
BUENAS PRÁCTICAS MODELO Y AMBIENTE

ETXEAN ONDO: “PROYECTO PILOTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”



Personas de referencia:

- Mayte Sancho Castiello, del Instituto Gerontológico Matía, Directora del Proyecto
- Pilar Rodríguez Rodríguez, de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, coordinadora técnica del proyecto
- Miguel Leturia Arrazola, del Instituto Gerontológico Matía, coordinador territorial.

Entidades involucradas:

- Gobierno Vasco
 - Fundación Matia
 - Fundación Pilares para la Autonomía Personal
 - Ayuntamientos de San Sebastián, Tolosa, Oiartzun, Zarauz e Irún
 - Diputación Foral de Gipuzkoa
 - Dirección Territorial de Sanidad, Direcciones Comarcales y Centros de Salud del ámbito territorial en que se desarrolla la experiencia piloto.
 - Asociaciones de Discapacidad y Envejecimiento
 - Proveedores de Servicios de Ayuda Domiciliaria y otros servicios de proximidad
 - Tecnalia, Ikerlan-IK4, Adom, APTES
-



ÁMBITO DE ACTUACIÓN: Experiencia integral en la que se actúa conjuntamente sobre varios ámbitos de actuación (Servicios y programas de atención, Innovaciones organizativas y metodológicas y actuaciones ambientales y tecnológicas).

LUGAR: El proyecto se está llevando a cabo en cinco municipios guipuzcoanos: Donostia, Irún, Oiartzun, Tolosa y Zarautz.

GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE: Personas mayores y personas con discapacidad.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Promover que las personas mayores y las personas con discapacidad, con necesidad de apoyos y atención, que viven en sus domicilios, 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.
- Generar, mediante esta experiencia piloto, que utiliza la metodología de gestión de casos, conocimiento sobre la idoneidad y eficiencia de la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona, que integra la coordinación entre niveles y sectores especialmente sociosanitarios, la generación de nuevos servicios de proximidad, el apoyo a cuidadores no profesionales, la teleasistencia avanzada, los productos de apoyo y la accesibilidad en la vivienda.

Objetivos específicos

- Mostrar la eficacia y eficiencia de la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona en el marco de la atención domiciliaria y de apoyo en el entorno y de la metodología de gestión de casos.
- Retrasar el avance del agravamiento de las situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia y evitar institucionalizaciones no necesarias.
- Mejorar el bienestar de las familias cuidadoras y el buen cuidado mediante apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro) a familiares o a empleadas/os cuidadoras, realizando también el seguimiento de la calidad de los cuidados y previniendo o evitando situaciones de maltrato. En los casos en que se cuenta exclusivamente con prestación económica de la LAPAD este apoyo se realiza periódicamente en el propio domicilio.
- Implementar diversos servicios de proximidad a domicilio, que amplíen las prestaciones tradicionales del SAD.
- Impulsar diversas vías que promuevan la participación social y comunitaria de las personas mayores y de personas con discapacidad, especialmente cuando se trata de personas en situación de soledad o aislamiento.
- Incluir la perspectiva de género, tanto en cuanto se refiere a las personas en situación de fragilidad o dependencia como a las personas cuidadoras.
- 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.
- Definir un modelo de accesibilidad integral en las viviendas, mediante orientaciones para la rehabilitación y adaptación del hogar y el suministro de productos de apoyo y tecnologías domóticas.
- Mostrar la idoneidad de un servicio de teleasistencia avanzada.
- Hacer más eficientes las intervenciones sanitaria y social, mediante la aplicación de un modelo de coordinación sociosanitaria basado en la metodología de gestión de casos.
- Avanzar y evaluar los beneficios de la coordinación de las administraciones públicas competentes, (servicios sociales de primaria y secundaria, así como



con otros sectores como vivienda, educación, cultura, desarrollo rural, área de la mujer, etc.) y de la participación activa de las asociaciones, ONGs, profesionales de la intervención social, sanitaria, educativa, y proveedores de servicios, especialmente los relacionados con la ayuda a domicilio y los servicios de proximidad.

Elaboración y aplicación de protocolos e instrumentos de seguimiento y evaluación sistemática del funcionamiento del modelo y su efectiva puesta en marcha en cada uno de los territorios y en cada uno de los casos de intervención y control, abarcando tanto dimensiones objetivas como subjetivas.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Etxean Ondo es un proyecto piloto que pretende desarrollar y validar el modelo aplicado de atención integral y centrada en la persona a quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y viven en sus propios domicilios.

El proyecto está basado en el **modelo de atención integral y centrada en la persona**, definido como se hace en la conceptualización de la Red y ajustándolo con los derechos reconocidos y el modelo descrito en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la C.A. del País Vasco.

Por tanto, todo el proyecto gira en torno a una serie de principios esenciales, consustanciales al modelo, como son el de **autonomía personal** y la **continuidad de la atención**. Pivota, para ello, sobre la coordinación entre niveles de Servicios Sociales (primaria y secundaria) y entre Sectores (vivienda, educación, participación ciudadana...), especialmente con el Sistema de Salud, pues una **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 por servicios de diferente naturaleza.

Para lograr la atención personalizada y continuada se ha considerado clave la figura del **profesional de referencia** que la Ley de 12/2008 de servicios sociales del País Vasco 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.

La atención domiciliaria entendida desde la atención integral centrada en la persona:

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 familias*

, prestado en el domicilio o en el entorno de una persona adulta en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2011).

Según esta conceptualización, se incluyen en el programa, además de la prestación de atención personal sociosanitaria del SAD siguiendo el modelo de atención centrada en la persona, 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 relacionado con los cuidados, dispositivos para detección de riesgos en el hogar, funciones de telemedicina,



- etc.
- **Accesibilidad en la vivienda y entorno.** Mediante la 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 y servicios **a las familias y otras personas cuidadoras del ámbito familiar** (Información, asesoramiento, formación, acompañamiento, grupos de autoayuda, servicios de respiro y relevo...), y un acompañamiento continuado a la persona cuidadora y, a la vez, ofrecerle unas horas de respiro para descansar de los cuidados. 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** (talleres, fiestas, muestras artesanales, programas intergeneracionales, culturales, deportivos...), así como programas de promoción de la salud y de prevención de la dependencia de carácter sociosanitario, en colaboración con los movimientos asociativos locales.

METODOLOGÍA

La metodología seguida 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, un **proceso 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 y talleres** con las organizaciones representativas, profesionales, 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 esta metodología, 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. 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.

FASES DEL PROYECTO

1. **Delimitación de los territorios** (urbanos y rural) donde se habría 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 global 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).
4. **Diseño muestral**, con la determinación de los **perfiles y criterios de inclusión** de casos a seleccionar. Se establece un número aproximado de 500 casos, divididos de manera aleatoria en un grupo experimental o de intervención y otro control.
5. Diseño y aplicación del **software de recogida y tratamiento de datos** relacionados con la evaluación, con las correspondientes sesiones de adiestramiento para su utilización.
6. **Contratación** con los responsables de los diferentes **servicios sociales municipales** y servicios sanitarios comarcales para acordar la participación en el proyecto y la compensación económica correspondiente por la contratación adicional de profesionales para la puesta en marcha del 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).
9. **Informes de seguimiento periódico**.
10. **Evaluación e informe final**.

TEMPORALIZACIÓN

El calendario de desarrollo del proyecto y los subproyectos que componen *Etxean Ondo*, abarcará los años 2011 y 2012.

RECURSOS

El proyecto, aun tratándose de una experiencia piloto, aspira a servir de apoyo para la **transformación del modelo y la praxis de intervención social y sociosanitaria**. Por tanto, los recursos que se movilizan son los propios de los sistemas de atención y



de los proveedores de servicios.

No obstante, para el período inicial de impulso, preparación, formación y el arranque del proyecto se ha procedido a la contratación de algunos profesionales adicionales con carácter temporal que actúan desde los Servicios Sociales municipales y desde el Sistema Sanitario.

Y, como recurso necesario para la implementación, se ha contado con los medios de INGEMA, entidad que ha contado con la alianza de otras Entidades, como la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, para la coordinación técnica del proyecto.

NORMATIVA

Ley 12/2008 de servicios sociales del País Vasco.

Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (LAPAD).

La normativa reguladora de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa y de los Servicios Sociales de los cinco Municipios en los que se desarrolla el proyecto, especialmente, en relación con el SAD.

EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto piloto *Etxean Ondo* pretende mostrar su efectividad en cuanto a los objetivos relacionados con las personas en situación de fragilidad o dependencia. También busca generar conocimiento relacionado con la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona. 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. **Validar el modelo de atención integral centrada en la persona en domicilios.**

RESULTADOS

Por el momento no se pueden ofrecer resultados definitivos con respecto a la aplicación del modelo en tanto y cuanto en el momento de ofrecer esta buena práctica nos encontramos aún en proceso de desarrollo de algunas de sus fases de intervención. Sin embargo se exponen aquí los hitos alcanzados hasta el momento:

Se han realizado de manera completa las fases 1 a 6 y una parte de la 7.

En el momento de elaborar esta ficha se está en el proceso de selección de los casos de la muestra, valoración integral y asignación aleatoria al grupo de intervención y grupo control. Se han planificado diferentes actuaciones de participación social, promoción de la salud y difusión de actuaciones para avanzar en materia accesibilidad



en el ámbito local donde se desarrollan los diferentes subproyectos. Se inicia en este momento la identificación y selección de casos.

Esta ficha será actualizada a la finalización del proyecto (finales de 2012).

Como resultados ya conseguidos puede señalarse que el modelo y su aplicación se comparten y aceptan por los responsables y profesionales sociales y sanitarios, por las Asociaciones representativas de las personas mayores y las personas con discapacidad, por los proveedores de servicios y los otros agentes relacionados.

FINANCIACIÓN

Mediante Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco y la Fundación INGEMA.

CONCLUSIONES

La experiencia se propone como una buena práctica para integrarse en la Red, por entender que cumple todos los criterios básicos y también los complementarios.

Cumple el criterio de **pertinencia** siendo una **experiencia integral**. Etxean Ondo domicilios es un proyecto piloto de atención domiciliaria (servicios o programas de atención), que incorpora otros servicios como la Teleasistencia avanzada, la accesibilidad en la vivienda y entorno (Actuaciones ambientales y tecnológicas), basado en la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona (Innovaciones organizativas y metodológicas).

Es una iniciativa **innovadora** dado que aplica nuevos enfoques basados en el modelo sobre programas ya existentes.

Para garantizar la centralidad de la persona en la atención, el fomento de su autonomía, la relevancia de su biografía, sus gustos y preferencias a la hora de elaborar los planes personalizados se incorpora en este proyecto la figura del profesional de referencia asignado a cada persona o familia atendida. Se atiende, además, las necesidades psicoafectivas, de interacción social y participación comunitaria realizando actuaciones de dinamización y participación social y ciudadana. El proyecto ha sido revisado por el comité de ética de las Fundaciones Matia-Hurkoa y está en proceso de análisis por el comité de bioética de Euskadi. Se cumple, por tanto, de manera íntegra el canon **ético** de actuación profesional exigido para constituirse como buena práctica en modelo de atención y diseño ambiental.

La **efectividad** del proyecto se garantiza por medio de una **evaluación sistemática y exhaustiva** descrita en el apartado de *evaluación*.

Esta es una iniciativa **integral** llevada a cabo por equipos multidisciplinares, que coordina distintos niveles de intervención (ver metodología); que busca generar conocimiento relacionado con la aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona. Todo el proceso está siendo documentado a través de los correspondientes informes de resultados que se elaboran periódicamente. Así mismo, generará publicaciones y materiales didácticos que faciliten la transferencia de conocimiento generado desde esta iniciativa.

Etxean Ondo domicilios redefine la atención domiciliaria incorporando servicios de diversa índole, para actuar así en diferentes ámbitos del bienestar y la calidad de vida de las personas a las que se dirige (ver descripción del proyecto).

La **participación** se logra a través de la estrategia metodológica de planificación y aplicación participativa, articulado a través de diferentes seminarios y talleres con las organizaciones representativas, profesionales, responsables de los ámbitos territoriales que persiguen la coordinación entre los servicios sociales, los sanitarios, vivienda, educación, cultura, desarrollo rural y área de la mujer.

En la participación activa de las personas atendidas y sus familias se considera clave la figura del profesional de referencia.



En el diseño de todas las actuaciones que integran este proyecto se incorpora, de manera transversal, la **perspectiva de género**, especialmente pertinente por la alta feminización de fenómenos como el envejecimiento, la dependencia y la función formal e informal de los cuidados.

La estrategia metodológica empleada en la línea del criterio de **Transferibilidad** es la elaboración de programas de intervención (PIM) orientados a facilitar el desarrollo del proyecto adaptado a las realidades de cada territorio y ámbito de intervención.

También se cumple el criterio de **formación, acompañamiento y apoyo a los y las profesionales** involucrados en la iniciativa: como se describía en el apartado de metodología el proyecto cuenta con la programación de seminarios y talleres, elaboración conjunta de Programas de Intervención Marco, así como instrumentos y protocolos para realizar la evaluación del propio proyecto con objeto de chequear y mantener los avances conseguidos.