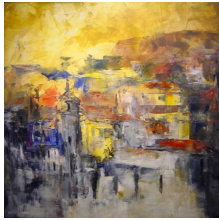


MEJORA DEL DISEÑO DEL SERVICIO DE APOYO A DOMICILIO (SAD)



PROPUESTA DE FUTURO:

Del “Modelo monoprofesional y de ayuda prestacional” al “Modelo de apoyo, atención, profesionalización y equipo interdisciplinar”

Actualizado: Octubre 2010

PARTICIPANTES	ENTIDADES	
Alfredo Bohórquez Rodríguez. Vicepresidente de ASADE y coordinador del grupo. Auxiliadora Galán Collantes Emma Real González José Luis Arroyo Santiago Esteban Puerto Gómez Martín Soledad Palos Triguero	ASADE: Eulen Sociosanitarios Mapfre-Quavita Eulen Sociosanitarios Sergesa Clece Asispa	
Ana María Campos Leza	Ayuntamiento de Logroño	
Paloma Giménez Díaz-Oyuelos	Ayuntamiento de Madrid	
Jesús Martínez Dorado Esther Martín Gumiel	Comisiones Obreras (CCOO)	
Luis Álvarez Rodríguez	Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)	
Carmen Díez Lobato	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)	
María Dolores Ortiz Muñoz	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	
Camino Gutiérrez de la Fuente	Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Comunidad de Madrid (APTOCAM)	
Francisco Castillo Galindo	Diputación Foral de Álava	
Gemma Vilanova	Fundación Edad y Vida	
Antonina Mielgo Casado	Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	
Begoña Gutiérrez González	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)	
Celso Sánchez García	Unión General de Trabajadores (UGT)	

NOTA: El grupo agradece a D^a. Begoña Polonio López su colaboración en la revisión de redacción del presente documento.

ÍNDICE:

<u>1. MISIÓN Y DEFINICIÓN DEL SAD.</u>	Pág. 3
<u>2. PUNTO DE PARTIDA.</u>	Pág. 3
<u>3. EJES PARA ESTABLECER EL NUEVO MODELO:</u>	Pág. 4
3.1. CONCEPTO	Pág. 4
3.2 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Pág. 8
3.3 EL PAPEL DE LAS NUEVAS ÁREAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR	Pág. 11
3.4. PROFESIONALIZACIÓN DEL SERVICIO Y VISUALIZACIÓN POSITIVA	Pág. 13
3.5 FORMACIÓN	Pág. 15
3.6. COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Pág. 17
<u>4. MODELO DE CÁLCULO DE HORAS</u>	Pág. 21
<u>5. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA</u>	Pág. 22
<u>ANEXO 1:</u> 50 aportaciones y recomendaciones de la Jornada del 6 de Mayo de 2009	Pág. 23

1. MISIÓN Y DEFINICIÓN DEL SAD

MISIÓN DEL SAD

Desde los principios éticos y partiendo de las necesidades individuales, familiares y sociales, llegar a prestar los apoyos y servicios necesarios a las personas en situación de riesgo, fragilidad o dependencia, en sus domicilios, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y favorecer la permanencia en su entorno habitual

Definimos el Servicio de Apoyo en el Domicilio - SAD, como un conjunto de servicios profesionales y técnicas de intervención, de carácter preventivo, educativo, asistencial y rehabilitador, consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar, convivencial, de relaciones con el entorno y otros, prestados en el domicilio de aquellas personas cuya independencia funcional o social se encuentra limitada.

2. PUNTO DE PARTIDA

El modelo actual de Servicio de “Ayuda a Domicilio” **tiende a** presentar los siguientes aspectos y necesidades de cambio:

- Es un servicio **con insuficiente evolución del Modelo** en los últimos 20 años.
- Es un servicio **monoprofesional**.
- Es un servicio **intensivo en puestos de trabajo**.
- Es un servicio de **baja intensidad de prestación**.
- Es necesaria una **mayor dignificación del puesto de trabajo del auxiliar** de ayuda a domicilio.
- En la realidad, hay un **escaso e insuficiente funcionamiento en equipo**.
- Existen **tiempos de la jornada de los auxiliares** que no son tenidos en cuenta de forma general y estructurada en el diseño del servicio (reuniones, desplazamientos, formación continuada, etc.).
- Existen cargas de trabajo propias del servicio no tenidas en cuenta en el **diseño del mismo (tareas administrativas)**, que sobrecargan a los trabajadores sociales.
- El modelo de servicio cambia con la **“Ley de Dependencia”**, dado el incremento de la intensidad de la prestación y la atención a personas en situación de dependencia.
- Actualmente está definido a nivel Estatal un acuerdo de niveles mínimos de acreditación para los servicios del Sistema de la Dependencia. Deberían existir unos **mínimos comunes de calidad del SAD para todas las Comunidades Autónomas**, que garanticen el nivel óptimo del servicio y la mejora continua.

3. EJES PARA ESTABLECER EL NUEVO MODELO

3.1. CONCEPTO

Analizada la diversidad de modelos y servicios que se prestan en el ámbito domiciliario a la población usuaria, proponemos adoptar el término de "**Servicios de Apoyo en el Domicilio - SAD**", concepto que engloba implícitamente el abanico de recursos ofertados. Su objetivo común es el de favorecer la permanencia en el medio de las personas a quienes se dirigen, dando así cabida al amplio espectro de situaciones y alternativas que se van planteando de forma creciente y cuyo abordaje, en pro de una mayor eficacia, trasciende el modelo actual de Ayuda a Domicilio.

A partir de esta idea, parece necesario establecer un nuevo concepto del servicio para atender las distintas necesidades de la población en situación de dependencia y de otros colectivos, ajustando las diferentes modalidades del servicio.

Este nuevo concepto implica diversas actuaciones a considerar: en primer lugar, la necesidad de actualizar los MARCOS TEÓRICOS por parte de las administraciones públicas titulares del servicio; en segundo lugar, la elaboración de unos PLIEGOS DE CONDICIONES adaptados a la prestación del servicio, a los estándares de calidad y a las condiciones de la población atendida. Por último, también consideramos importante tener en cuenta las características del sector, del personal trabajador y de las entidades prestadoras de los servicios.

En el pliego de condiciones es necesario establecer un **Protocolo o Marco de control, evaluación, supervisión y seguimiento del servicio. Este Protocolo deberá ser acordado y llevado a cabo por el titular del servicio (en su caso, la administración pública) conjuntamente con la entidad prestadora del mismo, y debe servir como punto de partida para establecer mínimos.**

- Se propone diseñar un servicio que atienda, como mínimo, a estos tres grupos de personas usuarias:

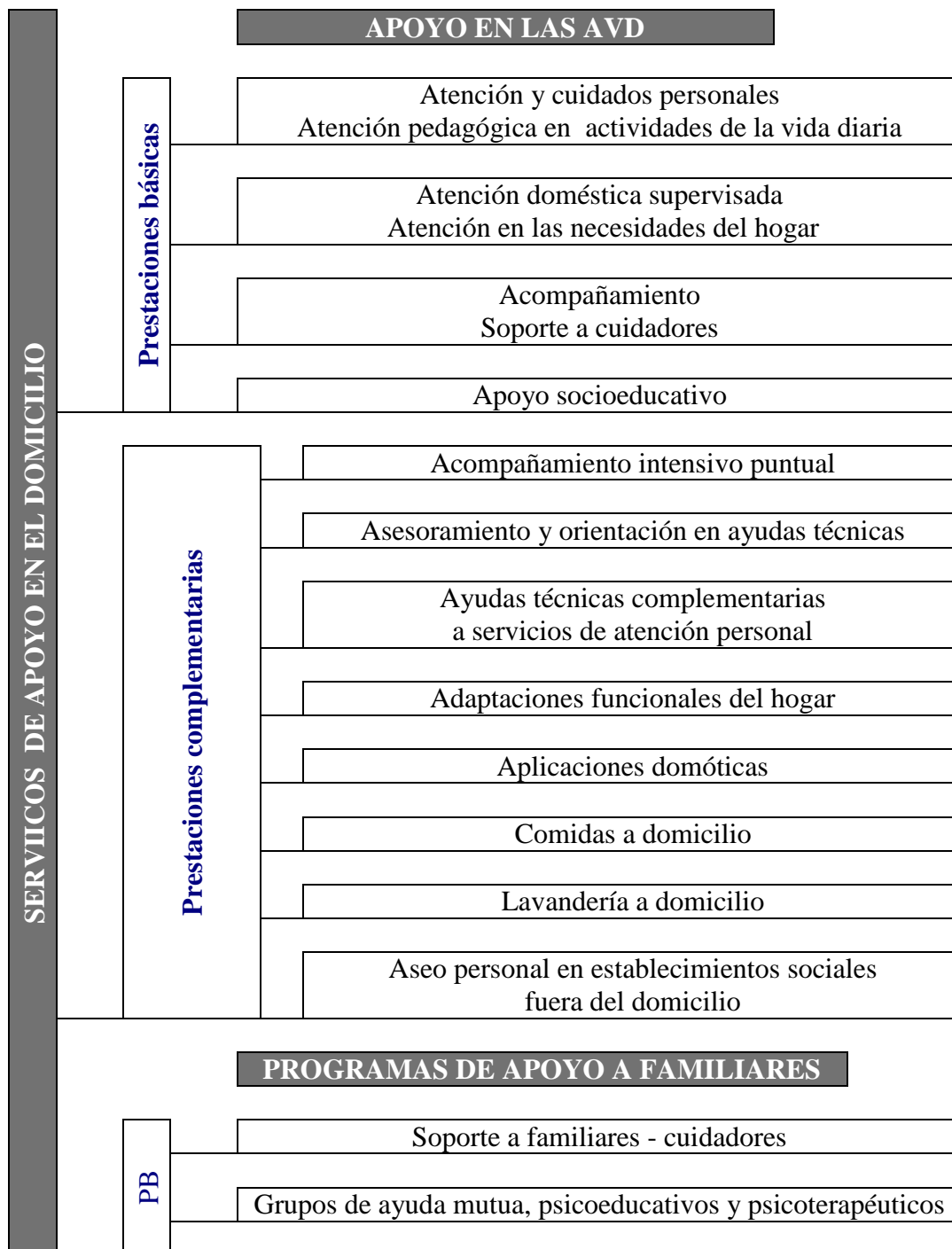
Grupo 1: personas en situación de dependencia con reconocimiento de grado y nivel (dentro del Sistema de la Ley de Dependencia).

Grupo 2: personas o familias con necesidades socioeducativas.

Grupo 3: personas o familias que precisan apoyos en su unidad de convivencia para atender su situación de fragilidad derivada de la discapacidad, de la edad o de su situación sociofamiliar.

- Las principales áreas de responsabilidad de la entidad titular del servicio, son:
 - *Con respecto al servicio:* diseño del modelo, definición de condiciones contractuales, definición y publicación de la carta de servicio, seguimiento de la calidad de los servicios prestados y control del cumplimiento de las condiciones por parte de la entidad prestadora.
 - *Con respecto a la persona usuaria:* información inicial del servicio, valoración de la situación de necesidad, definición de objetivos y diseño del Plan Individual de Atención, establecimiento de indicadores de medición de la calidad percibida por la persona usuaria y seguimiento del caso.
- Hay que tener en cuenta la **compatibilidad del SAD con otros servicios** o prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia.
- **Es preciso adecuar el SAD a la prevención y a la promoción de la autonomía.**

- Con respecto al **catálogo de “Servicios de Apoyo en el Domicilio – SAD”**, proponemos englobar en grupos los siguientes tipos de actuaciones:



- **La intensidad horaria** queda definida en el desarrollo normativo de la Ley de Dependencia para las personas en situación de dependencia. Cada entidad titular del servicio deberá definir la intensidad para el resto de colectivos (grupos 2 y 3).
- Es necesario definir unos criterios que enmarquen **la corresponsabilidad familiar y de las personas usuarias** en la prestación del servicio. El SAD siempre se ha definido como **apoyo** a la unidad de convivencia. En este sentido,

la valoración tendrá en cuenta la capacidad de cuidado por parte del familiar o cuidador principal.

- **Es imprescindible aportar a las personas usuarias y a sus familias, una descripción general del servicio**, con lo que se incluye y no se incluye, compromisos, derechos y obligaciones, etc., para enmarcar la corresponsabilidad familiar en la prestación del mismo.
- **Se recomienda que el acceso a los “Servicios de Apoyo en el Domicilio - SAD”**, se realice a través de la red básica de servicios sociales, es decir, que se establezca una única puerta de entrada.
- **Con respecto al establecimiento de franjas horarias**, se deberían tener en cuenta las necesidades de las personas usuarias, evitando así, los efectos adversos que conlleva la contratación de plantillas con jornadas parciales. En este sentido, se proponen las siguientes franjas horarias en función de los tipos de servicios:
 - A) **Horarios cerrados:** suponen establecer horas fijas para llevar a cabo tareas concretas (asistencia a centro de día, acompañamiento de menores al colegio, respiro familiar, etc).
 - B) **Horarios a realizar en márgenes preestablecidos para la tarea:** afectarían a aquellas tareas que requieren ser efectuadas en franjas horarias coherentes, en virtud de su finalidad (ayuda para levantarse de la cama, vestirse, comer, etc.).
 - C) **Horarios de libre designación por parte de la entidad prestadora del servicio:** en tal caso será ésta quien, de manera autónoma, determine el momento en el cual han de llevarse a cabo las tareas (de tipo doméstico, etc).
- **Consideramos necesario un código ético** que englobe y oriente a todo el equipo de profesionales en relación con los principios que debe contemplar cada uno de ellos en la realización de su trabajo.

3.2 EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Dada la realidad múltiple y diversa, tanto de los colectivos a tratar, como de las distintas problemáticas, si se pretende dar respuesta a la variedad de necesidades que se derivan de todo ello, es preciso incorporar un equipo de profesionales de carácter interdisciplinar, fundamentalmente como aporte y soporte del servicio. Este equipo intervendrá en la mejora del servicio, tanto en el ámbito de las personas usuarias y su entorno familiar y social, como de los propios profesionales de atención directa (auxiliares).

El objetivo de dicho equipo interdisciplinar está relacionado con el incremento de la calidad y la mejora en la atención, participando en el mismo disciplinas como trabajo social, terapia ocupacional, psicología y enfermería.

Sus funciones se centran en el diseño de programas integrados de servicio, apoyo directo al equipo auxiliar o de coordinación, asesoramiento dentro de sus ámbitos de actuación, participación en la formación continua e intervenciones puntuales directas con la persona usuaria.

A continuación se relacionan los distintos perfiles profesionales que intervienen en el programa:

A. POR LA ENTIDAD TITULAR DEL SERVICIO

A.1. Responsable de los Servicios Sociales

Con el equipo y la organización territorial que corresponda, define las condiciones de diseño y modelo del servicio, perfil de población a atender, carta de servicios de la administración titular y condiciones contractuales y de funcionamiento que debe cumplir la entidad prestadora del servicio.

A.2. Profesional de Referencia

Es el responsable de facilitar información a la persona interesada, de la valoración de las personas usuarias, de la indicación de alta, baja o modificaciones en el servicio, de definir intensidades y tipo de prestaciones contenidas en el Plan de Atención Individual y del seguimiento y control de la calidad de la prestación del servicio a la persona usuaria.

B. POR LA ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

B.1. Responsable del Servicio (“gerente del servicio”)

La entidad prestadora del servicio designa a una persona que es la máxima responsable de las tareas de dirección, planificación y gestión del servicio.

B.2. Coordinador del Servicio

Es un profesional de grado o superior con la suficiente cualificación y experiencia en el puesto que asume. Es el encargado de las tareas de coordinación del servicio y sus recursos, tanto a nivel interno, como con la entidad titular. Lidera el equipo interdisciplinar.

La figura del Coordinador es la que debe promover la **relación permanente** a partir de **reuniones periódicas de formación y asesoramiento** con el equipo de auxiliares, así como realizar el **seguimiento y la supervisión** de su trabajo. Así mismo, será la figura que canalice las relaciones entre el equipo de auxiliares y todos los profesionales del equipo interdisciplinar.

B.3. Ayudante de Coordinación del Servicio

Profesional que da apoyo al coordinador, tanto en la atención telefónica, control de la información de gestión y funcionamiento del servicio, como en procesos de seguimiento, reuniones, apoyo en la contratación e información para nóminas, etc.

B.4. Equipo interdisciplinar

- **TRABAJADOR SOCIAL:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual definido por la entidad titular del servicio. Informa y da pautas de servicio al auxiliar de cada uno de los casos, posteriormente coordina y realiza el seguimiento con el auxiliar para la correcta prestación del servicio concedido.
- **TERAPEUTA OCUPACIONAL:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual. Sus funciones son la valoración de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y formación continua de los profesionales y la valoración de ayudas técnicas y adaptaciones funcionales del hogar.
- **PSICÓLOGO:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual. Sus funciones son el asesoramiento y formación continua a los profesionales en los aspectos psicológicos, valoración e intervención psicológica y diseño de programas para la atención específica de distintos colectivos (mayores con y sin deterioro cognitivo, salud mental, discapacidad,

atención a menores, etc.). Intervención y asesoramiento psicológico con cuidadores familiares y allegados.

B.5. Auxiliar de Apoyo - Atención a Domicilio

Profesional que, bajo la supervisión del equipo de coordinación, se encarga de realizar la atención directa (personal o doméstica) en el ámbito del domicilio de la persona usuaria.

El perfil es el de un profesional polivalente, que, a partir de la formación y asesoramiento continuado, tanto del equipo de coordinación, como del equipo interdisciplinar, es capaz de realizar las distintas facetas de su tarea de manera eficaz, de modo que se alcancen los objetivos que en cada momento estén planteados en el Plan Individual de Atención de la persona usuaria.

Es necesaria una formación continua de carácter interdisciplinar para el personal auxiliar de cara a favorecer la **polivalencia de su perfil**. No obstante, y una vez alcanzado este nivel, es interesante una formación específica para colectivos de atención que tienen características especiales.

B.6. Equipo de Apoyo Administrativo

Es el equipo encargado de la resolución de las tareas administrativas generadas por la dinámica del servicio y los distintos profesionales. En el servicio se originan una serie de cargas administrativas que actualmente lleva a cabo el Trabajador Social, que consumen tiempo, restan eficacia al servicio y no redundan en la mejora de la atención a la persona usuaria.

3.3 EL PAPEL DE LOS NUEVOS PERFILES PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

A. TERAPEUTA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional se define como una disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria básicas (autocuidado, vestido, alimentación, higiene personal, etc.) e instrumentales (utilización de recursos económicos, manejo del hogar, realización de compras, etc.) e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa.

Desde Terapia Ocupacional se pueden aportar las siguientes áreas para la mejora del Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD):

A.1. Formación continua y apoyo a auxiliares en las reuniones de coordinación:

- Tanto en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como en reeducación y adaptación en movilidad funcional (transferencias, locomoción, higiene postural, etc.).

A.2. Valoración y asesoramiento a las personas usuarias y tratamientos especializados:

- Valoración y asesoramiento especializado de la persona usuaria (a nivel físico, actividades de la vida diaria, capacidad de autocuidado, etc.). Valoración del domicilio y asesoramiento sobre ayudas técnicas y accesibilidad (para eliminar barreras arquitectónicas y elementos de riesgo en el domicilio de la persona usuaria, para aumentar su seguridad y evitar caídas y un gran número de accidentes domésticos).
- Para casos puntuales en los que se requiera una intervención específica del Terapeuta Ocupacional para mejorar o adaptar una situación relacionada con la dificultad por parte de la persona usuaria a la hora de ejecutar las actividades de la vida diaria (a nivel físico, social, perceptivo y/o cognitivo).

B. PSICÓLOGO/A

La Psicología es la disciplina que estudia el comportamiento de las personas, sus pensamientos y sus emociones.

Desde Psicología se pueden aportar las siguientes áreas para la mejora del Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD):

B.1. Formación continua y apoyo a auxiliares en las reuniones de coordinación:

- Dar pautas de manejo de alteraciones de conducta y comunicación a los profesionales del servicio ante casos específicos.
- Formación de profesionales auxiliares en habilidades para el cuidado y la comunicación.
- Prevención, detección y actuación en situaciones de “síndrome del quemado” de los profesionales de atención.
- Información y formación sobre las características cognitivas y conductuales.

B.2. Valoración y asesoramiento a las personas usuarias y tratamientos especializados:

- Apoyo en las distintas fases del servicio ante problemas de adaptación o relacionales.
- Asesoramiento sobre cómo actuar en situaciones de crisis.
- Soporte y apoyo a familiares y cuidadores.
- Apoyo y soporte a grupos de ayuda mutua, psicoeducativos y psicoterapéuticos.
- En casos puntuales, orientación y apoyo específica del Psicólogo/a para alteraciones afectivas, cognitivas, duelos u otros procesos psicopatológicos.

3.4. PROFESIONALIZACIÓN DEL SERVICIO Y VISUALIZACIÓN POSITIVA

Es primordial abordar una serie de medidas encaminadas a la profesionalización del servicio en general, así como a la difusión de una imagen positiva del mismo, en particular.

A. MEDIDAS PARA FOMENTAR LA PROFESIONALIZACIÓN

- Es imprescindible que los Auxiliares reciban una formación **profesional reglada**.
- Esta formación reglada no sustituiría en ningún caso el valor de la **formación continua del profesional** cuando ya está en activo, la cual le permite adaptarse a la evolución del propio servicio.

B. MEDIDAS PARA FOMENTAR LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL SERVICIO

- Promover el sentimiento de grupo y equipo. La relación directa y continua de las auxiliares con el equipo de coordinación, debe hacer que se sientan parte de un equipo. **El personal de auxiliares es el pilar básico de la prestación del servicio.** **Las reuniones periódicas de auxiliares**, contempladas en el diseño del servicio, permiten que el trabajo desde el punto de vista del auxiliar, pase de ser individual, a ser individual-grupal. El intercambio de criterios, experiencias, pautas prácticas y su puesta en común como grupo, enriquece y profesionaliza el trabajo diario.
- En esta línea, es fundamental el diseño y puesta en práctica de un **Plan de Acogida** por parte de las entidades prestadoras del servicio que integre a los nuevos profesionales dentro del equipo, dando sentido a la actividad de cada uno de ellos, en función de su ubicación en el resto de la organización. Dicho plan de acogida debería facilitar el trabajo, proporcionando, tanto normas de funcionamiento general, como la promoción de una buena praxis.

El personal auxiliar es el que dispone de información directa acerca de la persona usuaria, y al mismo tiempo, es quien lleva a cabo las pautas y las directrices marcadas por el resto de los profesionales, de modo que es imprescindible la **comunicación bidireccional y el trabajo en equipo**. Es un elemento clave en la mejora continua del servicio.

C. MEDIDAS DE FOMENTO DE LA VISUALIZACIÓN

Se parte de los siguientes objetivos:

- Dar a conocer el servicio entre la población.
 - Eliminar barreras de acceso al mismo a través de su divulgación.
 - Dar una imagen realista, positiva y de confianza en el servicio y sus profesionales.
 - Mejorar la imagen social del Servicio de Apoyo a Domicilio.
 - Dignificar el servicio con visibilidad (mediante programas de TV u otra herramienta, carta de servicios, campañas de sensibilización, etc.).
 - Divulgación de Derecho.
-
- Se debe hacer un esfuerzo de **difusión y visualización adecuada del servicio** desde todos los ámbitos relacionados con el servicio (administraciones públicas, iniciativa privada, asociaciones, agentes sociales, etc.).
 - Es necesario transformar la actual visión del SAD, dando a conocer los aspectos más positivos del servicio, la profesionalización del mismo y las posibilidades que se están abriendo, en una profesión con un enorme potencial de desarrollo.

3.5 FORMACIÓN

A. CUESTIONES FUNDAMENTALES

- No todas las personas son adecuadas para dar una atención especializada y de calidad dentro de los servicios del marco de la Ley de Dependencia.
- Se pueden establecer tres canales para conseguir la cualificación como Auxiliar:
 - **Formación Profesional reglada**, con módulos que aseguren los contenidos mínimos de conocimiento que requiere el perfil profesional. En este momento existe una diversidad de modelos a nivel normativo que deberían converger en los contenidos modulares de esta Formación Profesional.
 - **Itinerarios de formación continua** en el puesto de trabajo, cuyo desarrollo contemple, de manera individual, los módulos que forman parte de los contenidos de la formación profesional reglada. El resultado final de la realización de todos los módulos del itinerario formativo debe ser su homologación como formación reglada.
 - **Mecanismos de convalidación que incorporen criterios de desempeño profesional** en el puesto de trabajo, así como de formación, para alcanzar la misma cualificación que ofrece la formación reglada.
- Con el tiempo se debe tender a que la **Formación Profesional reglada** marque las directrices de formación continua y sea el canal **principal de acceso a la profesión**.

B. FORMACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO DE LA ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

B.1. Formación de acogida e incorporación al puesto de trabajo en la entidad:

AUXILIARES:

- **Módulo básico de formación de acogida** que sitúe al personal de auxiliares en el contexto laboral concreto: misión, valores fundamentales de la organización, código deontológico, tareas básicas a realizar, colectivos a atender, perfiles profesionales con los que se relacionará, mecanismos de información, coordinación y trabajo en equipo, etc.

- **Módulo complementario de aproximación cultural** para el personal de auxiliares, cuya diversidad cultural haga especialmente necesario abordar estos contenidos para su eficaz desempeño profesional.

EQUIPO TÉCNICO:

- **Módulo básico de formación de acogida** que sitúe a los distintos profesionales en los aspectos básicos del servicio en un contexto laboral concreto: misión, valores fundamentales de la organización, código deontológico, funciones básicas a realizar, colectivos a atender, perfiles profesionales con los que se relacionará, mecanismos de información, coordinación y trabajo en equipo, etc.

B.2. Formación continua:

Toda acción formativa debe contemplar:

- Formación en materias de **conocimiento**.
- Desarrollo de **habilidades profesionales**.
- Desarrollo de **competencias**.
- Evaluación de la **eficacia de la formación**.

La formación continua en la entidad se abordará desde:

- Desarrollo de un **itinerario formativo (Plan de Formación)**.
- **Coordinación** y supervisión de profesionales (reuniones de carácter individual o grupal).
- **Asesoramiento y formación específica** en función de las necesidades concretas o específicas detectadas tanto en relación con el servicio, como en lo referente a áreas de mejora de los distintos profesionales. Este apartado incluiría las acciones de formación dirigidas a detectar y establecer canales de comunicación, de cara a prevenir situaciones graves de riesgo, tanto de las personas usuarias y familiares, como de los trabajadores (biopsicosocial, físico, de salud, “síndrome del quemado”, etc.).

B.3. Formación continua externa:

Toda la formación externa que se organiza desde agentes sociales (sindicatos, patronales), entidades públicas, privadas o de otro tipo, que presentan Planes Agrupados, deben ser congruentes con los módulos establecidos en la Formación Profesional Reglada o los itinerarios de formación continuada.

3.6. COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

A. COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO

A.1. Por la entidad titular del servicio:

Proponemos que la entidad titular estructure los siguientes niveles de seguimiento y coordinación y establezca los criterios y frecuencias para los mismos:

- Seguimiento del prestador del servicio, según las condiciones contractuales.
- Seguimiento de la intensidad y adecuación de las prestaciones al modelo de servicio.
- Planificación de recursos y presupuesto.
- Seguimiento y coordinación de la gestión del servicio.
- Coordinación para la gestión de casos y seguimiento individual del Plan de Intervención.
- Coordinación con otras áreas.

A.2. Por la entidad prestadora del servicio:

- **Cumplimiento de las condiciones contractuales.**
- **Seguimiento y apoyo al auxiliar:**

El seguimiento del profesional debe ser realizado por el coordinador tanto a nivel individual como en grupo:

- Nivel individual: supervisión, seguimiento, apoyo al trabajador y cumplimiento de horarios, tareas y funciones.
- Nivel grupal o de equipo: reuniones de equipo y de coordinación. Se pueden incluir metodologías de grupos de mejora. Incluye la **supervisión del equipo de atención directa** para promover la motivación y prevenir el “síndrome de quemado”.

- **Apoyo del equipo multiprofesional a auxiliar:**

El papel del equipo multiprofesional es dar apoyo al personal auxiliar y a la organización y servicio en su conjunto, en aspectos especializados según cada área profesional, tanto aportando criterios, pautas y guías, como asesoramiento directo y formación continua.

El coordinador del servicio traslada la información de forma constante sobre la evolución del servicio y la persona usuaria al resto del equipo, para adaptar sus respectivas intervenciones y objetivos.

Control interno de la gestión del servicio:

La entidad prestadora del servicio, contará con los mecanismos de gestión, control y planificación de las siguientes áreas:

- Altas, bajas y modificaciones del servicio.
- Gestión de servicios contratados (nº horas, etc.) y facturación.
- Selección, contratación y formación del personal.
- Sistema de evaluación (se detalla mas adelante).
- Sistema de comunicación con la entidad titular del servicio.

B. EVALUACIÓN

La evaluación contemplará los siguientes aspectos:

B.1. Por la entidad titular del servicio:

1. Cumplimiento del pliego de condiciones, condiciones contractuales y oferta de la entidad prestadora.
2. Cumplimiento de la Normativa vigente.
3. Visitas de seguimiento del profesional de referencia de la entidad titular.
4. Reuniones de coordinación.
5. Calidad percibida por la persona usuaria y su familia, con respecto al servicio prestado.
6. Nivel de calidad en la prestación del servicio de las entidades contratadas.
7. Incidencias.
8. Sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.

B.2. Por la entidad prestadora del servicio:

Las áreas a tener en cuenta en la evaluación son las siguientes:

1. Cumplimiento de la oferta, condiciones contractuales y pliego de condiciones.
2. Cumplimiento de la Normativa vigente.
3. Reuniones de coordinación y comunicación de incidencias a la entidad titular.
4. Reuniones de coordinación interna del equipo.
5. Calidad percibida por la persona usuaria y su familia, con respecto al auxiliar y al equipo técnico.
6. Cumplimiento del plan de formación del servicio.
7. Rotación del personal y absentismo.
8. Incidencias.
9. Sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones.
10. Resultados de auditorías y evaluaciones de calidad.

B.3. Indicadores de calidad:

Proponemos, como mínimo, los siguientes indicadores de calidad, basados en la Norma UNE 158301 del SAD (con una medición de los mismos, al menos, anualmente):

1. Nº de profesionales de atención directa con los que se han mantenido reuniones de seguimiento y coordinación, sobre el total de profesionales de atención directa.
2. Nº de personas usuarias (con más de 6 meses de antigüedad en el servicio) a las que se han realizado visitas de seguimiento por el profesional de referencia designado por el titular del servicio, respecto al nº total de personas usuarias en el mismo periodo.
3. Porcentaje de personas usuarias sobre las que se ha realizado una evaluación de la satisfacción con respecto al total de personas usuarias en el periodo de estudio.
4. Nº total de reclamaciones y/o quejas procedentes, sobre el total de personas usuarias.
5. Nº de personas usuarias que presentan quejas procedentes, sobre el total de personas usuarias.
6. Nº de personas usuarias con cambio del auxiliar asignado en un periodo determinado (excluyendo bajas por enfermedad, vacaciones y permisos), sobre el total de personas usuarias.
8. Nº de horas de formación, respecto al número de trabajadores en un periodo determinado.
9. Nº de personas usuarias en los que se incumplen los plazos de alta por causas imputables al prestador de servicio, respecto al total de altas del periodo determinado.
10. Nº de personas usuarias que renuncian al servicio por insatisfacción (se excluyen las ajenas a las condiciones de prestación), sobre el total de personas usuarias que se han dado de baja en el periodo.

4. MODELO DE CALCULO DE HORAS

- Contempla los elementos básicos del diseño, mediante un modelo sencillo, que parte del volumen total de horas año de prestación, y contempla horas de atención en el domicilio, horas de desplazamiento y horas de reuniones-formación.
- El objetivo es promover un trabajo en equipo real, con tiempos (horas/año) programados en el diseño básico del servicio para reuniones de equipo con auxiliares y formación continuada (este elemento es básico para la dignificación del puesto de trabajo y para una mayor calidad percibida por la persona usuaria y el trabajador).
- **DATOS PARA EL CÁLCULO DEL MODELO DE HORAS EN SAD:**

TIEMPO TOTAL DE SAD NECESARIO (TT), A CALCULAR POR EL TITULAR DEL SERVICIO:

$$\mathbf{TT = HPR + HDE + HCF}$$

HPR = Horas/año de prestación de servicio.

HDE = Horas/año de desplazamiento entre domicilios.

HCF = Horas/año de reuniones de coordinación y formación continua de auxiliares del SAD.

- **DATOS PARA EL CÁLCULO DE PERSONAL NECESARIO**

Para el cálculo del **número de jornadas del personal auxiliares de SAD necesario**, se deben tener en cuenta las siguientes variables:

- Tiempos de prestación en el domicilio (HPR).
- Tiempos de desplazamiento (HDE).
- Tiempo de reuniones de coordinación-formación (HCF).
- Tiempo de descanso y permisos, según convenio.
- Tiempo de horas sindicales, según convenio y número de trabajadores.
- Porcentaje de tiempo de absentismo.
- Horas efectivas de jornada laboral del convenio.

Según el número de horas año y la ubicación del servicio (rural o urbano), se establecerán las jornadas a contratar del siguiente personal del equipo interdisciplinar y de apoyo administrativo:

- ___ Jornadas de trabajador social.
- ___ Jornadas de psicólogo.
- ___ Jornadas de terapeuta ocupacional.
- ___ Jornadas de ayudante de coordinación.
- ___ Jornadas de auxiliar administrativo.

- EJEMPLO DEL MODELO DE CÁLCULO PRÁCTICO DE HORAS AÑO DEL SAD:

NOTA: Los datos a incluir están en celdas de color amarillo. El resto son fórmulas. Se puede entrar a nivel informático en Excel, pulsando 2 veces sobre la imagen de Word.

EJEMPLO PRÁCTICO TEÓRICO DEL MODELO DE CÁLCULO DE HORAS					
TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO (HDe)					
DATOS PARA EL CÁLCULO:		Minutos	Horas	Visitas	Usuarios
Des	Media de tiempo de desplazamiento entre domicilios	8	0,13		
Dur	Media de tiempo de duración del servicio	60	1,00		
Vis	Media de visitas diarias a los usuarios			2	
Usu	Número de usuarios				500
CÁLCULO		Minutos	Horas	Días	
Tdu	Tiempo total desplazamiento usuario día (Des x Vis)	16	0,27		
Tau	Tiempo total de atención por caso al día (Dur x Vis)	120	2		
Hm	Media de horas mes por usuario		25,7		
Di	Media de días a la semana de visitas al usuario			3	
Dmu	Media anual de días de atención por usuario			156	
HDE	Total tiempo desplazamiento año (Tdu x Usu x Dmu)	1.251.429	20.857		
HPR	Total tiempo de atención año (Tau x Usu x Dmu)	9.385.714	156.429		
	Porcentaje de desplazamiento	13,3%	13,3%		
HORAS DE REUNIÓN DE COORDINACIÓN- FORMACIÓN (HCF)					
DATOS PARA EL CÁLCULO:		Horas	Auxiliares		
Aux	Número total de auxiliares		80		
Haux	Horas mes de Coordinación Formación por auxiliar	3,0			
HCF	Horas año de reuniones de Coordinac.- formación (Haux x Aux x 11)	2.640			
RESUMEN DEL TOTAL DE SERVICIO					
DATO		Num	%		
Número de usuarios (Usu)		500	100%		
Total Horas año de apoyo y atención (HPR)		156.429	87%		
Total Horas año de desplazamiento (HDE)		20.857	12%		
Total Horas año reuniones de coordinación-formación (HCF)		2.640	1%		
TOTAL GENERAL DE HORAS AÑO (HPR + HDE + HCF)		179.926	100%		

5. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- AENOR. Norma UNE 158301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos. Año 2007.
- ASADE. Propuesta del sistema de acreditación del servicio de Ayuda a domicilio (SAD). Año 2008.
- Deloitte. Perspectiva de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de atención a domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes. Año 2008.
- Edad y Vida. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Disponible en: www.edad-vida.org Año 2007.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). 100 Recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio. Grupo de Trabajo de Calidad. Disponible en www.segg.es Año 2007.

ANEXO 1:

JORNADA DE REFLEXIÓN PARA LA MEJORA DEL DISEÑO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO. 6 DE MAYO DE 2009.

“50 APORTACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA JORNADA”:

Son aportaciones de ponentes y de coloquios,
complementarias a lo descrito en el documento.

A. ASPECTOS DE CONCEPTO Y MODELO:

1. “Los esfuerzos cuando se suman, se multiplican”.
2. El SAD (Servicio de Atención a Domicilio) está condicionado por un **problema global del sector de los servicios sociales**.
3. En uno de los principios de la Ley, en su artículo 3, se hace especial énfasis en los servicios que permiten **permanecer a la persona en su domicilio**. Se debe fomentar la **permanencia de las personas en su entorno habitual**.
4. **En el modelo del SAD**, deben tener un papel más importante la evaluación y el seguimiento.
5. Es necesario pasar del esquema de “servicios por horas” a **“prestaciones protocolizadas”**.
6. El SAD tiene **un contexto normativo muy disperso y muchos modelos**. Hay una gran diversidad de convenios colectivos y de servicios tanto por perfil de usuarios, tipos de servicios o intensidad de los mismos. Igualmente hay una enorme variación del precio hora (de 12-24 euros/hora).
7. Es necesario **difundir información de los diferentes modelos aplicados** en las distintas administraciones públicas.
8. Si queremos un SAD de calidad, debemos ser **eficaces ante las necesidades** de la población y eficientes en la coordinación y gestión de los recursos.

9. En el **artículo 14 de la Constitución** se establece que los Españoles son iguales ante la Ley, independientemente de su condición o circunstancia personal o social
10. **Dentro del Sistema de la Dependencia (SAAD)**, se debe garantizar un nivel de calidad y atención a todas las personas independientemente de la CCAA donde vivan. Por eso es necesario unas normas comunes de calidad en la prestación.
11. **La “Ley de Dependencia”** es una oportunidad y a la vez una amenaza.
12. Es necesario tener **modelos homogéneos y criterios de estandarización** para que las diferentes administraciones locales se puedan comparar en sus resultados.
13. Algunos de los **papeles de las CCAA** deben ser armonizar los modelos del SAD con los municipios y publicar la normativa de acreditación y calidad.
14. Para cubrir las necesidades del Sistema de Promoción de Autonomía y Atención a la Dependencia, **no hay suficientes trabajadores** para los próximos años.
15. Promover que en los **concursos públicos no se valore el precio a la baja**, ya que esto afecta directamente al nivel de calidad de la prestación.
16. Es necesario **un trabajo conjunto** y un respaldo entre las administraciones públicas titulares del servicio y las entidades prestadoras.
17. **El modelo debe contemplar la calidad de vida** como un conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable la vida para una persona.
18. Es necesario **delimitar espacios y competencias**, qué es y qué no es el SAD y no definirlo solamente como un servicio que cubre las carencias del sistema.
19. Se debe fomentar los espacios de **trabajo y de reflexión conjunta, de todos los implicados en el SAD.**
20. Es necesaria la **integración de recursos.**
21. Hablar de **“Mundos Rurales”**, ya que hay muchas realidades distintas a nivel rural.
22. **Los mundos rurales** no deben copiar como hasta ahora los modelos históricos de los mundos urbanos.

B. LAS PERSONAS USUARIAS Y LOS PROFESIONALES:

23. **El papel de las personas usuarias y sus representantes** en la mejora del modelo debe ser mas importante.
24. **Promover eventos entre las personas usuarias y los profesionales.**
25. **La tecnología** puede ayudar a las personas dependientes a vivir en mejores condiciones en su domicilio.
26. **Adecuar la prestación del SAD a la necesidad del ciudadano** que lo solicita, es uno de los retos importantes. El ciudadano tiene claras sus necesidades y el tipo de problemática que tiene.
27. Potenciar en el servicio **acciones de prevención** de la situación de dependencia.
28. Tener precaución de **no pedir al auxiliar competencias de otros profesionales**. Apoyarles pero no asignarles aspectos de valoración o intervención de otros profesionales (no pretender que sean “superauxiliares”).
29. Se debe promover la **profesionalización continua de la figura del auxiliar**.
30. **Para el auxiliar** es importante la coordinación con el trabajador social, se quiere sentir más considerado en su trabajo. Hay un **sentimiento de aislamiento** y quieren sentirse parte de un equipo del SAD.
31. Es necesaria una **acreditación y homologación de los auxiliares** actuales del SAD, dada su amplia experiencia.
32. Desde las administraciones públicas se deben definir los **perfiles de trabajadores y formarles** con fondos públicos, para que puedan ser contratados por las entidades prestadoras.
33. Es necesaria una **formación continua con el auxiliar** y hacer énfasis en los temas de prevención.
34. Destaca un informe, que establece que a nivel europeo existe **una formación insuficiente** para los auxiliares del SAD.
35. **La formación y las reuniones de coordinación** van a dignificar el trabajo del auxiliar.

36. Para la **viabilidad económica del sistema** se debe tener en cuenta que a mayor cualificación y formación, debe haber unos mayores niveles salariales. Debe haber un equilibrio entre ambos conceptos.
37. **El equipo multiprofesional** debe supervisar en visitas domiciliarias el cumplimiento de los objetivos del servicio y los objetivos de atención y cuidados marcados con la persona usuaria y su entorno.
38. **Los profesionales del equipo multiprofesional**, en algunos casos, pueden acompañar al auxiliar en el domicilio para formarle y apoyarle en la aplicación correcta de los protocolos, técnicas y cuidados con la persona usuaria.
39. Es necesario hacer más énfasis en las **valoraciones de las condiciones de los domicilios** (Prevención de Riesgos Laborales), que afectan la salud o integridad de las personas.

C. ASPECTOS DE CALIDAD:

40. **El modelo actual** no responde a las **expectativas de calidad del cliente** (persona usuaria).
41. Se debe evaluar **la calidad centrada en los resultados con las personas**.
42. Se debe promover **un incremento progresivo de un mejor servicio** y que se pueda prestar y pagar.
43. **Consensuar indicadores de calidad**. Medir para mejorar.
44. Promover **Manuales de buenas prácticas**.
45. **Algunos aspectos de calidad** a contemplar en el modelo de servicio son: la carta de servicios, los indicadores de calidad, las áreas de mejora, las condiciones mínimas establecidas en el pliego, el seguimiento del prestador del servicio por parte de la entidad titular, las visitas de seguimiento de los profesionales de la entidad prestadora y del titular, el acceso “on line” de la entidad titular a las bases de datos que las entidades prestadoras gestionan en su nombre.

46. Algunos de los requisitos de una **asistencia de calidad son**: Agilidad en los tiempos de respuesta, flexibilidad e individualización en horarios y tareas, garantizar la cobertura los 365 días de año, tener un catálogo de prestaciones, buscar soluciones imaginativas, que los auxiliares domiciliarios tengan unos perfiles formativos y operativos que no supongan una desventaja cualitativa con otros sectores.
47. Como ejemplo práctico de un **instrumento de evaluación y satisfacción de calidad** del SAD en una población urbana, se aportan las siguientes áreas de mejora del servicio: Intensidad horaria, cambios de auxiliar, rapidez de respuesta ante incidencias, facilidad de resolución, menos cualificación de los auxiliares sustitutos. Se resalta que un 84% estaban satisfechos con la entidad prestadora del servicio y un 87% con el auxiliar. La valoración global fue de 8,5/10.

D. CUIDADOR FAMILIAR NO PROFESIONAL Y PRESTACIONES ECONÓMICAS:

48. El sistema debe dar un giro para la **activación de los servicios profesionales**.
49. Según datos del SISAAD de mayo de 2009, el 46% de las **prestaciones concedidas, son económicas para el cuidado familiar** y sólo el 18% son de SAD. Algunos de los problemas que pueden estar condicionando esto, son el copago y la crisis económica. **Tenemos que hacer altamente atractivo el SAD para que el ciudadano opte por los cuidados profesionales.**
50. El artículo 18 de la “Ley de Dependencia”, regula la **figura del cuidador informal** como excepcional. **Los servicios son prioritarios a la prestación económica** y solo en los casos en que la administración no pueda prestar los servicios por la red acreditada de entidades prestadoras, se contempla la prestación económica vinculada al servicio y no la figura del cuidador informal.

ENTIDADES QUE COMPONEN ASADE:

