



## SÍNTESIS DEL PROYECTO

### 1.- Introducción

La Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, el catálogo de servicios sociales, y los nuevos modelos de atención que se están implantando en los diferentes centros y servicios, tanto en el ámbito de la prevención como en el de la dependencia, sientan las bases de un nuevo paradigma, en el que el centro es la persona, sus expectativas, sus deseos y el respeto a sus propias decisiones, construyendo así un sistema que garantiza que las personas que lo necesitan, puedan acceder a los servicios y apoyos que posibiliten el desarrollo de su proyecto de vida. Es un modelo de atención que pretende el empoderamiento y la autodeterminación de las personas.

El proyecto “En Mi Casa”, para la atención de las personas mayores en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas, muestra los efectos positivos que se generan al desplazar el criterio del profesional y convertir a la persona y sus deseos en el centro de la intervención. Tras dos años y medio de pilotaje del proyecto, con más de 100 experiencias puestas en marcha, se han podido recoger datos que confirman la mejora en la calidad de vida de las personas mayores y su capacidad de independencia, pero también se han medido beneficios en la familia y en los profesionales.

Según datos del INE: INEBASE: Encuesta Continua de Hogares, 2014, más del 23% de las personas de 65 y más años de Castilla y León, viven solas, y se prevé que para el 2031 se llegue al 33,2 %. Parece evidente que la soledad de las personas mayores es un modo de vida cada vez más frecuente en las sociedades contemporáneas y que aumentará durante los próximos años, por lo que es necesario poner en marcha medidas de apoyo, de manera especial a las que residen en el ámbito rural.

En el mes de junio de 2017, se aprobó, mediante Acuerdo de la Junta de Castilla y León, la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo 2017-2021. La estrategia propone un conjunto de experiencias innovadoras que se irán definiendo e implementando a lo largo de periodo de ejecución de la misma, hasta el año 2021.

Una de estas experiencias se denomina “**a gusto en mi casa**”, mediante la que se pretende explorar las acciones de soporte que deben implementar los sistemas de protección de la red de responsabilidad pública para que las personas mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, que residan en el medio rural, reciban los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que cada persona desee.

Se prevé, por otra parte, que este nuevo modelo de atención resulte una alternativa realista y más eficiente que la atención en un centro residencial para que las personas puedan elegir qué servicios desean. Esto supone un importante punto de inflexión, pues la decisión respecto a la provisión de servicios se desplaza desde la aplicación de un baremo que iguala a las personas, hacia el reconocimiento de la individualidad y singularidad de cada situación.

Los objetivos del proyecto, para su cumplimiento, requieren necesariamente de una intervención coordinada entre los servicios sociales locales, provinciales y regionales, los servicios sanitarios y la colaboración de las entidades privadas de las zonas en las que se va a desarrollar.

## 2.- Descripción del Proyecto “A gusto en mi casa”

### 2.1.- Finalidad

El proyecto “A gusto en mi casa” tiene como finalidad prevenir y actuar ante hogares en riesgo de forma proactiva, desde los sistemas de protección públicos con procesos sociosanitarios integrados dotando a las personas que vivan en esos hogares de los elementos necesarios para que éstos se consideren como hogares seguros desde la perspectiva de la calidad de vida.

**2.2.- Marco conceptual.** El proyecto se asienta en los siguientes preceptos y referencias:

- **Calidad de vida.** Los apoyos ofrecidos a las personas y los resultados se valorarán desde el modelo de calidad de vida descrito por Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo.
- **Atención centrada en la persona.** Se van a trabajar aspectos relacionados con la autonomía de las personas, la planificación centrada en la persona, elementos organizativos de los servicios y de los profesionales que los prestan y elementos relacionados con la accesibilidad y seguridad del hogar. La base para trabajar con

las personas es la historia de vida y el proyecto de vida, así como los apoyos necesarios para la realización del mismo.

- **Proyecto de vida.** Es el instrumento que estructura de forma operativa la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social (valores, preferencias, particularidades, elecciones, metas y deseos que conforman la manera propia de entender el bienestar y de abordar la vida) y organiza los apoyos consensuados que posibiliten su desarrollo.

El proyecto de vida está integrado por: historia de vida, plan de apoyos sociales y plan de cuidados sanitarios en el que se incluirán las instrucciones previas.

- **Hogar en Riesgo (HR),** es aquel que, por las personas que lo ocupan, o bien precisan servicios de proximidad o bien una supervisión ante posibles situaciones de emergencia, por estar compuesto por una persona o varias en situación vulnerable y con necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida por su discapacidad o dependencia. La clasificación de los hogares de riesgo tiene en cuenta las siguientes variables:
  - Nº de convivientes en el domicilio en el que reside la persona mayor
  - Grado de dependencia o, en el caso de tener Grado 0, grado de enfermedad crónica
  - Con o sin deterioro cognitivo
  - Cuidador viable o frágil
- **Hogar Seguro (HS).** Es el objetivo final del programa, convertir el Hogar en Riesgo en Hogar Seguro, que es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas así como los servicios de proximidad activados para que la persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, pueda permanecer en el hogar sin supervisión profesional continua, sin que esto atente contra su seguridad.
- **Desarrollo de la red vecinal.** Para complementar los apoyos profesionales, se promoverá el desarrollo de una red de vecindad para la prevención, detección y apoyo a aquellas personas que lo requieran y a sus cuidadores/as para la realización de acciones que contribuyan a su participación social de acuerdo con su proyecto de vida.

### 2.3 – Calendario y destinatarios del proyecto.

El proyecto se va a desarrollar durante **30 meses** (hasta diciembre de 2020). Durante este periodo se van a ir incorporando progresivamente en torno a 15 personas cada mes.

En el pilotaje **van participar 100 Personas**, preferentemente, de 65 y más años, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que permanezcan en su vivienda habitual, para favorecer la permanencia en su domicilio.

La intervención va a tener en cuenta los **perfiles de necesidad de cada persona y el tipo de Hogar en Riesgo** en el que viven según esta tabla:

#### CLASIFICACIÓN DE LOS HOGARES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO

NIVEL DE RIESGO	PERFIL DE NECESIDAD	SIN DETERIORO COGNITIVO	CON DETERIORO COGNITIVO
<b>HR3</b>	Hogar unipersonal, con una persona de GI, GII, o GIII de dependencia		X
	Hogar unipersonal, con una persona de GIII de dependencia	X	
	Hogar en el que vive una persona de GI, GII o GIII de dependencia, con una persona cuidadora frágil		X
<b>HR2</b>	Hogar unipersonal, con una persona de GII de dependencia	X	
	Hogar en el que vive una persona de GI, GII o GIII de dependencia con una persona cuidadora viable con atención insuficiente	X	X
	Hogar en el que vive una persona con GII, o GIII de dependencia, con un cuidador frágil	X	
<b>HR1</b>	Hogar unipersonal, con una persona de GI de dependencia	X	
	Hogar en el que vive una persona de GI de dependencia, con un cuidador frágil	X	
	Hogar con una persona con GII o GIII de dependencia con una persona cuidadora viable con atención adecuada	X	X
<b>HR0</b>	Hogar en el que vive una persona con GI de dependencia y con una persona cuidadora viable con atención adecuada	X	X
	Hogar unipersonal con una persona calificada como enfermo crónico de grado 2 o grado 3 sin dependencia		

**2.4.- ¿Dónde se va a realizar el proyecto?** Se ha seleccionado una zona rural que ejemplifica la realidad sociodemográfica de Castilla y León. El programa se implementará en la provincia de Ávila, en las zonas de acción social coincidentes con la zona básica de salud de Navas del Marqués y municipios adyacentes: Navalperal de Pinares, Las Navas del Marqués, Peguerinos y Hoyo de la Guija, Hoyo de Pinares y El Tiemblo

#### **2.5.- ¿qué entidades participan?**

- Gerencia Servicios Sociales/Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Ávila
- Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud y Dirección General de Asistencia Sanitaria
  - o Centros de Salud de Atención Primaria
- Entidades Locales
  - o Diputación Provincial de Ávila: Área de Familia, Dependencia e Igualdad de Oportunidades (Centros de Acción social, CEAS)
  - o Ayuntamientos de Las Navas del Marqués, Navalperal de Pinares, Peguerinos y Hoyo de la Guija, Hoyo de Pinares y El Tiemblo
- Universidad de Valladolid
- Pronisa/Asprodes
- Cruz Roja
- Organizaciones de personas mayores, mujeres, jóvenes, vecinales, etc.
- Otras entidades que se puedan ir incorporando al proyecto

#### **2.6.- Fases y metodología del proyecto:**

**1.- Fase preparatoria de la intervención: Se va a Informar,** a través del CEAS, a la persona usuaria y a sus apoyos naturales sobre posibilidad de adhesión al proyecto (objetivos, prestaciones, servicios y otros apoyos a los que podrá tener derecho y las condiciones de prestación de los mismos, incluyendo el copago). Posteriormente se realizará la firma con la persona interesada de un **Acuerdo de adhesión** y se **comunicará al Centro de Salud de Atención Primaria** correspondiente la participación de dicha persona en el proyecto.

**2.- Valoración inicial.** Incluye la valoración social, de la salud, del hogar y su entorno, la identificación de demandas de la persona usuaria, necesidades de apoyo y formación a los cuidadores y propuesta de financiación.

Para la evaluación del hogar seguro se tendrán en cuenta, al menos, 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	Suministros: Gas, electricidad, agua, internet, teléfono, calefacción y agua caliente,
	Control acceso al hogar de personas desconocidas
	Valoración apoyos si existe riesgo de desorientación
	Evaluación relación persona con sus proveedores habituales
Sensores de alarma	Caídas: baño, cocina, sala de estar
	Alimentación: Frigorífico, cocina
	Puerta acceso vivienda
	Control movimientos durante la noche
	Control suministros
	Control de errantes

**3.- Adaptación del hogar y elaboración del plan provisional de apoyos.** El gestor del caso social elaborará una propuesta de adaptación del hogar y un plan provisional de apoyos de acuerdo con la persona a quien se dirigen los apoyos.

La propuesta de adaptación del hogar, una vez aceptada por la persona y valorada por el CEAS, será aprobada por el coordinador del proyecto. El plan provisional de apoyos deberá ser aprobado por el CEAS que corresponda.

**4.- Intervención: Adaptación del Hogar y aplicación del Plan provisional de apoyos.** En esta fase se presta el Plan provisional de apoyos en tanto se reúne información suficiente para poder elaborar el proyecto de vida.

**5.- Elaboración del Proyecto de Vida.** En los dos meses siguientes la persona contará con un proyecto de vida en el que se especifiquen sus deseos, preferencias y apoyos que precisan y aceptan. En el proyecto de vida, se incluirán las acciones de capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales si es preciso. Además, el profesional de referencia realizará la historia de vida de cada persona. El proyecto de vida incluye el plan de apoyos sociales y el plan de cuidados sanitarios. El coordinador de caso del CEAS, aprobará y supervisará la aplicación de ambos planes de apoyo y el cumplimiento del proyecto de vida.

**6.- Revisión del proyecto de vida y de los planes de apoyo** que se realizará al menos cada 6 meses siempre y cuando la persona lo solicite o se aprecien cambios en su situación que así lo aconsejen.

#### 4.2.- Organización del proyecto:

Un proyecto de estas características requiere una organización muy ágil y flexible que permita adecuar las actuaciones a las necesidades cambiantes de las personas **prácticamente “a tiempo real”**, garantizando al mismo tiempo la calidad y adecuación de las decisiones. De forma sintética las estructuras que van a intervenir son:



- **Comisión de Desarrollo y Valoración:** compuesta por un representante de cada una de las organizaciones participantes.
- **Coordinador del proyecto:** Responsable del Servicio de Atención a Personas Mayores de la Gerencia de Servicios Sociales.
- **Coordinador/a de caso:** Personal del CEAS
- **Gestor/a de caso social:** Personal de Pronisa/Asprodes
- **Gestor/a de caso sanitario:** Personal del Centro de Salud
- **Profesional de referencia:** Personal de Pronisa/Asprodes

#### 5.1.- Los **Servicios necesarios que van a facilitarse a las personas participantes en el proyecto son:**

- a).- **Servicios de proximidad**, tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social y, en general para el desarrollo del proyecto de vida, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones.
- b).- **Apoyo a las familias** y a las personas mayores, a través de acciones formativas, grupos de autoayuda, periodos de descanso, etc.
- c).- **Centros de Día y Centros Multiservicios**, desde los cuales se puedan ofrecer Servicios de Promoción de la autonomía personal, comedor o catering, lavandería, préstamos de ayudas técnicas...
- d).- **Ayudas económicas o subvenciones** para cubrir el incremento de las necesidades de apoyo, eliminación de barreras y adquisición o alquiler de ayudas para la comunicación y la movilidad
- e).- **Productos de apoyo**, incluyendo sistemas de seguridad en el domicilio.
- f).- **Servicios sanitarios**, incluyendo el seguimiento de enfermería, programado y a demanda y orientación sobre cuidados y pronóstico. Educación para la salud: autocuidado de la persona, información a la familia y a la comunidad.
- g).- **Teleasistencia, teleasistencia avanzada y gestión de voluntariado** a través de Cruz Roja Castilla y León.

#### 5.2.- Paquetes de servicios o intervención de agentes

La intervención en cada caso concreto se realizará mediante la **aplicación de paquetes de servicios personalizados a las necesidades específicas de cada momento**. En síntesis se representan en este esquema, bajo la supervisión del coordinador de caso del CEAS correspondiente:

	HR3 a HS3	HR2 a HS2	HR1 a HS1	HR0 a HS0
Gestor de caso	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
Profesional de referencia	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
Voluntariado	Nivel A 3 actuac./día	Nivel B 2 actuac./día	Nivel C 1 actuac./día	Nivel D 3 Actuac./semana
Cuidados de proximidad	Nivel A hasta 24 horas en periodos hasta 5 días/mes	Nivel B hasta 24 horas en periodos hasta 3 días/mes	Nivel C hasta 24 horas en periodos hasta 2 días/mes	Nivel D hasta 24 horas en periodos hasta 1 día/mes
<p>A todos los hogares en riesgo, se les asignarán las prestaciones que se relacionan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptación del hogar + ayudas técnica + teleasistencia avanzada</li> <li>- Capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales</li> <li>- Programa de participación social personalizado</li> <li>- Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia según cartera de servicios y procesos de crónicos y paliativos</li> </ul>				

## 6.- Financiación

El proyecto va a contar con una financiación específica de 4 millones de euros.

## 7.- Evaluación y seguimiento por parte de la Universidad de Valladolid

Al tratarse de una experiencia piloto la Junta de Castilla y León quiere obtener información rigurosa y suficiente, obtenida de los propios usuarios que permita **una valoración de las fortalezas y debilidades** del proyecto piloto “A gusto en mi casa” y que permita en el futuro su posible generalización al resto de la Comunidad. Para ello se va a contar con un equipo de expertos de los Departamentos de Sociología y Trabajo Social y Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid que realizarán el seguimiento y evaluación del proyecto:

- **El proceso y las estrategias** para la puesta en marcha e implementación.
- **Los efectos y resultados** sobre las personas y sobre el sistema de atención primaria en salud y servicios sociales.
- **El impacto en la calidad de vida** de las personas beneficiarias y sus familias.
- **La seguridad** en el hogar.
- **La dimensión económica** del proyecto en comparación con las atenciones tradicionales.