

EL PROYECTO PILOTO ETXEAN ONDO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN EN DOMICILIOS Y EN RESIDENCIAS Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MARCO Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El marco.

La cifra actual de personas de 65 y más años en Euskadi es de 417.659 (INE, 2010), lo que supone un 19.2% de la población total vasca. De éstas 122.230 son personas octogenarias, siendo el 5.9% de la población total y el 29.3% de las personas mayores. Las proyecciones de población auguran, además, un incremento porcentual del grupo de mayores que casi duplicará al actual. El Instituto de Estadística vasco (Eustat), proyecta como escenario probable una población para el 2050 de 554.765 personas que habrán superado el umbral de los 65 años. Esta población será entonces el 38.8% de la población total.

En conjunto, el País Vasco avanza y, en ocasiones, se sitúa a la cabeza del Estado español en el cumplimiento del objetivo "envejecer en casa", promulgado desde todos los organismos internacionales que se ocupan del envejecimiento. Este lema, además, viene siendo reclamado por las propias personas mayores desde hace tiempo. La preferencia sobre dónde le gustaría vivir en el caso de necesitar ayuda y cuidado es en su casa en un 95% de los casos (personas de 50 y más años del País Vasco, Basa, 2010).

De esta manera el Índice de Cobertura (IC) del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) ha aumentado en los últimos diez años del 2.9% al 5.95% (1998-2008), los servicios de atención diurna han pasado a triplicar su IC (del 0.3% al 0.92%), y los Servicios Residenciales han aumentado, de forma más moderada, del 3.1% al 4.51%. Esta apuesta por los servicios

domiciliarios conlleva una recesión, estancamiento o menor desarrollo de los servicios residenciales, un recurso necesitado de reorientación.

Recientemente, el Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, ha emprendido una serie de actuaciones enmarcadas en el ámbito de la innovación social y sociosanitaria. En el campo de los cuidados de larga duración, quizás la más importante de estas iniciativas es el proyecto denominado *Etxean Ondo*, que abarca desde la atención en domicilios y entorno a las actuaciones relacionadas con el cambio de modelo en residencias.

Ámbito de actuación

Durante el año 2011 se ha actuado en el Territorio Histórico de Gipuzkoa con cinco experiencias de aplicación del modelo de atención integral en atención domiciliaria y participación e inclusión comunitaria en cinco municipios (Donostia, Irún, Oiartzun, Tolosa y Zarautz) y dos experiencias de aplicación del modelo de atención centrada en la persona (en una residencia –Lamorous- y en un centro de día).

Se ha llevado a cabo el proceso de diseño del proyecto y de las muestras; se han elaborado materiales metodológicos y de evaluación; se ha desarrollado el proceso de búsqueda de consensos con Administraciones Públicas (Departamento de Sanidad, Diputación Foral, Servicios sociales municipales), movimiento asociativo, proveedores de servicios, etc. Y, finalmente, se han iniciado experiencias de aplicación del modelo en la residencia, el centro de día y en los cinco municipios referidos.

Para los ejercicios 2012-2013 se plantea dar continuidad a las experiencias de Gipuzkoa e iniciar otras en Bizkaia y en Araba (tres municipios y dos centros en cada Territorio Histórico)

OBJETIVOS GENERALES

- 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 novedosas (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,

MODELO DE ATENCIÓN Y METODOLOGÍA

El modelo

Etxean ondo es un proyecto piloto que pretende aplicar y validar el **modelo de atención integral y centrada en la persona** a quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia, vivan en sus propios domicilios o vivan en una residencia.

El **modelo mencionado** (véase el diagrama adjunto), se define como aquel orientado a *“conseguir 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”*. Gira en torno a una serie de principios esenciales, entre los que se encuentran el de **autonomía personal y la continuidad de la atención**, y se sitúa en línea con la evidencia científica producida y la normativa internacional (Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006) y estatal (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, 2006 –LAPAD-).

El modelo, por otra parte, se ajusta y está en total coherencia con el que se describe en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco, lo mismo que, en la parte que corresponde, con la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi y el Documento marco para las directrices de la atención sociosanitaria.

Por tanto, el proyecto pivota sobre la coordinación entre niveles de Servicios Sociales (primaria y secundaria) y entre Sectores (vivienda, educación, participación ciudadana...). Especial relieve se ha concedido a la coordinación con el Sistema de Salud, para validar que la **atención sociosanitaria coordinada** obtiene satisfactorios resultados en términos de eficiencia en los sistemas públicos (con los consecuentes ahorros en costes de atención), y ofrece a las personas usuarias el

acceso a un itinerario fluido, integral y continuado por servicios de diferente naturaleza.

Para lograr avanzar en la atención personalizada e integral, en las experiencias de atención domiciliaria, se ha considerado clave la figura del **profesional de referencia** que la Ley de 12/2008 mencionada determina se asigne a cada persona usuaria o familia. Estos/as profesionales actúan en este proyecto siguiendo la metodología de **gestión de casos** con el fin de garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones.

Metodología

La metodología seguida en *Etxean ondo* se inspira en la **Investigación-Acción-Participación (IAP)** que se caracteriza por ser un proceso continuo, donde conocer e intervenir se combinan y se integran a lo largo del tiempo en diferentes grados de influencia mutua. De acuerdo con ello, la estrategia metodológica que nos hemos planteado es la de la **planificación y aplicación participativa**, que se considera la idónea para promover **nuevas praxis que transformen las habituales relaciones asistenciales** donde el poder en el diseño de las intervenciones lo han tenido los responsables y los equipos técnicos.

Es inherente al proyecto, pues, la **participación activa y conjunta de los distintos agentes de los procesos de atención**: personas mayores y/o con discapacidad, familias, profesionales y responsables de los distintos ámbitos implicados, a los que se ha invitado desde el inicio con el fin de **construir una cultura común** partiendo de espacios de encuentro, formación y planificación conjuntos. Combinamos, así, el **enfoque arriba-abajo (planificación estratégica)**, que hemos definido desde el proyecto, **con el enfoque abajo-arriba (planificación operativa)** donde los diferentes agentes se implican y desarrollan roles proactivos aportando sus conocimientos y experiencias a un proceso de planificación y aplicación que es, por esencia, **abierto y necesariamente flexible**. Por ello, además de apoyarse en la evidencia científica, es **permeable a experimentar nuevas formas de hacer** que surgen de las distintas realidades, de los contextos reales de cuidados, alejándose de las habituales planificaciones e intervenciones directivas.

Este proceso participativo se articula a través de diferentes **seminarios, talleres y otras actuaciones formativas** con las organizaciones representativas, profesionales de atención domiciliaria y en centros, responsables de los ámbitos territoriales y resto de agentes relacionados, mediante los que se busca la más óptima participación y coordinación

entre los servicios sociales y los sanitarios, sin olvidar otros sectores, como vivienda, educación, cultura, desarrollo rural, área de la mujer, etc.

En coherencia con lo anterior, se ha aplicado 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 y cada ámbito de intervención. Planteamos unas bases y objetivos generales comunes, así como elementos metodológicos que lo doten de homogeneidad, pero la concreción de los PIM se realiza con la participación de las administraciones locales, las asociaciones, los profesionales sociales y sanitarios y demás agentes sociales que actúen en el territorio o en el centro en los que se aplican las experiencias. En este sentido, se han elaborado también una serie de **documentos metodológicos y de soporte (DMS), además de los PIM**, que conceptualizan y sugieren pautas, estrategias e instrumentos que están siendo de utilidad para la definición y aplicación de las experiencias piloto que se desarrollan en los diferentes subproyectos.

Paralelamente al desarrollo de las experiencias, están desarrollándose una serie de estudios que garanticen la viabilidad de la generalización del nuevo modelo de atención. En concreto, los siguientes:

- Estudio jurídico sobre la adecuación y necesidad de reforma de la normativa vigente.
- Estudio de coste-beneficio y coste-eficiencia de las diferentes modalidades de aplicación del modelo.
- Estudio de perfiles profesionales adecuados para la aplicación del modelo.

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROYECTO ETXEAN ONDO – DOMICILIOS Y ENTORNO - (2011-2013)

Se trata de un conjunto de **experiencias piloto de aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona** en las que se actúa conjuntamente sobre varios ámbitos de intervención (Servicios y programas de atención, Innovaciones organizativas y metodológicas, actuaciones ambientales y tecnológicas y trabajo comunitario en el entorno).

Experiencias 2011. Ámbito territorial, muestras y estado de desarrollo del subproyecto.

Ámbito territorial y alianzas

El proyecto, durante 2011, se ha llevado a cabo, de manera pionera, en **cinco municipios de Gipuzkoa**: Donostia, Irún, Oiartzun, Tolosa y Zarautz. En su diseño e implementación están implicadas las siguientes Administraciones Públicas:

- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales
- Gobierno Vasco. Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, Direcciones Comarcales y Centros de Salud del ámbito territorial en que se desarrolla la experiencia piloto.
- Ayuntamientos de San Sebastián, Tolosa, Oiartzun, Zarautz e Irún
- Diputación Foral de Gipuzkoa

Como apoyo técnico en el desarrollo del proyecto, participa, mediante Convenido de colaboración con el Gobierno Vasco el Grupo Matía, y, también, se han establecido las siguientes alianzas:

- Fundación Pilares para la Autonomía Personal
- Asociaciones de Discapacidad y Envejecimiento
- Proveedores de Servicios de Ayuda Domiciliaria y otros servicios de proximidad
- SIIIS
- Universidad de Girona
- Tecnalia,
- Ikerlan-IK4,
- Adom,
- APTEs

Inicialmente se ha diseñado una **muestra de 500 personas** (250 grupo de intervención y otros tantos en grupo control) que responden a diferentes criterios de inclusión: edad, sexo, grado de dependencia, patologías y carga sanitaria, red de apoyos y cuidados, etc.

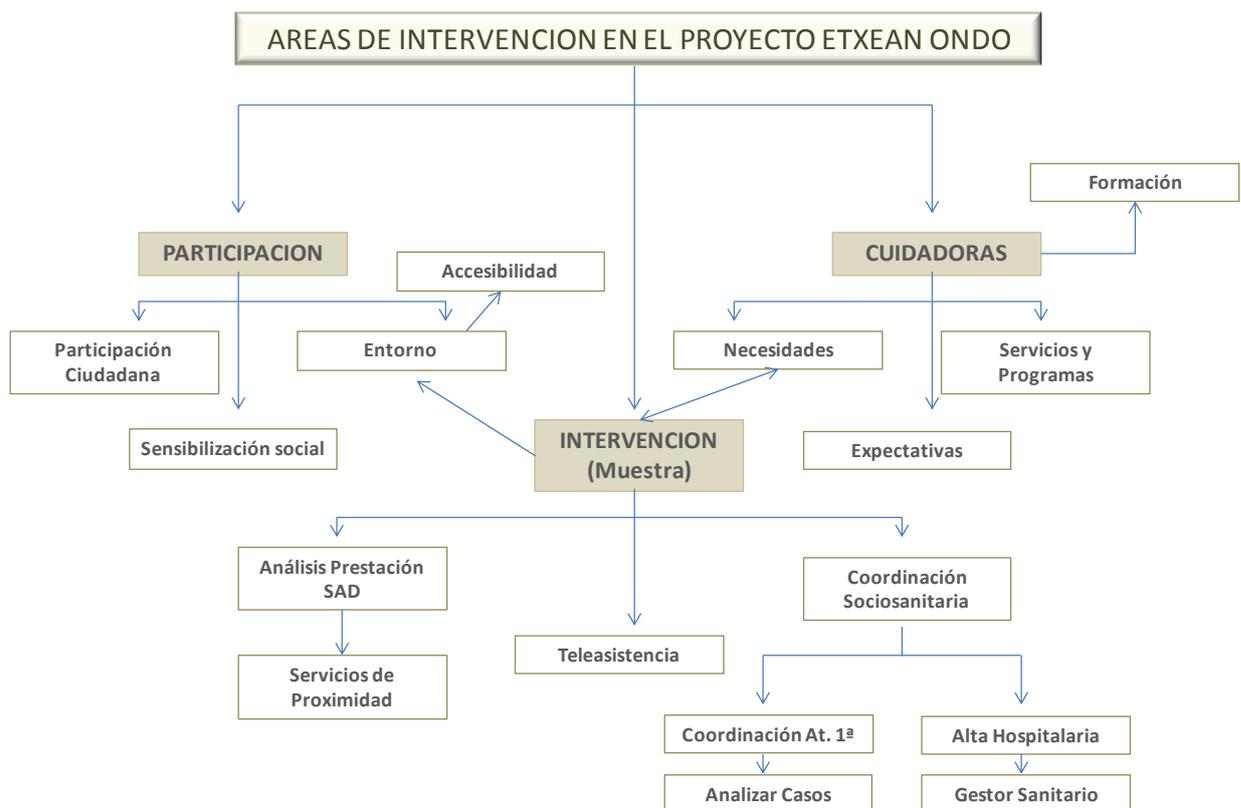
Además de esta muestra, también se incluyen **35 casos más** de intervención que actuarán, durante 2012-2013, en **coordinación sociosanitaria**, en un programa de planificación e intervención tras **altas hospitalarias**. Para esta submuestra se han definido dos perfiles: el primero, formado por pacientes en lista de espera quirúrgica para ser intervenidos de **prótesis de cadera, rodilla y patología de la columna**; el segundo, formado por aquellos **pacientes de la muestra de Etxean ondo que tengan ingresos hospitalarios**.

Por otra parte, se han diseñado y previsto un conjunto de programas de intervención relacionados con la **participación social**, impulso al desarrollo de nuevos **servicios de proximidad**, sensibilización social sobre **accesibilidad** y diseño universal y la **promoción de la salud y acciones preventivas**. Las diversas actuaciones programadas en estos ámbitos no se restringen a la muestra de casos, sino que se extienden, de manera

generalizada, al **conjunto de personas mayores y personas con discapacidad** de cada uno de los municipios que intervienen en el proyecto.

Áreas de intervención, complejidad y evaluación del proceso.

Como exponente de la complejidad, derivada del propio carácter de integralidad del proyecto, se ofrece diagrama con las áreas de intervención:



Cabe señalar, como primera constatación evaluativa del proceso de **articulación de la red de agentes** implicados, asimilación y puesta en común del contenido del proyecto en todas sus dimensiones y de su aplicación, que *Etxean Ondo* tiene una excelente y unánime valoración respecto al proyecto en sí, a sus objetivos y al modelo en el que se sustenta de integralidad y personalización en la intervención.

Como elementos especialmente bien valorados en lo que se refiere a la metodología de la intervención y a la coordinación entre sectores, cabe citar, la aplicación del método de **gestión de casos**, que se realiza por parte de las trabajadoras sociales municipales (profesionales de referencia), las cuales perciben este enfoque como un salto cualitativo al que otorgan alta valoración, tanto en lo que se refiere a la mejora de

su cualificación profesional, como, sobre todo, a la alta eficacia de su intervención con esta metodología. En cuanto a la **coordinación socioasistencial** entre las gestoras de casos y las enfermeras de los equipos sanitarios, la valoración es de gran enriquecimiento mutuo y alta eficacia y eficiencia en las intervenciones coordinadas.

En definitiva, los avances conseguidos, y los aprendizajes realizados, durante 2011 en las diferentes dimensiones del Proyecto *Etxean ondo* avalan la conveniencia de continuar este proyecto a lo largo de dos ejercicios más, para garantizar que hay tiempo suficiente de intervención para una evaluación rigurosa de resultados, y también para disponer de más experiencias diseminadas por los tres Territorios Históricos de Euskadi.

Experiencias 2012-2013. Ámbito territorial, Entidades implicadas y muestra de casos

Ámbito territorial

- **Gipuzkoa:** Continuidad del proyecto en los cinco municipios en que se desarrolla.
- **Bizkaia y Araba:** Inicio y desarrollo del proyecto en tres municipios de cada uno de estos Territorios.

Descripción del proyecto de atención domiciliaria y participación e inclusión comunitaria de personas mayores y personas con discapacidad.

Para este proyecto, se define el servicio de atención a domicilio y 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 familia, prestado en el domicilio o en el entorno de una persona adulta en situación de fragilidad o de dependencia* (Rodríguez, 2011).

Siguiendo esta conceptualización y los principios y criterios del modelo, se incluyen en el proyecto, además de la **prestación de atención domiciliaria personalizada y en coordinación socioasistencial**, otros servicios y apoyos personalizados entre los que cabe citar:

- **Servicios de proximidad a domicilio** (comidas y lavandería, peluquería, podología, fisioterapia, acompañamiento, transporte

para acudir a los servicios de atención y/o actividades socioculturales, etc.),.

- **Teleasistencia avanzada** que incorpora a sus prestaciones tradicionales, funciones como el consejo profesional a personas en situación de dependencia y cuidadores relacionado, dispositivos para detección de riesgos en el hogar, funciones de telemedicina, etc.
- **Accesibilidad en la vivienda y entorno.** Mediante procesos de evaluación de necesidades y de planificación personalizada con indicaciones precisas para la **supresión de barreras de accesibilidad** en el hogar, y **recomendaciones individualizadas** para el conocimiento y la utilización de **productos de apoyo o ayudas técnicas y de las nuevas tecnologías** que resulten adecuadas, según cada caso, con el fin de favorecer el máximo de independencia y de autonomía y reducir riesgos de accidentes.
- Programas específicos para personas **jóvenes con discapacidad**, como servicios de promoción de la autonomía personal.
- Programas y servicios **a las familias y otras personas cuidadoras del ámbito familiar** (Información, asesoramiento, formación, acompañamiento, servicios respiro y relevo...), y un acompañamiento y apoyo continuado a la persona cuidadora. En este sentido se contempla la implantación del **programa denominado Acompaña** dirigido a quienes reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar de la LAPAD, que garantiza el seguimiento del caso, verifica la calidad de los cuidados y ofrece formación, asesoramiento y apoyo en el propio domicilio.
- Complementariamente a la atención en el domicilio, se realizan en los municipios implicados diferentes actuaciones de **dinamización y participación social y ciudadana**, así como programas de promoción de la salud y de prevención de la dependencia de carácter sociosanitario, en colaboración con los movimientos asociativos locales.

1. **Delimitación de los territorios** (urbanos y rural) donde se habrá de realizar el proyecto y celebración de reuniones con los representantes institucionales de servicios sociales, sanitarios, de participación ciudadana, proveedores, etc., para consensuar los aspectos básicos de aceptación y desarrollo de la experiencia piloto.
2. **Elaboración del diagnóstico de situación** de cada zona y detección de necesidades para ajustar la planificación.
3. **Redacción del proyecto de cada Territorio y del material de apoyo metodológico.** Elaboración de DMS y PIM, historias de vida, instrumentos de valoración para aplicar en cada uno de los casos de la muestra, definición del sistema de evaluación y de los protocolos de recogida de datos ante-durante-post, documento soporte para la elaboración de los Planes personalizados de atención y vida (PAyV).
4. **Diseño muestral**, con la determinación de los **perfiles y criterios de inclusión** de casos a seleccionar. Se establece un número aproximado de 400 casos, divididos proporcionalmente por los Territorios y, a su vez, de manera aleatoria en dos muestras para el grupo experimental o de intervención y otras dos muestras para grupos control.
5. Diseño y aplicación del **software de recogida y tratamiento de datos** relacionados con la valoración, con las correspondientes sesiones de adiestramiento para su utilización.
6. **Firma de acuerdos** con los responsables de los diferentes **servicios sociales municipales** y servicios sanitarios comarcales para establecer la participación en el proyecto.
7. **Diseño y celebración de diferentes seminarios** con los agentes intervinientes, programas de **formación con gestores y trabajadores del SAD** y **talleres sociosanitarios**.
8. **Ejecución y seguimiento del proyecto** (en su globalidad) **y de los subproyectos** (la concreción en los diferentes territorios): Elaboración de los PAV, implementación de las prestaciones acordadas, coordinación y control de la aplicación de las intervenciones, etc. Implementación y evaluación de las actuaciones abiertas a la comunidad para los programas de intervención marco de servicios, en especial, de **proximidad, participación social y accesibilidad**.

9. Informes de seguimiento periódico.

10. Evaluación e informe final.

FASES DEL PROYECTO 2012-2013 (para Gipuzkoa)

1. Formación gestoras de casos para la elaboración y seguimiento de los planes personalizados de atención.
2. Asignación aleatoria de casos a muestras (grupo control y grupo de intervención) y elaboración de los planes personalizados de atención y vida.
3. Implementación de servicios y programas y coordinación y seguimiento de los mismos.
4. Desarrollo de los programas de participación social, abiertos a la comunidad.
5. Evaluación intermedia de resultados (mes de septiembre, 2012).
6. Seguimiento de los casos y de los programas de participación y evaluación final (septiembre 2013)

TEMPORALIZACIÓN

El calendario de desarrollo del proyecto y los subproyectos que componen *Etxean Ondo* – Domicilios y Entorno, abarcará los años 2011 - 2013.

EVALUACIÓN

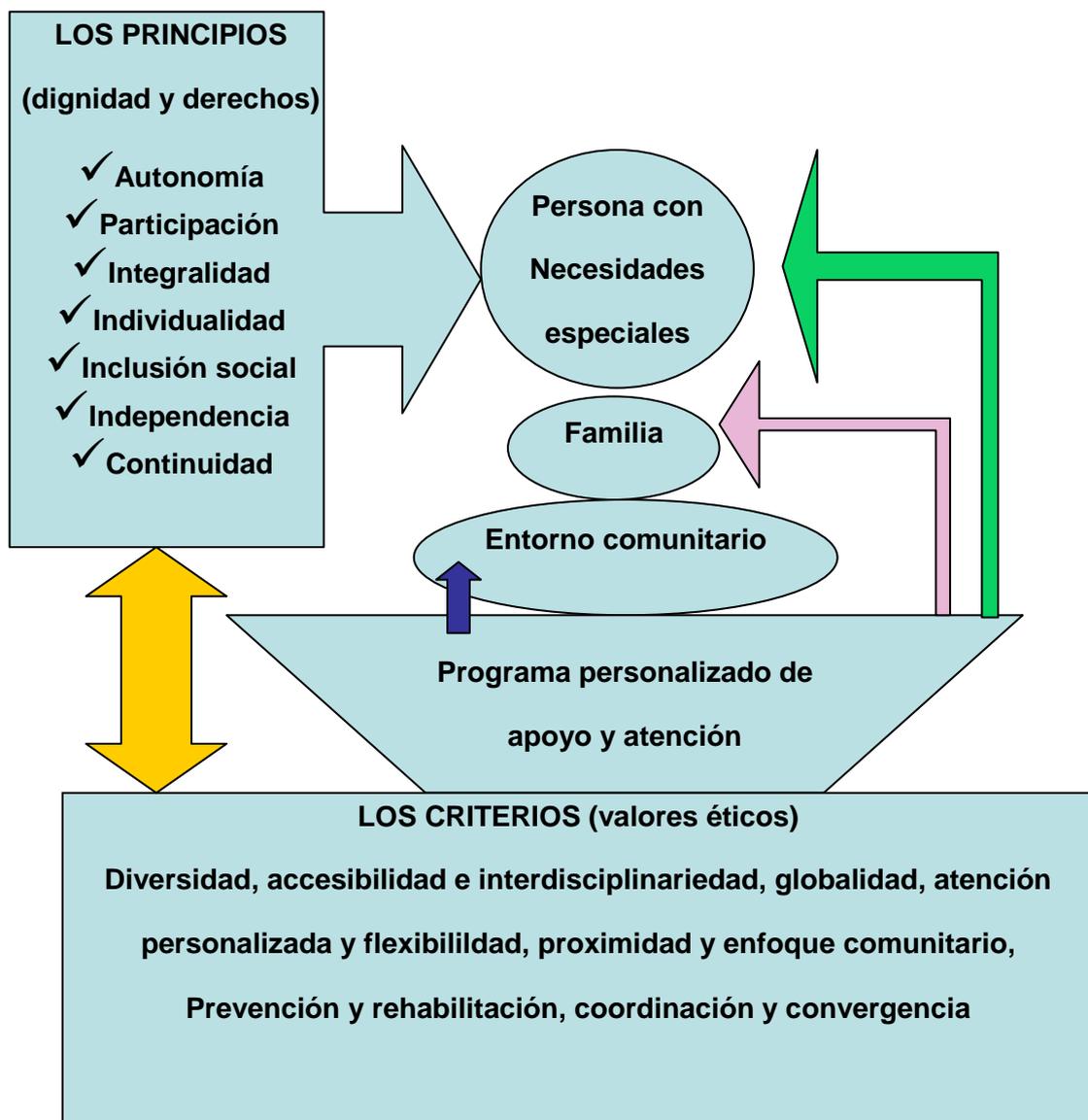
La evaluación del proyecto piloto *Etxean ondo* pretende mostrar su eficacia, eficiencia y efectividad en cuanto a los objetivos pretendidos. Para ello se ha previsto una **evaluación sistemática y exhaustiva** que se lleva a cabo al inicio de su puesta en marcha, durante el desarrollo de las experiencias piloto y al concluir la fase de intervención del proyecto. Comprende, por una parte, la valoración multidimensional *ex ante* y *ex*

post de los casos incluidos en las muestras de intervención y control en las dimensiones relacionadas con el modelo. Y, por otra parte, contiene instrumentos y protocolos para realizar la evaluación del propio proyecto en su conjunto y de su concreción en los diferentes subproyectos territoriales.

El modelo de evaluación diseñado abarca:

1. **La situación de partida** en relación a los recursos del territorio, las personas usuarias, las familias cuidadoras y los profesionales implicados en el cuidado.
2. **Cómo ha sido el proceso** de desarrollo de los PIM en los distintos territorios (variables independientes).
3. **Los resultados obtenidos.** En relación con la cobertura, el cumplimiento de objetivos y los impactos producidos en las variables dependientes.
4. **Validación del modelo de atención integral centrada en la persona en domicilios**

Esquema del Modelo de atención integral y centrada en la persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia



Fuente: Rodríguez, P., *La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Serie: Informes Portal Mayores, nº 106. Madrid, CSIC/Imsero, 17 págs., 2010. Ref. 190642.