

---

---

## ETXEAN ONDO

**“PROYECTO PILOTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ALGUNOS MUNICIPIOS DE EUSKADI”**

---

---

Etxean Ondo Araba

Cuadrilla de Añana

Junio 2012

## 1. MARCO DE INTERVENCIÓN

### 1.1. La Cuadrilla de Añana y los entornos rurales.

El proyecto que se presenta tiene, como característica fundamental de su contexto, el territorio que acoge a los diez municipios de que se compone. Se trata de hábitats rurales y, como se ha descrito hace tiempo (García Sanz, 1997; Rodríguez Rodríguez, 2004), el fenómeno del envejecimiento y las políticas que, en relación con las personas mayores, deben adaptarse a esta realidad, porque se requieren actuaciones diferenciadas con respecto a los hábitats urbanos.

#### A) La heterogeneidad de lo rural.

Cuando se habla de ruralidad, uno de los estereotipos al uso más peligrosos y, por lo tanto, que más conviene desmontar, es considerar el medio rural como un todo homogéneo cuando los territorios rurales modernos se caracterizan precisamente por su diversidad. Tal heterogeneidad se explica en función de las diferentes variables que es preciso considerar: demográficas, culturales, de actividad, de recursos naturales, de productividad y geográficas.

Otro tópico que no se corresponde con la realidad actual es considerar que espacio rural es sinónimo de espacio agrario, algo que, si bien durante siglos fue cierto, ahora no sirve para describir la mayor parte de los ámbitos rurales.

A lo largo de la última mitad del siglo XX las relaciones entre la sociedad y la naturaleza se han transformado profundamente. Los enclaves rurales han dejado de ser espacios monofuncionales, dominados de manera absoluta por los aprovechamientos agrícolas y ganaderos, para convertirse en espacios multifuncionales, diversificados, dinámicos y en permanente mutación, donde se mezclan los usos y se busca la generación de riqueza y empleo.

Sin embargo, lo que sirve para describir el medio rural en un determinado territorio, apenas tiene utilidad en otros. Las condiciones o características que existen en algunos lugares, no se encuentran en otros. Como acertadamente señaló Gómez Orea (1992) “El *medio rural* es un sistema, un conjunto de elementos determinados por factores naturales (tierra, agua y clima) y sobre todo por factores humanos (psicológicos, sociales, étnicos, económicos, legales, institucionales y políticos), en interacción dinámica y compleja de difícil discernimiento”.

Una clasificación interesante de lo rural es la establecida según el grado de desarrollo económico producido en los diferentes hábitats, mediante lo que se ha denominado municipios implusivos o dinámicos o no dinámicos o en regresión (Molinero y Alarios, 1994). Señalan estos autores las grandes diferencias que se producen entre los lugares que han sido afectados por un turismo masivo, como el de las costas del Mediterráneo, o aquéllos situados en las coronas periurbanas, prácticamente absorbidos por los procesos de expansión de las ciudades, con aquéllos otros de muy baja densidad de población (menos de 5 hab/km<sup>2</sup>), que definen la ruralidad más profunda. En medio quedarían las comarcas agrícolas de regadíos consolidados y las áreas de secano de

calidad, así como territorios en los que la diversificación de fuentes productivas ha traído riqueza, prosperidad y población.

Cabría, en relación con lo anterior, establecer una cuádruple tipología de ruralidad, en función del dinamismo o estancamiento de sus características:

- Núcleos rurales en declive
- Núcleos en regresión
- Núcleos dinámicos
- Territorios muy dinámicos

Si nos centramos en los aspectos que tienen que ver con la aplicación del Proyecto *Etxean Ondo* en la Cuadrilla de Añana, es decir, los relacionados con el envejecimiento y los recursos de apoyo, resulta de interés recordar las aportaciones relacionadas con el cruce de algunas variables que resultan claves de la situación demográfica de las zonas rurales. Benjamín García Sanz (1997) estableció una tipología mediante la combinación de los índices de envejecimiento y grado de soledad (porcentaje de personas mayores que viven solas), según CC.AA., que resulta interesantes, sobre todo porque pone en evidencia que existen determinados territorios en los que intervenir de manera específica se convierte en una alta y clara prioridad. Las tipologías elaboradas por García Sanz trazan una escala, que va del 1 al 6, según situación de mayor a menor "riesgo" de vulnerabilidad.

### Tipología según envejecimiento y soledad, por CC.AA.

Tasas de envejecimiento/Soledad	Alto porcentaje de personas mayores solas	Bajo porcentaje de personas mayores solas
Muy envejecidos	Asturias, Castilla y León y La Rioja <b>1</b>	Aragón y Galicia <b>2</b>
Envejecidos	Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, C. Valenciana <b>3</b>	Cantabria y Navarra <b>4</b>
Poco envejecidos	Cataluña, Madrid y País Vasco <b>5</b>	
Muy poco envejecidos	Andalucía, Canarias y Murcia <b>6</b>	

**Fuente: Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones. B. García Sanz, 1997**

Como puede apreciarse, según esta clasificación, Euskadi aparece como prototípica de una población rural poco envejecida y con un índice de soledad bajo. Sin embargo, como veremos más adelante, esto no es predicable de todos los territorios rurales, existiendo diferencias importantes incluso entre comarcas, como ocurre con los municipios que componen la Cuadrilla de Añana.

Otras variables que se consideran de sumo interés, a efectos de planificar intervenciones dirigidas a las personas mayores del medio rural, son las que introducen los aspectos geográficos y, más en concreto, la mayor o menor complejidad orográfica de los territorios, porque ello incorpora ingredientes de mayor o menor dificultad para realizarlas: No es lo mismo programar una intervención en un municipio rural de las llanuras de Castilla La Mancha o de Tierra de Campos, con

toda la población concentrada en municipios (por pequeños que éstos sean) y con comunicaciones accesibles, que hacerlo en municipios marcados por una gran dispersión de su población y, además, con unas condiciones orográficas que complican los accesos y dificultan los medios de transporte, como ocurre en Asturias, Galicia, el Pirineo, las Alpujarras o algunos de los municipios de la Cuadrilla de Añana, en Araba.

## **B) El efecto de las políticas de desarrollo rural.**

Para contextualizar la realidad sociodemográfica y productiva de la zona de intervención de este proyecto, conviene recordar, someramente, la evolución experimentada en los últimos veinte años y la importancia que han tenido para el desarrollo y transformación de estos territorios las políticas realizadas y, en concreto, su participación en los Programas LEADER I y II Y LEADER+ del País Vasco (Areitio y Alberdi, 2002).

El programa LEADER I tuvo como marco espacial dos comarcas situadas en la provincia de Álava, al norte de la Rioja Alavesa y flanqueando el enclave burgalés del Condado de Treviño, identificado como "La Montaña y Valles Alaveses".

En estos enclaves, la ganadería tenía poca importancia a la vez que destacaba una casi absoluta especialización cerealista y secundariamente patata de siembra, producción desarrollada en agricultura principalmente de secano, a lo que se añadía otros condicionamientos negativos importantes desde el punto de vista físico, como son que el 20% de la superficie se sitúa por encima de los 1.000 metros y un elevado porcentaje del terreno supera pendientes del 20%, lo cual introduce condiciones climáticas que acortan el ciclo y límites a

la extensión de la superficie agraria útil, que apenas supone una tercera parte de la superficie total en la comarca de Valles y menos de la quinta parte en la de la Montaña.

Esas difíciles condiciones para el desarrollo de la agricultura y la falta de alternativas de empleos locales para complementar rentas dieron lugar a una fuerte emigración, que redujo la ya siempre baja densidad hasta quedar situada en 1991 en torno a los 7 habitantes por kilómetro cuadrado y que dio lugar a un envejecimiento de Población por encima de la media de las áreas rurales del País Vasco.

Antes de iniciarse el primer Programa LEADER, la estructura de la población activa mostraba un claro predominio de la actividad agraria, que casi llegaba a suponer el 50% del empleo, y que estaba formado, en su mayor parte, por agricultores de edad avanzada. El sector industrial era muy débil en ambas comarcas y el empleo industrial existente era muy poco cualificado.

En cuanto a las necesidades de servicios de la población, los equipamientos educativos sanitario-asistenciales, culturales, deportivos, de transporte colectivo etc., eran muy deficientes; sólo existían algunos pequeños comercios de alimentación y unos pocos bares-restaurantes en la carretera. No hay referencias al desarrollo de servicios y recursos destinados a personas mayores o personas con discapacidad, lo que es un indicador indiciario de su déficit.

El Programa se marcaba como principal objetivo frenar y revertir el proceso de despoblación en base a la promoción de iniciativas económicas, tuviesen éstas un carácter endógeno o externo, y a la mejora de los servicios y equipamientos. Las potencialidades del área

consistían, principalmente, en la calidad de un medio rural con abundantes espacios libres y atractivos desde un punto de vista paisajístico y cultural, entre los que se encontraba en la comarca de Valles el Parque Natural de Valderejo. Se ponía una gran esperanza en el turismo rural como dinamizador principal, pero no único.

El Grupo de Acción Local encargado de desarrollar el programa se formó a partir de las Asociaciones de agricultura de montaña "IZKIZ" y "AÑANA", en las que se incluían diferentes asociaciones y grupos culturales, comunidades de regantes, cooperativas agrícolas e industriales, juntas administrativas, sindicatos agrarios y ayuntamientos. A estas entidades se unía la presencia y apoyo del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Álava, lo que añadía una garantía de solvencia económica y técnica.

En cuanto a los proyectos concretos que se impulsaron destacan:

- Un importante esfuerzo en formación, que incluía un Máster en Desarrollo Rural con el que se pretendía conseguir una gestión técnica eficiente de las empresas.
- Fomento del turismo rural para lo que se proponía, en primer lugar, dar valor al área de intervención por medio de una serie de rutas paisajísticas que incluía, además de la señalización, la rehabilitación de algunos lugares y la eliminación de vertederos. Asimismo, se impulsaron la creación de instalaciones y servicios turísticos (alojamientos, actividades complementarias, etc.).
- Fuerte apuesta por el desarrollo industrial. Esta medida era la que más inversión preveía y la que más dinero público absorbería. Se proponía, en primer lugar, la creación de dos polígonos industriales en colaboración con los ayuntamientos, que debían crear 40.000 m<sup>2</sup> de suelo industrial, donde se construirían pabellones capaces de alojar actividades artesanales e



industriales que permitiesen la diversificación de la actividad productiva. Complementariamente, se apoyaba la instalación de PYMES con una subvención de un 30%, teniendo previsto la creación de una cooperativa textil de mujeres, otra de bollería biológica, otra de construcción y un supermercado comarcal, además de otras artesanas.

- Revaloración y comercialización de productos agrarios, para lo que la apuesta consistía en recuperar cinco ferias locales que sirviesen a la vez como puntos de salida para las producciones agrarias y artesanales de la zona y de atractivo turístico

Como resultados de estas actuaciones cabe destacar, en la parte que atañe al desarrollo del sector industrial, que se vio muy incrementado con relación al presupuesto inicial, debido al apoyo de la iniciativa privada, que participó en un 66% del presupuesto final en este área. Ello permitió la creación de importantes empresas y fábricas, grandes y pequeñas, que crearon un buen número de puestos de trabajo

Después del primer Programa LEADER, se aprobó un segundo para el período 1994-1999, en el que se mantienen los objetivos del período anterior, aunque introduce bastantes novedades, como es la ampliación de su ámbito de aplicación.

Destaca de este período como hito muy relevante la creación del *Centro Integral para la Formación y la Promoción del Medio Rural de la Comunidad Autónoma del País Vasco MENDIKOI, S.A.* Sociedad Pública con entidad jurídica propia dependiente del Departamento de Industria, Agricultura y Pesca del Gobierno Vasco. Sus funciones principales, que trascienden el marco del Programa LEADER y que se mantienen hasta hoy, son contribuir activamente a la satisfacción de las

necesidades de innovación y de desarrollo integral del medio rural vasco.

Después de los dos Programas LEADER referidos, llegaría el programa operativo Leader+ 2000-2006, mediante el que se pretende crear un marco homogéneo y sostenible para salvaguardar el futuro de las zonas rurales y facilitar la creación y el mantenimiento de empleos. En este marco, el Programa EREIN, de promoción y desarrollo de las zonas rurales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, significó dar continuidad a los logros ya conseguidos, introduciendo novedades como la colaboración entre territorios rurales (Euskadi-Aquitania) o la incorporación de nuevas tecnologías al mundo rural (Mendinet).

El programa Erein responde también a los objetivos generales de la política de desarrollo rural, recogidos en la Ley de Desarrollo Rural de 1998, y que se concretan en la multifuncionalidad y la sostenibilidad de la agricultura vasca y del conjunto de su medio rural, en preservar las señas de identidad fundamentales del medio rural, promover la mejora e incremento de la capacidad competitiva tanto de la agricultura como de las empresas y estructuras económicas de las zonas rurales.

En conclusión, éstas y otras iniciativas mantenidas en los territorios rurales vascos han dado como fruto logros como haber conseguido frenar e incluso cambiar el deterioro constante de ciertos parámetros. Entre ellos, el crecimiento de su población en muchos de los municipios rurales, la creación de nuevo empleo y una mayor diversificación económica.

### **C) Algunos datos sobre las diferencias entre envejecer en medio urbano y medio rural.**

(A incluir tablas y figuras de las últimas encuestas del IMSERSO para España y de Fundación Matía para Euskadi)

En definitiva, podría sintetizarse, como ya se hizo en otro lugar (Rodríguez Rodríguez, 2004), alguna de las características diferenciales del envejecimiento en el mundo rural, en las dos notas siguientes, forzosamente esquematizadas:

a) *Desmitificación del medio rural como paraíso para una vejez feliz.*

Vivir y envejecer en el pueblo trae consigo ventajas innegables que devienen sobre todo de un proceso más gradual que en las ciudades de la pérdida de actividad y de la proximidad y frecuencia de contactos con las redes sociales próximas (familia y vecindario), aunque esta facilidad para las interacciones se está perdiendo donde las generaciones anteriores emigraron a las ciudades y en algunos núcleos rurales porque los lugares donde reunirse están desapareciendo. Pero también se producen efectos adversos como: mayor control social, que menoscaba la oportunidad de opciones personales libres, especialmente para las mujeres mayores; menor acceso a recursos socioculturales, asistenciales y de ocio, lo que produce una restricción clara de las posibilidades de participación e introduce una discriminación por razón del territorio; distanciamiento forzoso respecto al contacto con los hijos/as que se trasladaron a las ciudades por razones de trabajo; aislamiento relacional que llega a cristalizar en sentimientos profundos de soledad, especialmente cuando se vive en solitario y se producen pérdidas de salud en la edad avanzada.

b) *Falta o inadecuación de recursos sociales de carácter formal para atender a las personas mayores en situación de dependencia y sobrecarga de las familias.*

De manera general, los servicios sociales que se han venido desarrollando para proveer necesidades de apoyo a las personas han seguido un modelo predominantemente urbano: los centros sociales, los centros de día y las residencias, tal y como se han diseñado e implementado en las ciudades, no llegan (no pueden llegar) a los núcleos pequeños de población. Por otra parte, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) puede no estar prestándose adecuadamente en determinadas zonas y pueblos. Esta ausencia de servicios de soporte y ayuda, sin embargo, no ocurre en las zonas rurales de Araba, donde sí se han previsto recursos singulares para estos territorios, los centros rurales de atención diurna, las residencias pequeñas o las viviendas de grupo.

Se parte de la hipótesis, no obstante la mejor situación de partida del entorno de intervención, de que queda camino de mejora y perfeccionamiento de la oferta existente, mediante una atención más personalizada y coordinada con los servicios sanitarios y otros recursos de la zona, desarrollar nuevos servicios de proximidad, dar más apoyo a las familias cuidadoras, incluir elementos de teleasistencia avanzada, etc.

Otro área de mejora importante que se ofrece desde *Etxean Ondo* es la participación social, la integración comunitaria y el desarrollo de un movimiento de voluntariado que lo favorezca. Porque los factores de riesgo de estos territorios pueden incidir negativamente y aumentar la vulnerabilidad del proceso de envejecimiento, contribuyendo a producir situaciones de dependencia. Principalmente, están asociados al aislamiento y restricción de las interacciones y a la mayor dificultad

para el acceso a los servicios públicos y a los bienes sociales y culturales. Como consecuencia, en algunas personas se produce un retraimiento social y una reducción de las relaciones interpersonales y de los intercambios, así como de la posibilidad de elegir y tomar decisiones, lo que en conjunto determina una aceleración del proceso de desvinculación social. En suma, envejecer en el medio rural puede producir pérdidas importantes y una inflexión en la trayectoria vital que amenaza el mantenimiento de la propia identidad y compromete la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y otras facultades que se promueven y se desarrollan mediante las relaciones interpersonales. Y esto es algo que desde *Etxean Ondo* se intenta revertir.

## 1.2. Las personas mayores en la Cuadrilla de Añana

Según los últimos datos disponibles correspondientes al Padrón Municipal de Habitantes elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se contabilizaban en la Cuadrilla de Añana a 1 de enero de 2011, 1.550 personas de 65 y más años, lo que en términos relativos supone un 17,7% de la población total de la comarca. (Tabla 1).

Este conjunto de diez municipios constituye una de las tres comarcas alavesas que se encuentran oficialmente a la cabeza de las zonas más ricas de Euskadi. Cabe destacar que, como se ha señalado en el apartado anterior, en la Cuadrilla de Añana se encuentra como importante polo de riqueza industrial su reserva logística y estratégica, con recursos como Arasu, el polo químico de Lantarón o el aeronáutico

de Zambrana. Tal desarrollo industrial ha hecho que se incremente notablemente su PIB por habitante (162).

Pero si hay un indicador clave paralelo al nivel de desarrollo de la Cuadrilla de Añana, éste es el incremento de su población que viene experimentando en los últimos quince años, si bien pueden advertirse importantes diferencias en cada uno de los municipios que la componen. Esto explica que algunos de los indicadores habituales que se encuentran en los territorios rurales del interior de la Península no se produzcan aquí (o lo hagan solo en algunos de los municipios que componen la comarca). Nos referimos a las clásicas características de la ruralidad interior: despoblación por la emigración, sobre todo femenina; alto índice de envejecimiento con sobrerrepresentación masculina; disminución del potencial de cuidadores de siguiente generación; y falta de recursos adecuados al medio rural.

Vistos en su conjunto los datos de población, si en 1996 se registraban en la Cuadrilla de Añana 5.750 personas, para el año 2011 suman 8.733, es decir, ha experimentado un incremento del 51%. La población de 65 y más años también ha crecido cuantitativamente (de 1.266 en 1996 a 1.550 en 2011), pero en menor proporción que otros grupos de edad, con lo que su peso relativo se ha visto reducido (del 22 al 17,7% en 1996 y 2011 respectivamente), lo que resulta muy llamativo. Pero si descendemos al detalle podemos observar las grandes diferencias que se señalaban antes. Mientras que la población de Ribera Baja se ha triplicado y la de Iruña de Oca se ha duplicado, el municipio de Añana ha disminuido su población total en un 17% a lo largo del período. Esos movimientos demográficos provocan grandes oscilaciones en el índice relativo de envejecimiento entre municipios, de manera que se producen diferencias tan notables como que el porcentaje de población mayor de Iruña de Oca sea solo del 10,7% y el de Ribera Baja

el 11,6%, cuanto en Añana se registra un 32,7% de población mayor. Es este municipio, junto al de Vadegavía, con 28,8%, el más envejecido de la comarca.

Sin embargo, si se centra la atención en la cohorte de edad que cuenta con 80 o más años se observa que se ha producido una evolución más armónica. En todos los municipios ha aumentado correlativamente en mayor medida que la población total, se ha pasado en 15 años de 295 a 496 habitantes de dicha edad, lo que supone un aumento del 79%. Por lo tanto, pese a que el peso porcentual del conjunto de personas mayores haya disminuido, la proporción de personas octogenarias aumenta ligeramente (Tabla 1 y gráfico 1). La población de más edad está creciendo en número y proporción y esto sucede pese la importante inyección de población en cohortes de edades comprendidas entre los 30 y los 59 años (Gráfico 2).

Volviendo a la consideración demográfica global de la Cuadrilla de Añana, el peso porcentual de la población de 65 y más años es igual al que adquiere en el Territorio Histórico de Araba (17,7%), siendo éste el menor de la C.A. del País Vasco (Tabla 2). Como se ha señalado, el municipio más envejecido de la Cuadrilla es Añana, seguido de Valdegavía y Beraventilla, siendo los dos primeros también los que mayor proporción de personas octogenarias registran, seguidos de Zambrana y Kuartango donde también existe una importante proporción de personas con 80 y más años (Tabla 1).



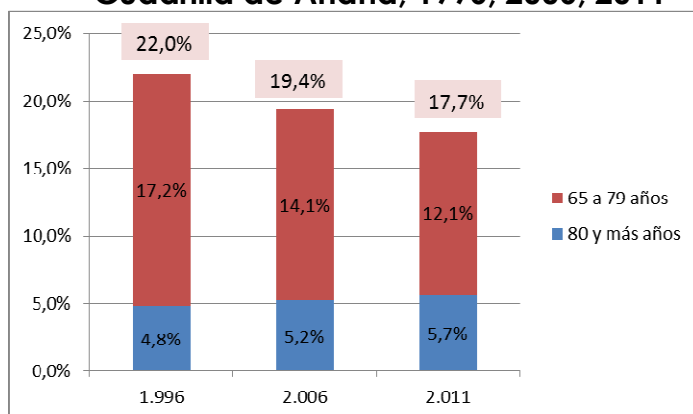
**Tabla 1. Población de 60, 65 y 80 y más años en la Cuadrilla de Añana por municipio 1996, 2006 y 2011**



	Total	60 y más años		65 y más años		80 y más años		
		Nº de Personas	%	Nº de Personas	%	Nº de Personas	% sobre pob. Total	% sobre 65 y +
<b>2011</b>								
Iruña Oka/Iruña de Oca	2.966	429	14,5	316	10,7	97	3,3	30,7
Kuartango	351	101	28,8	84	23,9	31	8,8	36,9
Armiñón	229	54	23,6	44	19,2	9	3,9	20,5
Berantevilla	494	158	32,0	121	24,5	23	4,7	19,0
Erriberagoitia/Ribera Alta	781	196	25,1	156	20,0	47	6,0	30,1
Ribera Baja/Erribera Beitia	1.314	195	14,8	152	11,6	50	3,8	32,9
Zambrana	403	109	27,0	88	21,8	40	9,9	45,5
Añana	168	64	38,1	55	32,7	29	17,3	52,7
Lantarón	929	248	26,7	218	23,5	61	6,6	28,0
Valdegovia/Gaubea	1.098	391	35,6	316	28,8	109	9,9	34,5
<b>Total Cuadrilla de Añana</b>	<b>8.733</b>	<b>1.945</b>	<b>22,3</b>	<b>1.550</b>	<b>17,7</b>	<b>496</b>	<b>5,7</b>	<b>32,0</b>
<b>2006</b>								
Iruña Oka/Iruña de Oca	2.437	379	15,6	284	11,7	65	2,7	22,9
Kuartango	364	110	30,2	97	26,6	25	6,9	25,8
Armiñón	179	54	30,2	43	24,0	10	5,6	23,3
Berantevilla	442	140	31,7	103	23,3	23	5,2	22,3
Erriberagoitia/Ribera Alta	602	177	29,4	140	23,3	37	6,1	26,4
Ribera Baja/Erribera Beitia	1.098	160	14,6	124	11,3	30	2,7	24,2
Zambrana	362	121	33,4	105	29,0	38	10,5	36,2
Añana	182	77	42,3	64	35,2	27	14,8	42,2
Lantarón	957	270	28,2	215	22,5	53	5,5	24,7
Valdegovia/Gaubea	1.076	388	36,1	318	29,6	96	8,9	30,2
<b>Total Cuadrilla de Añana</b>	<b>7.699</b>	<b>1.876</b>	<b>24,4</b>	<b>1.493</b>	<b>19,4</b>	<b>404</b>	<b>5,2</b>	<b>27,1</b>
<b>1996</b>								
Iruña Oka/Iruña de Oca	1.616	318	19,7	231	14,3	47	2,9	20,3
Kuartango	343	111	32,4	90	26,2	20	5,8	22,2
Armiñón	139	46	33,1	31	22,3	5	3,6	16,1
Berantevilla	403	112	27,8	75	18,6	24	6,0	32,0
Erriberagoitia/Ribera Alta	512	169	33,0	132	25,8	25	4,9	18,9
Ribera Baja/Erribera Beitia	465	124	26,7	89	19,1	26	5,6	29,2
Zambrana	357	120	33,6	99	27,7	17	4,8	17,2
Añana	203	80	39,4	68	33,5	12	5,9	17,6
Lantarón	829	236	28,5	170	20,5	38	4,6	22,4
Valdegovia/Gaubea	883	362	41,0	281	31,8	63	7,1	22,4
<b>Total Cuadrilla de Añana</b>	<b>5.750</b>	<b>1.678</b>	<b>29,2</b>	<b>1.266</b>	<b>22,0</b>	<b>277</b>	<b>4,8</b>	<b>21,9</b>

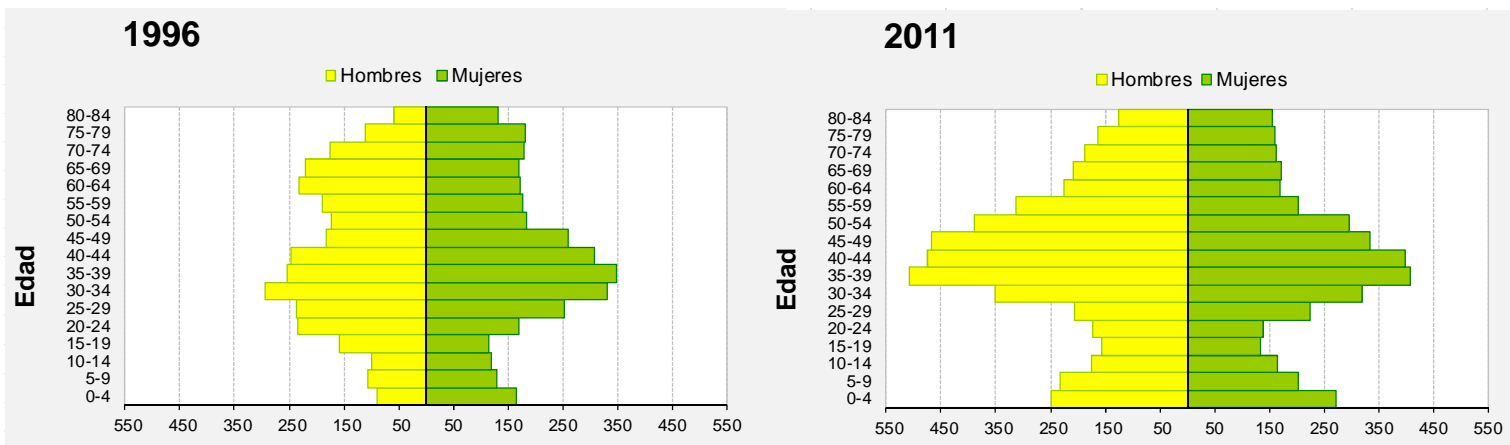
Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 2011 y elaboración propia.

**Gráfico 1.- Evolución de la proporción de personas mayores en la Cuadrilla de Añana, 1996, 2006, 2011**



Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 1996, 2006, 2011 y elaboración propia.

**Gráfico 2.- Pirámide de población de la Cuadrilla de Añana, 1996 y 2011**



Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 1996, 2006, 2011 y elaboración propia.

**Tabla 2. Población de 60, 65 y 80 y más años en la C.A. de Euskadi según Territorio Histórico, 2011**

	60 y más años		65 y más años		80 y más años		
	Miles	Porcentaje	Miles	Porcentaje	Miles	% sobre pob. Total	% sobre 65 y +
PAÍS VASCO	560.272	25,6	426.320	19,5	127.714	5,8	30,0
Araba/Álava	75.558	23,7	56.480	17,7	16.243	5,1	28,8
Gipuzkoa	182.238	25,7	137.715	19,4	41.083	5,8	29,8
Bizkaia	302.476	26,2	232.125	20,1	70.388	6,1	30,3

Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón, 2011 y elaboración propia.

Conocidos son los fenómenos de la mayor esperanza de vida femenina y la mayor mortalidad masculina, y sus consecuencias en la composición por sexo de las poblaciones: produce un desequilibrio entre los sexos, que aumenta en las edades adultas, se acentúa aún más a partir de los 65 años y se hace especialmente llamativo a edades muy avanzadas. Pero, como se ha señalado arriba, es característica general de las zonas rurales la mayor emigración femenina experimentada en las edades de incorporación al mercado laboral, lo

que origina que en la Cuadrilla de Añana haya 96 hombres de 65 y más años por cada 100 mujeres de la misma edad. Entre la cohorte de 80 y más años la razón de masculinidad desciende hasta un 68%; o lo que es lo mismo, por cada 100 mujeres octogenarias tan sólo hay 68 hombres.

El municipio de Añana destaca por mostrar la población mayor más feminizada (con tan sólo 57 hombres de cada 100 mujeres). Zambrana y Kuartango poseen también una importante proporción de mujeres mayores.

Se observan, no obstante, dos excepciones a la tendencia generalizada de predominio femenino en la vejez, y son los municipios de Valdegovía y Ribera Baja. La *ratio* de masculinidad de Valdegovía es especialmente llamativa, con 130 hombres mayores por cada 100 coetáneas. Pasados los 80 años, las mujeres pasan a ser mayoría en este municipio, aunque con una *ratio* de masculinidad bastante alta para esta cohorte. En Ribera Baja las mujeres no llegan a superar a los hombres ni siquiera en el grupo de más edad.

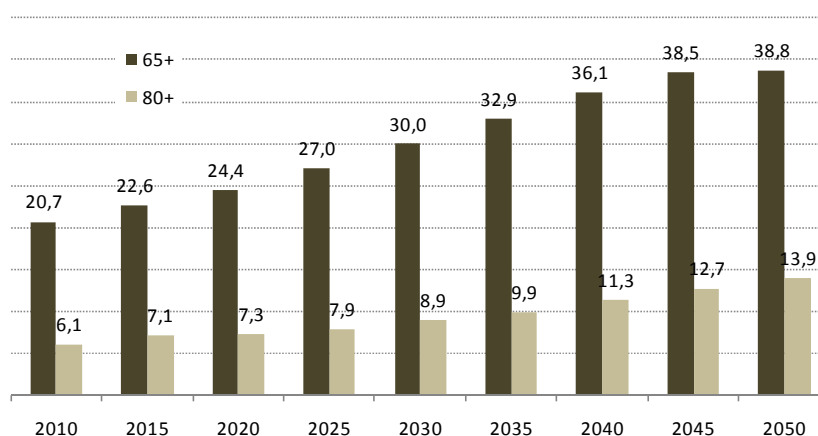
**Tabla 3. Composición por sexo en personas mayores y octogenarias**

2011	65 y más años				80 y más años			
	total	Hombres	Mujeres	Razón de masculinidad	total	Hombres	Mujeres	Razón de masculinidad
Iruña Oka/Iruña de Oca	100	48,4	51,6	93,9	100	35,1	64,9	54,0
Kuartango	100	44,0	56,0	78,7	100	25,8	74,2	34,8
Armiñón	100	47,7	52,3	91,3	100	44,4	55,6	80,0
Berantevilla	100	48,8	51,2	95,2	100	39,1	60,9	64,3
Erriberagoitia/Ribera Alta	100	49,4	50,6	97,5	100	42,6	57,4	74,1
Ribera Baja/Erribera Beitia	100	50,7	49,3	102,7	100	50,0	50,0	100,0
Zambrana	100	43,2	56,8	76,0	100	45,0	55,0	81,8
Añana	100	36,4	63,6	57,1	100	24,1	75,9	31,8
Lantarón	100	45,9	54,1	84,7	100	39,3	60,7	64,9
Valdegovía/Gaubea	100	56,6	43,4	130,7	100	47,7	52,3	91,2
<b>Total Cuadrilla de Añana</b>	<b>100</b>	<b>49,1</b>	<b>50,9</b>	<b>96,5</b>	<b>100</b>	<b>40,5</b>	<b>59,5</b>	<b>68,1</b>

Fuente: Ine: Inebase: Explotación estadística del Padrón 2011 y elaboración propia.

Las proyecciones de población que ofrece el Instituto Nacional de Estadística para Euskadi indican que el porcentaje de personas mayores irá incrementándose; en 2020 las personas de 65 y más años representarán cerca de un cuarto de la población en el País Vasco, y de ahí en adelante seguirá en ascenso a medida que se las generaciones del *baby boom* se vayan incorporando a este grupo de edad. Para el año 2050 se prevé que la proporción de personas de 80 y más años alcanzará el 13,9%.

**Gráfico 3.- Proyecciones de población de 65 y más y de 80 y más años en la CAPV, 2010-2050**



Fuente: Ine: Inebase: Proyecciones de población a largo plazo.

### 1.3. Discapacidad y dependencia

Como se ha visto, uno de los factores que explican que las sociedades sigan envejeciendo hoy día es la ganancia de años de vida a edades muy avanzadas, fenómeno que se presta, sin duda, a interpretaciones muy positivas. Sin embargo, desde el punto de vista de las consecuencias que sobre la salud ejerce este hecho, como una mayor incidencia de discapacidades y situaciones de dependencia, confieren

una mayor complejidad al análisis de este fenómeno. Y es que estos cambios previstos en la estructura de edad de la población tendrán importantes repercusiones, no sólo en el ámbito público, como el sistema de pensiones o el de salud, sino que afectarán a prácticamente todas las instituciones sociales, incluyendo empresas y familias.

Conviene, por tanto, una constante revisión, actualización y mejora de las políticas sociales y de atención a las personas mayores. La toma de decisiones en esta materia, ha de partir del profundo conocimiento de la realidad de la población objetivo, siendo esto la herramienta fundamental de diseño y planificación.

En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística (INE) llevó a cabo en 2008 una importante operación estadística: la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), que continúa la experiencia de las otras dos encuestas sobre discapacidad, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y estado de Salud (EDDES) de 1999, y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM) de 1986.

Se presentan en la siguiente tabla las grandes cifras de la discapacidad y la dependencia para el País Vasco. A partir de la muestra y de las definiciones propias de la encuesta EDAD puede estimarse que, de los algo más de dos millones de personas en el País Vasco, 172.857 presentan alguna discapacidad (o limitación, si son menores de 6 años), lo que supone el 8,1% de su población. Estas discapacidades o limitaciones van acompañadas de dependencia para 90.647 personas (87.166 de 6 y más años y 3.481 menores de esa edad), de manera que puede estimarse la población vasca en situación de dependencia en el 4,3% (Tabla 4).

Según esta encuesta, había en el Territorio Histórico de Araba 23.392 personas con discapacidad; lo que en términos relativos supone un 7,7% de su población total. De ellas 13.946 (13.308 personas de 6 y más años y 638 menores de esa edad) se encuentran en situación de dependencia (el 4,6% de la población total).

**Tabla 4. Grandes cifras de la discapacidad y la dependencia en el País Vasco, 2008**

País Vasco										
Total Población con discapacidad o limitaciones								Población total	Dep.(% sobre el total de la población)	Disc.(% sobre el total de la población)
	Dependientes	No dependientes	SD	Total disc.	Dep.(% vert.)	Disc.(% vert.)				
Edad	0-5	3.481	0	0	3.481	3,8	2,0	116.446	3,0	3,0
	6-49	13.893	15.232	2.333	31.458	15,3	18,2	1.197.162	1,2	2,6
	50-64	11.019	19.345	3.280	33.644	12,2	19,5	416.740	2,6	8,1
	65-79	23.439	25.527	3.842	52.808	25,9	30,5	287.085	8,2	18,4
	80 y más	38.815	7.871	4.781	51.467	42,8	29,8	104.196	37,3	49,4
	65 y más	62.254	33.398	8.623	104.275	68,7	60,3	391.281	15,9	26,6
<b>Total</b>	90.647	67.975	14.236	172.858	100	100	2.121.629	4,3	8,1	
Total Población con discapacidad de 6 y más años										
Sexo	Varón	30.748	31.441	7.434	69.624	46,3	33,9	1.038.390	3,0	6,7
	Mujer	59.898	36.534	6.802	103.233	53,7	66,1	1.083.238	5,5	9,5
	<b>Total</b>	90.646	67.975	14.236	172.857	100	100	2.121.628	4,3	8,1
País Vasco por Territorio Histórico Población con discapacidad o limitaciones										
Provincias	Limit. 0-5	Dep. 6 y más años	No dep. 6 y más años	SD 6 y más años	Total disc.	Dep.(% vert.)	Disc.(% vert.)	Población Total	Dep.(% sobre el total de la población)	Disc.(% sobre el total de la población)
Álava	638	13.308	8.470	976	23.392	15,4	13,4	303.573	4,6	7,7
Guipúzcoa	1.129	27.240	16.836	10.454	55.658	31,3	32,2	685.587	4,1	8,1
Vizcaya	1.715	46.617	42.669	2.806	93.807	53,3	54,4	1.132.467	4,3	8,3
<b>Total</b>	3.481	87.165	67.975	14.236	172.857	100	100	2.121.628	4,3	8,1

**Fuente: Ine: Inebase: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008**

En el caso de la Cuadrilla de Añana se dispone de los datos proporcionados por el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava que hacen referencia, en primer lugar, a las personas con certificado de discapacidad de la comarca, que a fecha de junio de 2012 sumaban un total de 429 (5,6% de su población total) (Tabla 5)

Atendiendo al sexo y a la edad se observa que existe una mayor proporción de hombres con discapacidad certificada que de mujeres,

excepto entre la cohorte de 80 y más años donde la proporción de mujeres unas décimas superior. Un 17,5% de la población con dicha edad tiene este tipo de certificado.

**Tabla 5. Personas residentes en la Cuadrilla de Añana con certificado de discapacidad por municipio, grupo de edad y sexo (datos a junio 2012)**

Municipio	80 y + años		65 a 79 años		30 a 64 años		18 a 29 años		De 0 a 17 años		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Añana	2	2	1	1	3		2				11
Armiñón			2	1	3	2			1		9
Berantevilla	1	5	7	1	3	2	1				20
Iruña de Oca	8	15	22	16	114	46	4	3	3	2	233
Kuartango	1	4	5		5	5					20
Lantarón	4	6	10	6	12	7	1		1	2	49
Ribera Alta	4	4	1	4	6	2			1		22
Ribera Baja	1	4	4	2	12	5	2	3	5	3	41
Valdegovía	9	9	10	10	16	9	1	1	1		66
Zambrana	5	3	6	4	2				1		21
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>176</b>	<b>78</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>492</b>
<b>% sobre el total de cada grupo de población</b>	<b>17,4</b>	<b>17,6</b>	<b>12,1</b>	<b>9,1</b>	<b>6,5</b>	<b>3,7</b>	*	*	*	...	<b>5,6</b>

\*Los datos de población de los que se dispone corresponden a tramos quinquenales, con lo que no puede calcularse el % para estas cohortes.

Se cuenta, además, con los datos que hacen referencia a las valoraciones de dependencia, según los cuales existen en la comarca 303 personas con algún grado de dependencia reconocido, lo que supone el 3,5% de su población total. Iruña de Oca es el municipio con mayor número de personas en situación de dependencia reconocida (76); sin embargo es Añana el municipio que tiene, en términos relativos, una mayor incidencia de estas situaciones: sus 11 casos suponen un 6,5% de su población total (Tabla 6).

**Tabla 6. Personas valoradas como en situación de dependencia según grado y nivel obtenido, por municipio y servicio social de base**

AÑANA	Pob. Total	GRADO 1		GRADO 2		GRADO 3		TOTAL	
		1	2	1	2	1	2	Absolutos	% respecto a la pob total
<b>S.S. Base Añana Este – Zona A</b>									
Iruña de Oka	2966	7	5	21	9	18	16	76	2,6
Kuartango	351	2	2	4	1	3	1	13	3,7
<b>S.S. Base Añana Centro– Zona B</b>	3317								
Armiñón	229	0	0	2	1	1	1	5	2,2
Berantevilla	494	1	2	3	0	3	0	9	1,8
Ribera Alta	781	4	5	7	3	5	5	29	3,7
Ribera Baja	1314	2	5	9	9	13	8	46	3,5
Zambrana	403	5	1	5	3	6	1	21	5,2
<b>S.S. Base Añana Oeste – Zona C</b>									
Añana	168	3	0	1	3	1	3	11	6,5
Lantarón	929	10	1	8	6	8	6	39	4,2
Valdegovia	1098	11	11	13	6	6	7	54	4,9
<b>TOTAL</b>	<b>8733</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>64</b>	<b>48</b>	<b>303</b>	<b>3,5</b>

Las situaciones de dependencia reconocidas se concentran, como es natural, en la población de 80 y más años. Si el total de personas valoradas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados, significan un porcentaje del 3,5% respecto al total de la población de la Cuadrilla, si se calcula este indicador entre las personas de 80 y más años la proporción para a ser de 36,5%, es decir, más de un tercio de la población octogenaria en esta comarca tiene reconocido algún grado de dependencia, y uno de cada siete, registra grado III (Tabla 7).



**Tabla 7. Personas en situación de dependencia residentes en la Cuadrilla de Añana, por edad y grado**

Edad	Total población	Grado I		Grado II		Grado III		Total valoraciones	
		Absolutos	% horizontal	Absolutos	% horizontal	Absolutos	% horizontal	Absolutos	% horizontal
De 4 a 29	2329	1	0,0	7	0,3	14	0,6	22	0,9
De 30 a 64 años	4854	12	0,2	17	0,4	7	0,1	36	0,7
De 65 a 79 años	1054	23	2,2	20	1,9	23	2,2	66	6,3
80 y + años	496	43	8,7	65	13,1	73	14,7	181	36,5
TOTAL	8733	79	0,9	109	1,2	117	1,3	305	3,5

#### 1.4. Recursos para las personas mayores en la Cuadrilla de Añana.

La Cuadrilla de Añana cuenta con un total de 81 plazas residenciales de las cuales casi un 75% son subvencionadas por el IFBS (PEVS) y el resto son plazas privadas. El total de plazas supone un índice de cobertura (IC) de un 5.2%, es decir, del total de personas mayores de la Cuadrilla, un 5.2% estaría cubierta por ese número de plazas (Tabla 8).

**Tabla 8. Plazas subvencionadas en residencias privadas mediante prestación económica vinculada al servicio y resto de plazas privadas**

DENOMINACION	LOCALIDAD	PLAZAS SUBV. POR IFBS (PEVS)	PLAZAS PRIVADAS	TOTAL
R. Egoizer Ribera Alta	Caicedo-Sopeña, 2	13	11	24
	01420 Caicedo-Sopeña			
R. Ntra.Sra.	Cl Postas, 34	26	8	34

Perp.Socorro	01213 Ribabellosa			
R. Villa Iruña	Cl Iruña, 13.	21	2	23
	01195 Villodas			
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>21</b>	<b>81</b>
<b>IC Residencias</b>		<b>3,9</b>	<b>1,4</b>	<b>5,2</b>

IC: Índice de Cobertura = N° de plazas \* 100/ Pobl. 65+

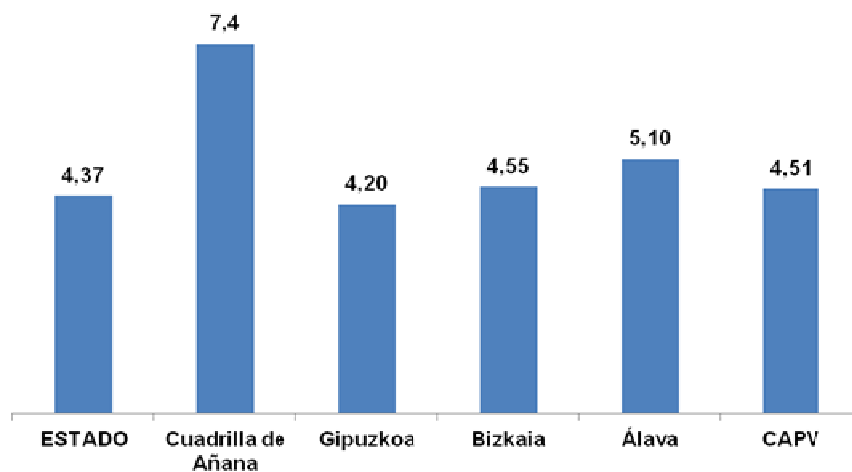
A las 81 plazas en residencias se le deben sumar las 33 plazas existentes en Viviendas Comunitarias (V.C), lo que asciende a 114 plazas en servicios residenciales disponibles (IC = 7.4%) (Tabla 9).

**Tabla 9. Plazas subvencionadas por el IFBS en viviendas comunitarias privadas mediante prestación económica vinculada al servicio y resto de plazas privadas**

DENOMINACION	DIRECCIÓN	PLAZAS SUBV. POR IFBS (PEVS)	PLAZAS PRIVADAS	TOTAL
V.C. El Manantial	C/ Larrazuela nº 11	9	5	14
	01230 Nanclares de Oca			
V.C. Torre Samaniego	C/ Barrón, 25	2	7	9
	01428 Barrón			
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>
<b>IC</b>		0,7	0,8	1,5
PLAZAS EN VIVIENDAS COMUNITARIAS MUNICIPALES CONVENIDAS CON EL IFBS				
		PLAZAS	USUARIAS	TOTAL PLAZAS
V.C. Espejo	01423 Espejo	10	9	
<b>TOTAL</b>				<b>33</b>
<b>IC</b>				<b>2,1</b>
<b>IC TOTAL PLAZAS V.C.</b>				<b>3,6</b>

El IC en Servicios Residenciales de la Cuadrilla de Añana es superior a la media de Euskadi, del Estado y de todos los Territorios Históricos. No obstante, hay que tener en cuenta que los datos de los que se dispone a nivel estatal y del País Vasco son de 2008 y la información utilizada de Añana es de 2011. Posteriormente se realizará un análisis en profundidad de la ubicación y accesibilidad de estas plazas y de las correspondientes a las cuadrillas limítrofes (Gráfico 4).

**Gráfico 4.- IC Servicios residenciales**



**Fuente: Datos Euskadi: Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, 2008. Eustat.**

**Datos Estado: IMSERSO (2009): Informe 2008: Las personas mayores en España.**

Según los últimos datos de 2012, la Cuadrilla de Añana cuenta con 42 plazas en Centros Rurales de Atención Diurna (CRAD), lo que supone que un 2.7% de personas de 65 y más años estarían cubiertas por este servicio. Los datos de usuarios a fecha de 2011 sitúan un IC de 3.2%. (Tabla10).

**Tabla 10. Personas usuarias de centros rurales de atención diurna por centro y sexo**

	Plazas 2012	2011			31/12/2011		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
CRAD IRUÑA DE LA OCA	15	7	7	14	6	7	13
CRAD RIBERA BAJA	12	6	7	13	6	6	12
CRAD VILLANUEVA VALDEGOVIA	15	7	15	22	7	10	17
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>42</b>
IC	2,7	3,2			2,7		

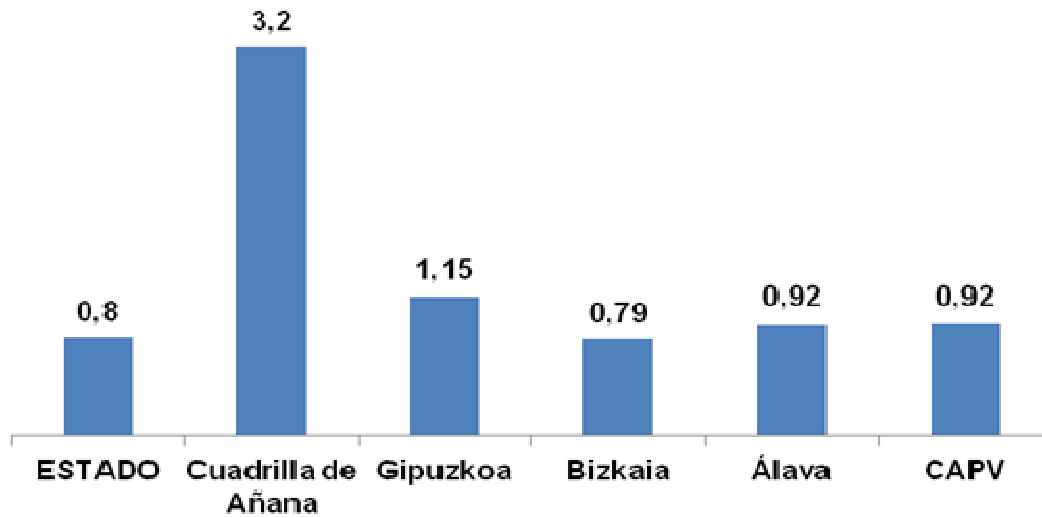
Estos mismos datos pero atendiendo al lugar de residencia de las personas usuarias muestran que los municipios donde se ubican estos Centros Rurales de Atención Diurna son los que mayor número de usuarios concentran: Valdegovia alberga 15, seguido de Iruña Oca 12 y Ribera Baja 6 (Tabla 11).

**Tabla 11. Personas usuarias de CRAD por servicio social de base, municipio, CRAD al que acuden y sexo.**

CUADRILLA	Municipio Domicilio	Centro	H	M	Total
Añana este	IRUÑA OKA/IRUÑA OCA	CENTRO ATENCION DIURNA IRUÑA DE LA OCA	5	7	12
	KUARTANGO	CENTRO ATENCION DIURNA IRUÑA DE LA OCA	1	0	1
Añana centro	ARMIÑON	CENTRO ATENCION DIURNA RIBERA BAJA	1	0	1
	ZAMBRANA	CENTRO ATENCION DIURNA RIBERA BAJA	0	2	2
	RIBERA BAJA	CENTRO ATENCION DIURNA RIBERA BAJA	4	2	6
Añana oeste	AÑANA	CENTRO ATENCION DIURNA VILLANUEVA VALDEG	1	1	2
	LANTARON	CENTRO ATENCION DIURNA RIBERA BAJA	1	2	3
	VALDEGOVIA	CENTRO ATENCION DIURNA VILLANUEVA VALDEG	6	9	15
<b>Total AÑANA</b>			<b>19</b>	<b>23</b>	<b>42</b>

El IC en Centros de día también es superior a los datos ofrecidos a nivel estatal, territorial y CAPV (Gráfico 5).

**Gráfico 5.- IC Centros de día**



Fuente: Datos Euskadi: Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, 2008. Eustat.

Datos Estado: IMSERSO (2009): Informe 2008: Las personas mayores en España.

En la Cuadrilla de Añana, de cada 100 personas de 65 o más años 1,5 reciben una prestación económica vinculada al servicio de los centros que aparecen en la siguiente tabla. De ellas mayoritariamente son mujeres y buena parte de las personas beneficiarias se concentran en la Residencia Villa Iruña (Tabla 12).

**Tabla 12. Personas perceptoras de prestación económica vinculada al servicio por servicio social de base, municipio, centro y sexo. 31/12/2011**

SS.BB	Municipio Domicilio		H	M	Total
Añana este	IRUÑA OKA/IRUÑA OCA	RESIDENCIA VILLA IRUÑA	1	7	8
		VIVIENDA COMUNITARIA AITONA		1	1
		VIVIENDA COMUNITARIA EL MANANTIAL	1	4	5
		VIVIENDA COMUNITARIA IKATZBIZI		1	1
Añana centro	BERANTEVI LLA	RESIDENCIA OROBIDE		1	1
Añana oeste	LANTARON	RESIDENCIA NTRA. SEÑORA DEL PERPETUO SOC		1	1
		RESIDENCIA RIBERA ALTA - EGOIZER	1		1
		RESIDENCIA VILLA IRUÑA		1	1
		RESIDENCIA ZUBITXU	1		1
	VALDEGOVI A	ATENCION DIURNA RESIDENCIA OROBIDE		1	1
		RESIDENCIA RIBERA ALTA - EGOIZER		1	1
		VIVIENDA COMUNITARIA EL MANANTIAL	1		1
		Total AÑANA			5
ÍNDICE DE COBERTURA			1,5		

## 1.5. Recursos para las personas con discapacidad en la Cuadrilla de Añana-

*(A la espera de recibir datos)*

## 1.6. El SAD y las prestaciones económicas en la Cuadrilla de Añana

El número de personas perceptoras de SAD a 31/12/2011 en la Cuadrilla de Añana eran 102, siendo Valdegovía el municipio con mayor número de personas usuarias (27) (Tabla 13).

El número de personas atendidas por el SAD con carácter anual se recoge en la tabla 14 y para ese mismo año 2011 asciende a 120; de ellas 110 eran personas de 65 y más años, con lo que el índice de cobertura para ese grupo de población se sitúa en 7,10%, casi un punto porcentual por encima del que resulta para el total del Territorio Histórico de Álava (6,21% según los datos aportados por el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava).



**Tabla 13. Personas perceptoras de SAD por servicio social de base, municipio, centro y sexo. 31/12/2011**

SS.BB.	Municipio Domicilio	H	M	Total
Añana este	IRUÑA OKA/IRUÑA OCA	6	8	14
Añana centro	KUARTANGO	3	4	7
	ARMIÑON	1	2	3
	BERANTEVILLA	1	1	2
	ZAMBRANA	2	8	10
	RIBERA BAJA	3	7	10
	RIBERA ALTA	1	7	8
Añana oeste	AÑANA	1	5	6
	LANTARON	1	14	15
	VALDEGOVIA	9	18	27
<b>Total AÑANA</b>		<b>28</b>	<b>74</b>	<b>102</b>

**Tabla 14. Nº de personas atendidas en SAD por modalidad de atención y municipio de residencia. Total personas atendidas en el año 2011**

Municipio	DISCAPACIDAD	MAYORES	TOTAL
AÑANA	0	8	8
BERANTEVILLA	0	4	4
IRUÑA OKA/IRUÑA OCA	2	17	19
KUARTANGO	1	7	8
LANTARON	0	15	15
RIBERA ALTA	0	10	10
RIBERA BAJA	2	11	13
VALDEGOVIA	3	29	32
ZAMBRANA	2	9	11
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>110</b>	<b>120</b>
	<b>ÍNDICE DE COBERTURA 65 Y MÁS AÑOS</b>	<b>7,10</b>	

## Gráfico 6.- ÍNDICE DE COBERTURA DEL SAD EN EL PAÍS VASCO Y EL ESTADO 2011

En cuanto a las personas perceptoras de prestaciones económicas, en cualquiera de sus modalidades, aparecen recogidas en la tabla 15.

**Tabla 14. Personas beneficiarias pensión no contributiva, FBS, LISMI, PECEF y PEVS – año 2011**

PERSONAS BENEFICIARIAS PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, FBS, LISMI PECEF Y PEVS – AÑO 2011							
SS.BB.	Pensión no contributiva				Beneficiarias FBS		
	JUB	INV	(PROCEDENTE DE INVALIDEZ)	TOTAL	ANCIANIDAD	ENFERMEDAD	TOTAL
Añana este	2	17	1	20	2	2	4
Añana centro	1	1	0	2	1	0	1
Añana oeste	2	3	0	5	0	1	1
Total	5	21	1	27	3	3	6
	LISMI	PECEF			PEVS		
		H	M	Total	H	M	Total
Añana este	2	16	21	37	2	13	15
Añana centro	1	20	30	50	11	15	26
Añana oeste	0	13	30	43	3	4	7
Total	3	49	81	130	16	32	48

### 1.7. Recursos sanitarios en la Cuadrilla de Añana

*(Pendiente de recibir datos)*

### 1.8. La coordinación sociosanitaria en Euskadi.

El camino recorrido por la CAPV en el ámbito de la atención y coordinación sociosanitaria parte de la década de los 80 y, además de reflejarse en las principales normas legales, se ha desarrollado en

documentos estratégicos así como en diversos documentos como planes, convenios, protocolos de colaboración y programas.

Es, por tanto, irrenunciable que las acciones que los distintos programas de intervención marco (PIM) que se integren en *Etxean ondo-Araba* contemplen, se enmarquen, se nutran, sintonicen, se complementen y vayan añadiendo elementos de valor a las aportaciones y desarrollos ya validados con el objeto de propiciar las sinergias deseables entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.

Cabe citar leyes, planes, documentos estratégicos, así como protocolos, programas, convenios de colaboración y experiencias de intervención realizadas. En el siguiente cuadro aparecen las principales referencias que han sido tenidas en cuenta para encuadrar, centrar y limitar los PIM que se plantea impulsar.

- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales de la CAPV
- Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008.
- Encuesta de Salud de Euskadi llevada a cabo en 2007 (ESCAV'07)
- El estudio "El impacto de las diferentes enfermedades en la salud de la CAP V" (2008)
- Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores de 60 años (2010)
- Informe Consejo País Vasco de Servicios Sociales año (2011)
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Julio 2010)
- Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca (Diciembre 2010)

- Acuerdos, programas, protocolos y de convenios administrativos diversos

En relación a este marco de partida que aporta normativa, desarrollo conceptual y estratégico, acuerdos administrativos y experiencias de intervención, cabe destacar algunas ideas y elementos importantes que permitan entender cómo engazar la propuesta de intervención que se formula en este Proyecto, dirigido a completar el camino ya recorrido:

- **La Ley 12/2008, de servicios sociales de la CAPV** regula la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario. Concretamente en el artículo 46 se especifican los colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en este marco:
  - Personas mayores en situación de dependencia
  - Personas con discapacidad
  - Personas con problemas de salud mental, en particular las personas con enfermedad grave y crónica, y las personas con problemas de drogodependencias
  - Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes
  - Personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado
  - Personas con enfermedades terminales
  - Otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección, o con problemas de comportamiento; las mujeres víctimas de violencia de género y la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social

Además, en esta misma norma se recoge, en cuanto atañe al desarrollo de estructuras para la coordinación sociosanitaria, la creación del **Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria**, así como, a nivel foral y municipal, que existirán cauces de coordinación en forma de Consejos Territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto.

- **La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010)**, parte y justifica la necesidad de intervenciones centradas en los procesos crónicos, por ser diferentes de las intervenciones habituales dirigidas a los agudos, subrayando que la atención a personas con enfermedades crónicas:
  - Requiere un diagnóstico sobre el individuo en su conjunto incluyendo su situación social y su función frente a un diagnóstico tradicionalmente centrado en la enfermedad y los síntomas agudos.
  - Tienen mayor importancia las intervenciones proactivas, preventivas (primaria y secundaria) y rehabilitadoras frente a un enfoque típicamente curativo en la enfermedad aguda.
  - El paciente y el cuidador juegan un rol importante en el éxito de la intervención con necesidad de adherencia en periodos largos y cambios de estilos de vida frente a un rol tradicionalmente pasivo en el que reciben cuidados.
  - Necesitan una atención coordinada con “visión individuo” de todos los niveles de atención (primaria, especializada, media

estancia, salud mental, emergencias, servicios sociales, salud laboral, etc.) a lo largo del continuo de la enfermedad frente a una actuación rápida y especializada de un número limitado de departamentos concretos.

- o Cobran mayor importancia las necesidades y prioridades de cada paciente (médicas pero también emocionales, sociales, materiales, e incluso espirituales) dado que en muchas ocasiones son intervenciones continuas durante el resto de la vida del individuo frente a una intervención puntual con un impacto limitado sobre la calidad de vida a medio plazo del individuo.

La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi busca avanzar hacia un sistema de salud donde los equipos profesionales tengan un papel más proactivo en lo que se refiere a la educación a los pacientes para que sean actores activos en la gestión de su enfermedad, la integración clínica entre atención primaria e hospitalaria así como la utilización de la tecnologías en beneficio de los pacientes.

Incorporando las principales aportaciones de modelos internacionales para la gestión de la enfermedad crónica, enuncia una visión futura orientada, en lo que compete a la ciudadanía y a los enfermos crónicos, a lograr mejores resultados de salud, de satisfacción con la atención y en ganancias en calidad de vida. Esta visión propone el paso de un sistema reactivo a un sistema de asistencia proactivo que ofrecerá una atención más integrada, más continua en el desarrollo de la enfermedad (desde la prevención hasta el final de la vida, pasando por la rehabilitación), más adaptada a las necesidades de las personas

y grupos familiares y donde los ciudadanos tengan un rol más activo y una responsabilidad mayor en resultados de salud, con mayor satisfacción ante la atención y calidad de vida.

En este documento de la Estrategia se formulan **cinco líneas de acción política y un total de catorce proyectos estratégicos**, que resulta imprescindible tener en cuenta, como ya se ha indicado, para delimitar las acciones de intervención propuestas en este proyecto.

## **POLÍTICAS**

- I. Adopción de un enfoque de salud poblacional, gestión de salud poblacional estratificada y proactiva y reducción de las desigualdades en materia de salud.
- II. Priorización de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades
- III. Potenciación del papel activo del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente.
- IV. Garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores
- V. Adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema

## **PROYECTOS ESTRATÉGICOS**

1. Estratificación de la población
2. Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo
3. Autocuidado y educación al paciente Paciente Activo – Paziente Bizia
4. Creación de una Red de Pacientes. Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos
5. Historia Clínica Unificada: Osabide Global

6. Atención clínica integrada
7. Desarrollo de hospitales de subagudos
8. Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería
9. Colaboración Sociosanitaria
10. Financiación y Contratación
11. OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal
12. Desarrollo de la farmacia y la receta Electrónica
13. Creación del Centro de Investigación para la Cronicidad
14. Innovación desde los profesionales clínicos

### **Políticas y proyecto estratégicos formulados en la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.**

- El **Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca (Diciembre 2010)** señala, por su parte, algunas cuestiones importantes que apoyan la oportunidad de avanzar en proyectos de coordinación sociosanitaria desde la planificación compartida. Se destacan tres de ellas:
  - La división entre necesidades sanitarias y sociales, las dificultades de desarrollo de equipos multidisciplinares sociosanitarios comunitarios, así como las limitaciones de los servicios de ayuda domiciliaria públicos y el actual desarrollo de estructuras intermedias, dificultan en algunos casos la permanencia de las personas en domicilio provocando situaciones de fragilidad que conducen a realizar ingresos evitables.
  - La necesaria coordinación entre servicios de salud y servicios sociales de base está sujeta al buen hacer y a la voluntad de los profesionales, lo que dificulta garantizar una buena atención a



las personas, promocionar hábitos de vida saludable y prevenir la dependencia y las situaciones de indefensión de colectivos especialmente vulnerables.

- El gran interés existente entre los profesionales de los servicios sociales de base por trabajar en aras de estructurar la coordinación sociosanitaria en sus municipios elaborando protocolos de actuación conjunta.

### **1.9. La coordinación sociosanitaria en el Proyecto *Etxean ondo*.**

La coordinación es una pieza clave del modelo integral que se propone, por lo que se considera obligado intentar llevarla a cabo. Para ello, se propone establecer los correspondientes contactos con los responsables sanitarios del Territorio Histórico de Araba y, en su caso, de la comarca sanitaria a la que corresponda la Cuadrilla de Añana, para definir conjuntamente una propuesta de coordinación que tenga cabida y se enmarque en las actuaciones en marcha que se estén desarrollando por el sistema sanitario o que se estimen de interés iniciar.

Como se ha mencionado anteriormente, en el País Vasco se han producido notables avances en materia de atención sociosanitaria, lo que convierte en una oportunidad la existencia de proyectos como *Etxean ondo*, que se pone al servicio de estos desarrollos. Los programas de intervención marco (PIM) que se proponen en este proyecto concuerdan a la perfección con las propuestas que se contienen en los documentos mencionados.

Entre los objetivos que se definen en la Estrategia para la cronicidad, dentro del Proyecto estratégico de colaboración sociosanitaria, y que sintonizan a la perfección con los de *Etxean ondo* se establecen como estratégicos los siguientes:

1. Desarrollar los servicios sociosanitarios, potenciando la coordinación sociosanitaria a nivel de atención primaria mediante equipos interdisciplinares, como garantía de una atención integrada en el continuo asistencial, contemplando el domicilio como principal provisor de cuidados, así como impulsando y homogeneizando el desarrollo de recursos sociosanitarios en los tres Territorios Históricos.

2. Mejorar los sistemas y estructuras de coordinación del espacio sociosanitario, impulsando la existencia de un marco normativo común que concrete los catálogos de prestaciones sociales y sanitarias, además de elaborar un nuevo modelo de convenio para la financiación de servicios de carácter sociosanitario.

3. Mejorar la gestión del sistema para una mejora de la atención de las personas, mediante la formación y sensibilización de todos los implicados en la coordinación sociosanitaria, además de la implantación de un sistema de información compartida.

Por su parte, en el Documento marco también mencionado, se definen una serie de líneas enunciadas a través de objetivos estratégicos, entre los que cabe destacar algunos que han sido inspiradores y orientadores de las actuaciones de los proyectos de intervención marco que se han definido desde *Etxean ondo*.

Concretamente, en el objetivo estratégico 1, Desarrollar los servicios sociosanitarios, del Documento marco figuran:

#### 1.1. Garantizar una atención integrada en el continuo asistencial

- Desarrollar una atención comunitaria transversal que garantice la continuidad de cuidados en el domicilio habitual de las personas con la implicación de los equipos de atención primaria, red de salud mental y servicios sociales.

- Potenciar la atención mediante la metodología de gestión de casos como elemento fundamental para la coordinación sociosanitaria.

## 1.2. Consolidar el desarrollo de los servicios para las personas dependientes y con discapacidad

- Determinar los recursos sociosanitarios más adecuados para garantizar de forma coordinada los cuidados y la asistencia precisa, potenciando el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual en las mejores condiciones de autonomía posibles.
- Abordaje integrado de las aplicaciones telemáticas en el domicilio habitual de las personas dependientes (telemedicina, teleasistencia...)
- Facilitar conocimientos básicos a las personas cuidadoras para que puedan promover la aplicación de los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- Ofrecer información sociosanitaria sobre productos de apoyo y adaptaciones que propicien la comunicación, el autocuidado y la seguridad de la persona en situación de dependencia.
- Difundir las buenas prácticas entre los diferentes servicios dirigidos a personas dependientes de la CAPV.

También existe coincidencia entre *Etxean Ondo* y los fines perseguidos en el Documento marco, Objetivo estratégico 4, Promover la formación, la investigación y la innovación en el espacio sociosanitario, en el que se enuncian:

- Promover la formación conjunta de los/as profesionales de ambas redes aplicando la estrategia de formación de formadores y estableciendo canales de divulgación de conocimientos y experiencias.
- Potenciar la formación para el autocuidado y la capacitación de las personas cuidadoras.
- Impulsar experiencias de innovación en acción y buenas prácticas para la solución de problemas identificados en el ámbito sociosanitario comunitario.
- Innovar en la búsqueda de sostenibilidad pilotando diferentes modelos de gestión sociosanitaria.
- Desarrollar alianzas con entidades de innovación social que desarrollen actividades en este ámbito.

La atención a domicilio, que es sobre la que descansará la aplicación del Proyecto *Etxean Ondo* que se presenta es, como conocemos por la experiencia de buenas prácticas, uno de los ámbitos en los que puede resultar, en principio, más sencillo realizar la coordinación sociosanitaria, debido a la confluencia de objetivos. Por otra parte, la existencia de profesionales formados para intervenir en los domicilios, tanto en el ámbito sanitario (especial relevancia adquiere aquí la figura de la enfermera del Equipo de Atención Primaria), como en el de los servicios sociales (trabajador/a social de los Servicios Sociales de Primaria y auxiliares de ayuda a domicilio) también favorece que se desarrollen programas de coordinación sociosanitaria en este ámbito.

Por otra parte, la previsión contenida en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de asignar a cada persona o familia un **profesional de referencia** al objeto de “garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones” constituye una oportunidad muy

aprovechable para este proyecto. En las experiencias que se están desarrollando en atención domiciliaria en cinco municipios de Gipuzkoa son estas profesionales las que actúan como **gestoras de casos**, en coordinación con las enfermeras de primaria. No obstante, sería deseable que, en algunos casos de los que se seleccionen en las muestras de la Comarca de Añana, fuese la enfermera de primaria la que llevase a cabo esa función de gestión de casos.

Por otra parte, además de las intervenciones de atención domiciliaria a una muestra de casos de diferentes perfiles y que cumplan una serie de criterios prefijados, también se considera la posibilidad de intervenir en otros procesos mediante acuerdos de coordinación sociosanitaria. En las experiencias de Gipuzkoa se ha contemplado desarrollar un programa adicional de planificación e intervención sociosanitaria en casos de altas hospitalarias.

Por otra parte, para el desarrollo del proceso de planificación e intervención sociosanitaria, se considera obligado acompañarlo de una oferta de formación y entrenamiento dirigida conjuntamente a los profesionales sanitarios y sociales que intervengan en el proyecto. Tal oferta formativa contemplará aquellos contenidos que convenga introducir para facilitar las actuaciones, tales como el suministro recíproco de datos relativos a los casos, consenso en la elaboración de protocolos para la valoración *ante* y *post* de los casos de la muestra, la colaboración en la elaboración de los planes de atención y vida (P A y V), el trabajo interdisciplinar, los protocolos y vías de derivación y la elaboración de informes, fichas, y otros instrumentos que faciliten la intervención y evaluación en el seguimiento de los casos y que se hayan consensuado entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.

Dentro de estos contenidos formativos se plantea la posibilidad de acordar acciones coordinadas en la línea de avanzar en la formación de personas



en situación de discapacidad, fragilidad o dependencia (“paciente experto”) y de sus familias cuidadoras. Los contenidos, a consensuar, versarán sobre educación sanitaria, prevención primaria, secundaria y terciaria y técnicas para el cuidado y autocuidado ante la enfermedad o deficiencia y la autogestión de sus consecuencias y control de variables.

## 2. BASES Y DIMENSIONES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP).

Para la definición del modelo de AICP que sirve de fundamento al proyecto Etxean Ondo se ha partido de la consideración, además de los derechos humanos básicos, de la normativa reguladora de nuevos derechos sociales. También, se recogen los más importantes acuerdos y recomendaciones provenientes de los consensos internacionales a los que se ha llegado sobre las claves de la intervención idónea en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia. Asimismo, se tiene en cuenta la evidencia científica producida en este ámbito, incluyendo los resultados de evaluaciones realizadas sobre las políticas de atención más avanzadas.

Se presenta a continuación una síntesis de las bases mencionadas que sirven de fundamento del modelo de atención integral centrada en la persona (AICP) que desde las experiencias del Proyecto piloto Etxean-Ondo se han implantado en 2011 en Gipuzkoa y que se extenderá a la Cuadrilla de Añana durante los años 2012-2013.

### **a) La promulgación de nuevos derechos sociales y los consensos internacionales.**

Existen normas que regulan los derechos de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*, ratificada por España; la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, *LAPAD*, de 2006; la *Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco*.

- La OMS y sus clasificaciones sobre la discapacidad.
- Los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.
- La OCDE y sus recomendaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia.
- La Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), suscrita conjuntamente por la OMS, la UNESCO y la OIT.

### **b) La evidencia científica producida**

- Prevención primaria, secundaria y terciaria en la comprensión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Gómez y cols, 2003).
- Modelo psicosocial de intervención. (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).
- El fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal y reducir el exceso de dependencia (Janicki y Ansello, 2000, Little, 1988).
- Modelo de calidad de vida (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).
- El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002).
- El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los programas, (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009).
- La planificación centrada en la persona (López y cols., 2004).
- La atención centrada en la persona con demencia (Kitwood y cols 1993, 1997; Bradford DementiaGroup, 1997).

### **c) Los modelos y acuerdos para la coordinación sociosanitaria.**

- En el ámbito internacional, han tenido reconocimiento y repercusión el Modelo de cuidados continuados - TheChronicCareModel-(Wagner, 1999), al que siguieron el Modelo expandido de cuidados (TheExpandedChronicCareModel, Barr et al. 2003), el de Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas (ICCC-InnovativeCareforChronicConditions, WHO, 2002); el modelo Kaiser permanente; El PRISMA- Programme de Recherche sur l'Integration des Servicespour le Mantien de l'Autonomie de Québec-Canada; El SIPA - ServicesIntégréspourPersonnesAgées-Montreal-Canadá; o el modelo de la Pirámide King'sFund en el Reino Unido.
- En España, cabe citar, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y Real Decreto



1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Y también son de interés el *Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* (IMSERSO, 2005) y el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Política social en 2011.

- En el ámbito de Euskadi, son de obligada referencia la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010)*, en la que se formulan cinco líneas de acción política y un total de catorce proyectos estratégicos, y el *Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca* (Diciembre 2010)

#### **d) Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas**

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo desde la integración (Países Nórdicos), bien o la coordinación de servicios (Francia).
- La atención integral centrada en la persona abarca más de lo que es el espacio sociosanitario.
- La "atención transmural" para alcanzar el objetivo de apoyar la autonomía personal y la vida independiente.
- En los planes y programas hay que plantearse también apoyos para la participación y a la inclusión social.
- Las políticas avanzadas de Dinamarca y Suecia en la consolidación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana.
- La propuesta del Reino Unido sobre "sistema completo", basado en la organización de los servicios en torno a la persona.
- Modelo *Housing*, desde el que se viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios para que las personas puedan seguir viviendo en su casa, incluso cuando presentan niveles importantes de dependencia. Y su aplicación a los centros, cuando la persona no puede seguir viviendo en su casa, donde además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar.

**Resumen de las bases que avalan en Modelo de atención integral centrada en la persona.**

El diseño del proyecto que se presenta plantea, pues, la aplicación del que se ha denominado modelo de atención integral centrado en la persona (AICP), formulado en distintos lugares por Pilar Rodríguez (2005,2006, 2010), y en cuyo diseño se han tenido en cuenta los elementos que se contienen en el cuadro anterior. A ellas, se añaden otras de referencia ineludible, como son: Los cambios sociales ocurridos en los últimos años (fenómeno creciente del envejecimiento y sobre envejecimiento, crisis del apoyo informal) y la consideración del impacto de la grave crisis económica que atravesamos, lo que obliga a garantizar que las propuestas que se realicen sobre nuevos modelos de atención sean sostenibles económicamente.

La definición del modelo AICP, que se rige por una serie de principios y criterios esenciales al modelo, es la siguiente:

*La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.*

**En el modelo AICP se contienen dos dimensiones: la integralidad y personalización:**

- a) **La integralidad.-** Es decir, la necesidad de contemplar a la hora de planificar o de intervenir todos los ámbitos que nos constituyen como personas: los aspectos biomédicos, los psicosociales y los que atañen al entorno medioambiental.

Esta perspectiva de integralidad requiere de intervenciones globales e integradas. En este sentido, es necesario avanzar para que se consigan avances reales y duraderos en la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios para que las personas que requieren atención de ambos sectores, vivan donde vivan, la reciban de manera conjunta y continuada.

Pero la exigencia de integralidad traspasa el ámbito de lo sociosanitario porque igualmente es necesario desarrollar actuaciones coordinadas tanto entre niveles de los servicios sociales (primaria y secundaria) como con otros sectores diferentes (vivienda, cultura, educación, empleo, participación social, etc.).

Mención aparte merecen en la dimensión de integralidad del modelo, los aspectos relativos al diseño ambiental (arquitectónico, urbanístico), el papel de los productos de apoyo, los avances en domótica, la teleasistencia avanzada y otras utilidades de las TIC que están llamadas a tener un amplio desarrollo en el futuro y que deben ser congruentes y respetuosos con las bases y principios del modelo.

- b) **La personalización.**- Es la otra dimensión del modelo AICP, que se produce cuando los y las profesionales de la intervención, así como el sistema organizativo de centros, programas y servicios ponen como eje de su actuación a la persona, reconocen y respetan su dignidad y sus derechos y, en consecuencia, tienen en cuenta y se apoyan en su opinión y sus preferencias a la hora de planificar y de intervenir para

favorecer que la persona pueda ver reducida o minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y encuentre los apoyos precisos para desarrollar su autonomía personal en el transcurso de su propio plan de vida.

En coherencia con lo anterior, desde este modelo resulta imprescindible conocer e integrar en las intervenciones la biografía de cada persona, sus hábitos, gustos y deseos, e identificar las capacidades personales, incluso cuando se trate de casos con importante grado de deterioro cognitivo (en estos casos, la capacidad de decisión se traspasa a su grupo de apoyo, que será el encargado de adoptar, tras la oportuna deliberación, aquellas elecciones que estiman la persona habría hecho).

Sobre esta base, se aplican las técnicas y apoyos basados en evidencia científica y se desarrollan planes personalizados mediante los que promover las condiciones tendentes al logro de la mayor independencia posible y el ejercicio de la autonomía personal para el desarrollo de sus planes de vida y el mantenimiento del control sobre las actividades de su vida cotidiana.

En síntesis, desde el modelo de AICP, el diseño ambiental, la tecnología, los servicios formales y las relaciones e intervenciones profesionales se conciben y se constituyen como apoyos para incrementar la calidad de vida y el bienestar de las personas y para favorecer la continuidad de sus proyectos de vida. Su misión consiste en atender, proteger, enseñar, intervenir, acompañar, ofrecer cuidados, aplicando la evidencia científica existente en cada momento, pero manteniendo

siempre el fin último de contribuir a que quienes precisan atención y apoyos vivan bien y no pierdan el control de sus propias vidas.

### 3. OBJETIVOS, ENFOQUE METODOLÓGICO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO ETXEAN ONDO-CUADRILLA DE AÑANA (ARABA)

El proyecto *Etxean Ondo* se dirige a construir y aplicar un modelo de AICP a quienes 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 o en una residencia, manteniéndose integrados en su entorno comunitario y desarrollando su propio proyecto de vida.

#### 3.1. Los objetivos del Proyecto Etxean Ondo.

Los **objetivos generales** que persigue el proyecto *Etxean Ondo* los enunciamos de la manera siguiente:

- Que las personas mayores y las personas con discapacidad con necesidad de apoyos y atención (vivan en sus domicilios o en centros) 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.

- Que mediante estas experiencias piloto, que utilizan metodologías innovadoras (gestión de casos, atención integral y centrada en la persona), se genere conocimiento sobre la eficacia y eficiencia del modelo aplicado, que integra la coordinación entre niveles y sectores, especialmente sociosanitarios, la generación de nuevos servicios de proximidad, el apoyo a cuidadores y otros profesionales, cambios organizativos y de tareas de apoyo en centros, la teleasistencia avanzada, los productos de apoyo y la accesibilidad,

Al tratarse de un proyecto de atención integral donde interactúan distintos agentes y conviven distintos niveles de intervención (micro, meso y macro) la desagregación de esos objetivos en otros más específicos ofrecen un conjunto de ellos numerosos y diversos. En la siguiente tabla podemos ver los más señalados, agrupados según el núcleo principal de intervención en el que se circunscriben.

### Objetivos específicos

- a) **Relacionados con las personas** adultas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia.
- ✓ Conseguir mejoras en todos los ámbitos de su calidad de vida
  - ✓ Retrasar el avance del agravamiento de las situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia y favorecer su autonomía personal.
  - ✓ Facilitar su permanencia en el domicilio y la participación en su entorno, evitando institucionalizaciones no necesarias.
  - ✓ Avanzar en la percepción de vivir en un hogar propio y de mantener el control de la propia vida cuando las personas viven en residencias.

## b) Relacionados con las familia y otros cuidadores no profesionales

- ✓ Dar apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro) a familiares o a empleadas/os cuidadoras.
- ✓ Prevenir o actuar en situaciones de trato inadecuado y maltrato.
- ✓ Ofrecer espacios de participación en el plan de cuidados y en el desarrollo de los planes personalizados tanto en domicilios como en centros de atención.

## c) Relacionados con la generación de conocimiento sobre los sistemas de atención y recursos implicados

- ✓ Probar la idoneidad y eficacia del modelo de AICP
- ✓ Probar la eficacia de las figuras de los profesionales de referencia, como gestores de casos.
- ✓ Hacer más eficiente las intervenciones sanitaria y social, mediante la aplicación del modelo en coordinación sociosanitaria.
- ✓ Acompañar y formar a los/as trabajadores/as de atención directa y a los equipos profesionales especializados para lograr la adecuada implementación y el desarrollo del modelo AICP en domicilios y centros.
- ✓ Implementar diversos servicios de proximidad a domicilio, que amplíen las prestaciones tradicionales del SAD.
- ✓ Implementar y probar, en su caso, la eficacia del servicio de promoción de la autonomía personal.
- ✓ Valorar el papel de las enfermeras/os de atención primaria de salud, como tutores de los cuidadores implicados en el proceso: contratados, auxiliares de SAD, familias.....

- ✓ Hacer seguimiento de la calidad de los cuidados, comprobar la idoneidad de las personas cuidadoras y ofrecerles asesoramiento y apoyo en los casos de contar exclusivamente con prestación económica de la LAPAD.
- ✓ Valorar el papel de los/as cuidadores/as pagados en la provisión de cuidados, tanto asistentes personales como empleadas de hogar (generalmente inmigrantes).
- ✓ Evaluar la prestación de asistente personal.
- ✓ Definir un modelo de accesibilidad integral en las viviendas, mediante la valoración y propuesta de rehabilitación y adaptación del hogar y/o el suministro de productos de apoyo y tecnologías domóticas.
- ✓ Desarrollar y evaluar un servicio de teleasistencia avanzada.
- ✓ 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...).
- ✓ Impulsar diversas vías que promuevan la mayor participación social y la inclusión comunitaria de las personas mayores y de personas con discapacidad.
- ✓ Impulsar la creación de redes sociales y la participación de las personas en situación de soledad o aislamiento, mediante la promoción de actuaciones de compromiso social y voluntariado.
- ✓ Valorar la eficacia y eficiencia del trabajo conjunto con diversos sectores sociales (cultura, ocio, comercio) para promover una mayor apertura social y la reducción de estereotipos negativos hacia las personas mayores y las personas con discapacidad.



### 3.2. La IAP y la planificación participativa como enfoque metodológico

Como primera característica del enfoque metodológico que se plantea en el Proyecto *Etxean Ondo* es su enmarque dentro de la denominada **IAP** (Investigación/Acción/Participación):

- Investigación porque utiliza el rigor científico pero adaptándose e implicándose con la realidad social que pretende conocer y transformar.
- Acción porque se orienta a la resolución de problemas específicos.
- Participativa porque la investigación y la ciencia se ponen al servicio de la colectividad intentando resolver sus problemas y necesidades de manera colaborativa.

La metodología de la IAP es congruente, por otra parte, con el enfoque del *empowerment* y los de desarrollo comunitario y rehabilitación basada en la comunidad, que están también implícitos en el modelo.

Dentro de la filosofía de este enfoque de IAP, la estrategia metodológica que nos hemos planteado es la de la **planificación participativa**, que se considera la más idónea cuando se quiere promover, como es el caso, nuevas praxis que transformen las habituales relaciones asistenciales donde el poder en el diseño de las intervenciones lo han tenido los responsables de los servicios, sin tener demasiado en cuenta las preferencias y deseos de las personas destinatarias de los programas y sin contar con la colaboración de los y las profesionales sociosanitarios y los equipos técnicos.

Esta metodología participativa se caracteriza por constituir un proceso continuo, donde conocer, intervenir, aprender, se combinan y se integran a lo largo del tiempo en diferentes grados de influencia mutua.

Para hacerlo posible, la búsqueda de la participación de los agentes implicados en las intervenciones ha sido durante 2011 y debe ser en las nuevas experiencias que se inicien en la Cuadrilla de Añana una constante del proyecto. A estos efectos, se invitará a participar antes de su inicio y a lo largo de todo el proceso de intervención a los responsables políticos de servicios sociales, sanitarios y de otros sectores relacionados con el bienestar social, Asociaciones de personas mayores, de personas con discapacidad, familias, planificadores, gestores, profesionales de la intervención social y sanitaria, proveedores de servicios, ONGs relacionadas con el voluntariado, cultura, deporte, educación, comercio.... Todos ellos, en colaboración con el equipo técnico que coordina el proyecto, tendrán la oportunidad de participar en la concreción de los programas de intervención y, en la medida que se vaya consiguiendo esta cooperación, los objetivos pretendidos se harán más viables y fáciles de conseguir.

Esta propuesta de participación colaborativa se contempla en las distintas fases del proyecto: en el diagnóstico de situación en cada ámbito de actuación; en la planificación de las acciones; en la ejecución para desarrollar los planes personalizados y actuaciones o programas que se establezcan; así como en la evaluación prevista, que permitirá tanto realizar los oportunos reajustes en la planificación e implementación como generar conocimiento sobre el proceso, resultados e impacto de las intervenciones.

Algunas de las razones que avalan esta opción por la Planificación Participativa como la metodología de partida y central del proyecto *Etxean Ondo* son las siguientes:

- La AICP hace necesario partir de un enfoque global donde los distintos ámbitos relacionados con la calidad de vida de las personas y grupos estén presentes e interrelacionados: atención social, sanitaria, vivienda, tecnología, redes sociales, o los recursos culturales y educativos, entre otros.
- La necesaria cooperación entre profesionales, requisito imprescindible de la atención integral a las personas en situación de dependencia, pasa por construir una cultura común partiendo de espacios de encuentro, formación y planificación conjuntos.
- Combina el enfoque arriba-abajo (planificación estratégica) con el enfoque abajo-arriba (planificación operativa) donde los profesionales se implican más fácilmente y desarrollan roles más proactivos aportando sus conocimientos y experiencias a un proceso de planificación.
- La atención integral a las personas con discapacidad o en situación de dependencia ha de cubrir necesidades de las personas variadas y cambiantes, y por tanto, ha de ser un proceso abierto y necesariamente flexible. Por ello, además de apoyarse en la evidencia científica, ha de ser permeable a experimentar nuevas formas de hacer que surgen de las distintas realidades, de los contextos reales de cuidados, alejándose de las habituales planificaciones altamente directivas.

Para la concreción de este tipo de planificación participativa, el diseño y aplicación de los servicios y programas que se apliquen se desarrollarán mediante 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.

Es decir, se partirá de unas bases y objetivos generales comunes, así como de elementos metodológicos que los doten de homogeneidad, pero la concreción de los programas a desarrollar en los diferentes ámbitos se realizará con la participación de la administración local, los equipos técnicos de profesionales sociales y sanitarios, las asociaciones representativas de personas mayores y personas con discapacidad, y demás agentes sociales que actúen en el territorio.

En este sentido, se han elaborado para las experiencias de Gipuzkoa y se elaborarán o adaptarán para la Cuadrilla de Añana una serie de documentos en los que se contendrán las propuestas que conforman los diferentes PIM, que servirán de base y serán de utilidad para su concreción y definición en las experiencias piloto que finalmente se acuerde desarrollar.

También se han elaborado y seguiremos elaborando *documentos metodológicos y de soporte* diseñados para ofrecer tanto aspectos conceptuales relacionados con los programas y las metodologías, como orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales implicados en el proyecto Etxean Ondo.

Los PIM describen y proponen una serie de intervenciones de carácter orientativo (y por tanto no definitivas) para que el conjunto de agentes

implicados en el proceso de planificación tengan un punto de partida común y contenidos sobre los que puedan aportar, nutrir o perfeccionar. Asimismo, los PIM ayudan a la formulación final de las propuestas en cada territorio. Para las experiencias piloto desarrolladas durante 2011 se diseñaron nueve programas marco, que fueron seleccionados teniendo en cuenta todas las cuestiones relacionadas en los apartados anteriores y conectadas muy estrechamente con el desarrollo del modelo de AICP en contextos de apoyo en el domicilio y en el entorno.

Los documentos PIM pretenden ser altamente operativos, por lo que además de tener estructura sencilla, ofrecen contenidos básicos y ordenados según una secuencia lógica de seis pasos de planificación, de modo que se facilite una lectura rápida y un manejo ágil por parte de los equipos.

Quiere destacarse, para finalizar este apartado, que la cooperación de los agentes que intervienen en la aplicación del modelo de AICP resulta esencial para lograr aproximarnos a lo que en algunos lugares, como el Reino Unido, se ha teorizado como “sistema completo”. Tal sistema funcionará en la práctica si logramos, como intentamos desde el proyecto *Etxean Ondo*, que los servicios se organicen en torno a la persona y que todas las partes implicadas reconozcan que son interdependientes y lleguen a comprender que la acción de una parte del sistema tiene un claro impacto en el resto.

Este es el objetivo final de la presente propuesta, que pretende el logro de que las personas destinatarias de los programas los experimenten, efectivamente, como un continuo y que, con ello, se contribuya con claridad a obtener beneficios y mejoras en las diferentes dimensiones de su

bienestar y calidad de vida. Para ello se requiere, y así lo estamos promoviendo desde el inicio del proyecto, que todos los agentes del proceso lleguen a compartir la visión, los objetivos, las actuaciones necesarias (incluyendo la reformulación que sea necesaria), los recursos para su implementación y las inseguridades que también conlleva llevar adelante el cambio de paradigma que implica el desarrollo del modelo.

### 3.3. Fases que comprende el proceso de planificación participativa

Planificar e intervenir conjuntamente contando con los agentes implicados (personas usuarias, familias, profesionales, entre otros) es algo a lo que no estamos acostumbrados y, a priori, no resulta sencillo.

En lo que compete a los profesionales del campo sociosanitario, la coexistencia de modelos de atención diversos, currículos formativos y culturas de intervención diferentes, así como una adscripción administrativa y funcional separada son factores que pueden explicar las trabas que vienen teniendo estas apuestas.

Si ampliamos la mirada a otros profesionales y a la participación de las personas usuarias y familias, las dificultades aumentan. Expectativas diversas en relación a la atención y al cuidado, la tendencia a simplificar la atención integral en lo sociosanitario o la falta de espacios de encuentro e intercambio, añaden problemas a los procesos participativos de mirada amplia y explican, al menos en parte, la escasez de experiencias de intervención basadas en este enfoque.

Por esta dificultad que entraña un proyecto de la magnitud de Etxean Ondo, pensado desde la participación activa de los agentes, éste ha de entenderse como un proceso abierto, y por tanto necesariamente ha de ser progresivo, reflexivo y elaborativo, lo que exige ineludiblemente que se tenga la suficiente flexibilidad para introducir los cambios y ajustes que sean necesarios.

Para el proyecto a desarrollar en la Cuadrilla de Añana se contemplan, una vez acordados interinstitucionalmente, los elementos esenciales del Proyecto, tres fases para facilitar el ritmo y progreso de las iniciativas que se planteen:

### **Fase 1. Seminario - Taller de coordinación sociosanitaria**

*Formación y trabajo conjunto de planificación de los profesionales implicados.*

Se trata de arrancar el proyecto desde el consenso entre los principales profesionales (de salud y de servicios sociales) responsables de llevar a cabo el mismo. Para ello, en el Seminario – Taller que se propone se intentará aunar culturas provenientes de los dos ámbitos de intervención, dar a conocer sistemas y ámbitos competenciales, y crear un espacio de reflexión e intercambio que permita iniciar el proceso de construcción conjunta que se requiere.

El objetivo de este Seminario-Taller es doble. Por una parte, se trata de presentar y compartir el proyecto Etxean Ondo, (el modelo AICP, los objetivos, la metodología y fases de aplicación); los contenidos básicos de la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* y del *Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención*

sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca. Asimismo, se presentarán los Programas de Intervención Marco (PIM) y los Documentos metodológicos y de soporte (DMS) que favorecen su aplicación.

Por otra parte, se pretende ofrecer un espacio de intercambio y elaboración donde se profundizará sobre las estrategias de intervención y metodologías propuestas y se diseñarán y consensuarán metodologías e instrumentos para completar los PIM previamente presentados.

Participantes:

- Trabajadores sociales de servicios sociales municipales.
- Profesionales servicios salud, especialmente, enfermeras de atención primaria.
- Profesionales del equipo de *Etxean Ondo*, del GRUPO MATIA

***Fase 2. Tres Seminarios: Uno de información inicial sobre el proyecto a los agentes del Municipio, y otros dos con profesionales de intervención.***

### ***1) Seminario informativo.***

El primer Seminario consta de una sesión monográfica en la que se hace la presentación del prediagnóstico del ámbito territorial de la Cuadrilla de Añana, del contenido básico del proyecto *Etxean Ondo*, así como de los programas de intervención marco y de la metodología de



planificación participativa mediante PIM. Previamente a la celebración del Seminario se habrá facilitado a los intervinientes el material básico que se va a presentar.

Tanto a lo largo del debate como con posterioridad al mismo, se invitará a los participantes a realizar aportaciones para la concreción del proyecto

Participantes:

- Responsables políticos
- Profesionales de atención primaria de salud y servicios sociales municipales
- Movimiento asociativo de personas mayores
- Movimiento asociativo de personas con discapacidad
- Asociaciones de enfermos y de familiares
- Profesionales clave o líderes de la Comarca o de los Municipios.
- Proveedores de servicios
- ONG de voluntariado
- Casa de cultura
- Centros educativos
- Agentes de igualdad y de desarrollo rural
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros (representantes de sectores como el turístico, transporte, comercios...)

**1) Seminario con profesionales sobre la aplicación del modelo de AICP en domicilios y entorno.**

## Participantes:

- Profesionales servicios sociales municipales, incluyendo a los profesionales de referencia, relacionados con el SAD y la teleasistencia.
- Profesionales servicios salud (atención primaria y comarca sanitaria).
- Equipos profesionales de la residencia y centro de día.
- Proveedores de servicios (SAD, teleasistencia, servicios de proximidad, productos tecnológicos).
- Profesionales de servicios de vivienda y productos de apoyo.
- Agentes de igualdad.
- Agentes de desarrollo rural
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros....

## 2) **Cursos formativos para los profesionales del SAD**

Los contenidos del Seminario se centrarán en el conocimiento de las ideas básicas del Proyecto *Etxean Ondo*, del Modelo de AICP, y en de la metodología de gestión de casos.

## Participantes:

- Trabajadores/as del SAD del ámbito municipal y de los proveedores de servicios

- Profesionales de referencia de servicios sociales y del sistema sanitario y gestores de casos
- Profesionales GRUPO MATIA

### ***Fase 3ª. Concreción final de los programas de intervención que vayan a desarrollarse.***

Se recogerán las aportaciones de los distintos agentes en los seminarios y en los talleres de elaboración. Es el paso del programa de intervención marco a la concreción de las intervenciones en el Municipio.

A partir de aquí es cuando empieza la intervención propiamente dicha a la que se acompañarán sucesivas evaluaciones, acciones formativas y de acompañamiento y los oportunos ajustes en la planificación.

Además, a lo largo del proceso se contempla llevar a cabo otras acciones formativas con un doble objetivo: el intercambio de experiencias y profundizar en la formación de algunos aspectos que se considere necesario. Se desarrollarán algunas, tales como:

- Seminarios de intercambio de experiencias para:
  - Identificación y visibilización de Buenas Prácticas
  - Análisis de dificultades encontradas y alternativas o soluciones desarrolladas.
  - Participantes: los mismos que en las actividades formativas anteriores.

- Acciones formativas a la carta, en función de las necesidades identificadas.

### 3.4. Descripción de las actuaciones propuestas y su articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)

Desde el enfoque metodológico de la planificación participativa descrita en el apartado anterior, se propone integrar en el proyecto *Etxean Ondo- Domicilios y Entorno en la Cuadrilla de Añana*, de manera coordinada, algunas de las siguientes actuaciones y programas de intervención marco (PIM):

#### A. Actuaciones (programas y servicios).

- a. La **prestación del SAD, en coordinación sociosanitaria**, cuando así se precise. Para este proyecto, se define el servicio de ayuda a domicilio (SAD) y de 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 y en el entorno de personas adultas en situación de fragilidad o de dependencia* (Rodríguez, 2011).
- b. Provisión de **Servicios de proximidad a domicilio**: comidas y lavandería, peluquería, podología, fisioterapia, transporte para

acudir a los servicios de atención y/o actividades socioculturales, acompañamiento, biblioteca móvil, etc.

c. Servicio de **teleasistencia domiciliaria avanzada**, que superará la prestación tradicional, desarrollando utilidades como detectores de riesgos en el hogar y nuevos programas que rentabilicen y creen eficiencia en otros servicios sociales y sanitarios (consejo sociosanitario profesional sobre los cuidados, gestión de citas...).

d. **Accesibilidad en la vivienda y productos de apoyo.** La accesibilidad es un factor determinante para favorecer la seguridad, la independencia y la autonomía de las personas y, en este sentido, conseguir que el entorno domiciliario esté libre de barreras y obstáculos y que se utilicen los productos de apoyo que se requieran es un objetivo muy recomendable, según se deduce de la investigación producida en el País Vasco.

Desde las Administraciones públicas vascas, teniendo en cuenta las necesidades de la población y el marco normativo autonómico y de la LAPAD, ha puesto en marcha distintas iniciativas para apoyar la adecuación de los entornos domiciliarios, entre otros: Etxetek de la Diputación Foral de Gipuzkoa, Gizatek de la Diputación Foral de Bizkaia, el Centro de autonomía personal del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Servicio de asesoramiento en accesibilidad ofrecido por la Dirección de Vivienda de Gobierno Vasco...

El análisis de situación de estos programas refleja, entre otros aspectos, que no existe unicidad en cuanto a herramientas y

estándares de valoración concretas del área de accesibilidad en la vivienda. Y es por ello, que se ha propuesto que en las actuaciones que se desarrollen en las experiencias piloto de este proyecto se aporte también un modelo de accesibilidad, mediante la elaboración de un estándar para la evaluación que contemple el diseño universal de la vivienda y su entorno, teniendo en cuenta los productos de apoyo.

Tras la debida evaluación, se propone incluir en la planificación personalizada de los casos de intervención las indicaciones precisas para la supresión de barreras de accesibilidad en el hogar que sean necesarias para facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Además, se facilitará a cada familia un repertorio de Recomendaciones individualizadas para el conocimiento y la utilización de productos de apoyo y de las nuevas tecnologías que resulten adecuadas, según la valoración de cada caso.

- e. Apoyo **a las familias cuidadoras y otros cuidadores no profesionales** (Información, asesoramiento, formación, acompañamiento, grupos de autoayuda, servicios respiro y relevo...), incluyendo en ellas el enfoque de género con el fin de favorecer un reparto equitativo entre los sexos en la asunción de los cuidados familiares. Estos apoyos se determinarán después de la evaluación efectuada de la carga de cuidados que realizan las familias en cada caso que se incluya en la muestra de intervención.

La preeminencia que en España continúan teniendo los cuidados familiares tiene una de sus expresiones más claras en la opción

mayoritaria por la prestación económica para cuidados en el entorno familiar que se está produciendo con la aplicación de la LAPAD.

Sin embargo, la atención y cuidados que requiere una persona con necesidad de apoyos, sobre todo cuando presenta una situación severa de dependencia, puede revestir una enorme complejidad y, a la par, producir un grado de estrés considerable para la persona cuidadora. Afrontarlo de manera adecuada requiere que ésta sea competente tanto porque posea los conocimientos y estrategias pertinentes, como en cuanto a su propia idoneidad para el cuidado, fundamentalmente relacionadas con su situación de salud, disponibilidad de tiempo, proximidad domiciliaria, etc. Desde este proyecto se plantea realizar una formación básica y un acompañamiento continuado a la persona cuidadora y, a la vez, ofrecerle unas horas de respiro para descansar de los cuidados.

Por otro lado, no es baladí atender a la necesidad de que los responsables públicos evalúen que los cuidados que se prestan son de calidad, especialmente cuando se está recibiendo una prestación económica como compensación. También para este fin puede ser de gran utilidad un SAD complementario al cuidado familiar, desde el que se realice la evaluación y seguimiento de los cuidados prestados por la familia.

En consonancia con lo anterior, se propone que, dentro de la tipología que se desarrolle sobre los perfiles de la muestra de intervención, que serán los casos destinatarios de los servicios que se proponen, se incluya el de familias cuidadoras que han

asumido a sus expensas el cuidado de la persona en situación de dependencia, recibiendo para ello una prestación económica de las previstas en el catálogo de la LAPAD. En este sentido se propone un diseño de SAD (el programa *Acompaña*) específicamente dirigido al apoyo, respiro y formación de las familias cuidadoras que, al tiempo, cumpla la función de realizar el seguimiento y evaluación de los cuidados.

Se define el **Programa "Acompaña"** *para personas en situación de dependencia que son atendidas por cuidadores y cuidadoras no profesionales del ámbito familiar como una modalidad del SAD que ofrece a las personas cuidadoras formación, asesoramiento, descanso y acompañamiento en el domicilio, al tiempo de realizar el seguimiento y la evaluación de la calidad de los cuidados.*

- f. **Servicios intermedios.** Como es bien conocido, además de los SAD, también hay otros recursos que favorecen que las personas con discapacidad, fragilidad o situación de dependencia, puedan continuar viviendo en su casa con calidad de vida y bienestar. Los denominados servicios intermedios cumplen también, como lo hace el propio SAD, una función de "respiro" a las familias cuidadoras. En la medida de la disponibilidad de recursos existentes en los Municipios de la Cuadrilla de Añana, se considerará la posibilidad de derivar algunos casos hacia estos recursos, según los programas personalizados que se desarrollen. Los centros de día, los centros y programas ocupacionales o de apoyo a la integración, los programas de estancias diurnas o de estancias temporales en residencias, etc...



- g. En el ámbito de la **prevención** de situaciones de riesgo de dependencia, se implantarán iniciativas de promoción de la salud y de lucha contra las situaciones de **soledad** mediante el acompañamiento e intervención de personas voluntarias.
- h. **Servicios de promoción de la autonomía personal**, que también podría incluirse para desarrollarlo, en su caso, en colaboración con el movimiento asociativo relacionado con la discapacidad. La LAPAD introduce, dentro del catálogo de sus prestaciones (art. 15), el servicio de promoción de la autonomía personal (SEPAD). En relación con esta prestación, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2008) realizó una propuesta que contiene su conceptualización con el fin de orientar su creación, implantación y desarrollo por parte de las Administraciones Públicas. En este documento se señala como fin de los SEPAD, “disponer y ordenar los recursos, apoyos y asistencias de toda índole que contribuyan a incrementar eficazmente, hasta el máximo grado posible, la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de dependencia o necesidades de apoyo para su autodeterminación”.

Los SEPAD se relacionan muy directamente con la metodología de gestión de casos propuesta para este proyecto y está en consonancia con la necesidad de diseñar y seguir itinerarios personalizados que, en algunas ocasiones, como es de manera especial el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental grave, pueden durar toda la vida de la persona.

i. Programa de **participación social y comunitaria.**

Complementariamente a los servicios que se presten en los domicilios, desde el proyecto *Etxean Ondo* se proponen y apoyan diferentes actuaciones de dinamización y participación social y ciudadana (algunos de ellos relacionados también con los de promoción de la salud y de prevención de la dependencia de carácter sociosanitario), en colaboración con los movimientos asociativos locales y las Administraciones implicadas.

## B. La articulación en Programas de Intervención Marco (PIM)

Todas las actuaciones, entre las propuestas, que finalmente se acuerde desarrollar se articularán, como se ha descrito al presentar el enfoque metodológico de la planificación participativa, mediante PIM, que se elaborarán y presentarán como documentos de trabajo para orientar el diseño definitivo de las actuaciones que se acuerden en la Cuadrilla de Añana, en el proceso de planificación colaborativa. Algunos de los contenidos más relevantes que se incluyen en los mismos son:

- **PIM 1. La atención integral centrada en la persona**

- Valoración integral y puesta en valor de la persona
- Valoración de la red de apoyo y de la "carga" de los cuidados.
- Valoración de la vivienda y necesidad de productos de apoyo
- Objetivos de intervención
- Propuesta de atención según perfil de personas destinatarias
- Atención SAD
- Atención sanitaria
- Necesidades de apoyo para la participación social

- Otras intervenciones para la persona
  - Otras intervenciones para la familia
  - Reuniones de seguimiento y revisión del P A y V
  - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
    - o El papel del gestor del caso
    - o El papel del o de la auxiliar del SAD
    - o El papel de enfermería de atención primaria
- 
- **PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD**
- Comidas a domicilio
  - Lavandería a domicilio
  - Acompañamiento
  - Podología
  - Peluquería y estética
  - Biblioteca móvil
  - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
    - o El papel del gestor del caso
    - o El papel del o de la auxiliar del SAD
    - o El papel del enfermería de atención primaria
    - o El papel de otros profesionales o colaboradores
- 
- **PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
  - Actuaciones que integra en el ámbito de la salud
  - Actuaciones que comprende del ámbito de los servicios sociales
  - La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
- **PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras**
    - Valoración situación familiar, carga cuidador/a principal y necesidades del grupo familiar
    - Acompañamiento y actuaciones de apoyo (Cuidadores/as expertos/as)
    - Asesoramiento individualizado
    - Acciones formativas grupales
    - Derivación a servicios de respiro
    - Formación y apoyo en el propio domicilio desde el servicio Acompaña
    - Supervisión prestación económica LAPAD para cuidados no profesionales
    - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
- **PIM 5. Servicio “Acompaña”**
    - Acceso al servicio y criterios de inclusión
    - Actuaciones que integra
    - La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

- El papel del gestor del caso
- El papel del o de la auxiliar del servicio “acompaña”
- El papel del enfermería de atención primaria
- El papel de otros profesionales o colaboradores

- **PIM 6. Servicios para un entorno accesible**

- Valoración vivienda
- Adaptaciones funcionales del hogar
- Orientación sobre productos de apoyo y domótica
- Orientación sobre productos apoyo
- Transporte accesible
- Coordinación entre las actuaciones y los profesionales implicados

- **PIM 7. Servicio de promoción de la autonomía personal**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- La derivación desde el gestor del caso
- Profesional encargado del servicio
- Las actuaciones a llevar a cabo desde el servicio
- La coordinación entre los implicados
- El papel del profesional del servicio
- El profesional de referencia SS
- El papel de otros profesionales o colaboradores

- **PIM 8. Participación social y comunitaria**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Detección intereses y preferencias de la persona

- Información sobre recursos existentes
  - Derivación a recursos existentes
  - Apoyos necesarios para permitir el acceso y la participación
  - La coordinación de los implicados
  - Diseño de programas de participación comunitaria, en colaboración con asociaciones y agentes del municipio (talleres, actividades deportivas, intergeneracionales, voluntariado, promoción cultural, turística...)
- **PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida**
    - Tipos de destinatarios
    - Selección, elaboración y difusión de material educativo para la promoción de hábitos saludables, prevención de la dependencia y fomento de la autodeterminación.
    - Experiencia grupos autogestores
    - Experiencias paciente activo
    - Derivación a programas formativos existentes y recursos *on line*
    - Formación a la persona/paciente en situación de dependencia.
    - Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

### C. **Ámbito de aplicación: las muestras**

Para la aplicación en la Cuadrilla de Añana del proyecto piloto, se consensuará el diseño de una muestra de casos, que, tras el proceso de valoración inicial, se subdividiría después, de manera aleatoria, en dos con las mismas características de perfil y criterios

de inclusión (grupo control y grupo de intervención), con el fin de evaluar los resultados obtenidos de manera rigurosa.

### Grupos de población

- Personas mayores 65 en situación de dependencia que vivan en su domicilio
- Personas mayores 65 años en situación de fragilidad que vivan en su domicilio
- Personas mayores 18 años con discapacidad que vivan en su domicilio

### Perfiles y criterios:

1. **Personas mayores con grados de dependencia III y II** que reciben prestación de la LAPAD: 60% de mujeres, 50% con deterioro cognitivo, 80% con familia cuidadora, compatible con cuidadora empleada, preferiblemente inmigrante.

#### Criterio de inclusión:

Personas que reciben servicio de ayuda a domicilio (SAD) y/o centro de día u otras prestaciones.

2. **Personas mayores con mismo perfil** señalado en el apartado anterior.

#### Criterio de inclusión:

Personas que reciben la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, sin apoyo de servicios.

3. **Personas mayores en situación de fragilidad o dependencia** grado I, con o sin prestaciones de la LAPAD: doble de mujeres que de hombres.

### **Criterios de inclusión:**

Personas que viven solas, pero con red social cercana (30%).

Personas que viven solas, aisladas y sin red social (50%).

Personas que viven en pareja o con hijos (20%).

4. **Personas jóvenes (de 16-20 años) con grados de dependencia III y II** y prestaciones de la LAPAD en forma de servicios o prestación económica.

### **Criterios de inclusión:**

70% de los casos con discapacidad intelectual.

30% personas con discapacidad física y grave afectación y algunos con discapacidades mixtas –parálisis cerebral, etc.-

5. **Personas adultas con discapacidad (mayores de 50 años)**, con grados de dependencia III, II y I y prestaciones LAPAD en forma de servicios tradicionales o prestaciones económicas (no asistente personal)

### **Criterios de inclusión:**

70% de los casos con discapacidad intelectual.

30% personas con discapacidad física y grave afectación y algunos con discapacidades mixtas –parálisis cerebral, etc.-

Para seleccionar casos de **intervención sociosanitaria de carácter complejo**, se sugiere, a modo de ejemplo, la inclusión de casos de personas que, además de cuidados personales, precisan atención y/o supervisión sanitaria continuada. No obstante, estos criterios se determinarán conjuntamente entre los servicios sociales y sanitarios de Araba.



## **Criterios de inclusión**

Se deberían cumplir todos los criterios generales y al menos uno de los específicos.

### *Generales*

- Grado dependencia II ó III
- Más de 3 prescripciones crónicas
- Más o igual de tres visitas a urgencias en el último año
- Más o igual de dos ingresos hospitalarios en el último año

### *Específicos*

- Insuficiencia cardíaca
- EPOC
- Demencia
- Hepatopatía/Diabetes/Artrosis (al menos dos de estas patologías)
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio.

## **D. Evaluación**

*Etxean Ondo- Cuadrilla de Añana* es un proyecto que pretende desarrollar y validar un modelo aplicado de atención integral centrada en la persona en el domicilio y en su entorno a quienes se encuentran en situación de discapacidad o dependencia.

La evaluación del proyecto piloto *Etxean Ondo* pretende disponer o generar conocimiento relacionado con:

1. **La situación de partida.** Para ello se buscará información y datos que permitan:

- ✓ Disponer de un diagnóstico de la Comarca de Añana para priorizar las necesidades e intervenciones
- ✓ Orientar las intervenciones de forma personalizada
- ✓ Conocer la situación de partida para, comparándola con los datos obtenidos tras la intervención, comprobar si se han producido cambios y mejoras.

Todo ello en relación a: los recursos del territorio, las personas usuarias, las familias cuidadoras y a los profesionales implicados en el cuidado.

2. **Cómo ha sido el proceso.** Se pretende obtener información sobre cómo se han desarrollado los PIM que, finalmente, se desarrollen en la Cuadrilla de Añana. Ello, a su vez, permitirá:

- ✓ Conocer las posibles secuencias de desarrollo y los logros alcanzados.
- ✓ Señalar las principales dificultades en el desarrollo y las estrategias utilizadas para su abordaje.
- ✓ Identificar los elementos clave y las buenas prácticas en el desarrollo de las intervenciones

3. **Los resultados obtenidos.** Se trata de contar con datos en relación a:

- ✓ Grado de cobertura alcanzado tanto en lo que atañe a la puesta en marcha de nuevos servicios, como a la coordinación de actuaciones ya existentes así como saber a cuántas personas destinatarias llega.
  
- ✓ Cumplimiento de objetivos del proyecto.
- ✓ Analizar los cambios y efectos obtenidos en las personas: personas usuarias, familias cuidadoras y profesionales.

4. **Validar el modelo** de atención integral centrada en la persona en domicilios y entorno.

- ✓ Identificar los objetivos y logros conseguidos.
- ✓ Reconocer los límites en la aplicabilidad de las intervenciones
- ✓ Establecer buenas prácticas en las intervenciones: nivel organizativo, nivel metodológico y relacional.