grado III.

Son personas que tienen importantes dificultades de movilidad especialmente si son mujeres, la mayoría de ellas emplea habitualmente ayuda para poder desplazarse, siendo la más común el uso de bastón (un 31,32% de las mujeres la emplea, frente al 19,56% en el caso de los hombres), seguida de la ayuda de otra persona para caminar o desplazarse, requerida por un 26,50% de mujeres.

El perfil socioeconómico de este grupo ha resultado ser bajo: si se fija la atención en el nivel de formación se observa que un 82,9% carece de estudios primarios y un 11,6% no sabe leer ni escribir. Los niveles de formación son más bajos en el caso de las mujeres. Sabemos que un mayor nivel de instrucción suele ser garantía de mejores oportunidades en la vida y de más recursos para afrontar los problemas de salud y discapacidad cuando aparecen, por lo tanto estamos ante un colectivo especialmente vulnerable.

La gráfica que representa los niveles de ingresos muestra una llamativa diferencia por sexo. En general los ingresos de este grupo son bajos pero sobre todo por la situación de las mujeres, entre las cuales cerca de un 45% obtienen menos de 600 euros mensuales.



Fuente: Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes del Municipio de Ermua. Ayuntamiento de la Villa de Ermua. Departamento de Servicio Social Municipales. 2010.

En cuanto a las formas de convivencia, el Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes Ermua señala que la mayoría viven con alguna hija o hijo (66,9%), un 19,2% convive con la esposa o esposo, un 10% residen solas y un 3,1 con otros familiares.

La forma de convivencia varía dependiendo del sexo. Un 10,8% de las mujeres vive con el cónyuge, frente a un 36,95% de los hombres. Los hogares constituidos por parejas son más frecuentes entre los hombres en situación de dependencia que entre las mujeres. La mayor esperanza de vida femenina aumenta la probabilidad que los varones tienen de mantener la pareja hasta el final de su vida.

Un 8,69% de los hombres viven solos, mientras que la cifra de mujeres que viven solas asciende a un 10,7%.

Por lo general, las personas dependientes que no tienen cónyuge, tienden a vivir con las hijas casadas y sus respectivos familiares; un 17.39% de los hombres vive con alguna hija casada frente a un 31.32% de mujeres dependientes que viven con las hijas casadas. Por el contrario, en el caso de que alguno de los hijos/as sea soltero/a, los mayores tienden a quedarse con ese hijo/hija. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, un 12% vive con algún hijo soltero y un 7.22% con alguna hija soltera. Sin embargo, el caso de los hombres es totalmente distinto. De los 46 hombres dependientes que se les ha realizado la encuesta, tan sólo uno de ellos vive con una hija soltera, y ninguno vive con algún hijo soltero.

Es frecuente que las mujeres, dada su mayor esperanza de vida, estén viudas cuando la discapacidad las limita; la carga de cuidado pasa necesariamente a la generación posterior, pero, como hemos visto, en mayor proporción a las hijas.

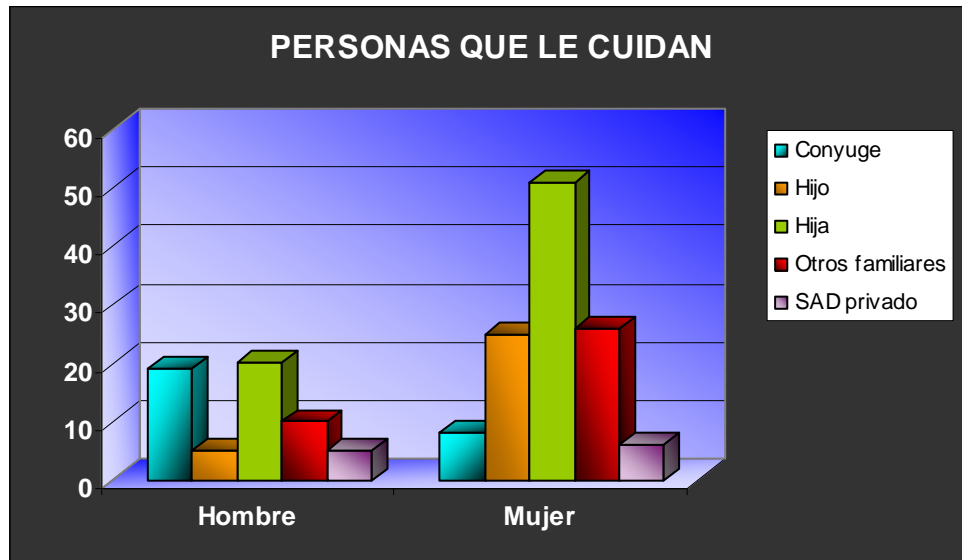
Esta asociación entre dependencia y tipo de convivencia destapa una regla casi invisible: las personas mayores en situación de dependencia viven y son cuidados en su red familiar más próxima, generalmente por la hija de edad intermedia. El sistema de cuidados se basa en este modelo de solidaridad familiar con fuerte componente de género.

	Datos absolutos	
	Hombres	Mujeres
Solo	4	9
Con el cónyuge	17	8
Con el cónyuge, hija y descendientes	8	7
Con el cónyuge, hijo y descendientes	2	1
Con el cónyuge, cuñada	1	0
Con hija y descendientes	8	29
Con hijo y descendientes	1	9
Con hijo, hija, nieto	1	3
Con hijo soltero	0	10
Con hija soltera	1	6
Con hermano/a	2	1
Con nietas	0	1
Con persona interna	1	0

	Datos absolutos			%		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Solos	4	9	13	8,7	10,7	10,0
En pareja	17	8	25	37,0	9,5	19,2
Con hijo/as	22	65	87	47,8	77,4	66,9
Con otros familiares	2	2	4	4,3	2,4	3,1
Con persona interna	1	0	1	2,2	0,0	0,8
Total	46	84	130	100,0	100,0	100,0

Fuente: Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes del Municipio de Ermua. Ayuntamiento de la Villa de Ermua. Departamento de Servicio Social Municipales. 2010.

Como ya se venía apuntando y como indica otro de los gráficos incluidos en el Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes Ermua, "el cuidado a las personas dependientes procede principalmente de los familiares. De las 121 personas diez son atendidas por el SAD privado, y el resto, son atendidas por algún familiar. Cuando es un familiar el que cuida a la persona dependiente, en un 86.84% de los casos es siempre el mismo familiar el que asume la responsabilidad". Y este familiar en la mayoría de los casos es una hija de la persona en situación de dependencia. La escasa participación de los varones en el trabajo de cuidado se debe principalmente a la herencia de patrones culturales y sociales que señalaron a las mujeres como las responsables y más adecuadas para desempeñar las tareas de cuidado.



Fuente: Estudio Sociosanitario de las Personas Dependientes del Municipio de Ermua. Ayuntamiento de la Villa de Ermua. Departamento de Servicio Social Municipales. 2010.

Concretando algo más el perfil de las personas cuidadoras el estudio indica que cuando son cuidadoras familiares son sobretudo mujeres de entre 40 a 65 años con estudios primarios que manifiestan que les gustaría disponer de tiempo libre para poder hacer su vida.

En el caso de las personas contratadas para los cuidados, de nuevo son mayoritariamente mujeres, en este caso más jóvenes, con estudios primarios y experiencia en el sector. Una buena parte de ellas son inmigrantes, y en general no suelen estar afiliadas a la Seguridad Social-

En cuanto a los recursos de los que disponen las personas dependientes del municipio de Ermua a las que se les ha pasado la encuesta, decir que 73 personas reciben una ayuda económica, 14 personas tienen asignado el servicio de Teleasistencia, 3 el Servicio de Ayuda a Domicilio, una el Servicio de Comida a Domicilio, una el Servicio de

Hospitalización a Domicilio, otra la estancia en Residencia temporal y 40 de ellas no disponen de ningún tipo de recurso debido a que son personas que tienen reconocido un Grado I, y no optan a solicitar un recursos hasta el 2011-2014.

En el estudio se refleja que un 62,8% de las personas entrevistadas manifiestan estar satisfechas con el servicio que reciben por parte de los Servicios Sociales; pero también se han registrado algunas demandas como:

- Falta de información
- Agilización en los trámites
- Ampliación de la intensidad (en días y horas) del Servicio de Ayuda a Domicilio
- Mayor seguimiento de la persona usuaria.

Se recogieron también en este estudio datos correspondientes al empleo del tiempo de estas personas. Así, el 15.22% de los hombres afirma leer el periódico todos los días, mientras que entre las mujeres este porcentaje desciende al 3.61%. Lo mismo ocurre con el club de jubilados. Se observa que el 10.87% de los hombres acude al club diariamente y menos de la mitad (el 4.82%) de las mujeres acuden a diario o alguna vez por semana. Puede concluirse que el club de jubilados es un servicio social utilizado más por los hombres que por las mujeres, debido una vez más, a que las mujeres son las que se encargan de las tareas del hogar, de hacer la comida...y por lo tanto, no tienen tiempo de acudir.

1.4. Recursos para las personas mayores, la discapacidad y la dependencia en Ermua

Se prestan actualmente (2012) en este municipio los siguientes servicios destinados a personas en situación de dependencia:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (18 personas usuarias)
- Servicio de Comidas a Domicilio (13 personas usuarias)
- Centro de Día (30 personas usuarias)
- Telealarma
- Residencia asistida Abeletxe (41 personas residentes)

Los recursos destinados específicamente a discapacidad son:

- Ayudas municipales para la eliminación de barreras arquitectónicas.
- Ayudas para la adquisición de ayudas técnicas.

Existen además dos Hogares de Personas Mayores.

2. BASES Y DIMENSIONES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA.

Para la definición del modelo de AICP que sirve de fundamento al proyecto *EtxeanOndo* se ha partido de la consideración, además de los derechos humanos, de la normativa reguladora de nuevos derechos sociales. También, se recogen los más importantes acuerdos y recomendaciones provenientes de los consensos internacionales a los que se ha llegado sobre las claves de la intervención idónea en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia. Asimismo, se tiene en cuenta la evidencia científica producida en este ámbito, incluyendo los resultados de evaluaciones realizadas sobre las políticas de atención más avanzadas.

Se presenta a continuación una síntesis de las bases mencionadas que sirven de fundamento del modelo de atención integral centrada en la persona (AICP) que desde las experiencias del Proyecto piloto *EtxeanOndo* se han implantado en 2011 en Gipuzkoa y que se extenderá al municipio de Ermua durante los años 2012-2013.

a) La promulgación de nuevos derechos sociales y los consensos internacionales.

Existen normas que regulan los derechos de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*, ratificada por España; la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y*

Atención a las Personas en situación de dependencia, *LAPAD*, de 2006; la *Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco*.

- La OMS y sus clasificaciones sobre la discapacidad.
- Los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.
- La OCDE y sus recomendaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia.
- La Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), suscrita conjuntamente por la OMS, la UNESCO y la OIT.

b) La evidencia científica producida

- Prevención primaria, secundaria y terciaria en la comprensión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Gómez y cols, 2003).
- Modelo psicosocial de intervención. (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).
- El fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal y reducir el exceso de dependencia (Janicki y Ansello, 2000, Little, 1988).
- Modelo de calidad de vida (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).
- El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002).
- El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los programas, (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009).
- La planificación centrada en la persona (López y cols., 2004).
- La atención centrada en la persona con demencia

(Kitwood y cols 1993, 1997; Bradford DementiaGroup, 1997).

c) Los modelos y acuerdos para la coordinación sociosanitaria.

- En el ámbito internacional, han tenido reconocimiento y repercusión el Modelo de cuidados continuados - TheChronicCareModel-(Wagner, 1999), al que siguieron el Modelo expandido de cuidados (TheExpandedChronicCareModel, Barr et al. 2003), el de Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas (ICCC- InnovativeCareforChronicConditions, WHO, 2002); el modelo Kaiser permanente; El PRISMA- Programme de Recherche sur l'Integration des Servicespour le Mantien de l'Autonomie de Québec-Canada; El SIPA – ServicesIntégréspourPersonnesAgées-Montreal-Canadá; o el modelo de la Pirámide King'sFund en el Reino Unido.
- En España, cabe citar, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Y también son de interés el *Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* (IMSERSO, 2005) y el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Política social en 2011.
- En el ámbito de Euskadi, son de obligada referencia la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*

(2010), en la que se formulan cinco líneas de acción política y un total de catorce proyectos estratégicos, y el *Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca* (Diciembre 2010)

d) Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo desde la integración (Países Nórdicos), bien o la coordinación de servicios (Francia).
- La atención integral centrada en la persona abarca más de lo que es el espacio sociosanitario.
- La “atención transmural” para alcanzar el objetivo de apoyar la autonomía personal y la vida independiente.
- En los planes y programas hay que plantearse también apoyos para la participación y a la inclusión social.
- Las políticas avanzadas de Dinamarca y Suecia en la consolidación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana.
- La propuesta del Reino Unido sobre “sistema completo”, basado en la organización de los servicios en torno a la persona.
- Modelo *Housing*, desde el que se viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios para que las personas puedan seguir viviendo en su casa, incluso cuando presentan niveles importantes de

dependencia. Y su aplicación a los centros, cuando la persona no puede seguir viviendo en su casa, donde además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar.

Resumen de las bases que avalan en Modelo de atención integral centrada en la persona.

El diseño del proyecto que se presenta plantea, pues, la aplicación del que se ha denominado modelo de atención integral centrado en la persona (AICP), formulado en distintos lugares por Pilar Rodríguez (2005, 2006, 2010), y en cuyo diseño se han tenido en cuenta los elementos que se contienen en el cuadro anterior. A ellas, se añaden otras de referencia ineludible, como son: Los cambios sociales ocurridos en los últimos años (fenómeno creciente del envejecimiento y sobre envejecimiento, crisis del apoyo informal) y la consideración del impacto de la grave crisis económica que atravesamos, lo que obliga a garantizar que las propuestas que se realicen sobre nuevos modelos de atención sean sostenibles económicamente.

La definición del modelo AICP, que se rige por una serie de principios y criterios esenciales al modelo, es la siguiente:

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

En el modelo AICP se contienen dos dimensiones: la integralidad y personalización):

- a) **La integralidad.**- Es decir, la necesidad de contemplar a la hora de planificar o de intervenir todos los ámbitos que nos constituyen como personas: los aspectos biomédicos, los psicosociales y los que atañen al entorno medioambiental.

Esta perspectiva de integralidad requiere de intervenciones globales e integradas. En este sentido, es necesario avanzar para que se consigan avances reales y duraderos en la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios para que las personas que requieren atención de ambos sectores, vivan donde vivan, la reciban de manera conjunta y continuada.

Pero la exigencia de integralidad traspasa el ámbito de lo sociosanitario porque igualmente es necesario desarrollar actuaciones coordinadas tanto entre niveles de los servicios sociales (primaria y secundaria) como con otros sectores diferentes (vivienda, cultura, educación, empleo, participación social, etc.).

Mención aparte merecen en la dimensión de integralidad del modelo, los aspectos relativos al diseño ambiental (arquitectónico, urbanístico), el papel de los productos de apoyo, los avances en domótica, la teleasistencia avanzada y otras utilidades de las TIC que están llamadas a tener un amplio desarrollo en el futuro y que deben ser congruentes y respetuosos con las bases y principios del modelo.

- b) **La personalización.**- Es la otra dimensión del modelo AICP, que se produce cuando los y las profesionales de la intervención, así como el sistema organizativo de centros, programas y servicios ponen como eje de su actuación a la persona, reconocen y respetan su dignidad y sus derechos y, en consecuencia, tienen en cuenta y se apoyan en su opinión y sus preferencias a la hora de planificar y de intervenir para favorecer que la persona pueda ver reducida o minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y encuentre los apoyos precisos para desarrollar su autonomía personal en el transcurso de su propio plan de vida.

En coherencia con lo anterior, desde este modelo resulta imprescindible conocer e integrar en las intervenciones la biografía de cada persona, sus hábitos, gustos y deseos, e identificar las capacidades personales, incluso cuando se trate de casos con importante grado de deterioro cognitivo (en estos casos, la capacidad de decisión se traspasa a su grupo de apoyo, que será el encargado de adoptar, tras la oportuna deliberación, aquellas elecciones que estiman la persona habría hecho).

Sobre esta base, se aplican las técnicas y apoyos basados en evidencia científica y se desarrollan planes personalizados mediante los que promover las condiciones tendentes al logro de la mayor independencia posible y el ejercicio de la autonomía personal para el desarrollo de sus planes de vida y el mantenimiento del control sobre las actividades de su vida cotidiana.

En síntesis, desde el modelo de AICP, el diseño ambiental, la tecnología, los servicios formales y las relaciones e intervenciones profesionales se conciben y se constituyen como apoyos para incrementar la calidad de vida y el bienestar de las personas y para favorecer la continuidad de sus proyectos de vida. Su misión consiste en atender, proteger, enseñar, intervenir, acompañar, ofrecer cuidados, aplicando la evidencia científica existente en cada momento, pero manteniendo siempre el fin último de contribuir a que quienes precisan atención y apoyos vivan bien y no pierdan el control de sus propias vidas.

3. OBJETIVOS, ENFOQUE METODOLÓGICO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO ETXEAN ONDO-ERMUA

El proyecto *EtxeanOndo* se dirige a construir y aplicar un modelo de AICP a quienes por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia precisan de apoyos, atención profesional y de ayudas de otras personas para seguir viviendo en su hogar o en una residencia, manteniéndose integrados en su entorno comunitario y desarrollando su propio proyecto de vida.

3.1. Los objetivos del Proyecto Etxean Ondo.

Los **objetivos generales** que persigue el proyecto *Etxean Ondo* los enunciamos de la manera siguiente:

- Que las personas mayores y las personas con discapacidad con necesidad de apoyos y atención (vivan en sus domicilios o en centros) y sus familias cuidadoras los reciban de manera integral, coordinada y continuada y en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida, procurando su mayor grado de independencia y su autonomía personal.
- Que mediante estas experiencias piloto, que utilizan metodologías innovadoras (gestión de casos, atención integral y centrada en la persona), se genere conocimiento sobre la eficacia y eficiencia del modelo aplicado, que integra la coordinación entre niveles y sectores, especialmente

sociosanitarios, la generación de nuevos servicios de proximidad, el apoyo a cuidadores y otros profesionales, cambios organizativos y de tareas de apoyo en centros, la teleasistencia avanzada, los productos de apoyo y la accesibilidad,

Al tratarse de un proyecto de atención integral donde interactúan distintos agentes y conviven distintos niveles de intervención (micro, meso y macro) la desagregación de esos objetivos en otros más específicos ofrecen un conjunto de ellos numerosos y diversos. En la siguiente tabla podemos ver los más señalados, agrupados según el núcleo principal de intervención en el que se circunscriben.

Objetivos específicos

a) **Relacionados con las personas** adultas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia

- ✓ Conseguir mejoras en todos los ámbitos de su calidad de vida
- ✓ Retrasar el avance del agravamiento de las situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia y favorecer su autonomía personal.
- ✓ Facilitar su permanencia en el domicilio y la participación en su entorno, evitando institucionalizaciones no necesarias.
- ✓ Avanzar en la percepción de vivir en un hogar propio y de mantener el control de la propia vida cuando las personas viven en residencias.

b) Relacionados con las familia y otros cuidadores no profesionales

- ✓ Dar apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro) a familiares o a empleadas/os cuidadoras.
- ✓ Prevenir o actuar en situaciones de trato inadecuado y maltrato.
- ✓ Ofrecer espacios de participación en el plan de cuidados y en el desarrollo de los planes personalizados tanto en domicilios como en centros de atención.

c) Relacionados con la generación de conocimiento sobre los sistemas de atención y recursos implicados

- ✓ Probar la idoneidad y eficacia del modelo de AICP
- ✓ Probar la eficacia de las figuras de los profesionales de referencia, como gestores de casos.
- ✓ Hacer más eficiente las intervenciones sanitaria y social, mediante la aplicación del modelo en coordinación sociosanitaria.
- ✓ Acompañar y formar a los/as trabajadores/as de atención directa y a los equipos profesionales especializados para lograr la adecuada implementación y el desarrollo del modelo AICP en domicilios y centros.
- ✓ Implementar diversos servicios de proximidad a domicilio, que amplíen las prestaciones tradicionales del SAD.

- ✓ Implementar y probar, en su caso, la eficacia del servicio de promoción de la autonomía personal.
- ✓ Valorar el papel de las enfermeras/os de atención primaria de salud, como tutores de los cuidadores implicados en el proceso: contratados, auxiliares de SAD, familias.....
- ✓ Hacer seguimiento de la calidad de los cuidados, comprobar la idoneidad de las personas cuidadoras y ofrecerles asesoramiento y apoyo en los casos de contar exclusivamente con prestación económica de la LAPAD.
- ✓ Valorar el papel de los/as cuidadores/as pagados en la provisión de cuidados, tanto asistentes personales como empleadas de hogar (generalmente inmigrantes).
- ✓ Evaluar la prestación de asistente personal.
- ✓ Definir un modelo de accesibilidad integral en las viviendas, mediante la valoración y propuesta de rehabilitación y adaptación del hogar y/o el suministro de productos de apoyo y tecnologías domóticas.
- ✓ Desarrollar y evaluar un servicio de teleasistencia avanzada.
- ✓ Avanzar en intervenciones preventivas y de promoción de la salud a través de la formación a personas mayores, personas con discapacidad, familiares, cuidadores contratados por la familia, profesionales sociales y sanitarios...).

- ✓ Impulsar diversas vías que promuevan la mayor participación social y la inclusión comunitaria de las personas mayores y de personas con discapacidad.
- ✓ Impulsar la creación de redes sociales y la participación de las personas en situación de soledad o aislamiento, mediante la promoción de actuaciones de compromiso social y voluntariado.
- ✓ Valorar la eficacia y eficiencia del trabajo conjunto con diversos sectores sociales (cultura, ocio, comercio) para promover una mayor apertura social y la reducción de estereotipos negativos hacia las personas mayores y las personas con discapacidad.

3.2. La IAP y la planificación participativa como enfoque metodológico

Como primera característica del enfoque metodológico que se plantea en el Proyecto *Etxean Ondo* es su enmarque dentro de la denominada **IAP** (Investigación/Acción/Participación):

- Investigación porque utiliza el rigor científico pero adaptándose e implicándose con la realidad social que pretende conocer y transformar.
- Acción porque se orienta a la resolución de problemas específicos.

- Participativa porque la investigación y la ciencia se ponen al servicio de la colectividad intentando resolver sus problemas y necesidades de manera colaborativa.

La metodología de la IAP es congruente, por otra parte, con el enfoque del *empowerment* y los de desarrollo comunitario y rehabilitación basada en la comunidad, que están también implícitos en el modelo.

Dentro de la filosofía de este enfoque de IAP, la estrategia metodológica que nos hemos planteado es la de la **planificación participativa**, que se considera la más idónea cuando se quiere promover, como es el caso, nuevas praxis que transformen las habituales relaciones asistenciales donde el poder en el diseño de las intervenciones lo han tenido los responsables de los servicios, sin tener demasiado en cuenta las preferencias y deseos de las personas destinatarias de los programas y sin contar con la colaboración de los y las profesionales sociosanitarios y los equipos técnicos.

Esta metodología participativa se caracteriza por constituir un proceso continuo, donde conocer, intervenir, aprender, se combinan y se integran a lo largo del tiempo en diferentes grados de influencia mutua.

Para hacerlo posible, la búsqueda de la participación de los agentes implicados en las intervenciones ha sido durante 2011 y debe ser en las nuevas experiencias que se inicien en Ermua una constante del proyecto. A estos efectos, se invitará a participar antes de su inicio y a lo largo de todo el proceso de intervención a los responsables políticos de servicios sociales, sanitarios y de otros sectores relacionados con el bienestar social, Asociaciones de personas mayores, de personas con

discapacidad, familias, planificadores, gestores, profesionales de la intervención social y sanitaria, proveedores de servicios, ONGs relacionadas con el voluntariado, cultura, deporte, educación, comercio.... Todos ellos, en colaboración con el equipo técnico que coordina el proyecto, tendrán la oportunidad de participar en la concreción de los programas de intervención y, en la medida que se vaya consiguiendo esta cooperación, los objetivos pretendidos se harán más viables y fáciles de conseguir.

Esta propuesta de participación colaborativa se contempla en las distintas fases del proyecto: en el diagnóstico de situación en cada ámbito de actuación; en la planificación de las acciones; en la ejecución para desarrollar los planes personalizados y actuaciones o programas que se establezcan; así como en la evaluación prevista, que permitirá tanto realizar los oportunos reajustes en la planificación e implementación como generar conocimiento sobre el proceso, resultados e impacto de las intervenciones.

Algunas de las razones que avalan esta opción por la Planificación Participativa como la metodología de partida y central del proyecto *Etxean Ondo* son las siguientes:

- La AICP hace necesario partir de un enfoque global donde los distintos ámbitos relacionados con la calidad de vida de las personas y grupos estén presentes e interrelacionados: atención social, sanitaria, vivienda, tecnología, redes sociales, o los recursos culturales y educativos, entre otros.

- La necesaria cooperación entre profesionales, requisito imprescindible de la atención integral a las personas en situación de dependencia, pasa por construir una cultura común partiendo de espacios de encuentro, formación y planificación conjuntos.
- Combina el enfoque arriba-abajo (planificación estratégica) con el enfoque abajo-arriba (planificación operativa) donde los profesionales se implican más fácilmente y desarrollan roles más proactivos aportando sus conocimientos y experiencias a un proceso de planificación.
- La atención integral a las personas con discapacidad o en situación de dependencia ha de cubrir necesidades de las personas variadas y cambiantes, y por tanto, ha de ser un proceso abierto y necesariamente flexible. Por ello, además de apoyarse en la evidencia científica, ha de ser permeable a experimentar nuevas formas de hacer que surgen de las distintas realidades, de los contextos reales de cuidados, alejándose de las habituales planificaciones altamente directivas.

Para la concreción de este tipo de planificación participativa, el diseño y aplicación de los servicios y programas que se apliquen se desarrollarán mediante la estrategia metodológica de los programas de intervención marco (PIM), que facilitan y apoyan el desarrollo de nuevos proyectos, pero adaptándolos a la realidad, recursos e idiosincrasia de cada territorio.

Es decir, se partirá de unas bases y objetivos generales comunes, así como de elementos metodológicos que los doten de homogeneidad,

pero la concreción de los programas a desarrollar en los diferentes ámbitos se realizará con la participación de la administración local, los equipos técnicos de profesionales sociales y sanitarios, las asociaciones representativas de personas mayores y personas con discapacidad, y demás agentes sociales que actúen en el territorio.

En este sentido, se han elaborado para las experiencias de Gipuzkoa y se elaborarán o adaptarán para Ermua una serie de documentos en los que se contendrán las propuestas que conforman los diferentes PIM, que servirán de base y serán de utilidad para su concreción y definición en las experiencias piloto que finalmente se acuerde desarrollar.

También se han elaborado y seguiremos elaborando *documentos metodológicos y de soporte* diseñados para ofrecer tanto aspectos conceptuales relacionados con los programas y las metodologías, como orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales implicados en el proyecto EtxeanOndo.

Los PIM describen y proponen una serie de intervenciones de carácter orientativo (y por tanto no definitivas) para que el conjunto de agentes implicados en el proceso de planificación tengan un punto de partida común y contenidos sobre los que puedan aportar, nutrir o perfeccionar. Asimismo, los PIM ayudan a la formulación final de las propuestas en cada territorio. Para las experiencias piloto desarrolladas durante 2011 se diseñaron nueve programas marco, que fueron seleccionados teniendo en cuenta todas las cuestiones relacionadas en los apartados anteriores y conectadas muy estrechamente con el

desarrollo del modelo de AICP en contextos de apoyo en el domicilio y en el entorno.

Los documentos PIM pretenden ser altamente operativos, por lo que además de tener estructura sencilla, ofrecen contenidos básicos y ordenados según una secuencia lógica de seis pasos de planificación, de modo que se facilite una lectura rápida y un manejo ágil por parte de los equipos.

Quiere destacarse, para finalizar este apartado, que la cooperación de los agentes que intervienen en la aplicación del modelo de AICP resulta esencial para lograr aproximarnos a lo que en algunos lugares, como el Reino Unido, se ha teorizado como “sistema completo”. Tal sistema funcionará en la práctica si logramos, como intentamos desde el proyecto *Etxean Ondo*, que los servicios se organicen en torno a la persona y que todas las partes implicadas reconozcan que son interdependientes y lleguen a comprender que la acción de una parte del sistema tiene un claro impacto en el resto.

Este es el objetivo final de la presente propuesta, que pretende el logro de que las personas destinatarias de los programas los experimenten, efectivamente, como un continuo y que, con ello, se contribuya con claridad a obtener beneficios y mejoras en las diferentes dimensiones de su bienestar y calidad de vida. Para ello se requiere, y así lo estamos promoviendo desde el inicio del proyecto, que todos los agentes del proceso lleguen a compartir la visión, los objetivos, las actuaciones necesarias (incluyendo la reformulación que sea necesaria), los recursos para su implementación y las inseguridades que también conlleva llevar adelante el cambio de paradigma que implica el desarrollo del modelo.

3.3. Fases que comprende el proceso de planificación participativa

Planificar e intervenir conjuntamente contando con los agentes implicados (personas usuarias, familias, profesionales, entre otros) es algo a lo que no estamos acostumbrados y, a priori, no resulta sencillo.

En lo que compete a los profesionales del campo sociosanitario, la coexistencia de modelos de atención diversos, currículos formativos y culturas de intervención diferentes, así como una adscripción administrativa y funcional separada son factores que pueden explicar las trabas que vienen teniendo estas apuestas.

Si ampliamos la mirada a otros profesionales y a la participación de las personas usuarias y familias, las dificultades aumentan. Expectativas diversas en relación a la atención y al cuidado, la tendencia a simplificar la atención integral en lo sociosanitario o la falta de espacios de encuentro e intercambio, añaden problemas a los procesos participativos de mirada amplia y explican, al menos en parte, la escasez de experiencias de intervención basadas en este enfoque.

Por esta dificultad que entraña un proyecto de la magnitud de Etxean Ondo, pensado desde la participación activa de los agentes, éste ha de entenderse como un proceso abierto, y por tanto necesariamente ha de ser progresivo, reflexivo y elaborativo, lo que exige ineludiblemente que se tenga la suficiente flexibilidad para introducir los cambios y ajustes que sean necesarios.

Para el proyecto a desarrollar en el municipio de Ermua se contemplan inicialmente tres fases para facilitar el ritmo y progreso de las iniciativas que se planteen:

Fase 1. Seminario - Taller de coordinación sociosanitaria (Mes de julio 2012).

*Formación y trabajo conjunto de planificación de los profesionales implicados (ver Programa en el **Anexo**).*

Se trata de arrancar el proyecto desde el consenso entre los principales profesionales (de salud y de servicios sociales) responsables de llevar a cabo el mismo. Para ello, en el Seminario – Taller que se propone se intentará aunar culturas provenientes de los dos ámbitos de intervención, dar a conocer sistemas y ámbitos competenciales, y crear un espacio de reflexión e intercambio que permita iniciar el proceso de construcción conjunta que se requiere.

El objetivo de este Seminario-Taller es doble. Por una parte, se trata de presentar y compartir el proyecto Etxean Ondo, (el modelo AICP, los objetivos, la metodología y fases de aplicación); los contenidos básicos de la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* y del *Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca*. Asimismo, se presentarán los Programas de Intervención Marco (PIM) y los Documentos metodológicos y de soporte (DMS) que favorecen su aplicación.

Por otra parte, se pretende ofrecer un espacio de intercambio y elaboración donde se profundizará sobre las estrategias de intervención y

metodologías propuestas y se diseñarán y consensuarán metodologías e instrumentos para completar los PIM previamente presentados.

Participantes:

- Trabajadores sociales de servicios sociales municipales.
- Profesionales servicios salud, especialmente, enfermeras de atención primaria.
- Profesionales del equipo de *EtxeanOndo*, del GRUPO MATIA

Fase 2. Tres Seminarios: Uno de información inicial sobre el proyecto a los agentes del Municipio, y otros dos con profesionales de intervención.

1) Seminario informativo.

El primer Seminario Seminario consta de una sesión monográfica en la que se hace la presentación del prediagnóstico del ámbito territorial de Ermua, del contenido básico del proyecto *EtxeanOndo*, así como de los programas de intervención marco y de la metodología de planificación participativa mediante PIM. Previamente a la celebración del Seminario se habrá facilitado a los intervinientes el material básico que se va a presentar.

Tanto a lo largo del debate como con posterioridad al mismo, se invitará a los participantes a realizar aportaciones para la concreción del proyecto

Participantes:

- Responsables políticos
- Profesionales de atención primaria de salud y servicios sociales municipales
- Movimiento asociativo de personas mayores
- Movimiento asociativo de personas con discapacidad
- Asociaciones de enfermos y de familiares
- Profesionales clave o líderes del Municipio.
- Proveedores de servicios
- ONG de voluntariado
- Casa de cultura
- Centros educativos
- Agentes de igualdad y de desarrollo rural
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros (representantes de sectores como el turístico, transporte, comercios...)

1) Seminario con profesionales sobre la aplicación del modelo de AICP en domicilios y entorno.

Participantes:

- Profesionales servicios sociales municipales, incluyendo a los profesionales de referencia, relacionados con el SAD y la teleasistencia.
- Profesionales servicios salud (atención primaria y comarca sanitaria).
- Equipos profesionales de la residencia y centro de día.
- Proveedores de servicios (SAD, teleasistencia, servicios de proximidad, productos tecnológicos).
- Profesionales de servicios de vivienda y productos de apoyo.
- Agentes de igualdad.
- Agentes de desarrollo rural (para la experiencia en este tipo de hábitat)
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros....

2) **Cursos formativos para los profesionales del SAD**

Los contenidos del Seminario se centrarán en el conocimiento de las ideas básicas del Proyecto *Etxean Ondo*, del Modelo de AICP, y en de la metodología de gestión de casos.

Participantes:

- Trabajadores/as del SAD del ámbito municipal y de los proveedores de servicios
- Profesionales de referencia de servicios sociales y del sistema sanitario y gestores de casos
- Profesionales GRUPO MATIA

Fase 3ª. Redacción final de los programas de intervención que vayan a desarrollarse.

Se recogerán las aportaciones de los distintos agentes en los seminarios y en los talleres de elaboración. Es el paso del programa de intervención marco a la concreción de las intervenciones en el Municipio.

A partir de aquí es cuando empieza la intervención propiamente dicha a la que se acompañarán sucesivas evaluaciones, acciones formativas y de acompañamiento y los oportunos ajustes en la planificación.

Además, a lo largo del proceso se contempla llevar a cabo otras acciones formativas con un doble objetivo: el intercambio de experiencias y profundizar en la formación de algunos aspectos que se considere necesario. Se desarrollarán algunas, tales como:

- Seminarios de intercambio de experiencias para:
 - Identificación y visibilización de Buenas Prácticas
 - Análisis de dificultades encontradas y alternativas o soluciones desarrolladas.
 - Participantes: los mismos que en las actividades formativas anteriores.

3.4. Descripción de las actuaciones propuestas y su articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)

Desde el enfoque metodológico de la planificación participativa descrita en el apartado anterior, se propone integrar en el proyecto *Etxean Ondo- Domicilios y Entorno*, de manera coordinada, algunas de las siguientes actuaciones y programas de intervención marco (PIM):

3.4.1. Actuaciones (programas y servicios).

- a. La **prestación del SAD, en coordinación sociosanitaria**, cuando así se precise. Para este proyecto, se define el servicio de ayuda a domicilio (SAD) y de apoyo en el entorno como un *programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en provisión de servicios, atención personal (física y psicosocial), gestión, funcionamiento y adecuación de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio y en el entorno de personas adultas en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2011).*
- b. Provisión de **Servicios de proximidad a domicilio**: comidas y lavandería, peluquería, podología, fisioterapia, transporte para acudir a los servicios de atención y/o actividades socioculturales, acompañamiento, biblioteca móvil, etc.

- c. Servicio de **teleasistencia domiciliaria avanzada**, que superará la prestación tradicional, desarrollando utilidades como detectores de riesgos en el hogar y nuevos programas que rentabilicen y creen eficiencia en otros servicios sociales y sanitarios (consejo sociosanitario profesional sobre los cuidados, gestión de citas...).
- d. **Accesibilidad en la vivienda y productos de apoyo.** La accesibilidad es un factor determinante para favorecer la seguridad, la independencia y la autonomía de las personas y, en este sentido, conseguir que el entorno domiciliario esté libre de barreras y obstáculos y que se utilicen los productos de apoyo que se requieran es un objetivo muy recomendable, según se deduce de la investigación producida en el País Vasco.

Desde las Administraciones públicas vascas, teniendo en cuenta las necesidades de la población y el marco normativo autonómico y de la LAPAD, ha puesto en marcha distintas iniciativas para apoyar la adecuación de los entornos domiciliarios, entre otros: Etxetek de la Diputación Foral de Gipuzkoa, Gizatek de la Diputación Foral de Bizkaia, el Centro de autonomía personal del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava, Servicio de asesoramiento en accesibilidad ofrecido por la Dirección de Vivienda de Gobierno Vasco...

El análisis de situación de estos programas refleja, entre otros aspectos, que no existe unicidad en cuanto a herramientas y estándares de valoración concretas del área de accesibilidad en la vivienda. Y es por ello, que se ha propuesto que en las

actuaciones que se desarrollen en las experiencias piloto de este proyecto se aporte también un modelo de accesibilidad, mediante la elaboración de un estándar para la evaluación que contemple el diseño universal de la vivienda y su entorno, teniendo en cuenta los productos de apoyo.

Tras la debida evaluación, se propone incluir en la planificación personalizada de los casos de intervención las indicaciones precisas para la supresión de barreras de accesibilidad en el hogar que sean necesarias para facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Además, se facilitará a cada familia un repertorio de Recomendaciones individualizadas para el conocimiento y la utilización de productos de apoyo y de las nuevas tecnologías que resulten adecuadas, según la valoración de cada caso.

- e. Apoyo **a las familias cuidadoras y otros cuidadores no profesionales** (Información, asesoramiento, formación, acompañamiento, grupos de autoayuda, servicios respiro y relevo...), incluyendo en ellas el enfoque de género con el fin de favorecer un reparto equitativo entre los sexos en la asunción de los cuidados familiares. Estos apoyos se determinarán después de la evaluación efectuada de la carga de cuidados que realizan las familias en cada caso que se incluya en la muestra de intervención.

La preeminencia que en España continúan teniendo los cuidados familiares tiene una de sus expresiones más claras en la opción mayoritaria por la prestación económica para cuidados en el

entorno familiar que se está produciendo con la aplicación de la LAPAD.

Sin embargo, la atención y cuidados que requiere una persona con necesidad de apoyos, sobre todo cuando presenta una situación severa de dependencia, puede revestir una enorme complejidad y, a la par, producir un grado de estrés considerable para la persona cuidadora. Afrontarlo de manera adecuada requiere que ésta sea competente tanto porque posea los conocimientos y estrategias pertinentes, como en cuanto a su propia idoneidad para el cuidado, fundamentalmente relacionadas con su situación de salud, disponibilidad de tiempo, proximidad domiciliaria, etc. Desde este proyecto se plantea realizar una formación básica y un acompañamiento continuado a la persona cuidadora y, a la vez, ofrecerle unas horas de respiro para descansar de los cuidados.

Por otro lado, no es baladí atender a la necesidad de que los responsables públicos evalúen que los cuidados que se prestan son de calidad, especialmente cuando se está recibiendo una prestación económica como compensación. También para este fin puede ser de gran utilidad un SAD complementario al cuidado familiar, desde el que se realice la evaluación y seguimiento de los cuidados prestados por la familia.

En consonancia con lo anterior, se propone que, dentro de la tipología que se desarrolle sobre los perfiles de la muestra de intervención, que serán los casos destinatarios de los servicios que se proponen, se incluya el de familias cuidadoras que han

asumido a sus expensas el cuidado de la persona en situación de dependencia, recibiendo para ello una prestación económica de las previstas en el catálogo de la LAPAD. En este sentido se propone un diseño de SAD (el programa *Acompaña*) específicamente dirigido al apoyo, respiro y formación de las familias cuidadoras que, al tiempo, cumpla la función de realizar el seguimiento y evaluación de los cuidados.

Se define el **Programa “Acompaña”** para personas en situación de dependencia que son atendidas por cuidadores y cuidadoras no profesionales del ámbito familiar como una modalidad del SAD que ofrece a las personas cuidadoras formación, asesoramiento, descanso y acompañamiento en el domicilio, al tiempo de realizar el seguimiento y la evaluación de la calidad de los cuidados.

- f. **Servicios intermedios.** Como es bien conocido, además de los SAD, también hay otros recursos que favorecen que las personas con discapacidad, fragilidad o situación de dependencia, puedan continuar viviendo en su casa con calidad de vida y bienestar. Los denominados servicios intermedios cumplen también, como lo hace el propio SAD, una función de “respiro” a las familias cuidadoras. En la medida de la disponibilidad de recursos existente en el Municipio de Ermua, se considerará la posibilidad de derivar algunos casos hacia estos recursos, según los programas personalizados que se desarrollen. Los centros de día, los centros y programas ocupacionales o de apoyo a la integración, los programas de estancias diurnas o de estancias temporales en residencias, etc...

- g. En el ámbito de la **prevención** de situaciones de riesgo de dependencia, se implantarán iniciativas de promoción de la salud y de lucha contra las situaciones de **soledad** mediante el acompañamiento e intervención de personas voluntarias.
- h. **Servicios de promoción de la autonomía personal**, que también podría incluirse para desarrollarlo, en su caso, en colaboración con el movimiento asociativo relacionado con la discapacidad. La LAPAD introduce, dentro del catálogo de sus prestaciones (art. 15), el servicio de promoción de la autonomía personal (SEPAD). En relación con esta prestación, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2008) realizó una propuesta que contiene su conceptualización con el fin de orientar su creación, implantación y desarrollo por parte de las Administraciones Públicas. En este documento se señala como fin de los SEPAD, “disponer y ordenar los recursos, apoyos y asistencias de toda índole que contribuyan a incrementar eficazmente, hasta el máximo grado posible, la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de dependencia o necesidades de apoyo para su autodeterminación”.

Los SEPAD se relacionan muy directamente con la metodología de gestión de casos propuesta para este proyecto y está en consonancia con la necesidad de diseñar y seguir itinerarios personalizados que, en algunas ocasiones, como es de manera especial el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental grave, pueden durar toda la vida de la persona.

- i. Programa de **participación social y comunitaria**. Complementariamente a los servicios que se presten en los domicilios, desde el proyecto *Etxean Ondo* se proponen y apoyan diferentes actuaciones de dinamización y participación social y ciudadana (algunos de ellos relacionados también con los de promoción de la salud y de prevención de la dependencia de carácter sociosanitario), en colaboración con los movimientos asociativos locales y las Administraciones implicadas.

3.4.2. La articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)

Todas las actuaciones, entre las propuestas, que finalmente se acuerde desarrollar se articularán, como se ha descrito al presentar el enfoque metodológico de la planificación participativa, mediante PIM, que se elaborarán y presentarán como documentos de trabajo para orientar el diseño definitivo de las actuaciones que se acuerden en el municipio de Ermua, en el proceso de planificación colaborativa. Algunos de los contenidos más relevantes que se incluyen en los mismos son:

- **PIM 1. La atención integral centrada en la persona**
 - Valoración integral y puesta en valor de la persona
 - Valoración de la red de apoyo y de la “carga” de los cuidados.
 - Valoración de la vivienda y necesidad de productos de apoyo
 - Objetivos de intervención
 - Propuesta de atención según perfil de personas destinatarias

- Atención SAD
 - Atención sanitaria
 - Necesidades de apoyo para la participación social
 - Otras intervenciones para la persona
 - Otras intervenciones para la familia
 - Reuniones de seguimiento y revisión del PAyV
 - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
 - o El papel del gestor del caso
 - o El papel del o de la auxiliar del SAD
 - o El papel de enfermería de atención primaria
-
- **PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD**
 - Comidas a domicilio
 - Lavandería a domicilio
 - Acompañamiento
 - Podología
 - Peluquería y estética
 - Biblioteca móvil
 - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
 - o El papel del gestor del caso
 - o El papel del o de la auxiliar del SAD
 - o El papel de enfermería de atención primaria
 - o El papel de otros profesionales o colaboradores

- **PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Actuaciones que integra en el ámbito de la salud
- Actuaciones que comprende del ámbito de los servicios sociales
- La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

- **PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras**

- Valoración situación familiar, carga cuidador/a principal y necesidades del grupo familiar
- Acompañamiento y actuaciones de apoyo (Cuidadores/as expertos/as)
- Asesoramiento individualizado
- Acciones formativas grupales
- Derivación a servicios de respiro
- Formación y apoyo en el propio domicilio desde el servicio Acompaña
- Supervisión prestación económica LAPAD para cuidados no profesionales
- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

- **PIM 5. Servicio “Acompaña”**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión

- Actuaciones que integra
- La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
 - El papel del gestor del caso
 - El papel del o de la auxiliar del servicio “acompaña”
 - El papel del enfermería de atención primaria
 - El papel de otros profesionales o colaboradores
- **PIM 6. Servicios para un entorno accesible**
 - Valoración vivienda
 - Adaptaciones funcionales del hogar
 - Orientación sobre productos de apoyo y domótica
 - Orientación sobre productos apoyo
 - Transporte accesible
 - Coordinación entre las actuaciones y los profesionales implicados
- **PIM 7. Servicio de promoción de la autonomía personal**
 - Acceso al servicio y criterios de inclusión
 - La derivación desde el gestor del caso
 - Profesional encargado del servicio
 - Las actuaciones a llevar a cabo desde el servicio
 - La coordinación entre los implicados
 - El papel del profesional del servicio
 - El profesional de referencia SS
 - El papel de otros profesionales o colaboradores

- **PIM 8. Participación social y comunitaria**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Detección intereses y preferencias de la persona
- Información sobre recursos existentes
- Derivación a recursos existentes
- Apoyos necesarios para permitir el acceso y la participación
- La coordinación de los implicados
- Diseño de programas de participación comunitaria, en colaboración con asociaciones y agentes del municipio (talleres, actividades deportivas, intergeneracionales, voluntariado, promoción cultural, turística...)

- **PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida**

- Tipos de destinatarios
- Selección, elaboración y difusión de material educativo para la promoción de hábitos saludables, prevención de la dependencia y fomento de la autodeterminación.
- Experiencia grupos autogestores
- Experiencias paciente activo
- Derivación a programas formativos existentes y recursos *on line*
- Formación a la persona/paciente en situación de dependencia.

- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

3.4.3. **Ámbito de aplicación.**

El objetivo que pretende el Municipio de Ermua es la implantación de la metodología del proyecto *Etxeran Ondo*, de manera generalizada, a toda la población adulta en situación de fragilidad o dependencia.

No obstante, se analizará la conveniencia de desarrollar, en ese marco global, un proyecto piloto mediante el diseño de una muestra de casos, que, tras el proceso de valoración inicial, se subdividiría después, de manera aleatoria, en dos con las mismas características de perfil y criterios de inclusión (grupo control y grupo de intervención), con el fin de evaluar los resultados obtenidos de manera rigurosa.

Grupo de población

- Personas mayores 65 en situación de dependencia que vivan en su domicilio
- Personas mayores 65 años en situación de fragilidad que vivan en su domicilio
- Personas mayores 18 años con discapacidad que vivan en su domicilio

Perfiles y criterios:

1. Personas mayores con grados de dependencia III y II que reciben prestación de la LAPAD: 60% de mujeres, 50% con deterioro cognitivo, 80% con familia cuidadora, compatible con cuidadora empleada, preferiblemente inmigrante.

Criterio de inclusión:

Personas que reciben servicio de ayuda a domicilio (SAD) y/o centro de día u otras prestaciones.

2. Personas mayores con mismo perfil señalado en el apartado anterior.

Criterio de inclusión:

Personas que reciben la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, sin apoyo de servicios.

3. Personas mayores en situación de fragilidad o dependencia grado I, con o sin prestaciones de la LAPAD: doble de mujeres que de hombres.

Criterios de inclusión:

Personas que viven solas, pero con red social cercana y accesible (30%).

Personas que viven solas, aisladas y sin red social (50%).

Personas que viven en pareja o con hijos (20%).

4. Personas jóvenes (de 16-20 años) con grados de dependencia III y II y prestaciones de la LAPAD en forma de servicios o prestación económica.

Criterios de inclusión:

70% de los casos con discapacidad intelectual.

30% personas con discapacidad física y grave afectación y algunos con discapacidades mixtas –paráliscerebral, etc.-

5. Personas adultas con discapacidad (mayores de 50 años), con grados de dependencia III, II y I y prestaciones LAPAD en forma de servicios tradicionales o prestaciones económicas (no asistente personal)

Criterios de inclusión:

70% de los casos con discapacidad intelectual.

30% personas con discapacidad física y grave afectación y algunos con discapacidades mixtas –paráliscerebral, etc.-

6. Personas jóvenes o adultas con discapacidad y en situación de dependencia, que tengan asistente personal.

Para seleccionar casos de intervención sociosanitaria de carácter complejo, se sugiere, a modo de ejemplo, la inclusión de casos de personas que, además de cuidados personales, precisan atención y/o supervisión sanitaria continuada. No obstante, estos criterios se determinarán en el primer Seminario-Taller de profesionales sociales y sanitarios.

Criterios de inclusión

Se deberían cumplir todos los criterios generales y al menos uno de los específicos.

Generales

- Grado dependencia II ó III

- Más de 3 prescripciones crónicas
- Más o igual de tres visitas a urgencias en el último año
- Más o igual de dos ingresos hospitalarios en el último año

Específicos

- Insuficiencia cardiaca
- EPOC
- Demencia
- Hepatopatía/Diabetes/Artrosis (al menos dos de estas patologías)
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio.

3.4.4. Evaluación

Etxean ondo- Ermua es un proyecto que pretende desarrollar y validar un modelo aplicado de atención integral centrada en la persona en el domicilio y en su entorno a quienes se encuentran en situación de discapacidad o dependencia.

La evaluación del proyecto piloto *Etxean ondo* pretende disponer o generar conocimiento relacionado con:

1. La situación de partida. Para ello se buscará información y datos que permitan:

- ✓ Disponer de un diagnóstico del Municipio de Ermua para priorizar las necesidades e intervenciones
- ✓ Orientar las intervenciones de forma personalizada

- ✓ Conocer la situación de partida para, comparándola con los datos obtenidos tras la intervención, comprobar si se han producido cambios y mejoras.

Todo ello en relación a: los recursos del territorio, las personas usuarias, las familias cuidadoras y a los profesionales implicados en el cuidado.

2. **Cómo ha sido el proceso.** Se pretende obtener información sobre cómo se han desarrollado los PIM que, finalmente, se desarrollen en Ermua. Ello, a su vez, permitirá:

- ✓ Conocer las posibles secuencias de desarrollo y los logros alcanzados.
- ✓ Señalar las principales dificultades en el desarrollo y las estrategias utilizadas para su abordaje.
- ✓ Identificar los elementos clave y las buenas prácticas en el desarrollo de las intervenciones

3. **Los resultados obtenidos.** Se trata de contar con datos en relación a:

- ✓ Grado de cobertura alcanzado tanto en lo que atañe a la puesta en marcha de nuevos servicios, como a la coordinación de actuaciones ya existentes así como saber a cuántas personas destinatarias llega.
- ✓ Cumplimiento de objetivos del proyecto.
- ✓ Analizar los cambios y efectos obtenidos en las personas: personas usuarias, familias cuidadoras y profesionales.

4. **Validar el modelo** de atención integral centrada en la persona en domicilios y entorno.

- ✓ Identificar los objetivos y logros conseguidos.

- ✓ Reconocer los límites en la aplicabilidad de las intervenciones
- ✓ Establecer buenas prácticas en las intervenciones: nivel organizativo, nivel metodológico y relacional.

PROPUESTA DE PROGRAMA PARA EL SEMINARIO - TALLER DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA (Mes de julio 2012).

Objetivo: Formación, debate y trabajo de intercambio y elaboración conjunta entre los profesionales implicados del ámbito social y sanitario.

Contenidos del Seminario:

1. Elementos fundamentales del Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP) y su concreción en las intervenciones.
2. El Proyecto *Etxean Ondo*: descripción, objetivos, metodología y fases de aplicación.
3. La coordinación sociosanitaria en Euskadi: las cinco líneas de acción política de la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* y el contenido del *Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca*.

Contenidos del Taller

- Los Programas de Intervención Marco (PIM) y los Documentos metodológicos y de soporte (DMS) que facilitan la aplicación del Proyecto *Etxean Ondo*.
- Trabajo conjunto para profundizar sobre las estrategias de intervención y lograr consensos sobre metodología e instrumentos para, en su caso, completar los PIM.

Participantes:

- Trabajadores sociales de servicios sociales municipales.
- Profesionales servicios salud, especialmente, enfermeras de atención primaria y, de ser posible, de salud pública.
- Representante de la Consejería de Sanidad (para presentar el punto 3 del Seminario).
- Profesionales del equipo de *Etxean Ondo*, del GRUPO MATIA