

Envejecer no es sinónimo de perder calidad de vida



Espacios al aire libre y edificios



Transporte



Participación y tejido social



Respeto e inclusión social



Participación ciudadana y empelo



Comunicación e información



Servicios sociales y salud

Envejecer no es sinónimo de perder calidad de vida

La despoblación del medio rural junto con el envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de supervivencia, el aumento de personas mayores que viven solas o acompañadas de las personas mayores, los cambios en el modelo de familia que con disminución del potencial de cuidadores informales, y **el deseo de muchas personas de seguir viviendo en su domicilio y en el medio**, ha llevado a un aumento de las necesidades de este colectivo y plantea el reto de desarrollar nuevas acciones y recursos más innovadores y adecuados. **Esta tendencia que se observa en la sociedad general se agudiza en mayor grado en el ámbito rural.**

La constatación de esta realidad y el momento de cambio con la aplicación de la Ley de Servicios Sociales 12/2008 del 5 de diciembre que establece el derecho subjetivo a los Servicios Sociales y la distribución competencial entre las diferentes administraciones vascas, atribuyendo a los ayuntamientos la competencia de los servicios sociales de atención primaria.

Ley de Servicios Sociales 12/2008



Es por ello por lo que nos planteamos la necesidad de mejorar la planificación y organización de los servicios de atención a las personas mayores del municipio.

Comenzamos por crear un grupo multidisciplinar (socio-sanitario) con un fuerte liderazgo político;

- Médica atención primaria.
- Enfermera atención primaria.
- Trabajadora Social de Base.
- Técnica de cultura.

En este contexto, surge la necesidad de identificar a personas mayores de 65 años que viven solas o acompañadas de otras personas que hasta ahora, eran invisibles al actual sistema.

1. Entidades promotoras

Ayuntamiento de Zambrana: equipo político y trabajadora de servicios sociales de base.

Cuadrilla de Añana: técnica de cultura y técnica de igualdad.

Osakidetza: Atención primaria de Zambrana, tanto enfermera como médica.

Otros agentes sociales: Parroquia de Santa Lucía de Zambrana (Cura).

Asociación cultural Zabalate (Zambrana).

2. Tipo de entidades

Pública y privada.

3. Público objetivo

Toda la ciudadanía de más de 65 años del municipio de Zambrana.

4. Ámbito territorial

Local, territorial y Euskadi.

5. Estado

Implementada (en desarrollo).

6. Etiquetas

Envejecimiento activo, dependencia, demencias, servicios sociales, servicios sanitarios, fragilidad, atención y cuidados.

7. Objetivos

El objetivo general es mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que residen en municipios rurales, desarrollando actuaciones encaminadas a la prevención de situaciones de dependencia o mayor dependencia mediante la puesta en marcha de actividades y así fomentar la posibilidad de la permanencia de las personas mayores en su domicilio y en su medio social.

Objetivos específicos:

- Conocer la realidad individual de las personas mayores de 65 años del municipio, sus posibles necesidades y preferencias.
- Concienciar a las personas mayores y a sus familiares sobre la importancia de participar activamente en la propuesta y participación en las actividades propuestas.
- Realizar mejoras en la planificación y programación de recursos y actividades, según las necesidades y preferencias concretas detectadas.
- Mejorar los años de vida saludable de los ciudadanos, reduciendo así años de vida con dependencia o dependencias altas que dificultan la permanencia en su domicilio y medio social.
- Incrementar el conocimiento tanto en las personas mayores como de sus familiares respecto a los beneficios de realizar actividades preventivas y tener hábitos de vida saludable.
- Ofrecer atención integral individual a las personas mayores en función de sus necesidades.
- Promover espacios que favorezcan la creación de redes y relaciones sociales entre las personas mayores del municipio.
- Potenciar la participación social de las personas mayores en acciones específicas sobre temas de interés general como cuidado del medio ambiente, conocimiento y conservación del patrimonio cultural del municipio y mejora de los espacios públicos.
- Promover en la ciudadanía, una visión positiva de la tercera edad.

8. Metodología

Desde hace tiempo, en los contactos mantenidos entre el Ayuntamiento, Servicio Social de Base, Servicio de Animación y Centro de Atención Primaria, se ha visto que hay personas mayores del municipio que cada vez participan menos en actividades colectivas, mientras que la percepción es que cada vez, se encuentran en una situación más vulnerable.

Esta vulnerabilidad, se agudiza en los **meses de invierno rural**, donde la actividad social se reduce a la programación cultural que el Ayuntamiento ofrece, no considerando la diversidad de capas sociales que conviven en el municipio, es por ello que actividades históricas como gimnasia de mantenimiento, taller memoria... se convierten en un espacio tremendamente heterogéneo, en la que se da una selección natural de los más capaces o aptos (jóvenes), desplazando a los usuarios que presentan síntomas de fragilidad (mayores).

Esto hace que los jóvenes de ayer (población de + 65 años del 20%), apenas cuenten con espacios propios activos, no existiendo programas de envejecimiento específicos en términos de amigabilidad en la generación de entornos facilitadores. La pérdida de independencia hace que la población de nuestros jóvenes de ayer se traslade a Gasteiz, que si cuenta con los recursos necesarios para desarrollar grandes oportunidades socio-sanitarias. Esto se traduce en **PERDIDA DE POBLACIÓN EN EL MEDIO RURAL**.

Por ello, la metodología busca sacar a la luz las necesidades concretas de estas personas. Para ello, se ha tenido en cuenta las características peculiares de este colectivo:

- La dificultad de reconocer los puntos vulnerables.
- Poco conocimiento de los factores de riesgo asociados a los aspectos vulnerables.
- Falta de cultura en la prevención de la fragilidad.

Crear grupo multidisciplinar

Para poder analizar las necesidades concretas de personas mayores es de vital importancia analizar la situación de una forma integral. Por ello se ha de generar un grupo multidisciplinar compuesto por responsable del ayuntamiento, Servicios Social de Base, Servicio de Animación y Centro de Atención Primaria. Solo de esta forma se conseguirá poner en marcha actividades que mejoren la calidad de vida de la persona mayor. Este grupo será el encargado de fomentar el buen funcionamiento de todas las fases del proyecto. **Con una obligada fuerte implicación política que haga labor de liderazgo.**

Fomentar la participación

Conocer que se puede mejorar la calidad de vida es el primer paso para cambiar hábitos de vida y participar en actividades promovidas para ello. Por lo tanto, es importante atraer al mayor número de posibles personas a participar en la valoración que permite detectar necesidades individualizadas. De esta forma, además de conseguir mayor conocimiento concreto de las necesidades de las personas mayores, las personas que han participado elevaran el conocimiento y sensibilidad sobre su salud y bienestar y motivación para mejorarlo.

Valoración geriátrica integral (VGI)

La valoración geriátrica integral ayudará a conocer la existencia de la fragilidad e identificar los factores de riesgo que la pueden desencadenar es el primer paso en la mejora de la calidad de vida de la persona anciana.

Esta identificación hay que realizarla poniendo el foco en la mejora de la persona y en sus capacidades tanto actuales como futuras. Por ello, es vital que la valoración integral tenga en cuenta además de la visión técnica, la percepción de la persona respecto a sus problemas. Solo así se consigue que se implique en su cuidado y se podrán conseguir grandes resultados con intervenciones personalizadas.

Por todo ello, esta valoración y su PAP (Plan de Atención Personal) debería cumplir con los siguientes criterios:

- 1.- Valoración integral de la persona a través de la herramienta InterRAI HomeCare (estándar de facto prescrito por las instituciones públicas vascas, tanto servicio vasco de salud como diputaciones forales).
- 2.- Detección de área de mejora y las “necesidades”.
- 3.- Priorización de los problemas detectados desde dos ángulos: técnico/estándar y humano/autopercepción.
- 4.- Determinación de los objetivos de intervención previstos (lo que no se puede medir no se puede mejorar) detectando la motivación clave y el elemento que funcione como palanca de cambio de la persona/familia para incrementar la probabilidad de consecución.

Para optimizar los tiempos de realización de la valoración y generación del plan de cuidados personalizados, además de proponer actividades colectivas enfocadas a cubrir necesidades de varias personas a la vez, es de vital importancia incorporar herramientas tecnológicas que permiten reducir en gran medida estos tiempos de análisis y conclusiones, como la que posee Ubikare, herramienta única en el mundo.

Evaluación de los resultados y aprobación de las actuaciones

La evaluación se tiene que basar en los resultados objetivos conseguidos por las valoraciones geriátricas integrales realizadas, pero también se tendrán en cuenta los aspectos objetivos y evaluación se obtendrán propuestas de actividades colectivas e individuales que serían interesantes fomentar. Esta propuesta se presentará y aprobará por el ayuntamiento.

Socialización de las conclusiones

Las conclusiones obtenidas de la evaluación y las propuestas aprobadas se expondrán ante las personas que han participado (individualmente) y el resto de personas mayores (colectivamente), aumentando el conocimiento y reconocimiento de la importancia de la prevención en estadios de vulnerabilidad además de fomentar la participación en las nuevas actividades propuestas: Lugar de encuentro (para atacar riesgo de aislamiento social), taller ejercicio físico multi-componente

(para atacar riesgo de caídas o pérdida de autonomía física) y taller estimulación cognitiva (para atacar riesgos cognitivos asociados).

Actividades preventivas puestas en marcha.

- **Lugar de encuentro:** Un espacio que tendrá lugar de enero a junio y de octubre a diciembre, se realizará 2 veces por semana en sesiones de 2 horas. Abierto para personas de más de 65 años, sin excluir a otras franjas de edad.

La clave de este espacio es la no concurrencia a ningún tipo de subvención, ya que el proyecto debe mantenerse en el tiempo por sí mismo, con independencia, sin servilismos a cuenta de un interés. La actividad principal de este espacio se articula en torno a lo lúdico, lo cultural y la actualidad, con un modo de proceder pilotado por los propios asistentes. El Ayuntamiento quiere ir más allá de crear un espacio cultural y de entretenimiento, pone como engranaje a este lugar de reunión a una dinamizadora, que tan solo acompaña la creación de una conciencia crítica constructiva, entre los mayores del municipio, estimulando la autogestión.

- **Taller ejercicio físico multi-componente:** se realizará semanalmente, en sesiones de 60/90 minutos de duración. A pesar de ser un taller grupal de 8 personas, se trabajará de forma personalizada e individualizada aquellas aptitudes que no estén tan desarrolladas o en las que haya un déficit (coordinación, fuerza, resistencia, higiene postural, equilibrio...). Además, cada persona recibirá actividades para realizar en el domicilio, que podrán ser realizadas todos los días o de 3 a 4 días por semana depende la capacidad funcional de cada una. Estas actividades prescritas se pondrán en conocimiento para juntar a su ficha médica a la enfermera/médica referente de atención primaria.
- **Taller estimulación cognitiva personalizada:** se realizará semanalmente, en sesiones de 60/90 minutos de duración. A pesar de ser un taller grupal de 8 personas, se trabajará de forma personalizada e individualizada aquellas aptitudes que no estén tan desarrolladas o en las que haya un déficit (Atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje y/o praxis). Al finalizar las sesiones, cada persona recibirá actividades personalizadas para realizar en casa durante los días que no haya sesiones, de tal manera que puedan continuar con la estimulación cognitiva personalizada desde el hogar.

Cada sesión conlleva asociada una ficha que realizaran los profesionales, indicando ratios de asistencia, interrelación entre las personas asistentes y un campo de observaciones.

Cada ficha, será analizada, respetando la LOPD de modo mensual por el grupo de trabajo del programa (alcalde, médica y enfermera, técnica cultura y trabajadora social).

Así como el lugar de encuentro es un espacio abierto a toda la ciudadanía, el taller de estimulación cognitiva personalizada y el taller de ejercicio físico multicomponente personalizado, lleva adscrito una prescripción de los profesionales (trabajadora Social y personal sanitario) que obedece a los siguientes criterios:

CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN TALLERES

A. Selección de pacientes

- a. Prioridad a pacientes frágiles que se han sometido a las valoraciones generales, excepcionalmente tienen cabida usuarias NO valoradas por recomendación médica.
- b. Prioridad a pacientes, que por determinadas circunstancias no encajan o no pueden acceder a otras actividades dentro y/o fuera del pueblo, o que consideramos en el equipo, que precisan relacionarse en el municipio para evitar aislamiento social.

B. Ofrecimiento de Talleres

- a. Estimación de beneficios, que cada uno de los usuarios seleccionados, puede obtener de cada uno de los talleres, ofertándoles en primera estancia el que consideramos más adecuado para su situación actual. Para esto se le expone a cada individuo donde pensamos que tiene más necesidad de mejora, siempre desde la visión positiva de avanzar en mantener calidad de vida y no desde la visión negativa de su deterioro.
- b. Aceptación por parte del usuario de la asistencia al taller que se le ha asignado.

C. Seguimiento de la Actividad

- a. Recogida por parte de los profesionales que imparten los talleres de la asistencia, actividades y evolución de las mismas con respecto a cada participante. Informe semanal de estos aspectos.
- b. Seguimiento de la satisfacción y avance desde la opinión del propio individuo.

La satisfacción grupal e individual de los usuarios es manifiesta y podríamos decir que contagiosa ya que animan a otros a participar, tanto en los talleres de Actividad Física como en los de Estimulación Cognitiva y en el espacio más lúdico y social del Taller de Encuentro.

Re-evaluación de los resultados

Para poder medir el impacto positivo que ha generado este proyecto en la calidad de vida de las personas mayores es importante reevaluar a las personas mayores del municipio en un periodo de 6 meses desde el inicio de la actividad prescrita. Estos resultados se compararán con los obtenidos en la primera evaluación, además de incorporar a esta evaluación la parte subjetiva de los participantes a través de una encuesta de satisfacción. De esta forma tendremos medido el impacto que ha generado este proyecto en la vida de las personas mayores del municipio.

9. Elementos innovadores

NUEVA ESTRATEGÍA QUE ABORDA EL RETO DEMOGRÁFICO, CON UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

La despoblación del medio rural junto con el envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de supervivencia, el aumento de personas mayores que viven solas o acompañadas de otras personas mayores, los cambios en el modelo de familia que con disminución del potencial de cuidadores informales, y el deseo de muchas personas de seguir viviendo en su domicilio y en el medio, ha llevado a un aumento de las necesidades de este colectivo de personas mayores y plantea el reto de desarrollar nuevas acciones y recursos más innovadores y adecuados. Esta tendencia que se observa en la sociedad general se agudiza en mayor grado en el ámbito rural de araba.

La constatación de esta realidad y el momento de cambio con la aplicación de la Ley de Servicios Sociales 12/2008 del 5 de diciembre que establece el derecho subjetivo a los Servicios Sociales y la distribución competencial entre las diferentes administraciones vascas, atribuyendo a los ayuntamientos la competencia de los servicios sociales de atención primaria.

En este contexto, Ayuntamiento de Zambrana, ha creado un escenario en que la administración pasa de ser reactiva a ser proactiva, acudiendo a una ciudadanía en situación pre frágil de manera personalizada, para evitar fragilidades futuras y consiguiendo un ahorro económico a la administración actuando de manera preventiva.

APLICACIÓN HERRAMIENTA TECNOLÓGICA 4.0 NAIHA

Como los recursos económicos de los municipios pequeños se limitan a soportar el levantar la persiana de la institución cada día, la utilización en nuestro programa de envejecimiento activo de tecnología avanzada, como es NAIHA, ha permitido en nuestro caso acortar los tiempos de análisis, evaluación y recopilación de datos estructurados. El reducir tiempo de dedicación del funcionariado, redundando en ahorro económico.

De este modo en 3 días, a través de 2 enfermeras, se pudo obtener para cada participante (33 en total) una evaluación con más de 400 ítems estructurados. Sin esta herramienta la evaluación que podríamos haber hecho sería más sencilla y por lo tanto no se hubieran detectado algunos signos de fragilidad (por ejemplo, los cognitivos leves...).

CREACIÓN GRUPO MULTIDISCIPLINAR-COORDINACION SOCIOSANITARIA

La coordinación sociosanitaria es fundamental para abordar la atención a la población mayor en la que confluyen factores sanitarios y sociales. El proceso de elaboración de este programa nos ha servido para poner en valor nuestro modelo de intervención.

Desde hace varios años se creó un escenario, rompiendo parcelas muy sectorizadas (área social y sanitaria) creando un órgano de encuentro entre la trabajadora social de base y la médica de atención primaria. La colaboración se ceñía en la atención a personas y familias.

La colaboración que mantenemos y hemos mantenido durante estos años, está basada en la voluntad personal de las profesionales de ambos servicios. Nunca Osakidetza ha liberado al personal médico para estas labores de coordinación; si ha autorizado su participación. Era una colaboración informal, en el sentido de que no existe un protocolo establecido, ni unas herramientas técnicas compartidas. Se ha centrado en la atención de personas y familias cuando ha surgido una necesidad concreta o en situaciones de urgencia.

Es por ello, que nos vimos en la necesidad de establecer un sistema de coordinación entre el Servicio de Atención Primaria de Salud y Servicio Social de Base que facilite la intervención integral, prevención y evaluación de las intervenciones. Además, se vio la necesidad de que existiera la implicación política con un fuerte liderazgo, que realice la labor de coordinación de los distintos agentes colaboradores. Este grupo, fue añadiendo agentes como la técnica de cultura y de igualdad de género y aportaciones puntuales del párroco de la localidad de Zambrana y la asociación cultural ZABALATE.

10. Evaluación y resultados

La evaluación de la iniciativa se realiza de diferentes formas:

- 1.- El porcentaje de participación sobre la población mayor de 65 años.
- 2.- Identificación de las necesidades que tiene la población no dependiente pero frágil que se encuentra fuera del sistema para generación de nuevas actividades que ayuden a prevenir deterioro.
- 3.- Evaluación continua de las intervenciones por el equipo.
- 4.- Evaluación objetiva de la mejora en la calidad de vida.
- 5.- Satisfacción de los participantes a través de una encuesta de satisfacción.

1.- PARTICIPACIÓN

Las actuaciones responden al objetivo general de mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que residen en el municipio, desarrollando actuaciones encaminadas a la prevención de situaciones de dependencia mediante la puesta en marcha de actividades que fomenten las relaciones sociales y hábitos de vida saludables, y favorecer la permanencia de las personas mayores en su domicilio y en su medio social.

Tomando la población diana anteriormente indicada, el Municipio tiene una población total de 420 habitantes, de los cuales 70 personas superan los 65 años.

En octubre de 2018 tras una campaña de comunicación a la ciudadanía, se realizaron 33 valoraciones integrales (47,14 %). A fecha de hoy han pasado por los 3 talleres desplegados en el programa 50 de los 70 vecinos potenciales.

2.- IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS INVISIBLES

La evaluación o identificación de las necesidades se realizará a través de NAIHA (es un sistema basado en analítica avanzada de datos (más de 400 ítems)), que es la primera y única herramienta tecnológica en el mundo que puede realizar de manera automática un diagnóstico holístico social y sanitario de la persona. Esta primera evaluación se analiza posteriormente por el equipo multidisciplinar para adecuar más a la realidad de cada persona e incrementar la sensibilidad. De esta forma se ha conseguido:

- Todas las personas que han participado tienen un plan de cuidado integral, personalizado y preventivo.
- Poner en marcha intervenciones grupales personalizadas. NAIHA y su apartado de Data Science es capaz de analizar de forma colectiva los resultados para poder proponer intervenciones grupales personalizadas.

De esta forma de las 33 valoraciones integrales realizadas en Zambrana se detectaron factores de riesgo que activaban la fragilidad y por lo tanto la necesidad prioritaria en concreto a trabajar con cada persona en intervenciones grupales personalizadas.

- Estimulación cognitiva: 8
- Estimulación física: 16
- Estimulación social: 9

3.- EVALUACIÓN CONTINUA DE LAS INTERVENCIONES

Para cada sesión realizada tanto en el lugar de encuentro como en los talleres cognitivo y físicos, el profesional que imparte la misma realiza un acta donde detalla la asistencia; resumen de la intervención; datos para destacar e incidencia (si la hubiera). Estas actas son analizadas por el grupo multidisciplinar y ayudan a tomar decisiones que mejoren el programa. Por ejemplo:

- 1.- La participación del taller de estimulación cognitiva estaba reduciendo antes de verano, se tomó la decisión de cambiar el profesional quien lo impartía. Ahora la asistencia es de casi 100%.
- 2.- Una persona que acudía al taller de estimulación física tuvo un ictus por lo tanto se tomó la decisión de que hiciera doble sesión junto con el taller cognitivo.
- 3.- Se estaban incrementando las demandas para participar en el taller físico, pero por falta de espacio en la misma no se podía dar respuesta. Se decidió crear otro grupo en septiembre.

4.- EVALUACIÓN OBJETIVA DE LAS INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

Al principio, a los 6 meses y posteriormente cada año se realiza una valoración específica de las capacidades físicas y cognitivas de los participantes con doble objetivo:

- Adecuar las intervenciones que se están llevando a cabo
- Motivar a los asistentes que continúan asistiendo a las mismas relevando la mejora/mantenimiento de su estado de salud a través de herramientas de valoración objetivas.

Los resultados que se han obtenido se pueden observar en el apartado IMPACTO.

5.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (se adjunta como documento anexo)

Cada año se pasa una encuesta de satisfacción a todos los participantes. A través de esta encuesta además de saber su nivel de satisfacción en general, sirve para detectar mejoras al programa a través de preguntas abiertas y valorar si el programa ha tenido impacto en la calidad de vida de los participantes. Ver en el apartado IMPACTO los resultados obtenidos.

11. Anexos y enlaces

Facebook del Ayuntamiento de Zambrana

<https://www.facebook.com/ayuntamientodezambrana/photos/a.435691889964287/1024836671049803/?type=3&theater>

BLOG Herrismartik EUDEL, Asociación de Municipios Vascos.

<http://www.herrismartik.eus/experiencia-amp.php?id=24>

BLOG UBIKARE, empresa colaboradora de la iniciativa

<https://ubikare.io/blog/asistencia-socio-sanitaria-zambrana-proyecto-big-data/>