

Consulta la buena práctica



Fundació Salut i Envel·liment - UAB (FSiE-UAB)

**APTITUDE-PROXI: IMPLEMENTACIÓN TERRITORIAL DE
LA ESTRATEGIA ICOPE DE LA OMS PARA LA
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS
MAYORES**



aptitude
PROXI

ACTUAR PER A LA PREVENCIÓ
TRANSPARENÇA DE LA
DEPENDÈNCIA DE LES PERSONES
GRANS EN PROXIMITAT



**Fundació
Salut i Envel·liment
UAB**

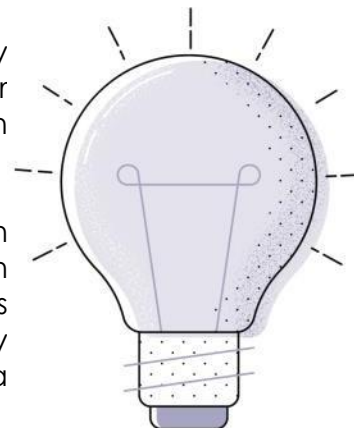
ÍNDICE

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

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

APTITUDE-PROXI despliega en Cataluña, Occitania, Navarra y Andorra la estrategia ICOPE de la OMS para detectar precozmente el deterioro de la capacidad intrínseca en personas mayores de 60 años.

Equipos de salud-prevención realizan cribado, valoración multidimensional y planes de intervención personalizados en centros de atención primaria de zonas urbanas desfavorecidas y rurales aisladas, con enfoque comunitario, de proximidad y apoyo a personas cuidadoras, cofinanciado por el programa Interreg POCTEFA de la Unión Europea.



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

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

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

3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	
Personas en situación de dependencia	
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	
Otro/s	
Describe las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: Personas de 60 años o más con riesgo de deterioro de la capacidad intrínseca (movilidad, cognición, estado psicológico, nutrición, visión y audición), residentes en barrios metropolitanos socioeconómicamente desfavorecidos y en municipios rurales y de montaña con menor acceso a recursos sanitarios y sociales. También se benefician los profesionales sanitarios y sociales formados en el modelo ICOPE, así como las personas cuidadoras, a través de las acciones de apoyo comunitario.	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Centro residencial	
Comunidades, viviendas, domicilios	
Centros ocupacionales	
Centros de día	
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	X
Transporte	
Ocio	
Cultura	X
Deporte	
Otro/s	X
Describe el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: La actividad se desarrolla desde Centros de Atención Primaria (CAP) y hospitales comarcales colaboradores integrados en el sistema público de salud (Institut Català de la Salut, hospitales fundacionales y consorcios sanitarios), en coordinación con ayuntamientos y entidades comunitarias del territorio.	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	
Unión Europea	X
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica:	
- Área Metropolitana de Barcelona: Badalona (CAP El Gorg, CAP Nova Lloreda, CAP Morera-Pomar) y Maresme (CAP Montgat-Dr. Jardí, CAP Ocata-Teià). - Comarcas rurales y de montaña: Alt Urgell (La Seu d'Urgell), Cerdanya (Puigcerdà/Llívia), Ripollès (Ripoll, Campdevànol) y Osona (Centelles). - Ámbito de escalado adicional: Lleida. - El proyecto, de carácter transfronterizo, se desarrolla simultáneamente en Occitania (Francia), Navarra y Andorra.	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

APTITUDE-PROXI es un proyecto europeo de cooperación transfronteriza, cofinanciado por el programa Interreg V-A España-Francia-Andorra (POCTEFA 2021-2027) con una tasa de cofinanciación FEDER del 65%, que continúa el trabajo iniciado por los proyectos APTITUDE y OPTIMAGE (POCTEFA 2014-2020). Reúne a cuatro entidades socias: el Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse - Gérontopôle (entidad jefa de fila y centro colaborador de la OMS), la Fundació Salut i Envel·liment de la UAB (Cataluña), Navarrabiomed (Navarra) y el Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS). El proyecto tiene una duración de tres años (enero de 2024 a diciembre de 2026, con ampliación de 6 meses) y un presupuesto total de 2.128.133,44€.

La buena práctica consiste en la implementación territorial del enfoque de Atención Integrada para las Personas Mayores (Integrated Care for Older People, ICOPE) de la Organización Mundial de la Salud, centrado en la preservación de la Capacidad Intrínseca (CI), entendida como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona. La CI se estructura en seis dominios: cognición, movilidad, vitalidad (estado nutricional), estado psicológico (síntomas depresivos) y dominio sensorial (visión y audición). El objetivo de ICOPE es identificar precozmente las pérdidas incipientes de capacidad intrínseca, intervenir sobre sus causas subyacentes y prevenir la aparición de discapacidad antes de que se establezca.

METODOLOGÍA Y FASES DE IMPLEMENTACIÓN. El modelo se despliega mediante cinco pasos secuenciales:

1. Detección (cribado ICOPE): mediante la herramienta de cribado de la OMS se

- exploran los seis marcadores de deterioro (movilidad, cognición, visión, audición, nutrición y estado psicológico) en personas de 60 años o más.
2. **Confirmación clínica:** las personas con alteraciones detectadas acceden a una valoración multidimensional en profundidad con instrumentos estandarizados y validados: Short Physical Performance Battery (SPPB) para el dominio locomotor, Mini-Mental State Examination (MMSE) para el dominio cognitivo, Geriatric Depression Scale de 5 ítems (GDS-5) para el dominio psicológico, Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF) para el dominio nutricional, el optotipo de la OMS para la agudeza visual y la aplicación HearWHO para la audición. De forma complementaria se valora la soledad no deseada (UCLA Loneliness Scale), la sobrecarga de la persona cuidadora (Escala de Zarit) y la vulnerabilidad sociofamiliar (Escala TSO).
 3. **Diseño e implementación de un Plan de Intervención Personalizado (PIP)**, consensado con la persona y centrado en sus necesidades, preferencias y contexto social, que puede incluir derivaciones sanitarias o sociales, intervenciones grupales mono o multidominio, prescripción de activos comunitarios y recomendaciones de salud.
 4. **Seguimiento** y ajuste del plan cuando es necesario, con reevaluación a los seis meses.
 5. **Implicación de la comunidad** y apoyo a las personas cuidadoras, un eje transversal presente en todo el proceso.

DESPLIEGUE TERRITORIAL. En Cataluña, la implementación se organiza en dos grandes bloques territoriales con una lógica de reducción de desigualdades en salud: por un lado, el Área Metropolitana de Barcelona, con actuación en cinco Centros de Atención Primaria de Badalona (El Gorg, Nova Lloreda y Morera-Pomar, con un Índice Socioeconómico Territorial de 94,1) y del Maresme (Montgat y Ocata-Teià), zonas de elevada densidad poblacional con desigualdades socioeconómicas internas; por otro lado, comarcas rurales y de montaña (Cerdanya, Alt Urgell, Ripollès y Osona) y municipios de menos de 1.000 habitantes con especial vulnerabilidad por aislamiento territorial, así como el ámbito urbano de Lleida, con indicadores socioeconómicos por debajo de la media catalana. En los municipios más pequeños, el cribado se complementa con actividades organizadas junto a una entidad cultural que acerca las artes escénicas contemporáneas mediante una carpa itinerante, reforzando la captación y la participación de las personas mayores.

HERRAMIENTAS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. La recogida y gestión de los datos se realiza mediante una base de datos REDCap (Research Electronic Data Capture) diseñada específicamente para el proyecto, que permite el registro estructurado del cribado, la valoración en profundidad, el PIP y el seguimiento, así como la explotación sistemática de indicadores de implementación y de resultado. Los profesionales de los centros colaboradores reciben formación teórica y práctica a través de una plataforma Moodle ("APTITUDE-PROXI: Formació per a professionals"), con vídeos formativos por dominio, materiales de intervención, encuestas de evaluación y satisfacción, y un espacio de resolución de dudas. El proyecto cuenta además con materiales de comunicación específicos (folletos, carteles, infografías) para informar a la población sobre el programa ICOPE y facilitar la captación.

RESULTADOS PRELIMINARES. En la fase piloto desarrollada en cinco centros de atención

primaria del área metropolitana, participaron 26 profesionales y se cribó a 232 personas beneficiarias, de las cuales 96 (41,4%) presentaban al menos una alteración de la capacidad intrínseca. Los dominios más afectados fueron audición (22,0%), movilidad (13,4%) y estado psicológico (12,1%). A partir de estas alteraciones se generaron 176 intervenciones, principalmente derivaciones a otros profesionales (22,8%), intervenciones grupales multidominio (19,9%) y recomendaciones de salud (14,7%). En la fase de escalado a las comarcas rurales y de montaña se han cribado ya 114 personas, con 72 personas incluidas por presentar alteración confirmada en algún dominio no sensorial, superando el objetivo previsto de 30 personas por centro colaborador. Estos resultados preliminares han sido aceptados como comunicación científica en el 23rd IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (Ámsterdam, julio de 2026).

COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZA Y ORGANIZACIÓN. El proyecto se estructura en cinco acciones: gestión, comunicación, desarrollo de estrategias y medios para identificar a personas mayores en riesgo (coordinada por el CHU de Toulouse), implementación de intervenciones personalizadas y multicomponente (coordinada por Navarrabiomed, sobre la base del programa AMICOPE desarrollado por la FSIE-UAB) e implicación de la comunidad y apoyo a las personas cuidadoras (coordinada por la FSIE-UAB). Cada socio aporta su ámbito de excelencia: Cataluña lidera el desarrollo de los talleres multicomponente AMICOPE y la implicación comunitaria; Navarra aporta su experiencia en prevención de la iatrogenia medicamentosa y actividad física adaptada (Vivifrail); Andorra aporta capacidad de proximidad y comunicación; y Francia aporta las herramientas digitales y la experiencia previa de gestión de proyectos POCTEFA. El COPIL (comité de pilotaje) se reúne periódicamente -la última reunión tuvo lugar en Toulouse el 18 de mayo de 2026- para el seguimiento conjunto del proyecto.

7. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento progresivo de la población en Cataluña y en el conjunto del territorio transfronterizo (Occitania, Navarra, Andorra) comporta retos significativos para el sistema de salud y de atención social, especialmente en la prevención de la discapacidad, la fragilidad y la dependencia. En las próximas décadas se prevé un incremento notable de la proporción de personas mayores, lo que comportará un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, de la pérdida de autonomía y de la discapacidad. Una parte significativa de la población de 60 años o más presenta alteraciones funcionales incipientes que, si no se identifican y abordan de forma precoz, pueden evolucionar hacia situaciones de dependencia evitable, con el consiguiente incremento del consumo de recursos sanitarios y sociales. Este fenómeno se agrava en las zonas rurales y de montaña, donde existe menor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales, y en los barrios socioeconómicamente desfavorecidos de las zonas urbanas. Ante esta realidad compartida por Francia, España y Andorra, resultaba necesario desarrollar un modelo de atención de proximidad, basado en la evidencia científica de la estrategia ICOPE de la OMS, capaz de llegar a las poblaciones más alejadas de los circuitos asistenciales habituales y de reducir las desigualdades territoriales en salud.

8. OBJETIVOS

Objetivo General:

Reducir las desigualdades territoriales en salud atendiendo a las personas mayores en riesgo de dependencia en zonas rurales y urbanas desfavorecidas, mediante la implementación territorial de la estrategia ICOPE de la OMS con un enfoque biopsicosocial y comunitario, en coordinación con la atención primaria y los servicios sociales.

Objetivos Específicos:

OE1. Evaluar la Capacidad Intrínseca en personas de 60 años o más mediante herramientas de cribado basadas en la estrategia ICOPE.

OE2. Confirmar clínicamente las alteraciones detectadas mediante una valoración multidimensional con instrumentos estandarizados (física, cognitiva, psicológica, nutricional, sensorial y sociofamiliar).

OE3. Promover la mejora y/o el mantenimiento de la Capacidad Intrínseca de las personas participantes mediante Planes de Intervención Personalizados.

OE4. Favorecer el acceso a intervenciones preventivas coordinadas entre los servicios sanitarios y sociales.

OE5. Identificar las barreras y los factores facilitadores en la implementación territorial de la estrategia ICOPE.

9. PALABRAS CLAVES

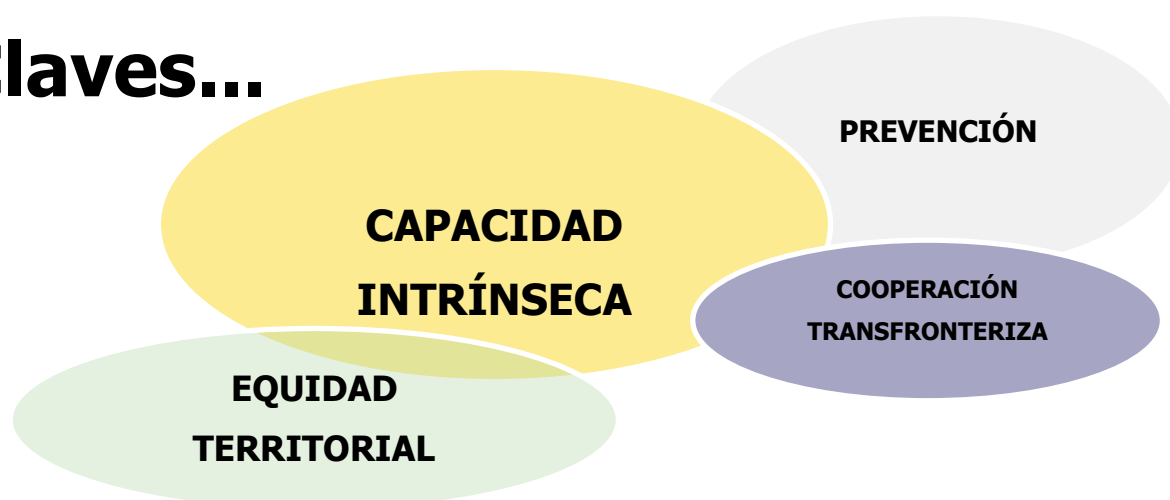
Palabra clave -1-: **Capacidad Intrínseca**, porque el modelo ICOPE se centra en preservar la combinación de capacidades físicas y mentales de la persona, más allá del diagnóstico de enfermedades concretas.

Palabra clave -2-: **Equidad territorial**, porque el proyecto prioriza los barrios urbanos desfavorecidos y los municipios rurales aislados con menor acceso a recursos sanitarios sociales, para reducir las desigualdades en salud vinculadas al territorio.

Palabra clave -3-: **Prevención**, porque el objetivo central es la detección precoz del deterioro funcional para evitar o retrasar la aparición de la dependencia.

Palabra clave -4-: **Cooperación transfronteriza**, porque el proyecto se articula entre cuatro entidades de Cataluña, Occitania, Navarra y Andorra que comparten metodología, formación y herramientas digitales.

Claves...



10. TEMPORALIZACIÓN

Año de inicio: 2024
Mes de inicio: enero

11. HITOS

APTITUDE-PROXI da continuidad a los proyectos APTITUDE y OPTIMAGE, financiados por POCTEFA 2014-2020, que crearon la Red Transfronteriza de Envejecimiento y Prevención de la Dependencia (2.227 miembros en el territorio).

Entre los hitos alcanzados destacan: obtención de las aprobaciones del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos (IDIAP Jordi Gol) para la fase piloto (11/06/2025), para la extensión a 2026 (12/03/2026) y para la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell (27/04/2026); y aceptación de una comunicación científica en formato póster en el 23rd IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (Ámsterdam, 5-8 de julio de 2026), titulada "Implementation of the ICOPE Framework in Catalan Primary Care: A Prospective Pilot Study from the APTITUDE-PROXI Project".

12. RECURSOS

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:

Equipo multidisciplinar compuesto por médicos/as, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos/as, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, dinamizadores/as culturales, coordinación de proyecto (project manager), soporte administrativo y gestión con centros, y una economista para el seguimiento presupuestario. En Cataluña, el equipo asalariado y externo asciende a 46 profesionales dedicados al proyecto en distintos porcentajes de jornada.

- Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

Plataforma REDCap para la recogida y gestión de datos; plataforma Moodle para la formación de profesionales; equipos de valoración (cascos tipo diadema para pruebas auditivas, tabletas electrónicas, optotipos impresos y plastificados según indicaciones de la OMS); material de comunicación (folletos, carteles, materiales audiovisuales); equipo de grabación (cámara de vídeo y micrófono); desplazamiento del equipo.

13. FINANCIACIÓN

Recursos propios	
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	X
Subvenciones	X
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	
Programa Interreg V-A España-Francia-Andorra (POCTEFA 2021-2027), con cofinanciación FEDER del 65% (52.000€ solicitados al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para la anualidad 2026 sobre un coste total previsto de 179.174,01€ para la entidad en dicho ejercicio).	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

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

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



Principio de Autonomía

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

Cada Plan de Intervención Personalizado (PIP) se consensúa con la persona mayor y su médico/a de referencia, teniendo en cuenta sus deseos, aspiraciones y prioridades. Las propuestas -recomendaciones, derivaciones, talleres o modificaciones terapéuticas- se discuten con la persona antes de implementarse, respetando su derecho a decidir sobre su propio plan de cuidados, incluso en presencia de alteraciones incipientes de la capacidad intrínseca.

Principio de Individualidad

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

El cribado y la valoración multidimensional se adaptan a la situación de cada persona: dominios afectados, nivel de deterioro, patologías asociadas, tratamientos farmacológicos y contexto socioambiental. El PIP resultante es único para cada participante, incorporando además la perspectiva de género e interseccional (edad, nivel socioeconómico, origen cultural) para ajustar recomendaciones, horarios y derivaciones a la realidad de cada persona.

Principio de Independencia

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

El modelo ICOPE parte del reconocimiento de que todas las personas mayores conservan capacidades que deben identificarse y estimularse. La detección precoz de alteraciones incipientes en los seis dominios de la capacidad intrínseca permite intervenir antes de que se instaure la discapacidad, mediante talleres multicomponente, actividad física adaptada y estimulación cognitiva que refuerzan la autonomía funcional.

Principio de Integralidad

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

La estrategia ICOPE contempla a la persona mayor como un ser multidimensional, evaluando conjuntamente los dominios físico, cognitivo, psicológico, nutricional, sensorial y sociofamiliar. El proyecto integra los servicios sanitarios y sociales del territorio -atención primaria, servicios sociales municipales, programas de salud comunitaria y entidades locales- para que la atención llegue de forma coordinada e integrada, en coherencia con el Eje 7 del Pla de Salut de Catalunya 2021-2026.

Principio de Participación

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

Las personas mayores participan activamente en el proceso: el PIP se elabora con ellas, y las actividades culturales de proximidad favorecen su interacción social y su participación comunitaria más allá del ámbito estrictamente clínico.

Principio de Inclusión social

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

El proyecto se dirige de forma prioritaria a colectivos con mayor riesgo de exclusión y aislamiento: personas mayores de municipios rurales despoblados y de barrios urbanos con menor índice socioeconómico territorial. Las actuaciones culturales itinerantes favorecen el acceso a bienes culturales y el mantenimiento de vínculos sociales en poblaciones aisladas.

Principio de Continuidad de atención

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

El modelo prevé el seguimiento y ajuste del PIP a los seis meses, la coordinación entre atención primaria y niveles especializados, y la integración progresiva de las intervenciones en la práctica clínica habitual una vez pilotadas y evaluadas, garantizando así la continuidad asistencial de las personas participantes a medio y largo plazo.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

Criterio de Innovación

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

APTITUDE-PROXI introduce un modelo de "ir hacia" (proximidad activa) que rompe con el enfoque reactivo tradicional: en lugar de esperar a que la persona mayor acuda al centro de salud, un equipo itinerante se desplaza a los municipios rurales y combina el cribado sanitario con un proyecto cultural itinerante, lo que constituye una forma innovadora de acercar la prevención de la dependencia a poblaciones tradicionalmente alejadas de los servicios.

Criterio de Transferibilidad

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

La metodología y las herramientas digitales (cribado ICOPE, base de datos REDCap, formación en Moodle) están diseñadas para ser adaptables a distintos sistemas sanitarios y territorios. El proyecto es en sí mismo una prueba de transferibilidad, al replicar y escalar en Cataluña, Navarra y Andorra un modelo desarrollado inicialmente en Francia, y su código de conducta permitirá extenderlo a otras comarcas catalanas y a otros países europeos.

Criterio de Trabajo en Red

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

El proyecto se articula mediante una red de cuatro entidades socias (Francia, Cataluña, Navarra y Andorra) y numerosas entidades asociadas -departamentos, agencias de salud, universidades, colegios profesionales-, y en Cataluña se apoya en la coordinación con más de diez centros de atención primaria y hospitales comarcales, ayuntamientos y entidades culturales y comunitarias locales.

Criterio de Perspectiva de Género

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

El proyecto incorpora de manera transversal la perspectiva de género en todas las fases: los indicadores de seguimiento se desagregan por sexo e identidad de género, el análisis interseccional considera la mayor carga de cuidados y soledad no deseada en las mujeres mayores, y los Planes de Intervención Personalizados se ajustan a las diferencias de roles de cuidado, condiciones de vida y barreras de acceso entre mujeres y hombres.

Criterio de Evaluación y Resultados

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

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

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

El proyecto cuenta con un sistema de evaluación estructurado a través de la base de datos REDCap, con indicadores de realización (RCO 83: estrategias y planes de acción desarrollados conjuntamente) y de resultado (RCR 79) definidos en el marco del programa POCTEFA, así como indicadores propios de cribado, confirmación diagnóstica, diseño del PIP y grado de implementación a los seis meses.

(Describir cómo se han evaluado los resultados de la experiencia?)

La evaluación se realiza mediante el registro sistemático en REDCap de los resultados del cribado ICOPE, las pruebas confirmatorias por dominio (SPPB, MMSE, GDS-5, MNA-SF, optotipo, HearWHO), la valoración social (UCLA Loneliness, Zarit, TSO), el contenido del PIP y su grado de cumplimiento a los seis meses (derivaciones realizadas, asistencia a intervenciones grupales, participación en activos comunitarios). Se complementa con encuestas de satisfacción a profesionales y participantes.

(Describir qué resultados se han obtenido?)

En la fase piloto se cribó a 232 personas, de las cuales el 41,4% (96 personas) presentaba al menos una alteración de la capacidad intrínseca, siendo la audición (22,0%), la movilidad (13,4%) y el estado psicológico (12,1%) los dominios más afectados. Se generaron 176 intervenciones, principalmente derivaciones profesionales (22,8%) e intervenciones grupales multidominio (19,9%). En la fase de escalado rural se han cribado ya 114 personas y se han incluido más de 72.

Ambiente facilitador y otros criterios

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

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

El proyecto se desarrolla dentro de los propios centros de atención primaria y, en el ámbito rural, mediante equipos itinerantes que se desplazan a espacios comunitarios (locales municipales, casals de gente mayor) de fácil acceso para las personas participantes, reduciendo así las barreras derivadas de la movilidad y la dispersión geográfica propias de las zonas rurales y de montaña.