

NUEVO DOCUMENTO RESUMEN PROYECTO INTecum

Se ha avanzado mucho en la detección y el diagnóstico precoz de enfermedades que amenazan la vida. Es preciso que tanto la persona como su familia tengan los apoyos necesarios que garanticen la calidad en todo el proceso y puedan afrontar el final de la vida con serenidad. Continuamente se producen situaciones complejas desde el punto de vista emocional y ético en todas las personas que intervienen, siendo el objetivo una atención integrada completa desde una perspectiva holística de la persona.

El proyecto INTecum trata de conseguir esto y dar una respuesta adaptada a las necesidades, expectativas y deseos de las personas, a fin de que siga manteniendo hasta donde sea posible su estilo de vida en la comunidad.

El proyecto INTecum tiene como finalidad actuar mediante un proceso sociosanitario integrado de forma proactiva, desde el momento de la inclusión de una persona con enfermedad en fase avanzada/terminal en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, proporcionando los apoyos que precise para que pueda permanecer en el hogar elegido con garantías de calidad y seguridad, ofreciendo un acompañamiento respetuoso y fomentando la participación social activa.

El proyecto INTecum tiene por objeto

- Facilitar que la persona pueda desarrollar su proyecto de vida individualizado.
- Dotar de cuidados sanitarios y de carácter social en intensidad y cobertura suficiente para que la persona pueda permanecer en su domicilio, manteniendo hasta donde sea posible su estilo de vida.
- Proporcionar apoyo emocional y espiritual que ayude a la persona a afrontar el deterioro ligado al proceso de la enfermedad.
- Facilitar las adaptaciones del hogar y ayudas técnicas que precise la persona para promover su autonomía y autocuidado.
- Dotar a los cuidadores de los conocimientos suficientes para manejar los cuidados así como los aspectos emocionales ligados al proceso de la enfermedad.
- Prestar atención integrada a la persona cuidadora, ofreciéndole periodos de descanso, trabajando la corresponsabilidad de otros cuidadores, favoreciendo la creación de grupos de cuidadores, acompañamiento en el proceso del duelo, etc.

A los efectos del proyecto se entiende por:

Proyecto de vida. Es el instrumento que estructura de forma operativa la proyección vital. Es individual de cada persona en las diferentes dimensiones de su desarrollo personal y social: valores, preferencias,

particularidades, elecciones, metas y deseos. El proyecto de vida conforma la propia manera de entender el bienestar, de abordar la vida y organiza los apoyos consensuados que posibiliten su desarrollo. Lo integran:

- La identificación de necesidades, capacidades, expectativas y preferencias.
- El plan de apoyos sociales.
- El plan de intervención de CP sanitarios incluyendo las instrucciones previas.

Hogar Seguro (HS). Es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas. Tiene los servicios de proximidad activados, para que la persona incluida en el programa de cuidados paliativos pueda permanecer en el hogar en condiciones de calidad de vida sin que esto atente contra su seguridad.

Hogar en Riesgo (HR). Es el que está compuesto por una o varias personas en situación vulnerable debido a su discapacidad o situación de dependencia para las ABVD y a la inexistencia de cuidador viable con posibilidad de atención suficiente, con necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida mediante un sistema de intervención programado.

Niveles de riesgo (NR). Los niveles de riesgo tienen relación directa con la necesidad o no de apoyos intensos para las ABVD en el momento de la inclusión de la persona dentro del perfil de cuidados paliativos por el sistema de salud. Esta circunstancia tiene relación con los planes de apoyos y de cuidados sanitarios que se deben desplegar para hacer efectiva una intervención de calidad desde los sistemas públicos.

Nivel de riesgo básico. Es aquel que presenta una persona incluida en el proceso de paliativos sin dependencia para las ABVD, o con dependencia para las ABVD pero con un soporte de cuidados amplio y suficiente que no necesita de servicios complementarios o en todo caso basta con intervenciones profesionales puntuales.

Nivel de riesgo intenso. Es aquel que se identifica con la necesidad de dotar con apoyos generalizados por presentarse conjuntamente en la persona incluida en el programa de cuidados paliativos la dependencia para las ABVD y la ausencia de soporte de cuidados suficientes.

Cuidador Viable. Es el cuidador que tiene unas condiciones personales, sociales, emocionales, familiares y de salud, que le posibilitan prestar los apoyos que necesitan las personas con dependencia o enfermedad crónica a las que cuida, en el marco de su proyecto de vida.

También se considera viable el cuidador que, no teniendo habilidades o conocimientos suficientes para desarrollar de manera óptima sus tareas de cuidado, pueden adquirirlos mediante su participación en las acciones de capacitación que prevé este proyecto.

En los hogares con cuidador viable, se diferencian dos situaciones:

- El cuidador que ofrece una atención suficiente y adecuada.
- El cuidador que ofrece una atención insuficiente, bien por el tiempo de dedicación, por tener a su cargo a otras personas que también requieren cuidados, o bien por otras circunstancias.

Cuidador Frágil. Es el cuidador que por su avanzada edad, situación de dependencia, condiciones de salud, estado emocional u otras situaciones personales o sociales, no puede ofrecer a la persona afectada los apoyos y/o cuidados que necesita para desarrollar su proyecto de vida o satisfacer sus necesidades básicas, aunque sí puede realizar tareas de supervisión, alerta u otras como administrar medicación, avisar en caso de accidentes, acompañamiento a espacios de ocio, etc.

El desarrollo del proyecto INTecum comienza por la información del profesional sanitario a la persona y familia de la existencia del proyecto y su contenido, una vez incluida la persona en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Facilitada la información se entrega el presente documento, acompañado de los documentos de conformidad y adhesión al proyecto y de autorización para la verificación electrónica de datos personales.

Si la persona decide participar entregará los documentos cumplimentados y firmados en el centro de salud o en el hospital, según se encuentre en su domicilio o ingresado, y serán remitidos por Sanidad a la Gerencia de Servicios Sociales, junto con un informe del sistema sanitario relativo a la situación de la persona.

La atención sanitaria en domicilio será prestada por el sistema sanitario público. La información sobre los cuidados de salud está incluida en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

Para la atención social se desplazará en un plazo máximo de 48 horas desde la recepción de la documentación (documento de adhesión) un gestor de caso al domicilio de la persona con el objeto de efectuar la valoración del hogar y pactar un plan de apoyos. En el caso de que la persona requiera de cuidados de proximidad: teleasistencia, cáterin, asistencia personal, de forma inmediata, bien por vivir sola o con un cuidador frágil, dispondrá de un plan de apoyos inmediato.

La valoración del hogar incluye la valoración de las condiciones del hogar y las características de su entorno, la identificación de demandas de la persona y de su entorno, las necesidades de apoyo y la propuesta de financiación.

Para la evaluación del hogar se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Utilización de espacios	Existencia de barreras en las zonas esenciales de la vivienda.
Ayudas técnicas	Enfoque para una máxima autonomía de la persona.
Evaluación de riesgos	<p>Suministros: Gas, electricidad, agua, internet, teléfono, calefacción y agua caliente.</p> <p>Control de acceso al hogar de personas desconocidas.</p> <p>Valoración de apoyos, si existe riesgo de desorientación.</p> <p>Evaluación de la relación de la persona con sus proveedores habituales.</p>

Sensores de alarma	Caídas: baño, cocina, sala de estar.
	Alimentación: Frigorífico, cocina.
	Puerta de acceso a la vivienda.
	Control de movimientos durante la noche.
	Control de suministros.
	Control de errantes.

NIVEL DE RIESGO	PERFIL DE NECESIDAD
HRI	Hogar unipersonal formado por la persona afectada con necesidad de apoyos para las ABVD
	Hogar en el que vive la persona afectada con necesidad de apoyos para las ABVD con una persona cuidadora frágil para atenderla
	Hogar en el que vive la persona afectada con necesidad de apoyos para las ABVD con una persona cuidadora viable con atención insuficiente
HRB	Hogar unipersonal formado por la persona afectada sin dependencia
	Hogar en el que vive la persona afectada con necesidad de apoyos para las ABVD con una persona cuidadora viable con atención adecuada

La interacción entre las condiciones de la vivienda, la situación de dependencia de la persona afectada, y que se cuente o no con un cuidador viable; va a clasificar la valoración del hogar en hogar seguro (HS), hogar de riesgo básico (HRB) u hogar de riesgo intenso (HRI).

Según la calificación del hogar de riesgo básico o intenso, se asigna un paquete de servicios que garantiza el paso del hogar en riesgo a hogar seguro.

PAQUETE DE SERVICIOS		
	Hogar de Riesgo Intenso	Hogar de Riesgo Básico
Gestor de caso	X	X
Servicio de asistencia personal	hasta 24 horas en periodos hasta 7 días/mes	hasta 24 horas en periodos hasta 2 días/mes

Adaptación del hogar y ayudas técnicas	<p>Se financiará el 50% del coste total de las obras realizadas y las ayudas técnicas adquiridas hasta un máximo de 4.500€ por hogar.</p> <p>En el caso de préstamo/alquiler de ayudas técnicas, la financiación será del 100%, no suponiendo coste alguno para la persona usuaria.</p>	<p>Se financiará el 50% del coste total de las obras realizadas y las ayudas técnicas adquiridas hasta un máximo de 2.700€ por hogar.</p> <p>En el caso de préstamo/alquiler de ayudas técnicas, la financiación será del 100%, no suponiendo coste alguno para la persona usuaria.</p>
Asistencia sanitaria a domicilio programada y de urgencia según Cartera de Servicios	X	X
Voluntariado si participa	hasta 3 actuaciones/día	hasta 1 actuaciones/día
Gestión del duelo	X	X
<p>Nota: En el caso de mayor necesidad de servicios de los contemplados para cada tipo de hogar, se podrá ampliar la cartera de servicios de forma personalizada para garantizar la continuidad en el hogar, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA GERENCIA TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES.</p>		

El Plan de apoyos al proyecto de vida tiene que recoger las motivaciones, deseos, preferencias y los apoyos que la persona precisa y acepta. Debe asimismo concretar los apoyos profesionales pactados, su coste por unidad, coste global mensual y aportación del usuario.

El plan de cuidados sanitarios se realizará por el centro de salud que corresponda e incluirá las acciones de capacitación a los cuidadores no profesionales.

La actualización de los planes de apoyo del proyecto de vida se realizará siempre y cuando la persona afectada lo solicite, o cuando los profesionales que realizan los apoyos sociales o los cuidados sanitarios, aprecien cambios en la situación que así lo aconseje.

INFORMACIÓN SOBRE APORTACIÓN DE LOS USUARIOS AL COSTE DE LOS SERVICIOS

- Servicios sanitarios: No tienen copago.

- Servicios sociales:

- Valoración del hogar y elaboración del plan de apoyos al proyecto de vida: No tiene copago
- Adaptación del hogar: El 50% del coste de la adaptación acordada hasta el límite de la cuantía por tipo de Hogar en Riesgo.
- Ayudas técnicas. No tendrán copago si se opta por la modalidad de alquiler. Si se opta por la compra el 50% del coste hasta el límite de la cuantía por tipo de Hogar en Riesgo.
- Apoyos profesionales de carácter social. La aportación del usuario se realiza de acuerdo a las siguientes reglas:

La aportación del beneficiario estará en función del coste de los servicios y de su capacidad económica personal. Como máximo será un cuarenta por ciento de su capacidad económica personal.

La capacidad económica personal se calculará según los criterios previstos en el artículo 32 de la *Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.*

Se establecen los siguientes porcentajes según nivel de capacidad económica personal:

Capacidad económica personal Datos obtenidos ejercicio económico 2021	Porcentaje de copago
400 €	0%
500 €	5%
600 €	11%
700 €	17%
800 €	22%
900 €	28%
1.000 €	34%
1.100 €	39%
Desde 1.102,56 €	40%

Copago anterior a la suma de los complementos (art.31 ley 39/2006)

En el caso de que el usuario sea perceptor de alguno de los complementos a los que se refiere el artículo 31 de la Ley 39/2006, dicho complemento se sumará al copago calculado hasta el coste del servicio.

La entidad con quien la Gerencia de Servicios Sociales suscriba Convenio INTecum liquidará al usuario la cuantía de copago que corresponda.

Si el interesado tiene reconocida situación de dependencia y la prestación vinculada, la entidad prestadora del servicio facturará al usuario el servicio hasta un máximo equivalente a: Importe máximo mensual reconocido / (100 – porcentaje de copago). Si el coste del servicio supera esa cifra, liquidará el resto del coste, imputando al usuario el copago correspondiente hasta el máximo previsto.

Si el interesado fuera perceptor de alguno de los complementos de ayuda de otra persona a los que se refiere el artículo 31 de la Ley 39/2006, y el servicio se financiara con la prestación vinculada, la entidad prestadora del servicio facturará al usuario hasta un máximo equivalente a: Importe máximo mensual reconocido / (100 – porcentaje de copago) + complemento, sin sobrepasar la cuantía máxima correspondiente al grado reconocido. Si el coste del servicio supera esa cifra, la entidad prestadora del servicio liquidará el resto del coste, imputando al usuario el copago correspondiente hasta el máximo previsto, a lo que se sumará la parte del complemento no aplicado en la liquidación de la prestación vinculada.

La Gerencia de Servicios Sociales pagará a la entidad con la que suscriba Convenio INTecum la diferencia entre el coste del servicio y el copago más la prestación económica vinculada.