



Fundación Matia Instituto Gerontológico

Etxean Ondo Domicilios y Entorno

Etxean Ondo Home Care and Environment

Practica desarrollada por la Fundación Matia Instituto Gerontológico.

San Sebastián, Guipúzcoa, País Vasco (España).

Enmarcado en el convenio de colaboración entre el Departamento de Empleo y Políticas Sociales y la Fundación Matia Instituto Gerontológico. Colaboración y apoyo técnico de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal.

Resumen

- Proyecto piloto de atención domiciliaria personalizada, dirigida a personas mayores que 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.
- El elemento novedoso valorado es el cambio del concepto en la atención socio-sanitaria al organizar ésta según las necesidades y decisiones de la persona (modelo de Atención Integral Centrada en la Persona).
- A nivel organizativo, el elemento identificado como más transformador en el avance de la coordinación socio-sanitaria es la implantación de la figura del Gestor/a de Caso (trabajador social municipal encargado de coordinar servicios sociales de base y atención primaria de salud), financiado a cargo del proyecto.
- A nivel asistencial, se destaca la disponibilidad de varias herramientas para realizar una evaluación comprensiva de las necesidades de la persona y del cuidador; el Plan de Atención y Vida que personaliza los servicios que ha de recibir.

Summary

- Pilot project of home care for old people who, due to their fragility, disability or dependency needs, require support, professional care and help from others to remain living at their homes.
- The innovative element of the project lies in the concept of integrated health and social care arranged around the needs and decisions of the people themselves (model of Patient Centred Integrated Care).
- At the organizational level, the element identified as most transformative for advancing in the integration of health and social care is the figure of Case Manager (a local authority social worker in charge of coordinating local social care and primary care services), financed by the project budget
- At the care level, it is worth pointing to the availability of various tools, including the comprehensive evaluation of the needs of the person and carer; and the personalised Life and Care Plan of the services to be received.

Tema: Personas Mayores / **Categoría:** Asistencial. **Theme:** Old People / **Category:** Service level.

Descripción de la práctica

¿Qué es?

- Proyecto piloto de atención domiciliaria personalizada dirigida a personas mayores que 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 y desarrollando su propio proyecto de vida.
- Se fundamenta en un modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) que requiere de la coordinación sociosanitaria:
 - El modelo AICP se basa en el diseño de servicios de tratamiento y atención creados poniendo a la persona en el centro de su propio cuidado, tratándola como ella quiere ser tratada y considerando las necesidades de los cuidadores.
 - Siguiendo esta conceptualización del modelo AICP y complementando los actuales servicios sociales municipales, se ofrecen:
 - Servicios de proximidad a domicilio (comidas y lavandería, peluquería, podología, fisioterapia, etc).
 - Teleasistencia avanzada (dispositivos para la detección de riesgo en el hogar, gestión de citas al centro de salud, etc).
 - Accesibilidad en la vivienda y entorno.
 - Programas y servicios dirigidos a las familias y otras personas cuidadoras del ámbito familiar (información, asesoramiento, formación y un acompañamiento y apoyo continuado a la persona cuidadora).
- El proyecto piloto se extiende a cinco municipios de Guipúzcoa (290 casos), además de Cuadrilla de Añana (176 casos) y Ermua (50 casos).

¿Cómo se ha desarrollado?

- La práctica reporta la utilización del patrón IAP (investigación-acción participativa) con un enfoque comunitario y de trabajo conjunto.
- Utilizando metodologías novedosas: Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), gestión de casos, coordinando niveles de servicios sanitarios (primaria y secundaria) y con servicios sociales, además de otros Sectores (vivienda, educación, participación ciudadana...).

¿Qué pretende?

- Determinar - con la participación y consentimiento de la persona- qué servicios y con qué modelo de intervención se garantiza su permanencia en su domicilio habitual en las mejores condiciones de calidad de vida e inclusión social comunitaria.
- Identificar y respuesta a las necesidades de servicios de atención integrada no cubiertas por los servicios sanitarios y sociales, complementándolos.

¿Cuáles son los beneficios esperados?

- Permitir a la persona seguir viviendo en su hogar y desarrollar su propio proyecto de vida de la forma más autónoma posible.
- Aumentar la satisfacción de usuarios, familiares y profesionales, al recibir/practicar una asistencia sociosanitaria de mayor calidad.

¿Con qué resultados hasta la fecha?

- El proyecto incorpora un modelo de evaluación y los instrumentos de recogida de información.
- La evaluación final del proyecto no se tendrá hasta el tercer trimestre de 2014. Hasta ahora solo se disponen de valoraciones cualitativas.
- La experiencia está aportando, incluso sin haber finalizado el proyecto, una mayor autonomía y calidad de vida en los residentes, un menor absentismo laboral en los profesionales y mayores niveles de satisfacción en ambos colectivos, así como en el de los familiares.

¿Qué aporta de nuevo la práctica?

- Esta práctica busca intervenir sobre un grupo poblacional (personas mayores) creciente y con más complejas necesidades de apoyo, cuidados y atención profesional.
- El elemento más novedoso es el cambio del concepto en la atención sociosanitaria al organizar ésta según las necesidades y decisiones de la persona (modelo AICP). Esto supone que la atención:
 - Se organiza alrededor de “la ayudas que desea recibir” la persona, no tanto en los servicios de que dispone el sistema o en la opinión del profesional: supone que la persona participa en el proceso de decisión sobre los servicios que requiere.
 - Se rompe con el modelo tradicional de atención que coloca a los técnicos sociosanitarios (en concreto a su disponibilidad y a sus criterios) como los principales sujetos de todo el proceso.
 - Prioriza la autonomía personal: supone, por ejemplo, ayudar a que la persona permanezca en su domicilio, adaptando la vivienda si es preciso.
- Se ha valorado positivamente que el proyecto piloto busque generar conocimiento mediante la evaluación de distintas fórmulas de organización y provisión de servicios con el fin de determinar cuáles son los que mejor garantizan la permanencia de las personas mayores en su domicilio habitual.

Innovación

- Cambio del concepto en la atención sociosanitaria al organizar ésta según las necesidades y decisiones de la persona (modelo AICP).
- Se busca generar conocimiento sobre qué fórmulas de provisión de servicios integrados son más idóneas.

¿Qué elementos transformadores marcan la diferencia?

- La intervención propuesta tiene un alcance relevante respecto a la población sobre la que se interviene, los factores de riesgo que se intentan mitigar y los sectores y servicios (sanitario, social, de proximidad, comunitarios) que se busca coordinar.
- Los elementos transformadores más relevantes son:
 - A nivel organizativo:
 - Se destaca la apuesta por la figura del Gestor/a de Caso: trabajadores sociales municipales encargados de la coordinación sociosanitaria entre Servicios Sociales de base y Atención Primaria de Salud. Es el profesional que acompaña a la propia persona y a las familias a lo largo de todo su proceso de atención y coordina todas las intervenciones. Responsable de llevar a cabo y acompañar en el desarrollo del plan de atención y vida y por lo tanto articular los servicios y apoyos necesarios en coordinación con el resto de agentes intervinientes.
 - Se coordinan con enfermeras comunitarias en los centros de Atención Primaria participantes en el proyecto.
 - A nivel de gestión y administración de recursos:
 - El proyecto financia la figura de Gestor/a de Caso.
 - A nivel asistencial
 - Se realiza una evaluación comprehensiva de las necesidades de la persona a través de herramientas como:
 - Guión de Recogida de la Historia de Vida (registra las costumbres de la persona, los gustos gastronómicos, los hábitos de ocio, religión, etc.).
 - Valoración funcional mediante encuesta estandarizada para País Vasco
 - Examen de salud y uso de recursos sanitarios (diagnósticos, visitas al médico, ingresos hospitalarios, atención en urgencias, pruebas diagnósticas, etc.).
 - Examen del uso de recursos sociales (Servicio de Ayuda a Domicilio, centro de día, cuidadores privados, etc.)
 - Otras (para el examen cognoscitivo, relaciones sociales, calidad de vida, depresión y soledad, etc.).
 - Se evalúan las necesidades del cuidador.
 - El Plan de Atención y Vida coordina las intervenciones de cuidados de cada persona para facilitar su independencia y autonomía en la toma de decisiones. Incluye la valoración de la persona y su entorno, la propuesta y consenso de atenciones o actuaciones y el seguimiento o acompañamiento a la persona y al grupo convivencial.
 - Sugiere intervenciones para la mejor asistencia en el propio hogar de la persona mayor, analizando posibilidades de adaptar la vivienda para favorecer la movilidad, que a la postre suponen soluciones más “naturales” y lo que permite un acompañamiento familiar eficaz y cómodo¹.

¹ El equipo Etxean Ondo Domicilios y Entorno utiliza el término “housing interno” para referirse a este tipo de intervenciones que buscan adaptar la vivienda a las necesidades de las personas mayores. Véase http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/Housing_Cualitativo_final.pdf; http://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf

- A nivel de formación de profesionales y gestión del cambio:
 - Se ofrece un conjunto de acciones formativas, dirigidas a los profesionales de los distintos sectores así como a familiares, sobre temas de promoción de la autonomía, gestión de casos, servicios de proximidad, etc.

Transformación

- A nivel organizativo, la figura del Gestor/a de Caso es el elemento identificado como más transformador.
- A nivel asistencial, se destaca la disponibilidad de varias herramientas para realizar una evaluación comprensiva de las necesidades de la persona y del cuidador; el Plan de Atención y Vida que personaliza los servicios que ha de recibir..

Elementos Facilitadores y Barreras

Elementos facilitadores

- Voluntad política y liderazgo en la transformación de la planificación de los servicios y del Modelo de Atención desde las administraciones Publicas:
 - El Gobierno Vasco preferentemente en la Financiación.
 - Los Ayuntamientos (servicio social de base) con la Gestora de caso (financiada por el proyecto) y el Servicio de Atención a Domicilio (SAD) como servicio de competencia municipal.
 - Los Centros de Salud (red pública vasca) con enfermeras comunitarias.
 - Posibilidad de realizar experiencias piloto contempladas en la Ley de servicios sociales del País Vasco (2008).
- El enfoque comunitario y el trabajo conjunto de los agentes implicados ha facilitado la buena aceptación de la práctica.

Barreras

La actual crisis económica condiciona ciertamente la puesta en marcha de intervenciones sociales como la analizada, máxime cuando la responsabilidad de su financiación recae sobre el usuario. El copago por la utilización de los servicios sociales propuestos actúa de barrera económica sobre todo para aquellos ciudadanos con recursos limitados. Esta dificultad no es, sin embargo, exclusiva de la práctica Etxean Ondo Domicilios y Entorno, sino que es consecuencia del actual sistema de salud.

Las barreras específicas de la práctica analizada que se han detectado incluyen:

- Resistencias al cambio en el sector técnico, en general, proveedores, profesionales, instituciones. Y en particular del usuario, al tener que modificar el estilo de trabajo del SAD que ya estaba recibiendo.

- Dificultad en la estratificación de los usuarios al pretender ofrecerles un plan de servicios individualizado.
- Poco margen de maniobra en el coste de los servicios SAD, a cargo de proveedores establecidos con anterioridad por los Ayuntamientos que impiden un adecuado análisis económico por la variabilidad de aquellos según el municipio de que se trate. Igualmente la configuración de un tratamiento “ad hoc” a la persona hace que los servicios individualmente prestados sean muy variables como para poder establecer un coste estándar.

Implantación

- Este proyecto cuenta con el respaldo y liderazgo político.
- Existen, sin embargo, un conjunto de dificultades para su implantación: resistencia al cambio, complejidad fruto del enfoque personalizado en la atención, limitado margen de maniobra a la hora de introducir nuevos servicios o procesos de atención, derivado de las rigideces institucionales de los actuales modelos de asistencia social y sanitaria.

Resumen del Análisis de Valor

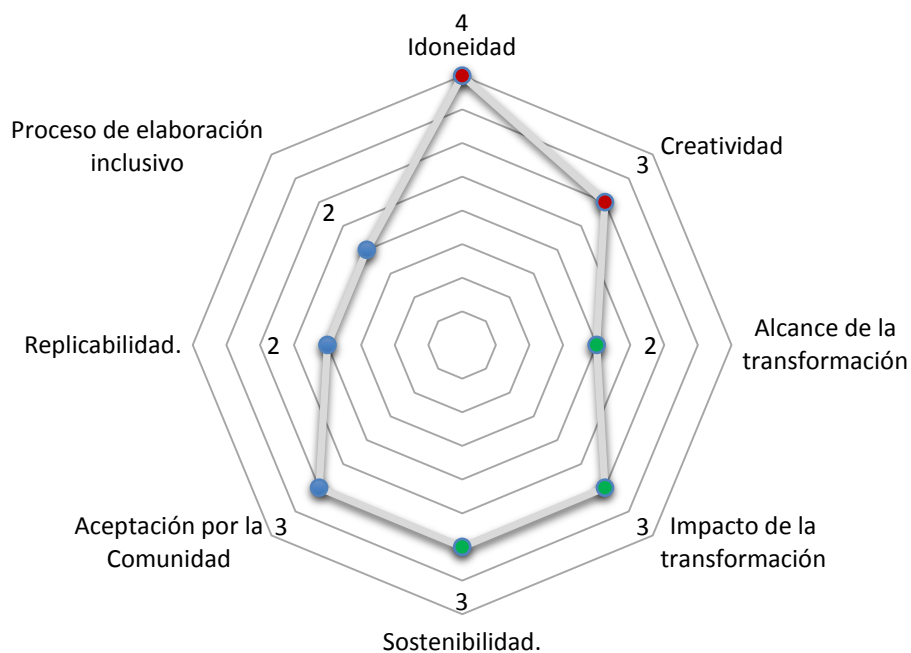


Gráfico. Análisis de valor.

Dimensión	Elemento	Puntuación	Justificación
Innovación	Idoneidad	4	Necesidad global sector sociosanitario
	Creatividad	3	Implicación de la gestora de caso que intenta coordinar los servicios sociosanitarios
Transformación	Alcance de la transformación	2	Reducida población sobre la que se aplica
	Impacto de la transformación	3	Esquema organizativo que pretende aumentar la eficacia de la Asistencia (pendiente de resultado)
Implantación	Sostenibilidad	3	Apoyo institucional. Con recursos existentes pero en un ámbito reducido
	Aceptación por la comunidad	3	Aceptado por los profesionales
	Replicabilidad	2	Imprescindible apoyo institucional
	Proceso de elaboración inclusivo	2	Intenta ser inclusivos

0: valor mínimo; 4: valor máximo

Informe publicado por Observatorio de Modelos Integrados en Salud OMIS. Fundación NewHealth.
Disponible en: www.omis-nh.org/practices/evaluated



Fundación NewHealth.
www.newhealthfoundation.org
Nº Registro: 41-0264

Fecha de publicación de informe:
24 de abril de 2014.
1ª Edición
Serie: PM/02/2014

La Fundación NewHealth es una organización sin ánimo de lucro que tiene como misión principal promover el desarrollo de un nuevo modelo de salud capaz de responder de manera eficiente y excelente a las nuevas realidades de nuestro entorno, enfocando sus servicios hacia la mejora integral de pacientes con enfermedades avanzadas a través de la innovación y aportando soluciones que mejoren diferentes aspectos del espectro de atención, desde la perspectiva de atención socio sanitaria integrada y los cuidados paliativos.

Las opiniones expresadas en este informe de valor son de exclusiva responsabilidad del comité técnico del OMIS.

