

**“DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE MODELO RESIDENCIA
GERIÁTRICA”**

**Grupo de Trabajo
“Diseño de un Modelo alternativo a
la residencia asistida para personas mayores”**

Fecha de inicio: Abril de 2017

OBJETIVO

El objetivo principal del presente grupo de Trabajo es diseñar un Modelo de Atención a las Personas, con o sin dependencia, desde un enfoque comunitario, que garantice: la no institucionalización de la persona; sea respetuoso con la convención de los derechos de las personas con discapacidad; y que económicamente, no supere el coste de una plaza en un servicio residencial grado III.

Este enfoque ha de suponer una alternativa al actual modelo de atención residencial para personas autónomas o valoradas con grado I, II y III.

METODOLOGÍA Y TEMPORALIDAD

Cada reunión de trabajo tendrá una duración de 3 horas y partirá de un documento-borrador que facilite el debate. Este documento será elaborado por Fundación Vella Terra y enviado previamente a los profesionales convocados.

El proyecto contempla la participación de determinados expertos en diferentes materias (derecho, arquitectura, economía, modelos de atención, enfermería, psicología, sociología...) para que validen y suscriban los avances del grupo de trabajo.

COORDINACIÓN DEL PROYECTO

Sergio Osuna, Director Ejecutivo de Fundación Vella Terra y GrupVL

PARTICIPANTES

- Antoni Salvà: Director de Fundació Salut i Envel·liment (UAB)
- Maria Gil: Jefa Sección de Atención a las personas con Dependencia en Ajuntament de Mataró
- Sònia Moreno: Jefa Sección de Atención a las personas con Dependencia en Ajuntament de Terrassa
- Josep Maria Solé: Gerente de Fundació Suport i Regidor en Ajuntament de Platja d’Aro
- Elena Fernández: Directora de Programa de Consultoría y Formación en Alzheimer Catalunya Fundació
- Meritxell Aguirre: Directora técnica de la Residencia y Centro de día “el Mirador de Mataró”
- Montserrat Alsina, enfermera y formadora
- Marc Trepas: Arquitecto y socio fundador de Batllori & Trepas Arquitectes
- Marc Fernandez: Arquitecto y fundador de Arquetica, serveis d’Arquitectura i Accessibilitat
- Jordi Domingo: Director de Westpoint Solution S.L.
- Félix Lázaro: Director de Xarcom
- Lluïsa Pla: Directora asistencial en Centre de Vida Independent - CVI
- Sandra Millet: Gerente en Centre de Vida Independent -CVI
- Jordi Muñoz: Abogado, Presidente de EIMA
- Josep Ma Barcelona: Abogado en Bufete Escura
- Jordi Vilardell, Director General de Fundació Vella Terra
- Josep Carné, Presidente de FATEC

ÍNDICE

1. Justificación del proyecto: ¿por qué es necesario un cambio de modelo de vivienda para personas mayores con alta dependencia?
2. Líneas Básicas del Nuevo Modelo de atención y cambio organizacional
3. Intervención comunitaria
4. Diseño arquitectónico
5. Análisis de procesos
6. Tecnología aplicada
7. Ayudas técnicas
8. Análisis Jurídico y legal del proyecto en relación con el marco actual
9. Análisis económico: ingresos, gastos y fuentes de financiación de los servicios
10. Sistemas de seguimiento y evaluación de resultados
11. Diseño y puesta en marcha del proyecto piloto

1. Justificación del proyecto: ¿por qué es necesario un cambio de modelo de vivienda para personas mayores con alta dependencia?

1.1 Introducción

Durante los últimos años, el Sector de los servicios para personas mayores en situación de dependencia, viene haciendo grandes esfuerzos por cambiar el modelo de atención, pasando de modelos bio-médicos en los que se pone el foco de atención en la propia organización, hacia modelos de atención centrados en la persona, en los que se organizan los servicios alrededor de la persona y no a la inversa.

Es importante destacar y poner en valor, antes que nada, todo lo conseguido hasta el momento. Muchas residencias geriátricas están consiguiendo un cambio muy importante tanto en su forma de entender el servicio como en la forma de percibir al propio cliente y usuario.

La proliferación de formaciones en ACP, Basale Estimulation, Validación, Buenas Prácticas, misiones empresariales, Comités de ética, Equipos de reflexión ética, comité de bienvenida, profesionales de referencia y de acogida, el aumento de los canales de participación de los usuarios y sus familiares, y un largo etcétera son un claro ejemplo de que el sector, aunque aún no de forma generalizada, está cambiando.

No obstante, todos estos esfuerzos se están realizando sin modificar la normativa y legislación vigente, que impone una arquitectura y unas reglas de relación con el entorno que obligan a continuar con procesos de institucionalización e impiden un cambio de segundo orden, es decir, un verdadero cambio de paradigma en el que se priorice el respeto por las personas y sus derechos.

1.2 ¿Por qué es necesario un cambio de modelo de residencias geriátricas?

Las razones que justifican la necesidad de poner en marcha un nuevo modelo de residencias geriátricas son las siguientes:

- Las personas no quieren ingresar en las residencias geriátricas, pero no tienen alternativa

Según el informe 2014¹ sobre las Personas Mayores en España, del Ministerio de Sanidad, sólo el 12% de las personas querrían ser cuidados, llegados al caso, por personas sin vínculo familiar. Y de ese 12%, sólo el 27% querrían ingresar en una residencia geriátrica. De ello se desprende que las residencias son un recurso no deseado y que el ingreso obedece a la falta de otras alternativas (SAD insuficiente o inexistencia de recursos residenciales alternativos).

La decisión de ingresar en un centro residencial no parte pues del derecho a decidir de la persona mayor sino que es el familiar o familiares quienes suelen tomar la decisión. Esta es

¹ http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

una decisión dolorosa, con sentimientos de culpa y sensación de abandono. Por tanto, también en el caso del familiar es una decisión tomada más por falta de otras opciones que por ser la opción deseada.

- El proceso de institucionalización tiene efectos negativos sobre la salud mental y física de las personas

Según un estudio de finales de los 90², la prevalencia media de trastornos depresivos en la población anciana institucionalizada es elevada, situándose entre un 15 y 35% en la mayoría de los estudios, lo que indica que se trata de una tasa muy superior a la hallada en población general anciana. Otros estudios anteriores³ señalan que esta prevalencia es de un 50%.

Según un estudio comparativo⁴ del 2015 entre riesgo de depresión en población institucionalizada y en población que vive en su domicilio, se concluye que el 80% de los ancianos institucionalizados presentan riesgo de depresión, mientras que en los que viven en su domicilio el 26,8% presenta dicho riesgo.

No es de extrañar pues que los ancianos institucionalizados presenten una autopercepción y unos estereotipos más negativos hacia ellos mismos que los ancianos que viven en sus domicilios (Rafael Muñoz, 2015⁵).

Por otro lado, diversos estudios (Leturia y Yanguas, 2007⁶), señalan que en residencias existe una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en cualquiera de sus formas.

Se señalan como principales fuentes de estrés que acompañan al ingreso de una persona mayor en un centro geriátrico las siguientes: la nostalgia, la soledad, la monotonía, las comidas, la falta de afecto, la masificación, la falta de intimidad, la relación con los compañeros, la pérdida de libertad, la falta de control, el trato con el personal y los horarios.

Existe, por tanto, una clara relación entre depresión, ansiedad y el ingreso en un centro residencial.

- Las tendencias en el resto de países europeos nos orientan hacia modelos de atención comunitarios

Organizaciones internacionales como la EASPD⁷ (European Association on service providers for persons with disabilities) están trabajando intensamente en el desarrollo de modelos de atención con un enfoque comunitario, alejados del modelo de centro residencial tan extendido en España.

² <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-depresion-el-anciano-que-13005975>

³ <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2700078.pdf>

⁴ <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5284891>

⁵ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200002

⁶ <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n1/v16n1a09.pdf>

⁷ <http://www.easpd.eu/>

La tendencia Internacional es poner en marcha modelos que se caracterizan por⁸:

- Ofrecer apartamentos individuales o para parejas que sean totalmente accesibles y en los que se incorporen tecnologías de apoyo.
- Posibilidad de recibir diferentes paquetes de atención integral, incluso cuando se requieren atenciones sociosanitarias de carácter complejo.⁹
- Diversificar la oferta de los servicios de comidas con dos o más menús para elegir cada día.
- Disponibilidad durante las 24 horas del día para recibir los apoyos que se precisen.
- Instalaciones comunes compartidas por los inquilinos y vecindad, como restaurante, sala de estar, gimnasio, actividades lúdicas, biblioteca, etc.

De hecho, en UK, las plazas en residencias tradicionales y “nursing homes”, ha bajado a 154.000 de las 510.000 que había en los años ochenta (Community Care Statistics, 2008¹⁰), promocionando en contrapartida Modelos Housing.

- El actual modelo de residencias geriátricas no facilita el correcto cumplimiento de los acuerdos nacionales e internacionales en relación con la discapacidad y el trato a las personas mayores

Según el artículo 1 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificado por España en el año 2007, “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Entendemos que las personas mayores que viven en residencias, en su mayoría, son personas con discapacidad y que, por tanto, es de plena aplicación los acuerdos de la convención.

El actual modelo de residencia geriátrica, en connivencia con la legalidad vigente y la normativa aplicable al sector residencial, dificulta el correcto cumplimiento de, como mínimo, los siguientes artículos¹¹:

- **Artículo 14, Libertad y seguridad de la persona:**
 1. *Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:*
 - a) *Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;*
 - b) *No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.*

⁸ www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf

⁹ El Grupo de Trabajo no dispone de evidencias que confirmen este punto.

¹⁰ Pilar Rodríguez, 2011 “Hacia un nuevo Modelo de alojamientos)

¹¹ www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

La gran mayoría de las Personas mayores no desean ingresar en una residencia. La falta de alternativas lleva a las personas a claudicar y no oponerse al ingreso, programado y decidido a menudo por los mismos hijos en connivencia con los profesionales. El abandono del hogar, junto con pertenencias de gran significado simbólico y emocional para las personas supone una importante ruptura en el proyecto de vida de las personas justamente en uno de los momentos vitales más delicados.

Un gran número de los ingresos se producen sin la autorización expresa de la persona y bajo la figura de la guarda de hecho o de la tutela. Es imprescindible diseñar y poner en marcha mecanismos que faciliten la cobertura de necesidades teniendo en cuenta la voluntad y los deseos de las personas aun estando incapacitadas o con deterioro cognitivo.

Finalmente, es necesario recordar que las residencias son, por definición, recursos abiertos. Las personas han de poder entrar y salir libremente, proveyendo de los mecanismos necesarios para minimizar los riesgos para la persona o para el resto de personas. Coartar las libertades de la personas, en contra de su voluntad (aun en caso de presunta modificación de la capacidad) en pro de su seguridad es una práctica habitual en el actual modelo de residencias que requiere una profunda revisión.

○ **Art 19, derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad:**

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Las personas mayores se ven obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico dado que actualmente no hay otras opciones disponibles. Por otro lado, las residencias actuales son en su mayoría sistemas cerrados que proveen en su interior de todos los servicios necesarios,

dificultando la libre participación de la persona en la vida comunitaria, potenciando así el aislamiento.

El actual modelo de residencia dificulta compartir recursos con la comunidad (gimnasio, comedor, peluquería, talleres...) dado que cada residencia está obligada a disponer de ellos en el mismo edificio en el que las personas duermen. Por tanto, las personas ingresadas en la residencia ven muy limitado el contacto con personas de otras edades y características, promoviendo así su aislamiento.

Incluso la misma cartera de servicios en Cataluña, en relación a los pisos tutelados, obliga a que la puerta de acceso a la unidad sea diferente a la puerta de acceso del resto de vecinos, evitando así su integración en la comunidad.

○ **Artículo 22 Derecho a la privacidad:**

1. *Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.*
2. *Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.*

Es habitual que los familiares de la persona ingresada, esté o no incapacitada, tengan libre acceso a la información de salud, económica y social de la persona, sin la autorización expresa de la persona ingresada. Incluso en muchas ocasiones se prioriza el acceso a esta información a los familiares por encima del mismo interesado o interesada.

El actual Modelo dificulta, por un criterio de costes, que las personas puedan disponer de habitaciones individuales. La persona pierde así cualquier lugar privado e íntimo. Además, las habitaciones no se pueden cerrar desde el interior, al igual que los lavabos, quedando la persona continuamente expuesta.

Esta falta de espacios privados supone un problema para libre ejercicio de su sexualidad.

2. Líneas Básicas del Nuevo Modelo de atención

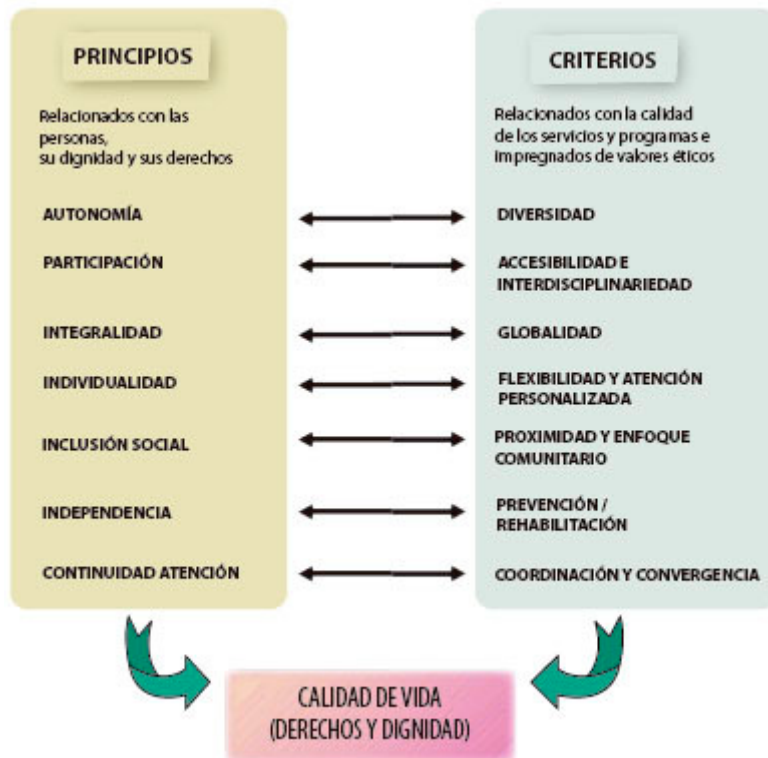
“La residencia es mi barrio”

En la actualidad, existe mucha bibliografía en relación a propuestas de nuevos Modelos de alojamiento para personas mayores con o sin dependencia.

Tomamos como marco de referencia la Atención Centrada en la Persona. En palabras de Pilar Rodríguez, definiríamos de la siguiente manera:

“La atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para 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”

Asumimos por tanto los principios de la Atención centrada en la Persona, a saber:



1

El Grupo de trabajo acuerda los siguientes puntos básicos de los cuales diseñar el nuevo Modelo de residencia:

1. Distribución en Unidades de Vivienda:
Cada Unidad ha de tener el mínimo número de personas posible y ha de disponer de habitaciones individuales, o dobles en caso de que así se desee (matrimonios, por ejemplo), baño adaptado para cada habitación, salón-comedor y cocina.
2. Domicilio de la persona:

La habitación y la Unidad de Vivienda es a todos los efectos el domicilio de la persona. Será la persona usuaria y sus compañeros quienes tomarán las decisiones sobre gran parte de los aspectos que les afectan en el día a día. Aspectos como la decoración, el régimen de visitas, la limpieza, horarios, etc. serán decididos por los miembros de la Unidad hasta el máximo de las posibilidades

3. Ubicación:

Estas unidades estarán integradas en un entorno comunitario, por ejemplo, uno o varios bloques de viviendas, en el que el acceso sea el mismo que para el resto personas del edificio evitando así la segregación. Algunos de los servicios (rehabilitación, talleres, visitas médicas...) se prestarán fuera del mismo edificio facilitando así la plena integración de la persona usuaria en el barrio.

Determinados servicios, teniendo en cuenta el estado de salud de la persona, se prestarán en el domicilio (en la Unidad de la persona). Otros servicios se prestarán en el domicilio de la persona si así se solicita.

4. Accesibilidad:

Tanto las Unidades de vivienda, como el edificio o el centro de coordinación serán plenamente accesibles y sin barreras arquitectónicas. Diseño Universal. Se promoverán los mecanismos necesarios (ayudas técnicas, acompañantes, tecnología) para facilitar el acceso de las personas a los servicios, ya sea dentro del edificio como los servicios ubicados en otros emplazamientos del barrio.

5. Servicios compartidos:

El gimnasio, la peluquería, la lavandería, las aulas-taller, el comedor colectivo, y otros servicios no son de uso exclusivo de los usuarios del servicio residencial sino que son compartidos por otras personas y colectivos de la comunidad (casales, centros de día, SAD, centros cívicos y ciudadanía en general). La coordinación de los diferentes servicios se hará a través de un centro coordinador.

6. Centro Coordinador:

Se dispondrá de unas oficinas en las que, a través de un gestor de caso, se dará garantía de cobertura a las necesidades de las personas mediante un extenso catálogo de servicios. El “centro de coordinación” actuará tanto para el las Unidades de vivienda como para otros servicios de la red: SAD, Centro de Día, casal y programas en cartera, como el programa “Radars o Sempre acompanyat”. El gestor de caso será el mismo profesional para la persona, al margen del servicio que esté disfrutando. El vínculo entre el gestor de caso y la persona usuaria es un factor importante a mantener y potenciar

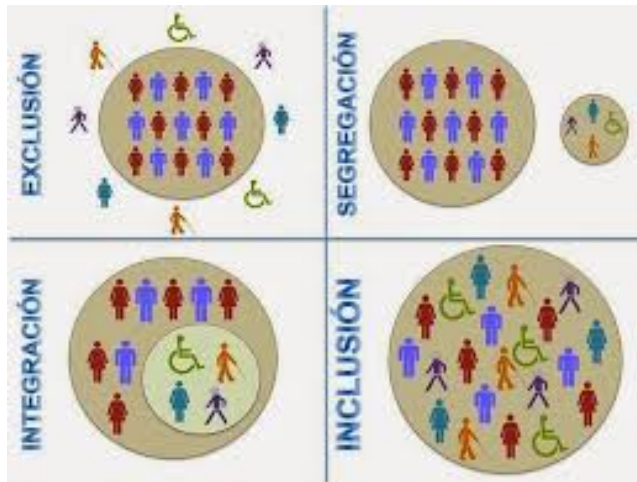
7. Tecnología:

Tanto las Unidades de convivencia como el edificio y también las personas incorporarán tecnología con los siguientes objetivos:

- Minimizar el riesgo a través del monitoraje continuo consentido sin perjuicio de la libertad y autonomía de las personas: alarmas de constantes vitales, geolocalización indoor y outdoor, zonas de riesgo y de seguridad, etc.
 - Mecanismos de ayudas técnicas: domótica, Smart-home...
 - Comunicación, por video y audio, bidireccional y continua con el centro coordinador o/y con el gestor de caso.
 - Mecanismos de participación en la comunidad.
 - Canales de información a la persona o a quien esta designe como representante, sobre visitas, actividades y eventos.
 - Recogida de datos para análisis de procesos y resultados.
 - Asistencia digital en tiempo real.
8. Activación de recursos:
Al margen de cuál sea el nivel de apoyos que requiera, en la medida de lo posible y excepto en el caso que sea la persona usuaria quien lo solicite, no cambiarán de Unidad de vivienda. Los recursos giran alrededor de las personas y no a la inversa.
9. Acceso:
Entre otras variables, se priorizará el acceso a personas del propio entorno comunitario. Con ello se garantiza la continuidad con la vida anterior, el mantenimiento de las relaciones sociales y la facilidad para interacciones nuevas. En la medida de lo posible, y siendo siempre sensibles ante cualquier tipo de discriminación, serán las personas usuarias quienes decidirán con quien quieren convivir.

3. Intervención comunitaria

Es innegable que gracias al esfuerzo combinado entre las Administraciones Públicas, empresas y sociedad, hemos conseguido con éxito que las personas mayores en situación de dependencia transiten del cuadrante de la exclusión a la integración. Sin embargo, el reto de la plena inclusión es una asignatura pendiente que es importante abordar en los nuevos servicios que se pongan en marcha.



Cada vez son más los ayuntamientos que, siendo conscientes de que los recursos son escasos por definición y conocedores del resultado que genera empoderar y facilitar la participación de la comunidad, están desarrollando y poniendo en marcha programas de Trabajo Comunitario.

Se define Trabajo Comunitario como “La intervención social en el ámbito comunitario encaminados a desarrollar las capacidades personales, grupales y vecinales, fomentando la autoayuda y la solidaridad, potenciando los propios recursos de la comunidad, tanto a través de la participación activa de los habitantes, desde la perspectiva individual, como la de sus organizadores formales o informales, a través de sus grupos (Rosell, T, 1994:25).

El Trabajo Comunitario coordinado desde los Ayuntamientos facilita por tanto, de forma eficiente en costes, la inclusión de las personas mayores en la comunidad de vecinos y barrio a través de promover la implicación y la participación de la comunidad.

Ayuntamientos especialmente sensibles como el de Mataró o el de Terrassa, han ido más allá, desplegando programas más ambiciosos que suponen un apoyo excelente para el modelo de vivienda que nos ocupa.

Un aspecto clave es el compromiso de ambos ayuntamientos en facilitar el acceso de las personas usuarias del servicio de vivienda que estamos diseñando a los programas que actualmente, en igualdad de condiciones que las personas que no han cambiado de domicilio habitual.

Los programas de Trabajo Comunitario más destacables son:

1. RADARS:

El Ayuntamiento de Mataró, en convenio con el Instituto Municipal de Servicios Sociales de Barcelona, ha puesto en marcha el proyecto **RADARS** para contribuir al bienestar de las personas mayores y evitar las situaciones de soledad. Este proyecto pretende facilitar que las personas mayores del barrio puedan vivir en su casa, y garantizar el bienestar con la complicidad de su entorno. La prioridad es reducir el riesgo de aislamiento y de exclusión social de las personas mayores e incrementar sus vínculos con el barrio.

El Proyecto quiere articular una red de prevención y de acción comunitaria en la que participen vecinos, comerciantes, personas voluntarias y profesionales de las entidades y servicios vinculados a los diferentes barrios de la ciudad. Se trabaja en común para construir unos barrios más humanos y más solidarios.



Objetivos generales

- Contribuir a que las personas mayores de 75 años que viven solas o acompañadas de personas de más de 65 años puedan continuar en su hogar con la complicidad de su entorno. La prioridad es reducir el riesgo de aislamiento y de exclusión social.
- Potenciar la corresponsabilidad entre los actores del barrio: Administración pública y sociedad civil.
- Concienciar de la importancia del proceso participativo como factor clave de un proyecto de acción comunitaria.
- Optimizar los recursos disponibles de acuerdo con la gradual implementación del proyecto.

2. “SEMPRE ACOMPANYATS”

Tiene como objetivo prevenir los problemas derivados de la soledad no deseada entre las personas mayores, sensibilizando a la población sobre este hecho y construyendo una red sólida dentro de la comunidad que fortalezca el apoyo social y acompañe las personas mayores.

El proyecto se ha centrado en desarrollar un informe diagnóstico y a entrar en contacto con el territorio y con los agentes y entidades implicadas, además de crear grupos de trabajo y otras acciones y tareas preliminares, como una encuesta telefónica.

Se dispone de una línea telefónica para las personas interesadas. Utilizando el teléfono gratuito 900 365 222, disponible las 24 horas del día, las personas mayores que se encuentren situación de soledad no deseada pueden pedir apoyo y la ciudadanía puede ayudar a dar visibilidad a estas situaciones o puede colaborar con el programa participante de forma puntual o continuada a través del voluntariado, ayudando así a promover una red social en el barrio que favorezca el bienestar entre las personas mayores. El teléfono es atendido por el centro de coordinación de Cruz Roja.

3. “BAIXEM AL CARRER”

Objetivo: Promover la mejora de la salud física y mental y la calidad de vida de personas mayores de 65 años y aisladas socialmente por: problemas de movilidad; barreras arquitectónicas; Dificultades para ir solas por la calle

Se trata de:

- Reducir su aislamiento social
- Proporcionar -los la posibilidad de recuperar su vida social
- Acercar a los recursos del barrio
- Favorecer la red social y vecinal
- Fomentar el voluntariado y la participación ciudadana
- Mejorar sus hábitos de salud
- Detectar necesidades de atención específica

Criterios de prioridad:

- Personas con un periodo sin salir de casa de 6 meses o más.
- Personas que viven solas
- Personas que viven en comunidades de vecinos / as sin red de relación y apoyo

Criterios de exclusión:

- Vivir en un edificio con escaleras que no permitan el uso de la silla oruga no se pueda utilizar la silla de ambulancia
- Personas con demencia severa, Alzheimer y / o dificultades para relacionarse con el entorno
- Personas encamadas

Descripción de la acción:

- Ayudar a los / las usuarios / as a salir de casa mediante diferentes productos de apoyo
- Salidas individuales, preferentemente semanales con 1 ó 2 voluntarios / as
- Duración de la salida: De 3 a 4 horas.
- El mismo día, hora y voluntario / a
- Apoyo a las salidas a recursos y gestiones
- Orientación hacia la participación en las actividades y recursos comunitarios
- 2 ó 3 actividades de grupo anuales

Tipo de salidas

- Salida semanal individual (según las características de las personas participantes la periodicidad varía) con una duración entre 1 y horas.
- Salidas en grupos: Tanto pequeños grupos por el barrio como salidas en grupo con participantes de las tres zonas de Barcelona a las que se hace el programa.
- Salidas extraordinarias fuera del horario y día pactado con los / las usuarios / as para ir a visitas médicas, gestiones, celebraciones familiares, actividades del barrio, etc.
- Participación en diferentes actividades organizadas por las entidades de los territorios: actividades con escuelas, salidas de grupo con otros programas del barrio, Escuelas de Salud, ... Otras actuaciones:
- Visitas y llamadas de seguimiento

4. “VINCLES”

VINCLES BCN es un proyecto de innovación social que quiere reforzar las relaciones sociales de las personas mayores que se sienten solas y mejorar su bienestar a través de las nuevas tecnologías.

Objetivos principales:

- Reducir el sentimiento de soledad de las personas mayores.
- Mantener y fortalecer las relaciones sociales ya existentes.
- Ampliar las relaciones sociales de las personas y crear nuevos espacios de relación.
- Utilizar las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) como herramienta de comunicación para relacionarse con su entorno.

El proyecto persigue que las personas mayores gestionen sus propias relaciones a partir del uso de las nuevas tecnologías. El servicio utiliza una aplicación instalada en una tablet como instrumento de comunicación, que servirá para poner en contacto personas y reforzar sus relaciones, al tiempo que se crean nuevas. Se promueve la comunicación online a través de la APP, al tiempo que se harán encuentros presenciales.

La aplicación permite la comunicación de la persona usuaria con su familia y amigos, y con las personas que forman los grupos de usuarios de Vínculos:

- Familia y amigos

Se trata de la red propia de la persona: sus hijos, nietos y amigos. El proyecto quiere facilitar la comunicación entre los miembros de este grupo y aportar más medios a través de los cuales comunicarse (fotos, vídeos, mensajes, etc).

- Grupos de usuarios Vínculos

El objetivo es crear una comunidad de personas mayores que vivan en la misma zona y tengan intereses en común. En este grupo, hay un dinamizador que promueve la participación en conversaciones y en actividades para acercarlos a las personas del barrio y las nuevas actividades de la ciudad.

4. Diseño arquitectónico

Destinatarios:

- Viviendas pensadas para todas las personas, al margen de su nivel de dependencia.

Características de la vivienda:

- Se proponen unidades de vivienda de entre 4 y 10 personas, teniendo en cuenta que, a partir de 6 personas es más difícil percibirlo como una vivienda
- Conjuntos vecinales de unas 60 personas, distribuidas en 10 unidades como valor de referencia
- El 50% de las viviendas han de ser de uso general y el otro 50% de uso específico para personas mayores.

Combinació d'habitatges (20 habitatges)	Mercat	Per. Grans
10 habitatges	700,00	1.750,00
Superfície total construïda habitatges	2.450,00	
Superfície espais comuns propis (12%)	294,00	
Total superfície construïda habitatges	2.744,00	
Superfície mitja per habitatges		137,20

- La solución ha de ser versátil, flexible y combinable. Posibilidad de conectar diferentes viviendas, compartir espacios, reducir y crecer en función de las necesidades de las personas que allí vivan.
- Se propone generar espacios internos, versátiles y flexibles, que permitan diferentes usos como encuentros o actividades vecinales.
- Análisis de superficies: la superficie media para el estudio es de 175 m²

Superfícies de la proposta del nou habitat per a gent gran		
Dades	4 persones	6 persones
Dormitori ind. amb bany (17,50)	70,00	105,00
Sala d'estar-menjador-cuina	40,00	50,00
Superfície útil espais principals	110,00	155,00
Superfícies de relació entre peces (15%)	16,50	23,25
Total superfície útil habitatge	126,50	178,25
Superfície construïda (1,15%)	145,48	204,99

- Se consideran 3 tipologías en función al número de dormitorios. La superficie media para el estudio es de 70m²

Habitatges de mercat	Sup. útil	Sup. Constr.
Habitatges de 1 dormitori	40/50 m ²	46/56 m ²
Habitatges de 2 dormitoris	50/60 m ²	58/68 m ²
Habitatges de 3 dormitoris	70/80 m ²	80/90 m ²

- Superficie total del edificio: 20 viviendas con el 50% de cada tipología

Superfície total a construir	Sup.constr.
20 habitatges (137,20 m ² /habitatge)	2.744,00
Zones comuns sobre rasant	550,00
Zones comuns sota rasant	700,00
TOTAL EDIFICI	3.994,00

5. Análisis de Procesos

1. Previo a la incorporación a la vivienda compartida

La forma en que la persona decide o participa en la toma de decisiones que implica cambiarse de domicilio habitual para trasladarse a una vivienda compartida con carácter finalista es determinante. Es uno de los aspectos principales que ha de diferenciar la presente propuesta de otros servicios ya existentes.

Ello implica:

- **Voluntariedad:** las personas han de poder decidir el cambio de domicilio y, por tanto, es importante que esta decisión se tome, ya sea con pleno uso de las facultades o a través de un Documento de Voluntades Anticipadas.
 - o Se dispondrá de un servicio de asesoramiento legal gratuito para facilitar la tramitación del DVA. Por otro lado, se pondrán en marcha, a nivel municipal, campañas de concienciación sobre estos aspectos.
 - o Es indispensable para todas las personas disponer de un DVA y de un “Pla Anticipat de cures”. Ello garantizará, en caso de pérdida sobrevenida de la capacidad que los apoyos que reciba la persona sean acordes a sus intereses y preferencias.

- **Compatibilidad:** en la medida de lo posible hay que garantizar el encaje y compatibilidad entre los actuales inquilinos y el nuevo inquilino. Ello se puede conseguir a través de los siguientes mecanismos:
 - o Se ha de trabajar este proceso con meses de antelación
 - o Es necesario el pase de un cuestionario de compatibilidades previo
 - o Contacto previo entre inquilinos y posibles futuros inquilinos a través de las diferentes actividades organizadas. Necesidad de generar foros de socialización previos. A este efecto, puede ser útil el uso del programa “vincles” por ejemplo.
 - o Cada vivienda tendrá sus propios acuerdos de convivencia, que deberán de ser aceptados por el futuro inquilino. Estos se revisarán anualmente entre los miembros de la vivienda.
 - o Se establecerá un periodo de prueba (en caso de tratarse de una iniciativa privada). Por tanto, en la medida de lo posible ha de haber en cada caso una opción alternativa de vivienda.

- **Personalización:** la organización de los profesionales se diseña ad-hoc para cada persona en base a los apoyos que requiera.
 - o Un profesional designado para acompañar en el proceso de incorporación se desplazará al domicilio de la persona por tal de conocerla e iniciar la recogida de la Historia de Vida de la Persona. Ello será información indispensable para establecer la ruta de acompañamiento y el despliegue

de la oferta de posibles actividades y oportunidades de participación. La persona podrá visitar la vivienda compartida, de acuerdo con los horarios destinados a tal efecto y acordados con los actuales inquilinos.

- Se recogerá en un documento la información básica para la prestación del servicio:
 - Cuestiones básicas de acomodación y necesidades relacionales y emocionales. Preferencias, potencialidades, oportunidades.
 - Informe social
 - Apoyos necesarios, horarios y especificidades
 - Informes médicos y de enfermería
- Semanas antes del cambio de vivienda, la persona tendrá una visita médica y de enfermería por parte del equipo de la propia red acompañado por el profesional de apoyo designado

2. Proceso de Acogida e incorporación

Una vez la persona se traslada a vivir a la vivienda compartida, es indispensable acompañarle, respetando sus tiempos de adaptación, a la nueva vivienda. Para ello, se proponen los siguientes mecanismos:

- **Profesional de acogida:** se identificará un profesional de acogida – puede ser el mismo de apoyo - que acompañará a la persona durante los 3 primeros meses (o el tiempo que necesite). Esta persona velará por el bienestar y la correcta adaptación de la persona en el nuevo entorno y del grupo a la persona.
- **Comité de bienvenida:** una comisión creada desde la propia comunidad de vecinos dará la bienvenida, informará, resolverá dudas e invitará a la participación a través de los diferentes canales.
- **Vivienda propia:** se darán garantías legales de que la habitación pertenece a la persona a través de algún documento de alquiler, por ejemplo. La persona dispone de sus llaves o tarjeta de acceso.
- **Adaptación a la vivienda compartida:** cada vivienda contará con el apoyo de un profesional experto que facilitará la adaptación y la convivencia en la Unidad convivencial.
- **Acompañamiento a familiares:** se generará un foro de apoyo y acompañamiento a familiares, en el que pueden estar presentes los inquilinos. En este foro se informará de los diferentes canales de participación e implicación. Además se ofrecerán los diferentes servicios de apoyo para familiares: Grupos de Ayuda Mutua – GAM; formaciones, talleres, actividades abiertas...
- **Progresividad:** Se diseñará, en base a la historia de vida de cada persona, una propuesta de actividades, según sus necesidades y momento vital. Además, la persona puede continuar, si lo necesita, pasando días o partes de la jornada en su anterior domicilio.
- **Activación comunitaria:** toda la red de trabajo comunitario estará en preaviso en relación a la nueva incorporación a la comunidad, identificando riesgos en caso de haberlos.

3. Plan de atención y Vida

Cada persona dispondrá de un plan de actividad y vida, diseñado con el objetivo de, desde la interdisciplinariedad y con la participación activa o con apoyos de la persona, potenciar la autonomía de la persona, la continuidad de su Proyecto de Vida y la Calidad de Vida; manteniendo especial énfasis en la prevención de riesgos (sociales y salud)

- **Empoderamiento:** la persona usuaria (o familiar/tutor) diseñará su propio Plan de Actividad y Vida (PAIV). Para ello, contará con el apoyo de un equipo interdisciplinar que podrá asesorarle y acompañarle en la toma de decisiones.
Los PAIVS se centrarán en dar continuidad en el Proyecto de Vida de las personas, sus necesidades, gustos y expectativas. El profesional de referencia de cada persona usuaria será quien coordinará al resto de profesionales.
A raíz del PAIV diseñado, se activarán los recursos materiales y humanos necesarios (y disponibles), en relación a los diferentes objetivos planteados.

4. Vida diaria

Pasados los 3 meses, la persona usuaria escogerá a un **profesional de referencia**. Este será quien velará por que el día a día se desarrolle en óptimas condiciones.

- **Despertarse, bañarse y ducharse:** se respetará la preferencia o hábitos de cada persona (manteniendo siempre unos mínimos), según lo que indique o según su documento de curas anticipadas. Se prestará el apoyo necesario (humano y técnico) a cada persona en función a la evaluación interdisciplinar previa.
- **Comidas:** cada persona podrá decidir si prefiere comer en su vivienda, en el comedor comunitario del edificio o alguno de los restaurantes en convenio. Las personas con dificultades para comer, dispondrán de un espacio que preserve su intimidad en el comedor comunitario el edificio.
Las personas podrán participar, a través de una comisión de menús, del diseño de los menús elaborados por la cocina colectiva.
Cada vivienda dispondrá de una cocina-office con los electrodomésticos necesarios para que los inquilinos puedan prepararse su comida, si así lo desean.
- **Movilidad:** se dispondrá de una red de voluntarios, en coordinación con el Ayuntamiento y entidades del municipio, que facilite el acompañamiento y traslado de las personas desde su vivienda hasta los diferentes lugares en los que se realizan las actividades.
Los acompañamientos identificados como “complejos” requerirán de profesionales contratados a tal efecto.
Toda restricción de la movilidad será supervisada por una comisión interdisciplinar constituida a tal efecto. El objetivo es contención 0, tanto física como farmacológica.
- **Acompañamiento en el uso del lavabo y atención a la incontinencia:** En caso de necesidad, el profesional atenderá las demandas específicas de las personas y

estará atento a las necesidades de cada uno. Las personas dependientes se acompañarán en base a pautas personalizadas.

- **Acostar y la noche:** el apoyo del personal de noche se asignará en función a las necesidades de cada unidad siendo complementado con ayudas tecnológicas (cámaras de video vigilancia, sensores de movimiento, sensores de presión, etc)

Se dispondrá de un protocolo específico de intervención en problemas de sueño acompañado de la formación necesaria.

Las televisiones de cada habitación y Unidad convivencial dispondrán de un sistema de comunicación audio visual y bidireccional con un profesional y/o familiar de referencia.

- **Realización de actividades:** las viviendas compartidas podrán disfrutar, al igual que cualquier otro ciudadano, de la oferta de actividades propuesta por el ayuntamiento y otras entidades.

El conjunto de viviendas compartidas dispondrá de una oferta propia de actividades diseñada por los propios usuarios y familiares. Se creará una comisión de actividades a tal efecto.

El centro coordinador, a través de la demanda personal de cada usuario o de su profesional de referencia, coordinará la alta, baja, transporte y feedback de cada actividad a través del aplicativo informático.

Se facilitará y potenciará la participación en actividades significativas de la vida diaria: limpieza de la vivienda, plancha y lavandería, remiendos de ropa, voluntariado y apoyo mutuo...

- **Atención a las personas diagnosticadas de demencia o con cambios importantes de comportamiento:**

- o Se dispondrá de un equipo especializado en atención a las personas con demencia especializados en potenciar la relación, expertos en validación, comunicación, reminiscencia para prevenir episodios en trastornos conductuales (neuropsicología, geriatra, psicología, cómo mínimo). Es indispensable:

- Correcto diagnóstico
- Diseño de intervención desde la intervención farmacológica y psicosocial
- Apoyos y valoración continuada en relación a la convivencia con los otros inquilinos

- o Se dispondrá de herramientas de prevención que faciliten la autonomía de la persona minimizando los riesgos: sistemas de geolocalización indoor y outdoor, por ejemplo

5. Atención al final de la Vida

- Se respetará un mes entre la muerte de un inquilino y la entrada efectiva de otro.
- El documento de Voluntades Anticipadas recogerá cómo quiere la persona que se desarrolle la última etapa de su vida. Será conocido y se garantizará su cumplimiento en todo momento.
- Se facilitará el acompañamiento de familiares en los últimos momentos: cama supletoria, por ejemplo.

6. Mecanismos de participación

El éxito del presente modelo está estrechamente vinculado a la capacidad de generar canales y mecanismos efectivos de participación, tanto de familiares, como de inquilinos o de la propia comunidad. Algunas propuestas:

- Comisiones: de menús, de actividades, de fiestas, de bienvenida,
- Asambleas de vecinos de la comunidad
- Asambleas de inquilinos de vivienda y de planta (entre las diferentes viviendas del servicio)
- A través de sistemas digitales (programa “vincles?”) en los que valorar actividades, hacer propuestas de mejora, transmitir quejas o felicitaciones.
- Programa de voluntariado, al acceso de usuarios, familiares, profesionales y comunidad

7. Canales de Comunicación

Informar es requisito básico para la participación y el empoderamiento. Para ello es necesario trabajar a través de diferentes canales en paralelo:

- Digitales:
 - o mails a familiares, usuarios, comunidad
 - o web con calendario y buscador de actividades por objetivos, lugares, profesionales...
 - o newsletter
 - o información en TV de cada vivienda
 - o sistemas app como el gerapp o cerqana (en desarrollo)
- analógicos:
 - o trípticos, posters de actividades y noticias de interés
 - o revista
 - o paneles informativos en cada vivienda, restaurant y espacios de actividades.
- Personales:
 - o Entrevistas de pre incorporación, y acogida
 - o Asambleas informativas

8. Personas y Organización

- La organización será flexible y adaptada a las necesidades cambiantes de los inquilinos. En función de los apoyos identificados se organizarán los recursos necesarios. Ello implica que no se establece un ratio fijo para la prestación del servicio, sino que se dispondrá de los recursos necesarios para garantizar un resultado de calidad, medido de forma continuada a través de encuestas, auditorías, indicadores e inspecciones.

De la misma forma, los perfiles profesionales a contratar podrán ser modificados en base al perfil de usuarios en cada momento.

Todo parte de una valoración geriátrica integral y del PAIV, en base al cual se identifican los apoyos necesarios. El centro de coordinación garantizará la correcta

provisión de estos apoyos en todo momento: horario y contenido del apoyo de auxiliares, supervisión directa, ayudas técnicas, acompañamientos, actividades de rehabilitación física y cognitiva, acompañamiento psicológico, interconsulta, curas de enfermería, etc...

- Roles profesionales: se potenciará la multifuncionalidad de los profesionales, dado que la valoración de los objetivos son tanto por área como por proceso.

6. Tecnología aplicada - TIC

La tecnología aplicada ha de ser consentida, justificada y no invasiva. Por tanto, las personas han de conocer y autorizar en todo momento qué tecnología se está utilizando, cuál es su alcance y con qué objetivo.

El objetivo de la tecnología es ampliar los espacios de libertad de las personas, sin perjuicio de la seguridad.

Listado de tecnología necesaria según el proyecto:

- **Sistema de geolocalización indoor:** que permita el análisis de patrones conductuales con el objetivo de:
 - o predecir situaciones de riesgo: deterioro cognitivo, salidas de la vivienda no informadas y con riesgo; inmovilidad no deseada por caída, ICTUS o similar...

- **Sistema de geolocalización outdoor:**
 - o que permita la libre circulación de las personas con desorientación espacial, dando avisos al centro coordinador en el caso de que la persona sobrepase determinado perímetro o área de riesgo

- **Sistema de video vigilancia en viviendas, plantas y entrada del edificio**
 - o Vigilancia continuada de los diferentes espacios comunes para minimizar riesgos y aumentar la seguridad

- **Sistema de comunicación bidireccional:** a través del mismo televisor, que permita:
 - o que la persona usuaria pueda contactar por video y audio con el centro coordinador y/o su familiar de referencia
 - o Que el o los profesionales puedan contactar en todo momento con la persona
 - o Prevención de la soledad, miedos...
 - o Canal para recordar e informar sobre actividades, citas, eventos agendados...

- **Plataforma de recursos comunitarios compartidos**
 - o Web en la que cualquier profesional pueda dar de alta o de baja en las diferentes actividades de la ciudad a los usuarios, consultar disponibilidad de plazas, objetivos, etc...
 - o Serviría también como mecanismo de información de actividades
 - o Canal de coordinación de voluntarios

- **Sistemas de monitoraje y de prevención: caídas, constantes vitales, por ejemplo**
 - o Sistema no invasivo de seguimiento de constantes vitales en los casos que sea necesario
 - o Sensores de presión o de movimiento en caso de riesgo de caída

- La información recogida puede activar la respectiva alerta y por tanto, a movilización urgente de recursos, o actuar como recogida de datos para su seguimiento y posterior análisis.

- **Sistemas de registro de actividad por voz**
 - Facilita el registro de los profesionales *in time*, reduciendo la carga de trabajo, facilitando el registro y la comunicación entre profesionales.

- **Sistema de geocalización de profesionales**
 - El objetivo es poder ubicar en cada momento cuál es el profesional que se encuentra más cerca de la urgencia por tal de reducir el tiempo entre una necesidad urgente y su asistencia (desorientación, crisis sanitaria, caídas, etc.)

7. Ayudas técnicas

La siguiente relación de equipamiento implica un máximo deseable para el proyecto. La realidad presupuestaria y las necesidades identificadas en las personas inquilinas podrán modificar su contenido, siempre respetando los mínimos establecidos (señalados con un * (pendiente))

- Guía de techo cama – silla y silla –sofá
- WC alto 45 cm
- WC multi-clean
- Lavabo a 80 cm
- Espejo a 90 cm máximo
- Grifo con sensor temporalizable
- Sistema de aviso a WC y ducha
- Automatización de elementos: persiana, temperatura...
- Ducha a ras del suelo, termostática
- Silla de ducha personalizable
- Suelo antideslizante
- Luces:
 - Por presencia en WC y zonas de paso
 - Con pulsador en cocina, sala, dormitorio y regulador de intensidad sala
- Camas que bajen a ras de suelo
- Puertas correderas en WC
- Puertas mínimo 90 cm
- Puerta motorizable en habitaciones
- Armario de fácil apertura y accesible
- Acceso vía tarjeta o pulsera
- TV SAMSUNG a todas las habitaciones
- Mesa rectangular
- Butacas y sillas personalizables
- Cocina:
 - Sensores de humo que apague la inducción en caso de riesgo
 - Inducción con regulador
 - Zona accesible y zona fija
 - Detector de inundación
- Puerta de entrada que se pueda abrir desde diferentes espacios y que se pueda ver el video-portero desde el TV
- Sensor de presión en butacas y camas

8. Análisis Jurídico comparado

La puesta en marcha de un modelo de vivienda como el que aquí se plantea supone, entre otros muchos retos, la superación de determinadas barreras legales. La normativa actual de residencias para personas mayores establece unos requisitos tanto materiales como funcionales que es necesario superar para que la presente propuesta sea una realidad.

Los siguientes puntos identifican que aspectos normativos que es necesario superar:

Aspectos arquitectónicos:

- 1) Ubicación de la vivienda en un edificio de vecinos, sin un acceso diferenciado del resto de la comunidad
- 2) La vivienda es, a todos los efectos, el domicilio de la persona. Así lo especificará el contrato.
- 3) Instalaciones compartidas: el gimnasio, aulas taller, auditorio, lavandería, despachos de profesionales, biblioteca, etc son instalaciones compartidas con la comunidad.

Aspectos de RRHH

- 1) Los recursos humanos se aportan según necesidad y no a priori: no se establece una ratio de funcionamiento si no que los recursos se activan en función del análisis de apoyos que requiera cada persona. Ello es aplicable a todas las categorías profesionales. Se controlan resultados en base a una serie de indicadores acordados.

Aspectos funcionales:

- 1) Es requisito para la compra de este servicio disponer de un DVA y de un *Pla Anticipat de Cures*.
- 2) Las listas de acceso priorizarán a las personas del mismo barrio y la compatibilidad
- 3) Cada vivienda dispondrá de un reglamento de convivencia propio, al margen del reglamento genérico del servicio.
- 4) El acceso de las personas al servicio requerirá de la aceptación previa de las personas que ya viven en el domicilio, y de la aceptación por parte del nuevo inquilino del Reglamento convivencial acordado.
- 5) Periodo de prueba?
- 6) El acceso al servicio no discrimina entre niveles de dependencia. El servicio está orientado a personas sin dependencia hasta personas con grado 3. En función de los apoyos que se requieran se activaran los recursos necesarios.

Dado el gran volumen de normativas que requieren ser exoneradas para la consecución del proyecto, se acuerda:

1. Solicitar la puesta en marcha del proyecto piloto acogiéndose al último epígrafe de la cartera de servicios: “proyecto experimental”
2. Solicitar, posteriormente, la creación de un nuevo epígrafe en la cartera de servicios actual que dé respuesta al modelo de vivienda para personas mayores planteado.

9. Análisis económico: ingresos, gastos y fuentes de financiación de los servicios

Muchas son las variables que pueden afectar a la viabilidad económica del proyecto. Es necesario tener en cuenta que la partida de personal, tal y como se explicaba anteriormente, no implica un ratio de profesionales fijo como viene siendo habitual, sino que se asignarán horas de atención en función a las necesidades de apoyo de cada persona.

Por tal de facilitar el análisis se parte de las necesidades de apoyo que establece la Generalitat de Catalunya en su cartera de servicios actual para residencias asistidas, más un 20% de aumento de personal gerocultor dada la dispersión de los inquilinos. Los niveles de dependencia se han repartido proporcionalmente.

Se presentan dos posibles escenarios, uno de 6 viviendas con 5 inquilinos cada una y otra de 7 viviendas con 4 inquilinos cada una.

Escenario 1:

DESCRIPCIÓ:	Projecte de 6 habitatges de 5 persones, sense subvenció. Rati de cartera de serveis + un 20% de suport per desplaçaments	
VARIABLES DE PROJECTE		
CARACTERÍSTIQUES HABITATGE		
Persones per habitatge		5
baixa intensitat d'atenció		10
mitja intensitat d'atenció		10
alta intensitat d'atenció		10
m2 per habitatge		150
INVERSIÓ I ESTRUCTURA		
inversió en equipament per habitatge	50.000,00 €	
inversió en TIC per habitatge	10.000,00 €	
preu lloguer habitatge	1.300,00 €	
Despeses financeres	150,00 €	
INGRESOS		
Ingrés mensual per persona		1.856,00 €

	MENSUAL PER PROJECTE	MENSUAL PER HABITATGE	MENSUAL PER PERSONA
Total de Resultats Nets	61,40	10,23	2,05
CASH-FLOW	3.811,40	635,23	127,05
% Resultat / Ingressos	0,00	0,00	0,00

Escenario 2:

DESCRIPCIÓ:	Projecte de 7 habitatges de 4 persones, sense subvenció. Rati de cartera de serveis + un 20% de suport per desplaçaments. Benefici 0.	
VARIABLES DE PROJECTE		
CARACTERÍSTIQUES HABITATGE		
Persones per habitatge		4
baixa intensitat d'atenció		10
mitja intensitat d'atenció		10
alta intensitat d'atenció		8
m2 per habitatge		150
INVERSIÓ I ESTRUCTURA		
inversió en equipament per habitatge	50.000,00 €	
inversió en TIC per habitatge	10.000,00 €	
preu lloguer habitatge	1.300,00 €	
Despeses financeres	150,00 €	
INGRESOS		
Ingrés mensual per persona		2.017,00 €

	MENSUAL PER PROJECTE	MENSUAL PER HABITATGE	MENSUAL PER PERSONA
Total de Resultats Nets	16,03	2,29	0,57
CASH-FLOW	4.391,03	627,29	156,82
% Resultat / Ingressos	0,00	0,00	0,00

Tengamos presenta que el precio medio de una residencia asistida convencional oscila entre 1800 y 2500 € de media.

10. Sistemas de seguimiento y evaluación de resultados

Estos son los principales indicadores que nos permitirán tanto realizar el seguimiento del proyecto como evaluar el resultado del mismo.

Indicadores de calidad:

- Encuestas de Satisfacción de las personas inquilinas (genérico y por ítems)
- Encuestas de satisfacción de familiares (genérico y por ítems)
- Encuestas de satisfacción de trabajadores (genérico y por ítems)
- Índice de quejas
- Índice de No conformidades e incidencias
- Índice Maslack (burnout)
- Índice Escala gencat
- ...

Indicadores asistenciales:

- % UPP
- % Infecciones de orina
- % Caídas
- % Contenciones
- Índice de Prescripción Farmacológica
- % derivaciones hospitalarias
- Índice de agitación y angustia (DCM)
- Nivel autonomía (Barthel)
- Índice de deterioro cognitivo (MEC)
- Índice de Equilibrio y marcha (Tinetti)
- % de participación en actividades
- ...

11. Diseño y puesta en marcha del proyecto piloto

La viabilidad económica del proyecto pasa por la generación de unas mínimas economías de escala que permitan compartir profesionales entre las diferentes viviendas y, por tanto, reducir su imputación por persona. Por tanto, la puesta en marcha del piloto solo es posible si asumimos que una parte de éste sea subvencionado.

En las siguientes hipótesis económicas de la puesta en marcha del piloto, se parte de la hipótesis de subvención en el alquiler de la vivienda, la inversión en adecuación de la vivienda y en tecnología; en comunicación; en la gestión; y en la financiación de la tarifa.

En consecuencia, el comportamiento lógico es de vasos comunicantes, es decir, a más subvención en el gasto, menor serán los ingresos necesarios, y a la inversa.

Piloto: escenario 1

DESCRIPCIÓ:	Projecte de dos habitatges de 4 persones, amb subvenció per gestió, lloguer i inversió. Amb una persona de nit i un rati 1/8 de persona de dia + un 10% de suport per desplaçaments	
VARIABLES DE PROJECTE		
CARACTERÍSTIQUES HABITATGE		
Persones per habitatge		4
baixa intensitat d'atenció		2
mitja intensitat d'atenció		4
alta intensitat d'atenció		2
m2 per habitatge		150
INVERSIÓ I ESTRUCTURA		
inversió en equipament per habitatge	- €	
inversió en TIC per habitatge	- €	
preu lloguer habitatge	- €	
Despeses financeres		150,00 €
INGRESSOS		
Ingrés mensual per persona		2.100,00 €

	MENSUAL PER PROJECTE	MENSUAL PER HABITATGE	MENSUAL PER PERSONA
Total de Resultats Nets	13,84	6,92	1,73
CASH-FLOW	13,84	6,92	1,73
% Resultat / Ingressos	0,00	0,00	0,00

Piloto: escenario 2

DESCRIPCIÓ:	Projecte de 3 habitatges de 4 persones, amb subvenció per gestió, lloguer i inversió. Amb una persona de nit i un rati 1/12 de persona de dia + un 10% de suport per desplaçaments	
VARIABLES DE PROJECTE		
CARACTERÍSTIQUES HABITATGE		
Persones per habitatge		4
baixa intensitat d'atenció		2
mitja intensitat d'atenció		8
alta intensitat d'atenció		2
m2 per habitatge		150
INVERSIÓ I ESTRUCTURA		
inversió en equipament per habitatge	- €	
inversió en TIC per habitatge	- €	
preu lloguer habitatge	- €	
Despeses financeres		150,00 €
INGRESSOS		
Ingrés mensual per persona		1.720,00 €

	MENSUAL PER PROJECTE	MENSUAL PER HABITATGE	MENSUAL PER PERSONA
Total de Resultats Nets	52,61	17,54	4,38
CASH-FLOW	52,61	17,54	4,38
% Resultat / Ingressos	0,00	0,00	0,00

Piloto: escenario 3

DESCRIPCIÓ:	Projecte de dos habitatges amb subvenció per gestió, lloguer i inversió. Amb una persona de nit i un rati 1/10 de persona de dia + un 10% de suport per desplaçaments
VARIABLES DE PROJECTE	
CARACTERÍSTIQUES HABITATGE	
Persones per habitatge	5
baixa intensitat d'atenció	5
mitja intensitat d'atenció	5
alta intensitat d'atenció	0
m2 per habitatge	175
INVERSIÓ I ESTRUCTURA	
inversió en equipament per habitatge	- €
inversió en TIC per habitatge	- €
preu lloguer habitatge	- €
Despeses financeres	150,00 €
INGRESOS	
Ingrés mensual per persona	1.785,00 €

	MENSUAL PER PROJECTE	MENSUAL PER HABITATGE	MENSUAL PER PERSONA
Total de Resultats Nets	125,25	62,63	12,53
CASH-FLOW	125,25	62,63	12,53
% Resultat / Ingressos	0,01	0,01	0,01

Objetivos del proyecto piloto

El proyecto piloto pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

- Asumimos que, sea cual sea el modelo de atención, nunca está exento de riesgo. Sin embargo, ¿Cuál es el límite de apoyos que se puede ofrecer en el modelo propuesto sin que el riesgo sea excesivo?
- ¿Supone este modelo una mejora de la calidad de vida percibida por las personas y su entorno?
- ¿Es posible un modelo convivencial inclusivo? ¿Es aceptado por el resto de vecinos y entorno comunitario?
- ¿Es viable y sostenible económicamente?

Necesidades para la puesta en marcha del proyecto piloto

- Entre 2 y 4 viviendas de 150-180 m2, en un mismo edificio, con capacidad para 4-5 personas. Situadas cerca de un centre residencial o centro de día o con facilidad de transporte
- Adecuación de las viviendas (adaptación, ayudas técnicas y tecnología)
- Financiación pública de la tarifa por persona total o parcial
- Gestión sin margen comercial
- Captación de inquilinos (difusión, comunicación...)
- Voluntario/as: entre 2-4 voluntarios por vivienda