

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO “VIVIR MEJOR EN CASA” (VMC)

VIVIR MEJOR EN CASA (VMC) – Proyecto conjunto entre la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)

El actual proyecto se enmarca en la línea estratégica de desinstitucionalización, incluida en el componente 22 “Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las políticas de igualdad e Inclusión” del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, entendida como una potenciación de los modelos comunitarios y domiciliarios de los cuidados de larga duración a personas mayores con dependencia.

El proyecto se realiza en Cataluña, Navarra y la coordinación, evaluación y difusión del proyecto en Madrid.

Esquema territorial



Presenta dos componentes de actuación:

- Un componente preventivo, basado en una mejora de la atención a domicilio a personas con dependencia que pretende mejorar la calidad de atención a estas personas y dar un mayor soporte a los cuidadores no profesionales para retardar o evitar el ingreso de estas personas en un entorno institucional. Este componente del proyecto se realiza en la provincia de Barcelona en entorno rural y urbano.

La literatura científica ha demostrado que una intensificación de la ayuda a domicilio consigue retrasar la institucionalización.

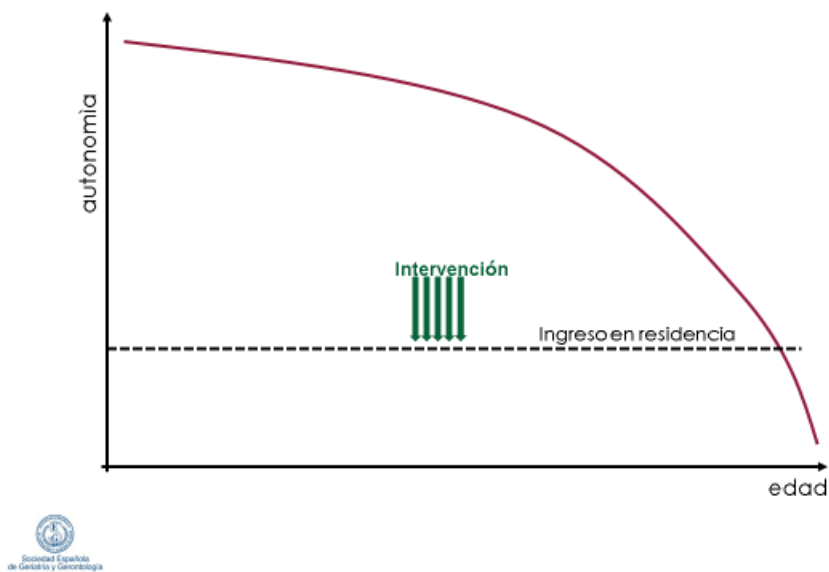
En el proyecto se intenta, además, cambiar el modelo de atención (no sólo se trata de aumentar las horas dispensadas) con una formación de los cuidadores no

profesionales y con un modelo de trabajo en equipo cuidador profesional/cuidador no profesional.

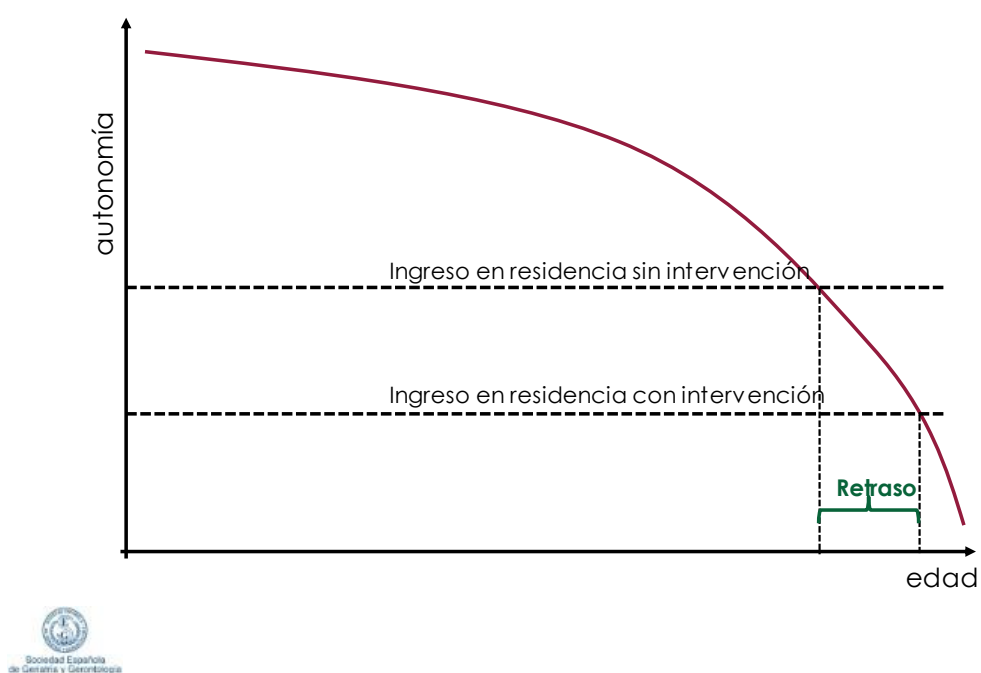
Este componente se realiza en Cataluña.

Este componente trata de mejorar el “umbral de institucionalización” de las personas con dependencia, tal como se muestra en la siguiente figura:

Componente preventivo



Componente preventivo

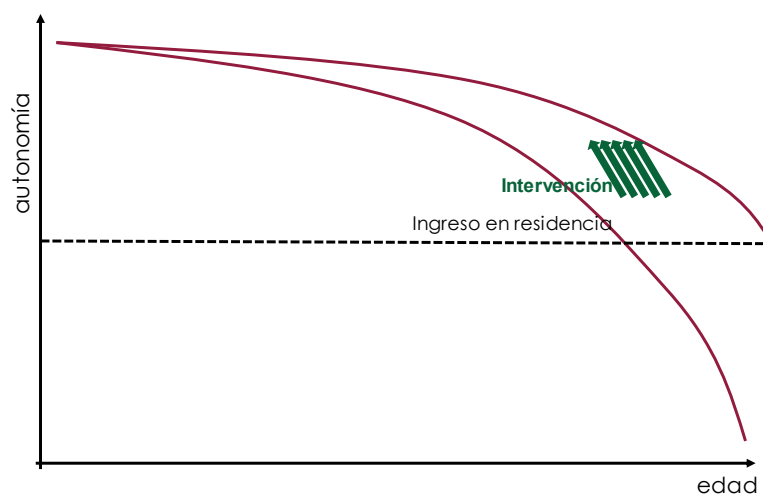


- Un componente “desinstitucionalizador” que intenta identificar a las personas ingresadas en residencias de mayores que tienen voluntad de continuar su vida en la comunidad. Lógicamente con un plan de apoyos adecuado, pactado y seguro.

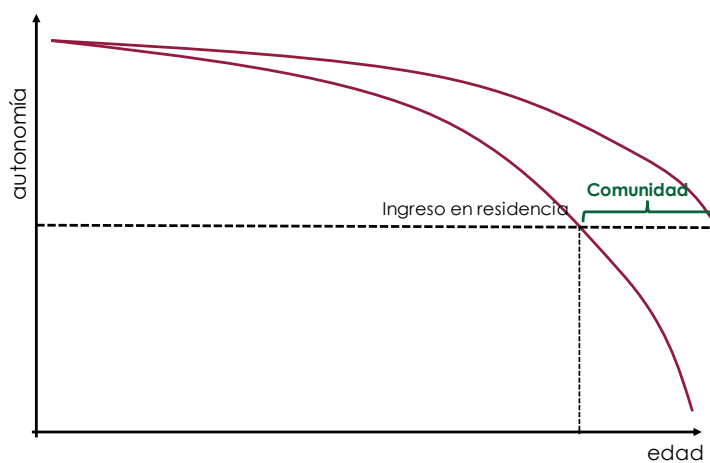
Este componente se realiza en Navarra.

En este caso no se trata de mejorar el “umbral de institucionalización” sino mejorar la autonomía de las personas, a pesar de que puedan tener un elevado grado de dependencia, tal como señala la figura siguiente:

Componente desinstitucionalizador



Componente desinstitucionalizador



Es un modelo innovador por los siguientes puntos:

- El componente preventivo:
 - Formación del cuidador no profesional en los problemas más frecuentes que afectan a las personas mayores con dependencia para familiarizarse con ellos y aprender un manejo básico de las situaciones de riesgo y de estrés.
 - Ruptura con el modelo clásico de provisión de servicios de ayuda a domicilio para personas con dependencia en el que se asignan unas horas de atención a los usuarios en horarios normalmente fijos, poco flexibles y para la realización de tareas rutinarias. En el proyecto se pretende trabajar el modelo de trabajo en equipo entre el cuidador no profesional y el cuidador profesional con mayor flexibilidad de horarios de atención, distribución horaria adaptada a las necesidades de las personas e intercambio y conocimiento de los problemas de las personas atendidas para adaptar el plan de apoyos de forma dinámica y personalizada.
 - Atención centrada en la persona integrada entre los servicios sociales y sanitarios de atención primaria.
 - Implicación de las autoridades locales en el proyecto para que potencien el componente comunitario, las adaptaciones del hogar, las ayudas técnicas, etc.
 - Medida de la sobrecarga del cuidador no profesional como elemento básico para garantizar una adecuada calidad de la atención y una continuidad de los cuidados.
 - Medida de la utilización de recursos sanitarios y sociales por parte de los usuarios durante la intervención.

- El componente “deinstitucionalizador”:
 - No existen estudios serios en la literatura geriátrica y gerontológica sobre la desinstitucionalización de personas mayores con dependencia y alta carga de morbilidad, por lo que se trata de un estudio completamente innovador.
 - Se trata de intentar que un porcentaje elevado de personas que viven en residencias de mayores puedan continuar viviendo en la comunidad con un adecuado plan de apoyos comunitario y una transición segura, pactada y adaptada a la persona.
 - Necesita una elevada integración de servicios sanitarios y sociales de atención primaria.
 - Necesita una elevada implicación de los ayuntamientos implicados para realizar adaptaciones del domicilio de las personas, uso de viviendas adaptadas y otros recursos.
 - Es importante conseguir la implicación de las redes vecinales y de voluntarios existentes en los barrios y municipios.
 - Valorará la calidad de vida de las personas antes y después de la desinstitucionalización.
 - Valorará la utilización de recursos sanitarios y sociales realizados antes y después del proceso de tránsito a la comunidad.

La intervención de ambos componentes se recoge en las siguientes figuras:

Componente preventivo

Modelo de intervención:

1. Formación de cuidadores no profesionales
2. Incremento en la intensidad de atención:
 - Incremento progresivo del soporte hasta un máximo de 3,5 horas/día
3. Promoción y prevención:
 - Prevención de la soledad no deseada y fragilidad emocional
 - Detección del riesgo y pautas de actuación integradas sanitaria y social
 - Puesta en marcha de programas con cuidadores y redes vecinales
4. Equipo cuidador profesional / cuidador no profesional, con autonomía y libertad horaria
5. Ayudas técnicas y adaptación del hogar dinámico
6. Herramienta de soporte tecnológico a los cuidados y la pluripatología
 - Adaptada a déficits sensoriales
 - Pautas para mejorar autonomía física dieta, medicación, higiene
 - Mecanismos de alarma

Componente desinstitucionalizador

Atención integrada sanitaria y social con:

1. Valoración social detallada para buscar posibles alternativas a la institucionalización
2. Valoración geriátrica integral para detectar fragilidad reversible
3. Plan de desinstitucionalización fase institucional (sensibilización, rehabilitación y adaptación progresiva de apoyos)
4. Coordinación con servicios sociales y de salud básicos
5. Plan de desinstitucionalización fase comunitaria Seguimiento con un equipo gestor de casos de las personas desinstitucionalizadas
6. Evaluación continua de resultados de calidad de vida, riesgos y utilización de Servicios sanitarios y sociales

La naturaleza de los centros que intervienen en el proyecto intenta no influir en los resultados del mismo. Por eso se han elegido centros públicos (dependientes de la autoridad autonómica o local) para evitar estímulos negativos a la transición a la comunidad que por el sistema actual de financiación es común a todos los proveedores privados con riesgo económico en la gestión.

De igual manera, previendo que la evaluación de los resultados debe ser rigurosa para intentar hacer un cambio del modelo actual se ha previsto realizar la evaluación del proyecto por una entidad independiente ajena a las entidades que reciben la subvención para la realización del proyecto. Se realizará contrato con una Universidad con experiencia en el diseño y evaluación de estudios de intervención social.

La asociación entre la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) pretende unir dos intereses complementarios y exentos de intereses en el mundo de la provisión de servicios:

- La SEGG aportará todo el conocimiento científico existente en la literatura nacional e internacional al respecto de los dos componentes del citado proyecto. También se encargará de hacer difusión de los resultados en la comunidad científica a través de reuniones, jornadas, artículos científicos, libros, etc.
- CEOMA representa la voz de los mayores en el diseño de las políticas de atención en cuidados de larga duración y se ha mostrado claramente a favor de un modelo más domiciliario y comunitario para retardar o evitar la institucionalización. Representa un socio muy importante para incorporar la voz de las personas mayores en la valoración, análisis y difusión de los resultados del proyecto.

El modelo se irá adaptando en función de los resultados. En el componente preventivo de ayuda a domicilio se ha previsto una intervención entre 50 y 80 personas (y sus cuidadores), pero se adaptará el número hasta alcanzar una población que permita un estudio con resultados significativos.

De igual manera, el componente “desinstitucionalizador” es completamente innovador y se irá adaptando la actuación en función de los resultados parciales que se vayan obteniendo.

Los datos que se recogerán en el componente preventivo son:

Componente preventivo

Valoración:

1. **Total inicial y cada tres meses:**
 1. Situación funcional, mental, ánimo
 2. Calidad de vida
 3. Sobrecarga del cuidador
 4. Apoyos sociales y sanitarios
2. **Parcial cada mes:**
 1. Uso de apoyos sociales y sanitarios
 2. Progresión de la ayuda
3. **Duración de la intervención y seguimiento: 18 meses para resultados parciales 30 junio 2023**



Los datos del componente “desinstitucionalizador” son los que recogen la siguiente figura:

Componente desinstitucionalizador

Modelo de intervención:

1. Valoración integral i centrada en la persona:
 - Geriátrica y social
 - Equipos especializados y de atención primaria social y sanitaria
2. Búsqueda de viviendas y comunidades adaptadas:
 - Viviendas tuteladas
 - Vivienda social
 - Piso estándar de alquiler
 - Con o sin adaptaciones
3. Gestión de casos en:
 - Retirada de apoyos previa al alta
 - Tránsitos elegidos por las personas
 - Adaptación a la nueva vivienda
 - Situaciones de crisis sanitaria o social
4. Valoración de la calidad de vida de las personas desinstitucionalizadas

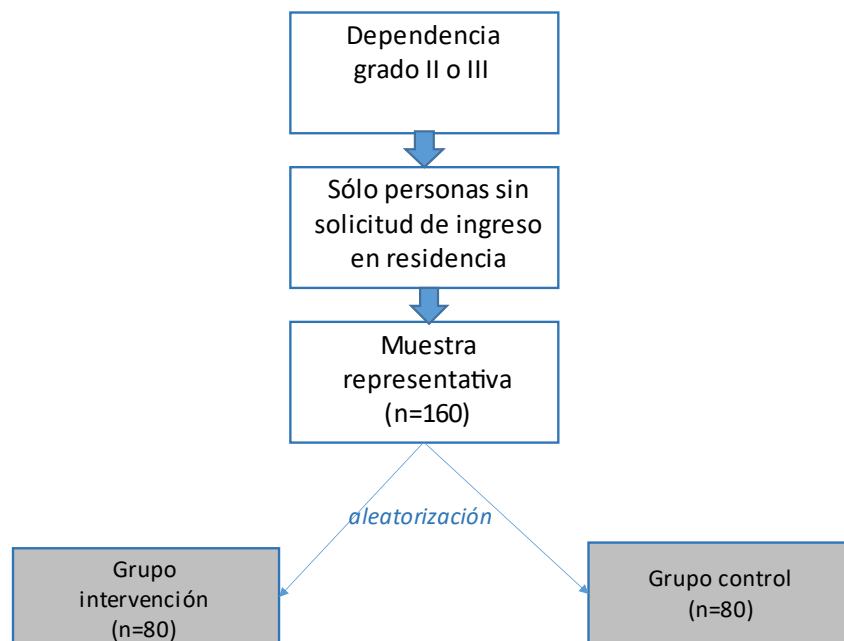


El diseño de ambos componentes se muestra en las siguientes figuras.

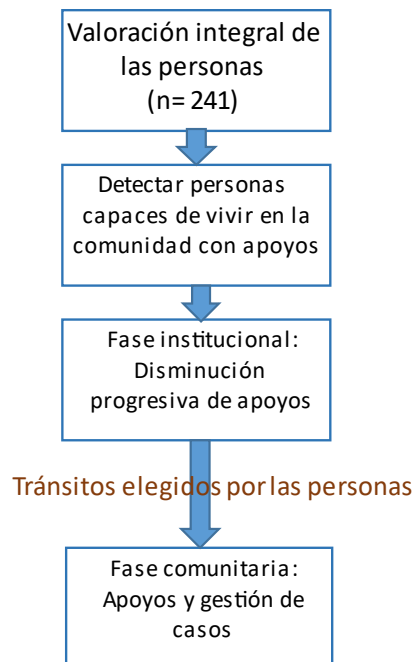
El componente preventivo es un diseño clásico aleatorio caso/control de intervención, mientras que el componente desinstitucionalizador es un modelo de intervención en la totalidad de las personas ingresadas en dos residencias de personas mayores de Navarra.

En concreto se interviene en 5 municipios y 1 consejo comarcal de la provincia de Barcelona en el componente de ayuda a domicilio y en los municipios de Estella y Pamplona en el componente de tránsitos seguros y pactados a la comunidad.

Componente preventivo-esquema de intervención



Componente desinstitucionalizador-esquema de intervención



La transferencia a políticas públicas se podrá realizar en ambos componentes:

- En el caso del proyecto de ayuda a domicilio los aprendizajes del proyecto se podrán transferir a las cláusulas técnicas de las diferentes licitaciones que realizan las autoridades locales para proveer el servicio de ayuda a domicilio en el caso de que lo externalicen y no lo realicen con medios propios. Por ejemplo, se podrá pedir que se realice una determinada formación a los cuidadores no profesionales si se demuestra que es beneficioso o que se pueda flexibilizar la distribución horaria del cuidador profesional siempre que haya acuerdo con el cuidador no profesional.
- En el caso del proyecto desinstitucionalizador se obtendrá información sobre las principales barreras de tránsitos a la comunidad, el método para acompañar en tránsitos pactados y seguros, la metodología de gestión de casos para mejorar la integración sanitaria y social, el soporte de las familias y de los municipios.

En cuanto a la sostenibilidad del mantenimiento del proyecto:

- En el componente de ayuda a domicilio se incrementa la intensidad hasta una media de 2 horas por día. La comunidad autónoma que más servicios de ayuda a domicilio provee en estos momentos lo está haciendo a razón de 1 hora por día. Este componente exigirá un incremento progresivo en los próximos años del presupuesto dedicado a cuidados de larga duración.

Este incremento está en la línea de potenciación de los cuidados domiciliarios y comunitarios ya marcados en el componente 22 del del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

- El componente de desinstitucionalización también exigirá un cambio de la financiación a soportes comunitarios y domiciliarios en lugar de institucionales en los próximos años. Se valorará el impacto económico real que tendrá la intervención, que es desconocida en estos momentos.

Madrid, enero de 2022