

jornadas
2005

Servicios de Ayuda a Domicilio
la dependencia en casa



la dependencia
en Casa



jornadas
2005

Servicios de Ayuda a Domicilio
la dependencia en casa



La atención a los mayores es una de las actuaciones prioritarias tanto para el Ayuntamiento de Madrid como para la Obra Social de Caja Madrid. En este sentido, consideramos que los Servicios de Ayuda a Domicilio son los recursos que mejor contribuyen a que las personas mayores permanezcan en su hogar el mayor tiempo posible.

Los Servicios de Ayuda a Domicilio constituyen uno de los pilares de los servicios sociales modernos y entre sus principales objetivos caben destacar los siguientes: mantener a la persona en su entorno, mejorar su calidad de vida y evitar internamientos innecesarios en residencias. La importancia de estos recursos sociales siempre debe venir acompañada de calidad, esfuerzos de mejora y análisis de sus contenidos. En definitiva, de reflexiones serias y fundamentadas sobre el pasado, el presente y el futuro de la Ayuda a Domicilio que se promociona desde el ámbito de la Administración Pública en colaboración con la iniciativa privada.

El Ayuntamiento de Madrid, consciente de la importancia de debatir los diferentes modelos y estilos de trabajo en España, de reflexionar sobre sus ventajas e inconvenientes y de conocer las experiencias en países de nuestro entorno que cuentan con servicios más desarrollados, organizó con la Obra Social Caja Madrid, unas Jornadas sobre “Los Servicios de Ayuda a Domicilio: La dependencia en Casa” en las que se dieron cita profesionales, técnicos, responsables públicos y empresas prestadoras del servicio, para debatir sobre la cobertura y futuro de los Servicios de Ayuda a Domicilio y la dependencia de las personas mayores. Las ponencias y comunicaciones debatidas durante tres días versaron sobre distintas cuestiones de la más estricta actualidad en materia de Ayuda a Domicilio, que ya no se concibe como un único programa o servicio sino como el conjunto de recursos y prestaciones que se ponen en marcha en el ámbito domiciliario; con un claro predominio en la atención de personas mayores dependientes.

Esperamos que la recopilación de ponencias y comunicaciones que ofrece esta publicación sea de interés para todos los que trabajan en este campo profesional y revierta en beneficio de los mayores y su calidad de vida.

La Concejala de Gobierno
de Empleo y Servicios a la
Ciudadanía

Ana Botella Serrano

El Director Gerente de la Obra
Social de Caja Madrid

Carlos M^a Martínez Martínez

Edita:

Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid

Dirige:

Ilma. Sra. D^a Ana Botella Serrano
Concejala de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Illmo. Sr. D. Florencio Martín Tejedor
Director General de Mayores

Coordina:

Departamento de Programación y Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores

Diseño:

SEATRA

Imprime:

Artes Gráficas Municipales.
Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública

Depósito legal:

Presentación.....5

Índice.....7

1.- Los servicios de atención domiciliaria en España: antecedentes, evolución histórica y marco normativo. *D. Francisco Martínez López*.....11

2.- Experiencia de gestión en grandes municipios.....37

2.1.- Sevilla. *D. Carlos J. Núñez Gómez*..... 37

2.2.- Valencia: *Dª Mª Asunción Criado Puchol*.....55

2.3.- Barcelona: *Dª Isabel Ferrer Álvarez*.....71

2.4.- Madrid: *D. Florencio Martín Tejedor*.....81

3.- Servicios de atención domiciliaria.....101

3.1.- La intervención social en ayuda a domicilio de forma integrada. *D. Francisco Javier Pomar Fernández, Dª Mercedes Portero Cobeña, Dª Rosa Mª Urquiza Berganzo*.....101

3.2.- Teleasistencia domiciliaria y nuevas tecnologías.....123

3.2.1.- La gestión del servicio por la administración pública: *D. Vicente de Diego Serrano*.....123

3.2.2.- Nuevas tecnologías: Interconexión de servicios: *D. Felipe Fernández Hernández*.....139

3.2.3.- Teleasistencia domiciliaria: la experiencia del Ayuntamiento de Madrid: *Dª Pilar Benito Pecharromán*....159

3.3.- Otras atenciones en el domicilio: presente y retos de futuro.....171

3.3.1.- Entorno favorecedor, adaptaciones en el domicilio: *Dª Cristina Labrador Domingo*.....171

3.3.2.- “Rompiendo distancias” un programa de atención integral a las personas mayores que viven en contextos rurales: *Dª Teresa Martínez*.....191

3.3.3.- Ayer y hoy de las comidas sobre ruedas: <i>D^a Pilar Serrano Garijo</i>	213
3.3.4.- Servicios complementarios en el hogar: <i>D. Francisco Rodríguez Ortega</i>	239
3.4.- Otras experiencias innovadoras.....	253
3.4.1.- Flexibilidad de los servicios de ayuda a domicilio: <i>D. Francisco J. Castillo Galindo</i>	253
3.4.2.- Importancia de la valoración funcional en la asignación de prestaciones: <i>D^a Lucía Granados Alós,</i> <i>D^a Piedad España Auñón</i>	261
3.4.3.- Una experiencia solidaria “En Contacto”. <i>D^a Rafaela Calvache Béjar</i>	277
3.4.4.- La calidad de los servicios como meta. <i>D. Manuel Enrique Medina Tornero</i>	283
4.- Los servicios domiciliarios y el empleo	325
4.1.- Impacto económico de los servicios de ayuda a domicilio en Madrid: <i>D. Juan Carlos Collado Curiel</i>	325
4.2.- Reglamentación de la formación del auxiliar domiciliario. <i>D^a Genoveva Sánchez Casillas</i>	343
4.3.- Perfil actual del auxiliar SAD. Incidencia de la Inmigración. <i>D^a Soledad Palos Triguero</i>	367
5.- Servicios sociosanitarios de atención en domicilio: experiencias, retos y posibilidades	383
5.1.- Estructuras de coordinación sociosanitaria. Comisiones y equipos. <i>D^a Milagros Marcos Ortega</i>	383

5.2.- Comisión sociosanitaria de Villa de Vallecas, una apuesta por la coordinación en la atención integral del mayor: <i>D^a Santiago Buitrón Ruiz</i>	391
6.- Complementariedad de los recursos en la atención domiciliaria. <i>Mr. Henk Nies</i>	409
7.- Protección municipal de la dependencia; Implicación de la Ley a nivel autonómico y local: D. Jose M^a Alonso Seco	427
8.- Comunicaciones	449
8.1.- Premio a la mejor comunicación. Techfilter: filtro de temblor para ratones de ordenador: <i>Miranda Díaz J.A</i>	449
8.2.- Mejoría del bienestar psicológico subjetivo tras la estimulación cognitiva global en un grupo de mayores con problemas de memoria: <i>García Carpio MS, Romero Chaparro R,</i> <i>Serrano Garijo P, Tena Dávila-Mata MC</i>	453
8.3.- Espacios deportivos y salas polivalentes públicos destinados a ejercicio físico para personas mayores del municipio de Madrid: <i>Tena-Dávila MC, Molina Díaz E,</i> <i>Serrano Garijo P, Martín Tejedor F</i>	457
8.4.- Perfil del usuario de ayuda a domicilio: Evolución y perspectivas. <i>Gascón Rodríguez T, García López E</i>	462
8.5.- El absentismo en las / los auxiliares del servicio de ayuda a domicilio. <i>Rodríguez García E, López Fernández MS,</i> <i>Izquierdo Riezu</i>	466
8.6.- Demanda del SAD (Auxiliar domiciliario): Conocimiento, necesidad y expectativas: <i>Urquiza Berganzo R,</i> <i>Serrano Garijo P, Gimenez-Oyuelos P, Frías Martín S, Martín Tejedor F</i>	470

1. Los servicios de atención a domicilio en España: Antecedentes, Evolución Histórica y Marco Normativo

*Francisco Martínez López.
Doctor en Ciencias Políticas y Sociología.
Universidad Complutense de Madrid.*

I.- Cuestión previa.

Antes de entrar en el contenido concreto de nuestro tema, conviene anticipar que la asistencia domiciliaria no es una forma de acción social totalmente moderna, sino que de alguna manera tiene unos antecedentes importantes en la historia de la protección social en España.

Dice un estudioso de los Servicios Sociales que “el concepto de ayuda a domicilio debe ser abierto y flexible, para poder incluir en él servicios prestados en diversas sociedades y en situaciones bien distintas. Se puede describir como conjunto de servicios de índole material y no material que se realizan por una persona, denominada normalmente auxiliar, en beneficio y a petición de otra necesitada en el ámbito más próximo al beneficiario. La índole de los servicios va desde lo material a lo que podemos denominar genéricamente como espiritual, pasando por un sin fin de prestaciones”¹.

Otro autor manifiesta: “la ayuda a domicilio es un servicio social que está dotado de una singular calificación por las prestaciones que otorga a un gran número de personas: minusválidos, familias con problemas, enfermos convalecientes, toxicómanos y especialmente personas de edad avanzada”.

En contra de lo que se ha dicho no es un programa nuevo².“ Sería un error afirmar que la ayuda a domicilio es una novedad actual. Un simple repaso

¹ Martín Tejedor, Florencio. *La Ayuda a Domicilio en España*. Boletín de estudios y documentación de Servicios Sociales.

² Alonso Seco, José María y Bernardo Gonzalo: *La Asistencia Social y Los Servicios Sociales En España*. Ed. B.O.E. Madrid 1997. Pág..235.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

a la historia de la política social pondría en evidencia cómo en cada época se aplica la idea de que hay que asistir en su domicilio a los que por un motivo (enfermedad, incapacidad...) u otro (vejez) o no es posible o no es deseable atenderlos en instituciones exteriores³.

II.- Recursos sociales históricos.

No deberíamos pasar adelante sin hacer referencia a tres recursos históricos de los que ha dispuesto y sigue disponiendo la sociedad para hacer frente a los riesgos de enfermedad, vejez, invalidez, miseria y pobreza, inseparables compañeros del infortunio en la mayoría de los casos.

Cada periodo histórico tiene un ideal de cobertura ante los riesgos y las situaciones de necesidad de ellos derivadas. Desde siempre, el hombre ha intentado tomar medidas previsoras. Una de ellas muy general, extendida y duradera en el tiempo es el ahorro individual. En principio la finalidad del ahorro es cubrir las posibles necesidades. Se puede afirmar que la previsión privada, libre y voluntaria, se basa en el ahorro, siempre estimulado y recomendado en sus versiones individual y social. No obstante, aun siendo individual el riesgo, el individuo salvo que forme parte de una minoría privilegiada y decreciente, carece de medios para prevenirlo y remediarlo. Se debe tener presente que la capacidad de ahorro individual y familiar, tanto la directa como la canalizada a través de un seguro privado (ahora hablaríamos de planes de pensiones) es insuficiente para la complejidad y la magnitud de las necesidades que se derivan de los riesgos. Debemos resaltar la importancia que, en el momento actual, para el mantenimiento en sus domicilios de los ancianos tiene el ahorro acumulado y llegado el caso la utilización de su patrimonio.

Es por todos admitido, que el verdadero remedio de las necesidades ha provenido y sigue proviniendo de la familia. Un sinnúmero de tareas adjudicables a la ayuda a domicilio, como pueden ser los auxilios urgentes, la atención a los ancianos y discapacitados, el soporte moral, los cuidados concretos en casos

³ Estivill, Jorge. *La ayuda a domicilio entre la reclusión y la itinerancia. Una aproximación histórica.* Jornadas internacionales sobre Ayuda a domicilio. Aytº.Madrid. 1991. Pág. 22.

Los servicios de atención a domicilio en España.

de enfermedad puntual e incluso crónica, el intercambio de información, la limpieza, obtención y preparación de alimentos, la compra de medicinas, etc... se continúan llevando a cabo por miembros de la familia.

La casa, el lugar de pertenencia y de residencia, ha constituido el modo central de la resolución de las necesidades vitales y ello no sólo se remite a una historia más o menos lejana sino que está aún presente en nuestros días en la mayoría de los pueblos de nuestra geografía⁴. Además de la inestimable e incalculable ayuda de la familia vista desde todos los ámbitos afectivo, social y económico, no podemos ignorar la capacidad y la operatividad de la acción voluntaria, formalizada o no, de nuestra sociedad. Dice J. Estivill, de quién hemos recogido alguna cita anterior, que: “el vecindaje, el paisanaje no sólo continúan operando en sociedades rurales como formas de afrontar tareas colectivas, sino que operan en las ciudades a través de los miles de lazos establecidos por la emigración forzosa de las décadas anteriores”.

En la historia de la Previsión Social española han tenido gran importancia instituciones y asociaciones que, con diversas denominaciones, creadas por particulares o diversos colectivos sin ánimo de lucro venían a configurar una protección social cuyos antecedentes fueron las cofradías y hermandades⁵.

III.- Antecedentes de la protección social y los auxilios domiciliarios

1.- Formas Históricas

Casi todos los autores⁶, al estudiar los antecedentes de los Servicios Sociales, manifiestan que el proceso hasta llegar a ellos ha sido lento y dificultoso y se ajustan con ligeras variantes a las formas históricas en que ha sido ejercida la protección social al necesitado que pueden resumirse en las siguientes: caridad, beneficencia, asistencia social pública, seguro social, sistema de seguridad social, servicios sociales. Esta distinción se hace a efectos de esquema metodológico, pues algunas de las nociones antes citadas se superponen e

⁴ De la Red, N. *Solidaridad y ayuda mutua en una comarca de Castilla y León*. Institución Cultural Simancas. Valladolid 1986. Tomado de Estivill, J. Ob. cit. Pág.24.

⁵ Martínez López, Francisco. *Los Servicios Sociales en España. Desarrollo, evolución y conflicto*. Ed. Restringida. Madrid. 2004. Pág. 90. Tomado de Romeu de Armas. *Historia de la Previsión Social en España*.

⁶ Garrido Falla, Fernando. *Beneficencia General y Particular*. Obra colectiva: *Problemas fundamentales de la Beneficencia y la Asistencia Social*. Ed. Ministerio de la Gobernación. Madrid.1967. Pág. 17.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

interconexión a lo largo del tiempo y sería erróneo identificar en exclusiva dichos conceptos con épocas concretas⁷.

Dice Almansa Pastor que contra la indigencia o situación de necesidad se han arbitrado en el tiempo diversas fórmulas de asistencia: la primera (ya citada), la familiar, tal vez el principal mecanismo protector de las necesidades sociales; la segunda, la privada, ejercida por las instituciones caritativas (Conventos, Órdenes religiosas, Asociaciones de fieles); la tercera, la pública o beneficencia, practicada por el Estado, Diputaciones, Ayuntamientos y dirigida, como la anterior, a atender las situaciones límites de indigencia, es decir, remediar la miseria y la pobreza de los más débiles y menesterosos, y por último, la social, con dos objetivos importantes: en primer lugar, cambiar la idea de indigencia por la de necesidad social y ampliar el objetivo protector; en segundo lugar, consolidar un régimen jurídico de protección, un auténtico derecho subjetivo a la protección⁸. Siguiendo el esquema antes propuesto fijaremos la atención en los apartados siguientes:

1.1.- De la Caridad a la Beneficencia.

En primer lugar se debe recordar que en la marcha hacia la protección social pública, la atención al necesitado giró en torno al concepto de caridad. La Iglesia ejerció una considerable influencia en la vida civil. Destaca la acción caritativa ejercida por Instituciones religiosas: Conventos, Órdenes religiosas, Parroquias y la practicada por ciertas asociaciones de fieles o cofrades.

1.1.1. Las Cofradías.

Cabe destacar en los antecedentes de la ayuda domiciliaria la actividad de los Gremios y Cofradías y de manera especial las de tipo religioso que fomentaban la piedad y devoción hacia algún santo o advocación y que entre sus fines se encontraba practicar la caridad atendiendo a los más pobres o mendigos, bien mediante la limosna o haciendo buenas obras en su favor. Respecto a la

⁷ Alonso Seco, J.M. y Gonzalo González, B. Ob. cit. Pág. 23.

⁸ Almansa Pastor, José Manuel. *Derecho de la Seguridad Social*- 4ª Edic. Editorial Tecnos. Madrid 1984. Pág. 32

Los servicios de atención a domicilio en España.

acción de las Cofradías gremiales es interesante ver cómo en los casos de invalidez se tendía a exigir que el inválido realizara un trabajo útil, en la medida de sus posibilidades e igualmente la jubilación era gradual, aprovechándose, siempre que fuera posible, las facultades residuales del individuo⁹. Las Cofradías tuvieron gran raigambre e importancia, muy especialmente en Madrid. Parece oportuno traer a modo de ejemplo algunas referencias.

Las Ordenanzas de la Cofradía de Santa Cristina de Tudela, datan del Siglo XII. En ellas se establece que “cuando enferma uno de los cofrades, debe ser visitado por los demás... si fuese pobre, sea atendido durante la enfermedad de los bienes comunes de los cofrades”¹⁰.

Contaban, en 1394, con una Cofradía los ciegos de Barcelona. Se auxiliaban de la siguiente manera: cuando enfermaba uno de ellos, el ciego más cercano, en tres leguas a la redonda, quedaba obligado a prestarle durante ocho días cinco sueldos, si los tenía; o a dividir con él, en otro caso, las limosnas que la caridad pública le dispensase. Debía además visitarle y acompañarle por ese mismo lapso de tiempo, con obligación ineludible de enterrarle a sus expensas de sobrevenir el fallecimiento¹¹.

El espíritu infundido en las cofradías es el espíritu eterno de la caridad y la fraternidad cristiana. Se puede hacer notar que su recuerdo fue perseguido en Castilla tanto por los Reyes como por el liberalismo decimonónico”, dice Romeu de Armas y continúa: “Empecemos por la capital de España, Madrid, humildísimo lugar en el siglo XIV, cazadero de los reyes en sus húmedos y frondosos bosques, pero siempre -antes y ahora- caritativo y fervoroso. Su Cofradía de San Roque, situada en una ermita sobre la que se levantó más adelante el templo parroquial de San Luis es de las más antiguas de España. Sabemos que los cofrades practicaban el auxilio mutuo en los casos de enfermedad y muerte”¹².

También hunde su historia en la más remota antigüedad la Cofradía de San Isidro -que se supone fundada en el siglo XIII- y que andando el tiempo había

⁹ Borrajo Dacruz, Efrén. *Introducción el Derecho Español del Trabajo*. 2ª Edic. Ed. Tecnos . Madrid 1969. Pág. 81

¹⁰ Romeu de Armas, J. *Historia de la Previsión Social Española* Ed. Revista de Derecho Privado. Madrid 1942. Pág. 530..

¹¹ Romeu de Armas, Antonio, Ob. cit. 1942. Pág. 81.

¹² Citado por Romeu de Armas. Ob.cit. Pág.90: *Nuevas Ordenanzas de la Cofradía del Santísimo Cristo del Desagravio, Nuestra Señora de la O y San Roque (Parroquia de San Luis de Madrid)* Año 1797. A.H.N.S. Sala de Gobierno de Castilla. Legajo 1911. Exp.50.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

de dar lugar en el XIV a la Congregación de Seglares naturales de Madrid¹³.

1.1.2. Los humanistas y la atención a los pobres vergonzantes.

Surge la idea: la eliminación de la pobreza constituye un fin en sí mismo porque una sociedad con mendigos y pordioseros es la antítesis del ideal humanista. Destaca, entre otros defensores de esta tesis, Luis Vives que manifestaba “no es justo que en una sociedad rica y próspera haya mendigos, pordioseros, hambre y miseria”... y exigía la prohibición absoluta de la mendicidad y la estrecha reglamentación de la caridad pública. Por lo que el Estado debía intervenir.

En España la mendicidad fue una verdadera plaga social en la etapa de los Austrias. Desde Carlos I a Felipe II las ordenanzas reales se sucedieron para cortar las corrientes migratorias de pedigüeños y vagos que llegaban hasta las grandes ciudades. Se pretendió que sólo pidieran los necesitados, a tal efecto se expedían licencias a los inscritos como pobres, pudiendo mendigar en los pueblos de su naturaleza y a seis leguas en contorno¹⁴.

Tanto Carlos I como Felipe II trataron de evitar que los pobres anduvieran por las calles pidiendo limosna. Carlos I propone su asilo en hospitales y Felipe II ordena a los Ayuntamientos que establezcan hospitales para la curación de los infecciosos. Los dos monarcas dictaron disposiciones para auxiliar a las personas venidas a menos “pobres vergonzantes” y ordenaron el destierro de aquellos que pedían sin tener la correspondiente licencia o cédula¹⁵.

Esta postura, que asumieron la Corona y las Cortes, fue duramente criticada por las Órdenes mendicantes que defendieron el derecho de los legítimos pobres a andar errantes, excitando la caridad de los particulares.

Conviene hacer una referencia a los “los socorros domiciliarios, cuyos precedentes se remontan a la atención primaria de los pobres vergonzantes del

¹³ *Ibidem* Pág. 90. Joaquín Tello :*Hermanadas y Cofradías establecidas en Madrid*. 1942. Tomo I Pág.24.

¹⁴ Ley XIV. Tit. XXIX. Lib. VII. Nov. Recp.,

¹⁵ Ley VII. Tit. XXIX.. Lib. VII. Nov. Recp.

Los servicios de atención a domicilio en España.

siglo XVI”¹⁶. Vieja distinción que se encuentra en una gran parte de la historia de la política social, pero que se refuerza en la práctica de la ayuda a domicilio. Se juntan aquí tres cuestiones: la de los que no quieren confesar su pobreza, los pobres dignos, la de los que no quieren que se conozca que son asistidos y la del derecho a la intimidad de la vivienda. La ayuda a domicilio, según como se haga, puede ser una exposición pública de la indigencia o de la incapacidad y una violación del espacio de la vida familiar¹⁷.

La beneficencia domiciliaria se practicaba en parte de Madrid, desde el siglo XVI. Se empezó en la Parroquia de San Martín, se aplicó en las de San Gines y San Sebastián antes que en las demás, hasta que en 1754 el Rey mandó organizarla en las restantes Parroquias¹⁸.

1.1.3. La Ilustración.

El “pensamiento ilustrado” significa una nueva perspectiva en la visión de la sociedad. Se van a sentar las bases ideológicas para una más estricta reglamentación de la mendicidad¹⁹.

Entre los ilustrados encontramos a Jerónimo Feijoo que no tiene impedimento en llamar a los mendigos ociosos “viles, vagabundos y zánganos inútiles” y propone la erección de hospicios para habitación y sustento de los pobres inválidos y el empleo de los pobres válidos en oficios públicos. También sobresale el pensamiento del Conde de Campomanes. Cabe destacar entre sus tesis, las siguientes ideas:

- a) La sociedad debe atender a los pobres verdaderos, para ello es necesaria la limosna, pero ésta no debe darse al pobre fingido.
- b) Más importante que la limosna es dar al pobre una educación y trabajo.
- c) Para el recogimiento de los pobres que no pueden trabajar propugna el establecimiento de hospicios y otras casas de misericordia.

También conviene recordar a Olavide. La necesidad, decía, afectaba a:

¹⁶ Alonso Seco, José .María y Bernardo Gonzalo. Ob-cit. Pág. 235.

¹⁷ Estivil, J. Ob. cit. Pág. 26

¹⁸ Hernández Iglesias, F. *La Beneficencia en España* .Est. Tipográfico Minuesa.. Madrid 1876 Tomado de J.Estivill. Ob.cit.

Pág.24.

¹⁹Garrido Falla, Fernando. *Beneficencia general y particular. En Problemas fundamentales de la Beneficencia y Asistencia Social en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid 1967. Pág. 19.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

“los braceros y jornaleros... los propietarios, abusando, les hacen pagar precios exorbitantes”²⁰.

La descripción anterior es recogida por muchos ilustrados, alguno de ellos como Ibáñez, la plasma en sus fábulas:

*“- El hambre, la miseria, la pobreza,
la soledad, penuria y desabrigo,
las dotes son del que nos siembra el trigo”²¹.*

León de Arroyal en sus “Cartas político-económicas al Conde de Lerena”, trata de defender un programa reformador de la sociedad. Podría decirse que su deseo de cambio llega hasta los límites de la revolución”²².

Denuncia la estructura social de su tiempo con estos versos:

*“- Cuando miro tus galas ostentosas,
Juan; cuando veo tus soberbios coches,
con razón me horrorizo, pues conozco
que todo ello es sangre de los pobres”²³.*

Esas masas de desamparados sobrevivían gracias a las instituciones benéficas de remota fundación. Los conventos madrileños repartían a diario 30.000 raciones de sopa. “El liberalismo decimonónico heredará la hostilidad a la beneficencia eclesiástica, sin sustituirla por una beneficencia estatal planificada; la legislación liberal, afirmarán los conservadores católicos, desheredó a los pobres”²⁴.

1.2.- La Beneficencia como Servicio público.

El momento clave en la reorganización de la asistencia pública se produce en el último tercio del siglo XVIII, cuando tuvo lugar una de las operaciones de profilaxis de pobres y de represión policial más encarnizada en la Historia de

²⁰ Olavide. *El expediente de reforma agraria*. Cit. Por Antonio Elorza en *La ideología liberal en la Ilustración española*. Ed. Tecnos. Madrid 1970. Pág. 21.

²¹ Ibáñez de Rentería. *Fábulas*. Tomo I. Madrid 1789 Pág. 168.

²² León de Arroyal, *Cartas Político Económicas del Conde de Lerena*. Vª Carta. Ed. Ciencia Nueva. Madrid 1968. Pág. 217.

²³ Elorza, Antonio. *Estudio preliminar a las Cartas político económicas del Conde de Lerena*. Ob cit. Pág. 18.

Los servicios de atención a domicilio en España.

España... correspondiendo a Carlos III el mérito de una recogida sistemática de ociosos y vagabundos especialmente a partir del motín de Esquilache en 1766²⁵.

Las Diputaciones de Barrio (uno de los timbres de gloria del reinado de Carlos III prometidas por auto del 13 de marzo de 1778 por el que se dan reglas sobre la recogida de mendigos en Madrid y sus inmediaciones; fueron reglamentadas por el Consejo, el 30 de marzo del mismo año) tenían por objeto: el alivio y socorro interino de jornaleros pobres, desocupados, enfermos y convalecientes. Las Diputaciones se extendían a las 64 Alcaldías de los barrios de Madrid. Además del Alcalde y un eclesiástico lo integraban tres vecinos que eran elegidos por votación. Su mandato duraba tres años. Las elecciones para dichos cargos (celebradas el 15 de junio de 1788) se hicieron en las respectivas Alcaldías de los 64 barrios de Madrid, participando todos los vecinos en las mismas. Como los cargos de Vocales de las Juntas llevaban aparejadas múltiples funciones hubo cierta resistencia a su desempeño, pero el Rey Carlos III se mantuvo inflexible, obligando a todos a ejercerlos.

Su financiación era mixta: aportaciones de los particulares y ayudas del Estado. Sus prestaciones consistían en auxilio de los enfermos, convalecientes y parados y se hacían extensivos a los inválidos y pobres vergonzantes. Hasta los baños de aguas medicinales eran costeados por los fondos. Atendían a la educación de huérfanos estableciéndose en casas de maestros, a quienes pagaban, vestían y colocaban a servir a las pobres doncellas abandonadas y sin protección, concedían primeras materias o compraban instrumentos a los artesanos arruinados o parados, costeaban el alquiler de las viviendas a los enfermos o desocupados; tenían establecida una bolsa de trabajo, para colocación de jornaleros.

²⁴ Carr, Raymond. *España 1808-1939*. Ed. Ariel Barcelona 1970. Pág.66..

²⁵ Álvarez Uría F: *Miserables y locos*. Ed. Tusquets. Barcelona 1983. Pág.51 (Tomado de J.Estivil Ob.cit. pág 24).

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El auxilio a los enfermos (que no deberían estar inscritos en ninguna hermandad de socorro) era en metálico junto con la asistencia médica y farmacéutica (jornalero enfermo, mujer, hijos y padres). Cada cuartel tenía dos médicos (debían visitar al enfermo dos veces al día mañana y noche) y dos boticarios que suministraban las medicinas. Los médicos eran los encargados de determinar la cuantía del subsidio dependiendo de la enfermedad y otras necesidades. También, daban el alta y señalaban el periodo de convalecencia para seguirle pagando el subsidio. Las Diputaciones contaban con camas y ropas preparadas para su préstamo²⁶.

El mismo Rey, emocionado con el resultado de la obra, se dirigió por medio de su primer ministro el Conde de Floridablanca, el 8 de mayo de 1780, al gobernador del Consejo de Castilla dándole la enhorabuena por el magnífico resultado hasta entonces conocido y acuciándole a seguir por el camino emprendido. En 1782, estaban ya establecidas, en distintos lugares de la jurisdicción de Madrid, las Diputaciones de Parroquia, con los mismos fines que las de Barrio en la capital²⁷.

Se puede resumir que durante el reinado de Carlos III se produjeron los primeros pasos hacia un sistema público de Beneficencia aunque no recibiera todavía ese nombre. Sus manifestaciones jurídicas más significativas fueron las siguientes:

a) Las normas distinguen tres categorías de pobres: de solemnidad (impedidos que piden limosna por la calle); vergonzantes (personas que han venido a menos y les da vergüenza pedir por la calle); jornaleros desocupados y enfermos convalecientes.

b) Para los primeros se establecen los hospicios. Los Alcaldes deberán recoger en ellos a los mendigos de la Corte incluso a los que piden en Iglesias y Conventos, con intervención del ejército si fuere preciso, destinando los válidos a trabajar y los niños a aprender un oficio.

²⁶ A.H.N. Colección de Reales Cédulas . Año 1788. Tomado de Romeu de Armas. Ob. cit. Págs. 503 y ss..

²⁷ Tomado y resumido de Romeu de Armas . Ob. cit. Pás. 503 a 514.

Los servicios de atención a domicilio en España.

- c) Para los pobres vergonzantes se establece la atención domiciliaria que deberá ser prestada por las Diputaciones de parroquias.
- d) Para los jornaleros desocupados y enfermos se crean las Diputaciones caritativas de barrio y una Junta general de caridad compuesta por personal civil y eclesiástico²⁸.

1.2.1 Primeras referencias constitucionales.

La Constitución de 1812 significó un antecedente de la Beneficencia. En el mismo texto, encontramos una referencia a la Beneficencia en el Artº. 335 donde se disponen las atribuciones a las Diputaciones entre las que se encuentran en el punto octavo: “cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que estimen contundentes para la reforma de los abusos que se observan”²⁹.

1.2.2. Reglamento sobre hospitalidad domiciliaria de 1816.

Recordando a su abuelo, en carta dirigida a su primer Secretario de Estado y de Despacho, Fernando VII en 1816 afirma: “no podía yo elegir un guía más seguro, un modelo más perfecto en mis vivos deseos de contribuir a la felicidad de mis vasallos. Ambicioso pues de participar en empresas tan recomendables y aun de exceder, si me es posible, el esmero de mis predecesores en socorro de la parte más abandonada y al mismo tiempo más productiva de la población de mis reinos, he concebido la idea de ensanchar los límites de aquel gran beneficio, ampliándolo a toda España. Trata de crear en los barrios más necesitados una asistencia gratuita en sus mismas casas. Las razones para ello son: por una parte la insuficiencia de los hospitales, por otra las preocupaciones populares, muy difíciles de desarraigar, sobre la ineficacia de los establecimientos donde el hombre desvalido va a buscar el remedio de sus enfermedades. En conclusión se deben remediar los males que afectan a la clase trabajadora y procurar que la sociedad ofrezca los recursos.

²⁸ Alonso Seco, J.M. y Gonzalo González, B. Ob. cit. Pág. 55

²⁹ Tierno Galván, E. *Leyes Políticas españolas fundamnetales*. Ed. Tecnos. Madrid 1969. Pág.32.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Con fecha 12 de julio de 1816, se publica el Reglamento de hospitalidad domiciliaria. En sus 33 artículos y 5 notas se detallan los requisitos tanto para la concesión de los socorros (pobreza momentánea de los artesanos que con su trabajo sostienen a la familia y a los pobres enfermos vergonzantes) como los motivos de exclusión (no tener honrada calidad, honestidad, moderada economía, etc.).

1.2.3. Reglamento de Beneficencia Pública de 1822.

En las Cortes extraordinarias, reunidas el 24 de Septiembre de 1821 y clausuradas el 14 de febrero de 1822, se aprobó el Reglamento de Beneficencia Pública. Significa, sin duda, un paso decisivo en la consideración de la Beneficencia como servicio público. Entre sus principales objetivos se encuentran:

- a) Se crean las Juntas municipales (cuando no sea posible las parroquiales) de Beneficencia.
- b) Se establece un solo fondo común público con los distintos bienes dedicados a la Beneficencia.
- c) Se dictan las normas para el funcionamiento de los establecimientos públicos de beneficencia que se reducen a una sola clase los hospitales.

La atención domiciliaria se contempla en dos títulos: en el V denominado de los *socorros domiciliarios* y en el VI de *la hospitalidad domiciliaria*.

En el primero se crea, artículo 87, la figura del Comisario de pobres que será el encargado de distribuir los socorros y deberá dar cada semana cuenta exacta. Se establecen en el siguiente artículo las condiciones: “para que un necesitado sea socorrido en su casa, habrá de ser vecino residente en la parroquia, de buenas costumbres y tener oficio u ocupación conocida; debiendo las mujeres gozar igual concepto, en su caso. Varios aspectos merecen nuestra

Los servicios de atención a domicilio en España.

atención. En primer lugar, si la necesidad proviene de la falta de trabajo las juntas procurarán suministrar materias primeras que se deberán devolver elaboradas; en segundo lugar, si la necesidad precisa ser remediada con la distribución de alguna sopa económica, “cuidará la junta de hacer trabajar a los socorridos, descontándoles del precio de su trabajo el valor del alimento que se les suministrare”; en tercer lugar, cuando algún pobre no tuviere casa propia ni ajena en que albergarse, no pudiendo ser socorrido en el pueblo de su domicilio será destinado por la junta al establecimiento de Beneficencia a que corresponda facilitándole el pasaporte y los auxilios necesarios para el viaje, con prohibición expresa de pedir limosna durante él; por último (tiene importancia en la actualidad) el extranjero que se estableciere en un pueblo con algún oficio, arte o profesión útil y se imposibilitare para ganar su sustento participará de todos los socorros que la nación dispensa a los españoles necesitados y estará sujeto a las mismas leyes y reglamentos.

En el siguiente título (arts. 98–103) se establece la hospitalidad domiciliaria, limitándose en lo posible la curación de los enfermos en los hospitales a los que no tengan domicilio en el pueblo en que enfermaren. Las Juntas Parroquiales de Beneficencia y en su defecto las municipales, cuidarán de suministrar a los enfermos pobres en sus mismas casas los socorros y medicamentos necesarios nombrando al efecto uno o más vocales, que bajo el título de enfermeros estén encargados de todo lo concerniente a este ramo. También se añade que cuando hubiese alguna asociación de caridad cuyo objeto sea asistir a los socios enfermos en sus propias casas, los enfermeros de la Beneficencia se pondrán de acuerdo para auxiliar y asegurarse de que nada falte a los enfermos.

1.2.4. Evolución y consolidación de la Beneficencia domiciliaria.

Los acontecimientos sociales y políticos se desarrollaron con cierta celebridad. Se suprimieron los gremios, sobre los que recaían actividades de protec-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

ción social, en 1833 se estableció una nueva organización territorial y administrativa lo que obligó a reestructurar la beneficencia. La Ley de 1822 en seguida se quedó obsoleta, dice un autor: “la evolución a partir de la década de los años treinta se caracteriza por la eclosión de la beneficencia domiciliaria y por su adjudicación al ámbito municipal”³⁰.

El celebre Ministro de Fomento, Javier de Burgos, dictó una instrucción. En ella definió bien cuál era la justificación de la intervención pública y las razones de su preferencia por la atención domiciliaria. Después de hacer una amplia descripción de cómo casi todos los habitantes del País necesitaban de una u otra manera del favor y de la protección constante del Gobierno, mucho más los más pobres: “el pobre jornalero a quien la enfermedad postra en el lecho del dolor, el anciano indigente a quien la edad niega el consuelo, el niño recién nacido a quien las preocupaciones o la crueldad de sus padres condenan a chupar los secos pechos de una nodriza mercenaria”. Según manifiesta, en la referida instrucción, los socorros se convierten en daño de los socorridos y pone como ejemplo la “cama del hospital y la cuna de las casas de expósitos que suelen ser escalones para la tumba”. Importa sobre todo, que en vez de hacinar enfermos en vastos edificios en donde es casi imposible socorrerlos convenientemente, se les asista en sus casas, donde el esmero conyugal y las atenciones filiales contribuyan a la curación³¹.

1.2.5. La Beneficencia, primer servicio público asistencial.

La Beneficencia es el primero entre los servicios públicos asistenciales, al menos en sentido cronológico. Su desarrollo ha sido absorbente aunque no ha tenido en ningún momento carácter monopolístico.

Se reguló por la Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849, así como por su Reglamento de 14 de mayo de 1852. Se establece que:

a) Es una actividad cuya finalidad estriba en la satisfacción gratuita de necesidades intelectuales y físicas.

³⁰ Estivill, J. Ob. Cit. Pág.31.

³¹ Burgos, Javier de. Ministro de Fomento. Instrucción de 30 de noviembre de 1833. Art. 42. (J. Estivill Ob.cit. Pág.31.

Los servicios de atención a domicilio en España.

- b) Los destinatarios son, por lo tanto, las personas que sufren privaciones o necesidades: pobres, menesterosos, indigentes.
- c) Las prestaciones consisten principalmente en atender las necesidades sanitarias y de inmediata subsistencia de los menesterosos, que por otra parte no adquieren ningún derecho.
- d) El estatuto jurídico de los protegidos se caracteriza por hallarse en una situación de interés legítimo y por otras dos notas: la gratuidad y la voluntariedad.
- e) Por último corresponde al Gobierno dictar las normas y dirigir la actividad.
- f) Para auxiliar al Gobierno se crean las Juntas de Beneficencia que se articulan en tres escalones: nacional o general, provincial y municipal³².

Con posterioridad por el Real Decreto de 14 de mayo de 1852, que aprueba el Reglamento de la Ley General de Beneficencia³³, se subraya la autoridad (Art. 41) y las obligaciones que la Ley atribuye al Alcalde “que debe visitar los establecimientos públicos y particulares y todas las operaciones de la beneficencia domiciliaria”. También se dice (Art. 90) que “la más importante obligación de los Ayuntamientos respecto de la Beneficencia consiste en los socorros y hospitalidad domiciliaria. Este es el verdadero y esencial objeto de la Beneficencia municipal. Las Juntas Municipales organizarán las Juntas Parroquiales y de Barrio, y excitarán la caridad del vecindario acomodado a tomar parte en estos trabajos y las limosnas en efectos y en especie que reclama esta clase de beneficencia domiciliaria.

1.2.6. La desamortización.

Constituye un paso importante porque priva a la Iglesia, institución encargada de la caridad, de los medios precisos para atender a las necesidades de los pobres. La transición de la caridad a la Beneficencia es consecuencia de la “secularización de la sociedad”. No puede olvidarse que las medidas desamortizadoras más fuertes se produjeron en 1855³⁴, después de haberse constituido un sistema público de Beneficencia, que no sólo afectaron a estableci-

³² Piñar Mañas, José Luis, Real Pérez, Alicia. *Legislación sobre Instituciones de Beneficencia Particular. Fundaciones Benéfico asistenciales puras y mixtas*. Págs. 61 y ss. Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

³³ Publicado en la *Colección Legislativa*, Tomo 56, núm. 417.

³⁴ Ley de 1 de Mayo de 1855, sobre Desamortización Civil y Eclesiástica.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

mientos privados, sino también a los públicos. Existe en los países civilizados la conciencia adquirida de que la lucha contra la pobreza es una actividad, que al menos, en parte, ha de corresponder al Estado. Por eso, la llegada del régimen liberal no deja de tener influencia sobre esta actividad y en consecuencia sobre la Beneficencia; término que empieza a generalizarse. Dos son los efectos que trae consigo el liberalismo, a saber: la abolición de los cuerpos intermedios y la desamortización.

Como consecuencia, se crea la conciencia de que el Estado debe asumir su papel de protector de los más necesitados y en ese sentido insisten las Leyes desamortizadoras, la ya citada de 1/5/1855, así como la de 11/7/1856 de reforma de la desamortización³⁵. Por Real Decreto de 2 de octubre de 1858³⁶ se reestableció la vigencia y aplicación de la Ley. Por último, el Decreto de 9/7/1869 trata de la Desamortización de los bienes de Beneficencia³⁷.

1.2.7. Diversos testimonios y puntos de vista sobre la Beneficencia.

Pese al avance que supuso la asunción por parte del Estado, de la ayuda a las clases más necesitadas, las críticas por parte de los responsables del movimiento obrero fueron constantes, así en la Comisión de Reformas Sociales, cuyas sesiones se celebraron en 1884, encontramos testimonios interesantes.

a) Matías Gómez, representante de la Sociedad del Montepío de Tipógrafos en su información del día 26 de octubre, dijo: "La Beneficencia, lo mismo la privada que la pública, lo mismo la del Estado que la de la Provincia y el Municipio, es en mi concepto y en el de muchos de los obreros de aquí y de fuera de aquí, el signo más característico de la podredumbre de una sociedad"³⁸.

b) Traemos ahora una cita ilustrativa, ya que refleja la situación de la sociedad, descrita magistralmente por Pío Baroja: "Se acercaron los dos a la verja. Era aquello un cónclave de mendigos, un conciliábulo de Corte de los Milagros....

³⁵ Publicada en la Gaceta del día 15. Suspende la ejecución de la Ley anterior.

³⁶ Publicado en la Gaceta el día 3.

³⁷ Piñar Mañas, J.L. y Real Pérez, Alicia. *Legislación sobre Instituciones de Beneficencia particular. Fundaciones Benéfico asistencial puras y mixtas*. Ed. Centro de Publicaciones del Ministerio de trabajo Madrid. 1987. Pág. 63 y ss.

³⁸ *La clase obrera a finales del siglo XX*. Pág. 23. Ed. Zero. Madrid 1970.

Los servicios de atención a domicilio en España.

Entre los mendigos, un gran número lo formaban los ciegos; había lisiados, cojos, mancos, unos hieráticos, silenciosos y graves; otros movedizos.

Efectivamente, se formaron grupos alrededor de los árboles del patio, en cada uno de los cuales colgaba un cartelón con una imagen y un número en medio.

- Ahí están las marquesas.... indicando a unas cuantas señoras vestidas de negro...

- Son éstas las que enseñan la doctrina.... de vez en cuando regalan sábanas y camisas a los hombres. Ahora van a pasar lista.... sentían la necesidad de insultar a las señoras de la Doctrina, como si instintivamente adivinasen lo inútil de un simulacro de caridad que no remediaba nada”³⁹.

c) En esas mismas fechas Benito Pérez Galdós, describe la vida social, que no “inventa, observa”. “Pude ver los espectáculos más tristes de la degradación humana... los corredores, donde hacinados viven las familias del proletariado ínfimo y pude ver de cerca la pobreza honrada y los más desolados episodios del dolor y la abnegación en las capitales populosas”⁴⁰.

1.2.8. Los movimientos reivindicativos.

Al mismo tiempo que se producían las manifestaciones arriba expresadas, otros informes bien orales o bien escritos aportados a la citada Comisión de Reformas Sociales, indican que se produjo un fuerte movimiento reivindicativo que no aceptaba los postulados o las ideas imperantes.

a) Pablo Iglesias, en representación del Partido Socialista Obrero, informó en la sesión octava, el día 11 de enero de 1885 sobre la situación de la clase obrera, a la que compara con la de los esclavos y manifiesta: “La verdad es que comparando al esclavo antiguo con el moderno y dejando aparte la cuestión de capacidad, única cosa en que aventajamos los esclavos de esta época

³⁹ Baroja, Pío. *La busca*. Ed. Básica Salvat. Madrid. 1969. Pág. 75 y ss.

⁴⁰ Pérez Galdós, Benito. *Misericordia* Ed. Cátedra. Madrid 1982. Pág. 126.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

a los de las pasadas, aquel siervo, esclavo se hallaba en mejores condiciones que nosotros, porque era cuidado por su señor, porque era una cosa que valía y había que conservarla... pero con el obrero moderno no se tiene consideración”.

b) La Agrupación Socialista Madrileña, presentó ante la Comisión, el informe conocido por el nombre de su autor Jaime de Vera. De él, entre otros posibles textos, entresacamos: “Nosotros no decimos a los obreros que son los parias de la sociedad moderna, porque esto no sería decirles algo positivo, ni preciso para encarecer su lastimoso estado, no es menester llamar parias: basta llamarles proletarios, basta llamarles trabajadores... que quiere decir con elocuencia compendiosa, estar sujeto a las más acerbas tribulaciones humanas; así como no ser trabajador, gozar de lo superfluo con todas sus inmunidades y prerrogativas”⁴¹.

1.3. Crisis de la Beneficencia y nacimiento de la Asistencia Social Pública.

La Beneficencia, en los ambientes laborales, tuvo durante el siglo XIX un cierto carácter odioso. Se concedía por caridad lo que los beneficiarios entendían que les correspondía en justicia, respondía en cuanto a su configuración jurídica al concepto material de caridad. De ningún texto legal se desprendía, el derecho del administrado a obtener determinadas prestaciones benéficas, cosa totalmente distinta a lo que ocurre hoy en día con la moderna Seguridad Social.

1.4. El tema de la asistencia social.

Como superación de la Beneficencia los poderes públicos realizaron un esfuerzo para trasladar a la Asistencia Social, el antiguo concepto de Beneficencia, modernizando y ampliando la protección. El rasgo más significativo e importante se produjo en la concepción del beneficiario, en la inclusión de los conceptos de justicia y solidaridad que debían guiar el tratamiento que debía

⁴¹ Vera, Jaime. *Informe en la Comisión de Reformas Sociales*. Ob. cit.. Pág.158.

Los servicios de atención a domicilio en España.

dar la Administración a los ciudadanos necesitados. “La aparición de la Asistencia Social se logra con el tránsito del Estado liberal de Derecho al Estado Social de Derecho” y significó un paso decisivo, muy importante para conectar con la Seguridad Social.

En la historia de la protección social española, en su marcha hacia la consecución de un Estado de Bienestar, cabe destacar la implantación de un Sistema de Seguridad Social que incluía un conjunto de prestaciones: básicas (asistencia sanitaria y económicas) y complementarias (servicios sociales y asistencia social).

IV.- Los servicios de la seguridad social y la ayuda a domicilio.

1. Nacimiento de los servicios sociales de la seguridad social.

La Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social, propone como uno de los ejes de la reforma “potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras”. En consecuencia se crean los Servicios Sociales, en su doble vertiente de prestaciones y órganos. El sistema implantado divide las prestaciones en aquellas que generan derechos subjetivos (prestaciones básicas) y aquellas otras (asistenciales) que sólo se atribuyen a los protegidos por el sistema.

Sobresalen dos ideas, que se pueden calificar como claves o maestras en la concepción de los Servicios Sociales de la Seguridad Social. La primera, es la de su carácter de “prestación complementaria” ante “diversas situaciones y contingencias previstas”. La segunda, consiste en la pretensión de superar el aspecto meramente económico, creando las prestaciones técnicas.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

2. La ayuda a domicilio.

Como consecuencia de la Ley General de la Seguridad Social se crearon los Servicios Sociales, entre ellos merecen destacarse:

2.1. Asistencia a los ancianos.

Por Orden Ministerial de 19 de marzo de 1970, se estableció el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos. Entre las funciones que se le encomendaron sobresale: la organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios. Esta función fue posteriormente más explicitada por Orden Ministerial de 26-02-71⁴², que regula los objetivos del Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos. La lectura de la referida O. M. nos permite fijarnos en varios aspectos importantes:

Primero, la ayuda puede desarrollarse a través de la acción directa (efectuado por el propio Servicio Social) o concertada (realizada por otras Entidades públicas o privadas).

Segundo, la ayuda a domicilio a los pensionistas que por su estado de salud lo requieran podrá manifestarse en: El aseo personal y limpieza del hogar. Lavado de ropa. Asistencia médica a domicilio. Servicio de comida. Mejora del hogar. Compañía a ancianos enfermos. Terapia ocupacional. Asistencia social, moral y jurídica. Servicio de peluquería y biblioteca.

Tercero, los beneficiarios participarán en el coste, según la proporción que en cada caso se determine de acuerdo con la situación económica y posibilidades de los mismos.

2.2. A Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

Por el Decreto 2531/70, de 22 de agosto, se creó el Servicio Social. Entre las funciones que se le encomendaron estaba: atender a la asistencia de los minusválidos en el orden sanitario, social y familiar.

⁴² O.M. de 26/02/1971 (B.O.E. nº 53 de 3 de marzo de 1971).

Los servicios de atención a domicilio en España.

Con posterioridad el Inersro dictó el 8 de abril de 1980 una Resolución por la que se aprueba el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales. En su artículo 59, dice: la atención domiciliaria comprenderá todos aquellos servicios y prestaciones personales que faciliten las actividades de la vida diaria, en su hogar a aquellos minusválidos con graves dificultades de desenvolvimiento personal y carencia de medios alternativos para atender sus necesidades.

2.3. Extensión de la Ayuda a domicilio prestada por el Inersro.

A lo largo del tiempo se dictaron por el Instituto distintas normas por las que se fue configurando la “ayuda a domicilio”. A partir del R. D. 1433/1985, de 1 de agosto, se ofreció una cobertura universal, al extender la atención a toda la población marginada. Con ello se sentaron las bases para que este servicio social pudiera ser solicitado por todas aquellas personas, además de por los ancianos y minusválidos, que atravesarán especiales dificultades y demostrarán su estado de necesidad.

V. Los servicios sociales en la constitución de 1978 y en el estado de las autonomías.

1. En la constitución.

El artículo primero proclama que España es un Estado social y democrático de Derecho. Por ello, se hace necesario que el Estado lleve a cabo una actividad interventora y reguladora para garantizar la mayor felicidad para el mayor número de ciudadanos.

Es importante la inclusión en el Capítulo III del Título I de las Normas Sociales. Se incluyen en ellas, mereciendo una especial consideración, aquellos grupos de la sociedad que por circunstancias especiales pueden estar comprendidos como clientes de lo que ha venido en llamarse “Servicios Sociales”.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El único artículo de la Constitución donde se emplea el referido término es el 50, dentro del capítulo relativo a los principios rectores de la política social y económica, referido únicamente a las personas de “tercera edad”. Después de establecer que los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica de dichas personas, mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente, se preceptúa: “asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, (los poderes públicos) promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de “salud, vivienda, cultura y ocio”.

2. Los servicios sociales en el estado de las autonomías.

En la organización territorial del Estado, reserva la Constitución determinadas facultades a la Administración Central y abre un amplio abanico de posible asunción de competencias por las Comunidades Autónomas, entre ellas la de asistencia social. La práctica se ha ampliado a los servicios sociales.

El sistema de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, ha sido conceptualizado por los técnicos como deliberadamente ambiguo y, en buena medida, confuso e impreciso.

3. Las leyes autonómicas de los servicios sociales.

Desde la entrada en vigor de la Constitución y la pertinente aprobación de los Estatutos de Autonomía, las Comunidades han ido asumiendo las competencias y recibiendo el traspaso de los bienes y servicios que el Estado tenía destinados a la “Asistencia Social” o antigua Beneficencia general. La publicación de Leyes para regular la actividad no se ha hecho esperar, todas las Comunidades tienen aprobadas y en funcionamiento Leyes de Servicios Sociales. Podemos decir que “en España existen tantos sistemas de servicios sociales como Comunidades Autónomas, a los que debe añadirse el sistema

Los servicios de atención a domicilio en España.

estatal progresivamente más reducido y los de Ceuta y Melilla, ciudades autónomas”. Es evidente que la diversidad de sistemas conlleva carencia de uniformidad. Hay que resaltar la ausencia en nuestro país de un sistema jurídico unitario.

4. Comunidad de Madrid.

4.1. Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales. (BOE núm. 176 de 24 de julio).

4.1.1. Señala deberes de los poderes públicos que generan en sus destinatarios unos derechos. Uno de esos deberes/derechos es el denominado: “asistencia social” o “servicios sociales”.

4.1.2. La Comunidad goza de competencias exclusivas que le permiten mediante Ley establecer los fundamentos de una política global de servicios sociales, integradora y de normalización encaminada a prevenir y evitar las causas de la marginación y disgregación social hoy existentes y que afectan a sectores cada vez más amplios de nuestra sociedad.

4.1.3. Subraya: primero que se establece un modelo de “servicios sociales” y segundo que se marcan unos puntos o desideratos a alcanzar en contraposición a la situación en la que se encuentra la sociedad.

4.1.4. Incentiva y refuerza la participación ciudadana y la iniciativa social de acercamiento a los ciudadanos.

5. Descentralización de los servicios sociales.

5.1. La Ley establece la distinción entre funciones planificadoras propias de la Comunidad con participación de las Entidades Locales y funciones gestoras descentralizadas y generalmente enmarcadas en los entes locales bajo la coordinación de la Comunidad. El deseo descentralizador en cuanto a la gestión encontrará serias dificultades en los Municipios y Entidades locales menores. En el caso de Madrid el riesgo de absorción está compensado por la oferta amplia que puede existir en la gran ciudad.

5.2. Competencias del Ayuntamiento de Madrid.

5.2.1. De carácter social.

Del estudio sobre la evolución de las funciones que a lo largo del tiempo se han atribuido y han desempeñado los Ayuntamientos, principalmente los urbanos, sobresale la social⁴³. “Otra competencia de los concejos era velar por el buen funcionamiento de la vida colectiva, lo que implicaba ciertas responsabilidades como el cuidado de huérfanos y viudas”. Ya hemos visto cómo en las Leyes sobre la Beneficencia se atribuía a los Municipios competencia sobre la atención a los pobres y menesterosos. Implantada la Asistencia Social como sustitutoria de la Beneficencia siguieron los Ayuntamientos siendo los encargados de atender las necesidades primarias.

Después de la Constitución de 1978, de los Estatutos de Autonomía y el consiguiente traspaso de competencias de la Asistencia Social Pública y de los Servicios Sociales, incluso los de la Seguridad Social, las Leyes autonómicas han delimitado las transferencias a los Entes Locales.

5.2.2. Respecto a los Servicios Sociales de Ayuda a Domicilio.

La Ley de la Comunidad de Madrid establece en el artículo 8º: “El servicio de ayuda a domicilio tendrá como objeto prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o los familiares que se hallen en situaciones de especial necesidad para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”. En desarrollo de la Ley se publicó el Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de ayuda a domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, actualizado el 15/11/2004. Sigue diciendo la exposición de motivos que constituye, por tanto, la Ayuda a Domicilio una prestación de carácter mixto que combina la prescripción técnica y su posterior seguimiento con la materialización en especie de gran parte de su contenido material.

⁴³ García Sanz, Benjamin, *Los Campesinos en la Sociedad rural tradicional*. Ed. Provincial de Valladolid. 1989. Pág. 100 y ss.

Los servicios de atención a domicilio en España.

Representa, la Ayuda a Domicilio una de las más relevantes prestaciones del Sistema de Servicios Sociales que, a lo largo de estos últimos años, ha experimentado un importante crecimiento, incrementándose los recursos humanos y financieros disponibles, los niveles de cobertura de la misma y las modalidades de prestación del Servicio ofertadas a la población, gracias al esfuerzo conjunto de las Administraciones Autonómica y Local.

5.2.3. Gestión del Servicio Social por el Ayuntamiento de Madrid.

En repetidas ocasiones se ha señalado la importancia que a lo largo del tiempo ha prestado el Ayuntamiento de Madrid a los Servicios de Ayuda a Domicilio. Para desarrollar y aplicar la Ley 11/2003 de Servicios Sociales y el Decreto 88/2002, de 30 de mayo por el que se regula la Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento utiliza como instrumentos tres pliegos de Cláusulas Administrativas: para la gestión del servicio público; el contrato de auxiliar domiciliario y de criterios técnicos de coordinación.

5.2.4. Contratos y Servicios.

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio por entidades privadas deberá ajustarse a lo establecido en el Decreto, donde se fijan:

1.- Los derechos de los usuarios: Ser informados antes del inicio de la prestación, de sus derechos y obligaciones; recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social; un trato digno por parte del personal que le atienda; confidencialidad de los datos conocidos en función de la realización del servicio; asistencia individualizada acorde con sus necesidades específicas y según los términos y la periodicidad que previa valoración técnica se determine; cese en la utilización del servicio por voluntad propia.

2.- Contribuir al pago de la prestación del servicio. Los Entes Locales podrán establecer la participación de los usuarios de la prestación de ayuda a

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

domicilio en el coste de la misma, atendiendo fundamentalmente a su situación económica y siempre mediante la aplicación de baremos objetivos.

VI. Demanda de la ayuda domiciliaria.

Parece comprobado que los demandantes de ayuda a domicilio se incrementan convirtiéndose en uno de los Servicios Sociales más solicitados. Es evidente que esta fórmula de prestaciones permite que el beneficiario viva en su propio domicilio, de esta forma, dice algún comentarista, se consigue que la persona permanezca el mayor tiempo posible allí donde la gusta vivir según sus costumbres y en su ambiente habitual. Hay quien demanda que los servicios de ayuda a domicilio sean familiares y que atiendan a la globalidad de la persona según sus necesidades.

De ahí se desprende la importancia de que sean gestionados y dispensados por los Ayuntamientos y las Corporaciones Locales que están más cercanas al ciudadano.

No quisiera terminar sin hacer alusión a un documento que trata de la Calidad en los Servicios Sociales⁴⁴ y que diseña las líneas por donde deben transcurrir los Servicios Sociales de Ayuda a Domicilio resaltando la necesidad de reforzar su calidad y de preparar convenientemente a los profesionales que deben desempeñar la atención a las personas que la precisan. Dice: “los servicios de ayuda domiciliaria deberían ser capaces -al menos teóricamente- de compensar la totalidad o la mayoría de las pérdidas de autonomía que tiene la persona afectada, generalmente mayor. Y esa compensación debería ser de tales cantidades y contenidos que la calidad de vida se resintiera lo menos posible”.

Queremos para terminar traer una cita de Efrén Borrajo “el papel de los Servicios Sociales es doble, consiste en el desarrollo de las personalidades menos favorecidas de una comunidad... en el y desarrollo de la misma comunidad al contribuir o crear mejores condiciones de vida, de trabajo, de bienestar social en suma⁴⁵”.

⁴⁴ Martín Tejedor, Florencio . Inf. Ant. Cit.

⁴⁵ Borrajo da Cruz, Efrén. *Los Servicios Sociales .Revista Iberoamericana de Seguridad Social.*

2. Experiencia en gestión de grandes municipios

2.1 Ayuntamiento de Sevilla

*Carlos J. Núñez Gómez
Jefe de Negociado. de Prestaciones Comunitarias
Delegación de Bienestar Social*

1. Presentación

El presente documento pretende dar a conocer la experiencia del Servicio de Ayuda a Domicilio, que desde hace diecisiete años presta el Ayuntamiento de Sevilla, siendo éste servicio básico de la red municipal de Servicios Sociales Comunitarios. Presentar nuestra experiencia puede ayudar a la reflexión de aquellos profesionales, políticos, usuarios, familiares, empresas, asociaciones y voluntarios, que dedican buena parte de sus esfuerzos en éste servicio, que les ayude a encontrar caminos frente a las dificultades que cada día surgen en la realización de sus tareas, siempre con el fin de mejorar el bienestar de los colectivos sociales que atendemos, especialmente, el de mayores.

2. Introducción

El actual Sistema Público de Servicios Sociales no puede ser entendido sin la constitución de nuestro país en un estado social y democrático de derecho. El sistema nace y desarrolla de forma paralela al nacimiento y consolidación del sistema democrático, que se derivó de la aprobación en 1.978 de la Constitución Española. Desde mi punto de vista, el tránsito del régimen franquista al democrático, no surge de la ruptura, sino de una base reformista consensuada, que en materia de servicios sociales y política social provocó que el nuevo sistema público que se comienza a gestar lleve, en sus inicios, importan-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

tes connotaciones de beneficencia y de caridad pública, visible en su desarrollo normativo. Unido a la imperiosa necesidad de alcanzar niveles de bienestar europeos, la incipiente Administración Autonómica (junto a una Administración Local prestadoras de servicios pero con insuficiencia de recursos y escasas competencias), llevó un proceso más lento de lo esperado. Empero, en los últimos veinticinco años, el avance ha sido considerable, aún insuficiente, en la configuración del Sistema Público de Servicios Sociales. Este avance se labra en tres etapas claramente diferenciadas por sus características, que pueden concretarse:

La primera etapa. Desde finales de la década de los setenta hasta finales de los ochenta, caracterizada por:

- Utilización indiscriminada de conceptos como beneficencia, caridad, asistencia, o bienestar social, unido a la necesidad imperiosa de prestar servicios a la población.
- Cambios en la sociedad española (envejecimiento, incorporación de la mujer al mundo laboral, aumento del paro y de la pobreza).
- Aprobación de la normativa básica y el traspaso de competencias (destacar la Ley de Bases Reguladora del Régimen Local y las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales).
- Creación de departamentos municipales de servicios sociales y la incorporación de nuevos profesionales especializados (destaca el colectivo de Diplomados en Trabajo Social).

La segunda etapa. Desde finales de los ochenta hasta finales de los noventa, caracterizada por:

- Los términos beneficencia y caridad van perdiendo fuerza frente al de asistencia y bienestar, y al pujante reconocimiento de los derechos sociales.
- Acentuación de los cambios en nuestra sociedad (envejecimiento, incorpora-

Experiencia de gestión en grandes municipios.

ción de la mujer al mundo laboral...) que junto a otros como la inmigración y los cambios en el concepto de familia que producen demandas de nuevos recursos.

- Puesta en marcha del Plan Concertado como fuente de financiación para el desarrollo de Prestaciones Básicas de las Corporaciones Locales; aprobación de decretos y ordenes que desarrollan las leyes de servicios sociales existentes, aparición de planes en servicios sociales, leyes sectoriales (mayores y discapacitados).

- Ampliación del número de servicios dirigidos a la población con el consiguiente aumento presupuestario y de personal especializado iniciando su consolidación (de la inestabilidad en el empleo pasan a la estabilidad y el reconocimiento).

La tercera etapa. Aún en desarrollo, viene a coincidir con el comienzo del nuevo siglo. Pero debemos considerar:

- La idea de Servicios Sociales como derecho, reflejado en las nuevas leyes de servicios sociales.

- Necesidad de revisar la fuentes de financiación de las corporaciones locales, en estos momentos son las que más aportan.

- Necesidad de análisis de la organización y funcionamiento de los departamentos y de los servicios creados.

- Aumento de las demandas relacionadas con los cambios sociales mencionados en las dos anteriores etapas.

- La emergente idea de atención a las personas dependientes.

El Servicio de Ayuda a Domicilio, de carácter público, como servicio básico del sistema público de servicios sociales, inicia su puesta en marcha en la década de los ochenta consolidándose en los noventa, y actualmente se está muy pendiente de lo que suceda con la futura ley de la dependencia, pero ya de forma ineludible parte de la historia de los Servicios Sociales Comunitarios.

3. Breve historia del servicio en el Ayuntamiento.

La Comunidad Autónoma de Andalucía con competencia exclusiva en

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

materia de asistencia social y servicios sociales, aprueba la ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que tiene por objeto regular y garantizar un Sistema Público de Servicios Sociales. Constituyendo los Servicios Sociales Comunitarios (en adelante SSC) la estructura básica del sistema, siendo el Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD) una de sus prestaciones básicas. El decreto 11/ 1.992, de 28 de enero, por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los SSC, desarrolla el SAD, definiendo su contenido, al objeto de homogeneizar su aplicación en la comunidad. La posterior orden de 22 de Octubre de 1.996, vino a regular el SAD como prestación básica de los SSC. Es éste, por tanto, el marco de referencia para el desarrollo del servicio en el municipio.

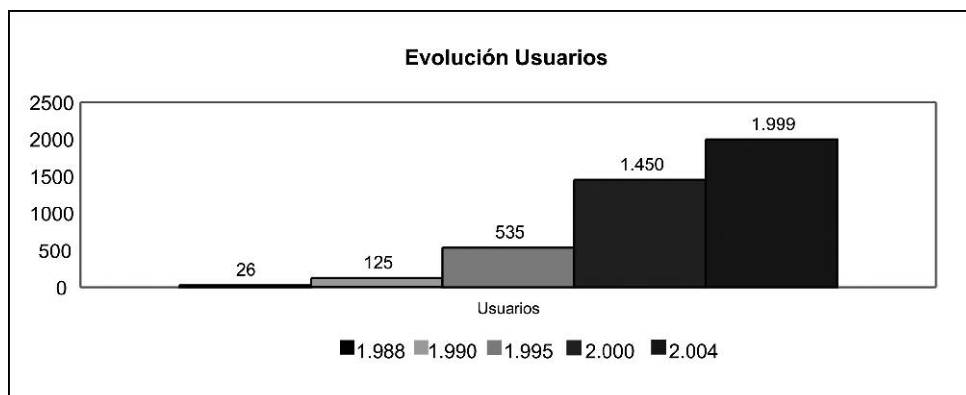
A partir de 1.988 la implantación de los SSC se vio reforzada con la aportación financiera del, entonces, Ministerio de Asuntos Sociales a través del Convenio-programa para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de corporaciones locales, suscrito entre el ministerio y la Comunidad Autónoma Andaluza, conocido como Plan Concertado, cuyo objetivo era garantizar unas prestaciones básicas a los ciudadanos andaluces en situación de necesidad.

El Ayuntamiento de Sevilla comienza a poner las bases de los SSC en 1.983 con la aprobación en pleno de la creación de la Delegación de Salud, consumo y Bienestar Social a la que se le confirió las siguientes competencias: a) Promover y dirigir la política municipal en materia de servicios sociales; b) Estudiar, planificar, gestionar y evaluar las necesidades, los recursos y las acciones sociales dirigidas a la creación de un sistema municipal de servicios sociales; c) La dirección, gestión y evaluación de los centros y servicios existentes. En 1.984 se crea el Departamento Municipal de Servicios Sociales, un año después, 1.985, se ponen en marcha ocho Unidades de Trabajo Social (en adelante UTS) que entre sus cometidos, destacamos: la información y orientación, ayudas sociales, asistencia sanitaria municipal, y atención a determinados sectores de población (mayores, mujer, toxicomanías, minorías étnicas y marginados sin hogar).

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Pero será en 1.988 cuando con carácter piloto comienza el proyecto de Ayuda a Domicilio, dirigido a mayores de 60 años beneficiarios del Fondo de Asistencia Social (FAS), cuyos objetivos y actuaciones eran: Objetivos: Evitar la institucionalización, posibilitar la autonomía y permanencia en su medio, y evitar la cronificación en situaciones carenciales. Actuaciones: Limpieza del hogar, aseo y cuidado personal, control de tratamientos médicos, adquisición de ajuar y la realización de pequeñas reparaciones. En aquel momento, el total de casos atendidos eran 26 (22 mujeres y 4 hombres que en su mayoría vivían solos), Con un presupuesto de tres millones de pesetas (18.000 Euros). Dirigía el servicio una Trabajadora Social a tiempo parcial (apoyada por otra en caso de necesidad), dos Auxiliares de Hogar, a tiempo completo, pertenecientes a una cooperativa, y el apoyo de dos Auxiliares de Clínica durante seis meses a media jornada. Coincidiendo con la creación, por primera vez, de seis Zonas de Trabajo Social (en adelante ZTS) y un aumento en las contrataciones de personal y la creación de equipos en Servicios Sociales.

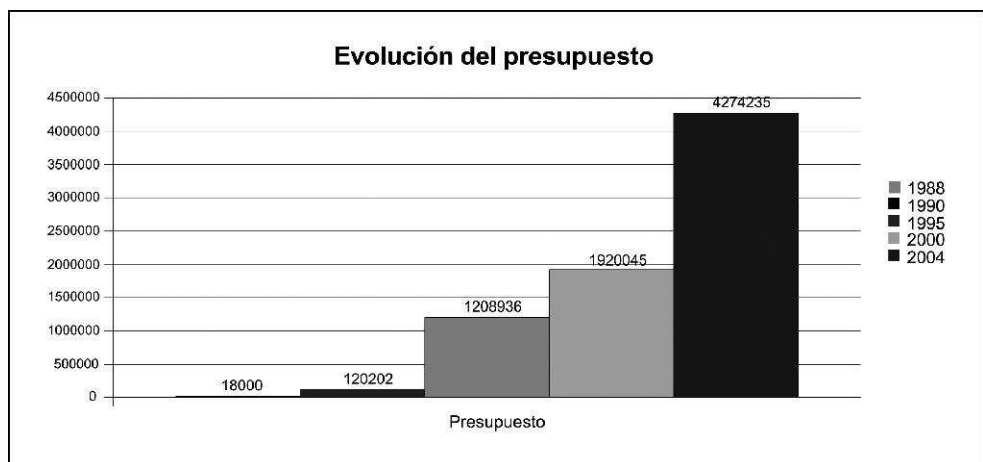
Desde 1.988 hasta hoy, en el servicio, se ha producido un aumento destacado en el número de personas atendidas (mujeres en el 76 % de los casos), se han ampliado las actuaciones, y además del colectivo de mayores atienden a discapacitados y familias con menores a su cargo. Durante estos años, en ningún momento, se ha producido una disminución en el número de casos atendidos.



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En la década de los noventa se gestionan dos modalidades en el servicio: una directa y otra concertada. La directa, también llamada individualizada, consistía en la concesión de una ayuda económica al propio usuario, con la cual se comprometía a contratar los servicios de una auxiliar de forma particular. El año en que un mayor número de personas fueron atendidas fue 1997, un total de 165 usuarios. Se dio por finalizada en 1999, entre otras razones por la dificultad de control y seguimiento de la prestación. La modalidad concertada, con un modelo mixto de gestión, con cooperativa o empresa del sector, previo concurso público. En sus comienzos todos los casos eran atendidos por la misma empresa. Durante la década de los noventa, se llega a trabajar hasta con cinco empresas diferentes a la vez. Desde el 2001 la tendencia ha sido la disminución del número de empresas gestoras, actualmente el servicio lo gestiona una única empresa. A la empresa se le exige en los pliegos que disponga de la figura del Coordinador -Trabajador Social- y los Auxiliares de Hogar (cuyo aumento y estabilidad ha sido notable - de dos auxiliares en sus inicios a más de trescientos y más de once coordinadores).

La evolución presupuestaria, al igual que la de usuarios, se ha caracterizado por el incremento continuo año tras año.



Experiencia de gestión en grandes municipios.

No podemos finalizar este punto sin resaltar que durante casi dieciocho años, el servicio se ha reforzado con una serie de programas y proyectos de intervención con los usuarios, entre los que se destacan: el Servicio de Teleasistencia, programa de autoestima, alojamiento alternativo, adaptación de las viviendas, comida a domicilio, animación sociocultural, etc., que han hecho posible una intervención social más completa a los usuarios.

4. El servicio de ayuda a domicilio en el Ayuntamiento de Sevilla

4.1. Definición

Es una prestación de carácter complementario y transitorio, realizada preferentemente en domicilio personal o familiar, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en su medio habitual.

4.2. Finalidad

Promover, mantener o restablecer la autonomía personal del individuo o familia con el fin de facilitar la permanencia en el medio habitual de vida evitando situaciones de desarraigo y desintegración social.

4.3. Objetivos

- a) Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.
- b) Favorecer en el usuario el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.
- c) Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar.
- d) Promover la convivencia del usuario en su grupo familiar y en su entorno comunitario.
- e) Favorecer la participación del usuario en la vida de la comunidad.
- f) Colaborar con la familia en los casos en que éstas por si mismas no puedan atender totalmente las necesidades del usuario.

4.4. Características de la prestación

Siguiendo la Orden Reguladora del Servicio de la Comunidad Autónoma, tenemos:

- Polivalente, cubre una amplia gama de necesidades que presentan personas o grupos familiares carentes de autonomía personal.
- Normalizadora, utiliza cauces normales para la satisfacción de las necesidades.
- Domiciliaria, se realiza en el domicilio.
- Integradora, aborda las necesidades de forma integral.
- Preventiva, frente a deterioros e institucionalizaciones innecesarias.
- Transitoria, hasta conseguir los objetivos propuestos.
- Complementaria, ya que necesita de las otras prestaciones básicas para el logro de sus objetivos.
- Estimuladora, pues facilita la autosatisfacción de necesidades por parte del usuario sin eximir la responsabilidad a la familia.
- Educativa, potencia las capacidades del usuario haciéndole agente de su propio cambio.
- Técnica, ya que el personal que la presta debe de estar cualificado.

4.5. Usuarios y requisitos

Podrán ser usuarios de las prestación todos aquellos individuos, familiares u otras unidades de convivencia residentes en el municipio de Sevilla que carezcan de autonomía personal de tipo parcial o total, temporal o definitiva, para permanecer en su medio habitual de vida.

Con **carácter prioritario** se atienden las siguientes situaciones:

Carencia de familiares en primer y segundo grado o que, teniéndolos demuestren su incapacidad o imposibilidad para asumir su responsabilidad familiar.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Poseer una renta personal anual inferior al salario mínimo interprofesional. Familias en situación crítica por falta de un miembro clave o que estando no ejercen el rol que les corresponde. Familias o miembros convivenciales con situaciones relacionales conflictivas.

Mayores que vivan solos o con otras personas de su edad con autonomía personal limitada.

Personas con grado de discapacidad física, psíquica o sensorial superior al 65%.

No podrán acceder a la prestación aquellos solicitantes que perciban otras prestaciones o servicios de análogo contenido o finalidad por parte de otra entidad pública o privada.

Siendo obligatorio para los usuarios responsabilizarse con el coste de la prestación en función de su capacidad económica y patrimonial, queda exento todo demandante que posea renta inferior al salario mínimo interprofesional. Quienes lo superen realizan la aportación económica correspondiente según lo contenido en la ordenanza reguladora del precio público de la prestación del servicio de 1.998.

4.6. Perfil del usuario mayor y discapacitado

El servicio atiende en el 93,7% de los casos a personas mayores de 65 años (de éste el 75,12% son mujeres) y el 6,3% restante corresponden al sector de discapacitados (de los cuales el 57% se encuentra en el intervalo de 41 a 60 años). De enero a abril de 2.005 se han atendido un total de 1.661 unidades de convivencia, en torno a 2.000 beneficiarios, con una lista de espera cercana a los 500 casos, que aún realizándose altas la demanda sigue creciendo. En cuanto a las actuaciones que se llevan a cabo la de mayor frecuencia tanto en mayores como discapacitados son las de carácter doméstico (55,06%) seguida de las personales (39,6%).

Si observamos los datos del siguiente cuadro, en el que aparece el número de personas mayores de 65 en el municipio de Sevilla en 1.991 y 2001,

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

comprobamos el incremento de la población mayor, observando también que el mayor incremento en los intervalos que coinciden con la edad del perfil tipo de usuario del SAD. Lo que nos confirma que el aumento en las listas de espera en los tres últimos años tiene cierta lógica, siendo además la tendencia de cara al futuro inmediato.

Edades	1991	%	2001	%	Diferencia
65-69	28897	35,44	32892	30,71	3995
70-79	36974	45,35	50455	47,1	13481
80 y más	15663	19,21	23774	22,19	8111
Totales	81534	100	107121	100	25587

El perfil tipo del usuario es:

Mujer, de 80 años, que vive sola, cuya red social se encuentra deteriorada y es frágil, sin estudios, que mantiene frecuentes contactos con los servicios formales de salud y servicios sociales, con escasos recursos económicos, apreciable deterioro físico y pérdida de autonomía, que disponiendo de tiempo libre no sabe que hacer con él, no pertenece a ninguna asociación y si participa de alguna actividad es de forma puntual.

Las principales necesidades que presenta son: apoyo social, persona que le ayude, recursos económicos, actividades específicas de ocio, mantenimiento físico, y seguimiento sociosanitario.

4.7. Actuaciones

El servicio ofrece una atención integral a los usuarios intentando dar respuesta a la totalidad de las necesidades del usuario, destacándose el carácter educativo y preventivo. Siendo las actuaciones básicas que se realizan:

- Actuaciones de **carácter doméstico** que se realizan en el hogar destinadas al apoyo de la autonomía personal y familiar (relacionadas con la alimentación, vestido y mantenimiento de la vivienda).

Experiencia de gestión en grandes municipios.

- Actuaciones de **carácter personal** dirigidas a promover y mantener su bienestar personal y social, (aseo e higiene, compañía, paseos, apoyo para la movilidad, control de la alimentación, acompañamientos, etc.).

- Actuaciones de **carácter educativo** dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas (organización económica y familiar, planificación de higiene familiar, formación de hábitos convivenciales, apoyo a la integración).

- Actuaciones de **carácter socio-comunitarias** dirigidas a fomentar la participación del usuario en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre (cines, teatro, libros, etc.).

- Ayudas técnicas y adaptativas del hogar (eliminación de barreras, acondicionamiento de la vivienda y otras). La Teleasistencia se considera una ayuda técnica específica.

4.8. Duración y periodicidad

Con carácter general, el servicio lo prestará la entidad adjudicataria de manera ininterrumpida todos los días del año, teniendo carácter excepcional los sábados, domingos y festivos, pudiendo realizar el servicio en horario de mañana y tarde. La periodicidad mínima del servicio es de 4 horas semanales y máxima de 10 horas, salvo casos excepcionales donde el Trabajador Social responsable del servicio en la UTS consideré otro límite horario por semana.

Para el usuario el servicio tiene un carácter transitorio, siendo el tiempo mínimo de atención el mes y máximo un año, no obstante se prorroga siempre que se mantengan las circunstancias que motivaron la concesión, y lo permita la disponibilidad presupuestaria.

4.9. Funcionamiento del servicio

4.9.1. Presentación de la demanda

El usuario realiza la demanda en los SSC, en cualquiera de las UTS (11 en toda Sevilla). Atendida, en primera instancia, por el Trabajador Social del pri-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

mer nivel del Servicio de Información, Orientación y Valoración Social (SIOV), si determina que cumple los requisitos lo deriva al Trabajador Social de segundo nivel o a uno de los Trabajadores Sociales responsable del SAD en la UTS para su estudio y valoración.

4.9.2. Estudio y valoración

El profesional realizará entrevista en profundidad en la cual el demandante o demandantes aportarán los documentos que acrediten su situación socioeconómica y familiar (D.N.I., certificado de ingresos, residencia, informe médico, etc.). Posteriormente se realiza visita a domicilio, si fuese necesario se realizará segunda entrevista tanto al usuario como a familiares pudiendo solicitarles otros documentos complementarios. Una vez estudiado se realiza el diagnóstico y valoración (teniendo en cuenta su situación personal y familiar, relaciones con la red social, autonomía personal, ingresos económicos, estado de la vivienda, situación sanitaria, etc), y finalmente se establecen los objetivos de la intervención, las actuaciones a realizar y la propuesta de atención domiciliaria.

4.9.3. Aplicación del baremo y orden de prioridad

Constatado que el usuario reúne los requisitos para acceder al servicio, se aplica el baremo en el que se puntúan los siguientes aspectos: edad, autonomía personal, situación económica (ingresos y patrimonio), situación familiar (composición, grado de validez de los familiares, cargas familiares, familiares con los que no se convive), red social, vivienda (gastos, barreras, etc), y otros datos de interés.

El orden de prioridad lo determina la puntuación total obtenida en el baremo.

4.9.4. Propuesta, resolución y notificación

El técnico, una vez al mes, presenta las propuestas de concesión, denegación y suspensión ante su Jefatura en la UTS para su tramitación a la comi-

Experiencia de gestión en grandes municipios.

sión de propuesta de resolución formada por la Jefatura de Zona de Trabajo Social y la Jefatura de Prestaciones Comunitarias de servicios centrales, que, mediante acta realizan la propuesta, siendo el Teniente Alcalde Delegado de Bienestar Social vista la propuesta quien resuelve.

La notificación al usuario se realiza mediante escrito, con la puntuación obtenida en baremo, y si está o no exento de pago, haciéndole constar la situación de su expediente, su inclusión en lista de espera y la posibilidad de aportación de documentación si variaran las circunstancias que motivaron su solicitud, así como los recursos que procedan contra la resolución y los plazos para interponerlo. De igual forma se comunican las suspensiones y denegaciones. La denegación del servicio podrá estar motivada por: Tener capacidades para desarrollar con autonomía las actividades de la vida diaria, contar con recursos familiares que no demuestren su incapacidad para atenderles, padecer enfermedad (mental, infecto-contagiosa o toxicomanía) que obstaculicen su realización. En cuanto a la suspensión podrá estar motivada, principalmente, por: El incumplimiento de las obligaciones, modificación de las circunstancias, fallecimiento, renuncia, ingreso en centro residencial.

4.9.5. Obligaciones y derechos del usuario

Obligaciones:

- Aceptar las condiciones del servicio en cuanto a horarios y actuaciones.
- Permanecer en domicilio y recibir a la auxiliar los días que se concreten.
- Facilitar a la auxiliar las tareas y colaborar con ella.
- Recibir al Trabajador Social y facilitar información y documentación requerida.
- Informar de ausencias y cambios de domicilio.

Derechos:

- Recibir la prestación respetando su individualidad y dignidad personal.
- Recibir adecuadamente la prestación con los contenidos y duración acordados.
- Ser orientado hacia recursos alternativos que resulten necesarios.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Ser informados del estado de su expediente.
- Ser informado de posibles modificaciones en la prestación por causas ajenas a él.
- Ser oído por cuantas incidencias se observen en la prestación del servicio, así como en la calidad del trato humano.

4.9.6. Ejecución del servicio

Para el comienzo de la prestación el Trabajador Social responsable del SAD en la UTS, realiza las siguientes tareas:

Tramitar la orden de alta a la entidad (dirigida a la empresa adjudicataria) con la determinación del número de horas y tipo de la prestación a desarrollar. La presentación al usuario del personal de la entidad que ejecutará las tareas (Auxiliar) y su Coordinador (Trabajador Social). Actualmente esta presentación es indirecta y excepcionalmente la puede realizar personalmente.

Lectura del documento donde figuran las condiciones de la prestación: duración, horario, actuaciones a desarrollar, obligaciones, derechos y causas de suspensión del servicio. Documento que será firmado por las partes, quedando copia archivada en su expediente.

4.9.7. Seguimiento y control

El Trabajador Social realiza las siguientes actividades:

Revisa periódicamente las condiciones que motivaron la concesión del servicio. Control y desarrollo del servicio en cuanto al cumplimiento por la empresa de horarios y actuaciones, mensualmente elabora el cuadrante de horas realizadas para la facturación de la empresa.

Introduce propuestas de modificaciones de horarios y actuaciones cuando constató que existen cambios en la situación del usuario.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Para el desarrollo de estas actividades se realiza un conjunto de tareas, como pueden ser: recepción diaria de incidencias, reuniones quincenales entre Trabajador Social y el coordinador de la empresa en su demarcación territorial, y otra mensual para el recuento de horas y visto bueno de facturación.

A nivel de zona se realizan reuniones cada tres meses, a la que asisten: la Jefatura de Zona, Jefaturas de UTS y Trabajadores Sociales con representantes de la Empresa (Gerente y Coordinadores territoriales).

A nivel de servicios centrales se mantienen contactos y reuniones periódicos entre la Jefatura de Prestaciones Comunitarias y la gerente de la empresa para seguimiento, mejora y coordinación del servicio en el municipio, y las jefaturas de administración para cuestiones de contrato y facturas, unido a reuniones de los responsables políticos del área.

Recursos Humanos

El número de recursos humanos actual es el resultado de un crecimiento escalonado en base a las necesidades emergentes en cada momento y de la disponibilidad presupuestaria. Actualmente, se dispone de los siguientes:

Por la delegación:

a) En el territorio, la Delegación dispone de cinco ZTS en todo el municipio, con un total de 11 UTS (una media de dos por cada Zona) donde un total de 19 Trabajadores Sociales son responsables del servicio en el territorio (cada uno de ellos atiende una media de 82 casos). Entre sus funciones: estudiar y analizar demanda y necesidades; programar, seguir, supervisar y evaluar la idoneidad y eficacia de la prestación. Cuentan con el apoyo de otros profesionales otros Trabajadores Sociales, Psicólogos, Educadores, Graduados Sociales y auxiliares administrativos respaldados por las Jefaturas de las UTS y de las ZTS.

b) En Servicios Centrales del área participan de forma directa la Jefatura

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

de Servicio de Coordinación Territorial y Sectorial, la Sección de Coordinación y el Negociado de Prestaciones Comunitarias apoyado por una Trabajadora Social y una auxiliar administrativa.

Mantienen una relación estrecha con la empresa para la resolución de problemas, ajustes, homologación de criterios o la resolución de conflictos. Además de aquellas intervenciones que lleva a cabo el Servicio de gestión, relaciones institucionales y planificación.

c) Destacar, la importancia de la incorporación de las nuevas tecnologías, y la implantación del módulo de Ayuda a Domicilio en el Sistema Informático de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), que han posibilitado acortar tiempos y mejorar la gestión.

Por la Empresa.

Dispone de un Gerente, 14 Coordinadores -Trabajadores Sociales- (siendo sus principales funciones: la coordinación y gestión del servicio así como la supervisión in situ, y selección de auxiliares, un departamento de asistencia técnica), y casi trescientas Auxiliares de Hogar (entre sus funciones son: realizar las actuaciones de tipo doméstico y personal, orientar al usuario en las actividades de la vida diaria, estimular el protagonismo del usuario, y facilitar canales de comunicación del usuario con su entorno).

4.9.9. Evaluación

La evaluación del servicio se incorpora a la evaluación general del propio área. Se realiza una evaluación continua de la gestión para poder introducir mejoras. A final de año se realiza una evaluación final en la que reflejan aquellas propuestas que se consideran de especial interés.

También la empresa realiza su evaluación, teniendo en cuenta una serie

Experiencia de gestión en grandes municipios.

de aspectos: seguimientos, resumen estadístico referidos a los usuarios, calidad, cumplimiento y desarrollo de las mejoras técnicas.

Consideraciones finales

Aunque consideramos que se viene prestando un buen servicio, los nuevos retos sociales (envejecimiento de la población y una mayor demanda del servicio por los ciudadanos) exige un mayor número de recursos humanos, técnicos y financieros para la cobertura de necesidad, que unido a la búsqueda de calidad. Esto nos impone la obligación de revisar y actualizar el contenido del programa vigente (baremo, precio público, organización, indicadores de cobertura, etc.)

Una última reflexión, es dejar constancia de la importancia que el servicio tiene como generador de empleo. Hace unos años resultaba impensable llegar a las actuales cifras, no comparables a otros de los servicios del área, y sobre todo, empleo femenino

Bibliografía

Área de Bienestar Social y Solidaridad, *1 Jornadas sobre recursos sociales y su difusión en el ámbito local*, Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, 1.999

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, *Los Servicios Sociales Comunitarios*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1.987

Delegaciones de Bienestar Social del Ayuntamiento de Sevilla. *Memorias del Área desde Sevilla*, Ayuntamiento de Sevilla, 1.983 hasta 2004. Núñez Gómez, Carlos J., *Investigación sobre la población de Mayores del Distrito de Triana-Los Remedios*, Sevilla, ZTS Triana-Los Remedios-Ayuntamiento de Sevilla. 1.994 Trigueros Isabel Y Mondragon Jasone,

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Manual de Ayuda a Domicilio. Formación Teórico Práctica, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2002. Fernández García, Tomás y Ares Parra, Antonio (coords), *Servicios Sociales: Dirección, Gestión y planificación*, Madrid, Ciencias Sociales- Alianza Editorial, 2002.

2.2 Ayuntamiento de Valencia

*Dña. M^a Asunción Criado Puchol.
Trabajadora Social. Jefatura de Sección de Programas Generales
Concejalía de Bienestar Social e Integración*

Introducción.

El Sistema Público de Servicios Sociales, por sus propias características, necesita de un constante proceso de adaptación a la realidad social, a fin de que las Administraciones Públicas puedan dar una respuesta coherente a las necesidades sociales planteadas.

Como señala el profesor de la Universidad de Valencia Dr. Enrique Berjano, premio “Valencia se solidariza” 2003, en la modalidad de beca de investigación social, cuyo estudio basó sobre “La dependencia en personas mayores: un reto social en el siglo XXI. El impacto sobre el cuidador”, citando a M. D. Puga (2002), “El aumento del número de personas muy mayores, es sin duda, una señal de progreso, pero será también un reto para nuestra sociedad. La atención a los mayores más frágiles, supone un desafío no sólo sanitario, sino también social. En una sociedad envejecida, no es el anciano el que debe adaptarse a la sociedad, sino las estructuras establecidas las que deben adaptarse a sus necesidades. Las demandas de los mayores en situación de dependencia y su incierto futuro, a la luz de los cambios familiares actuales, están en el centro del debate de los países occidentales” (pgs. 9-10).

El Ayuntamiento de Valencia y más concretamente esta Delegación de Bienestar Social e Integración va creando distintos programas y recursos, dirigi-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

dos a mejorar la calidad de vida de los colectivos a los que van destinados, ejemplo de ello, son los Servicios domiciliarios que actualmente gestiona y cuya finalidad es conseguir la permanencia de la persona mayor en su propio domicilio potenciando, en lo posible, las relaciones familiares y con su entorno.

**Tabla 1. Datos demográficos de la Ciudad de Valencia.
Estructura de la población según edad**

	TOTAL	%
Total	790.754	100,0
0-24	196.461	25,1
25-64	456.029	57,7
65 y más	136.264	17,2
* 65-79	102.260	12,9
* 80 y más	34.004	4,3

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 01/01/2004. Oficina de Estadística.
Número de personas mayores de 80 años que viven solas. 15.492.

Fundamentación del SAD.

Ley 5/1997, de 25 de junio, de servicios sociales de la Comunidad Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

En ella, se establecen dos niveles de intervención: Servicios Sociales Generales dirigidos a toda la población y Servicios Sociales Especializados dirigidos a colectivos específicos.

S.S. GENERALES

Definición. Artº 1º.

“Los S. Sociales Generales son la estructura básica del sistema público de Servicios Sociales, mediante la prestación de una atención integradora y polivalente, dirigida a toda la población, articulada a través de actuaciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras a nivel primario y con carácter universal.

Competencia. Título 1º, art. 6º, punto 1, apartado b).

“Corresponde a las Entidades locales, comarcales y supramunicipales, la titularidad y gestión de los S. Sociales Generales, integrados por los equipos interdisciplinarios con profesionales especializados”.

El SAD. Un Servicio Social General

Definición. Art.12. apartado b)

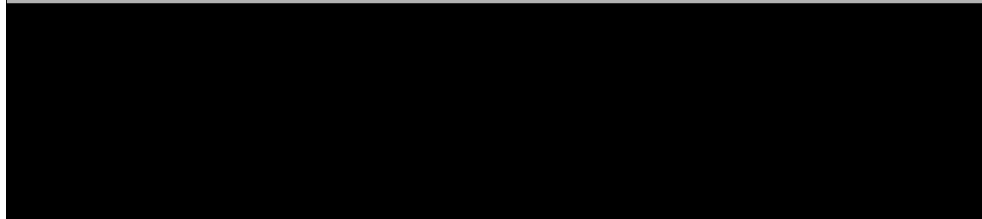
“El SAD, presta atención de carácter doméstico, psicológico, rehabilitador, social, personal y educativo, cuando la situación individual o familiar sea de especial necesidad, procurando la permanencia de la persona en su núcleo familiar o **convivencial de origen**”.

Datos cuantitativos de los Servicios Domiciliarios

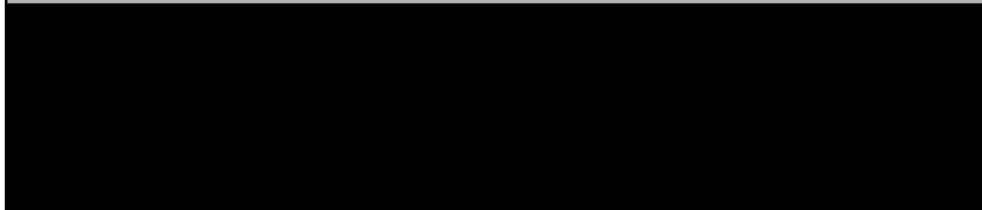
SAD BASICO

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa. _____

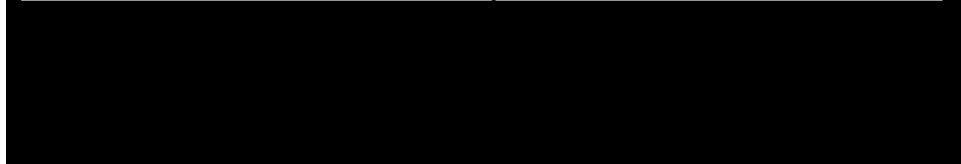
TELEASISTENCIA



MENJAR A CASA



Contrato para la reparación y adaptación de viviendas



Nº TOTAL DE USUARIOS 2.004	% POBLACIÓN > DE 64 AÑOS	PRESUPUESTO 2.004
6.767	5	4.312.498,00 €

Composición de los equipos que gestionan los servicios domiciliario

En SAD básico

- 24 Funcionarios Municipales trabajadores sociales y 5 psicólogos en los equipos base.
- 1 Jefa de Unidad Técnica

Las empresas contratadas en SAD básico, aportan:

- 11 Coordinadoras de zona

Experiencia de gestión en grandes municipios.

- 204 Auxiliares.
- 3 Psicólogos a media jornada.
- Podólogo

En Teleasistencia

- Trabajadores sociales municipales de los equipos del Programa de información de los CMSS
- 1 Jefa de Unidad Técnica
- El equipo de teleasistencia de Cruz Roja, lo componen:
 - 1 Coordinadora. Trabajadora Social
 - 3 coordinadores, uno por turno
 - 3 instaladores
 - 20 operadoras
 - 3 unidades móviles y 2 ambulancias

Programa Menjar a Casa

Trabajadores sociales municipales de los equipos del Programa de Información de los CMSS

- 1 Jefa de Unidad Técnica

El equipo contratado por la Generalidad Valenciana para gestión del programa Menjar a Casa, está formado por:

- 1 Coordinadora. Economista
- 5 repartidores
- Cocineros, envasadores, etc.

Con respecto a la reparación y adaptación de viviendas

El ayuntamiento tiene un contrato de servicios con la entidad APIP, cuyo equipo lo conforman:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- 2 funcionarios municipales

Por la entidad contratada:

- 1 Arquitecto Técnico.

- 1 Coordinadora.

- 3 Oficiales de obra.

- 8 Peones.

Características de los servicios domiciliarios

Son servicios cuya titularidad y gestión son competencia del Ayuntamiento. El Ayuntamiento de Valencia, aplica los diferentes servicios domiciliarios dependiendo de las necesidades que tiene la persona afectada, por tanto, no se basa únicamente en las prestaciones clásicas (SAD), sino en aquellas que a lo largo del tiempo, hemos ido ampliando con el objetivo de mantener, el mayor tiempo posible, al usuario en su domicilio.

Las diversas prestaciones no son, en la mayoría de los casos, un fin en sí mismas, requieren intervención técnica de diversas figuras profesionales que actúan coordinadamente y que no supe las obligaciones familiares.

El SAD básico, está dirigido a toda la población:

- Mayores

- Discapacitados

- Familias desestructuradas

La ejecución en todos ellos, es mixta: Ayuntamiento-Empresas o Entidades contratadas.

La prestación del servicio está descentralizado, se gestiona en los 11 Centros de Servicios Sociales que hay en la Ciudad.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

La coordinación sociosanitaria desde la perspectiva de trabajo social, es indispensable para asegurar la calidad en la prestación de los servicios . Técnicos municipales participan desde hace 3 años en los equipos al efecto. Se han realizado dos jornadas a nivel de Comunidad Valenciana, una en Alicante y otra en Valencia.

El servicio es gratuito, para aquellas personas cuyos ingresos ponderados de su unidad de convivencia no exceden de 545,15 /mes. El 82,40 % de los usuarios, están exentos del pago de la tasa.

Ampliación de la cobertura de SAD mediante la existencia de una tasa por los servicios prestados, para unidades familiares cuya renta sobrepasa el límite antes citado. 15 tramos.

Objetivos

- Complementar y compensar la labor de la familia cuando ésta, por razones diversas, tengan dificultades para prevenir y/o atender situaciones de necesidad que conlleve deterioro personal o social.
- Incrementar la autonomía de las personas atendidas para que puedan permanecer viviendo en su domicilio el mayor tiempo posible.
- Conseguir cambios conductuales tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitarle la realización de tareas y actividades que no pueda realizar por sí mismo.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables.
- Potenciar el desarrollo de actividades en el propio domicilio y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Aumentar su seguridad personal.
- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Estructura organizativa

General de Bienestar Social e Integración

Servicio de Bienestar Social e Integración

Sección de Programas Generales

Unidad Técnica de Ayuda a Domicilio

Centros Municipales de Servicios Sociales

- Salvador Allende
- Benimaclet
- Ciutat Vella
- Campanar
- Olivereta
- Fuensanta
- San Marcelino
- Quatre Carreres
- Nazaret
- Malvarrosa
- Trafalgar

Sección Administrativa

Empresas contratadas

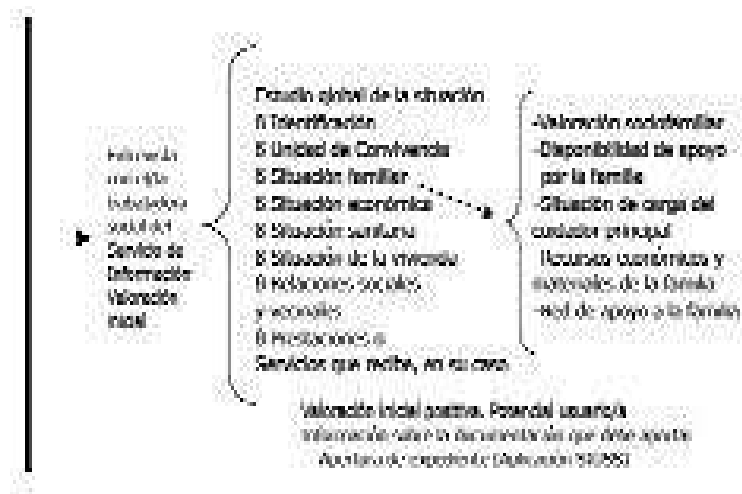
- Empresa 1
- Empresa 2
- Empresa 3

Empresa 1

Empresa 2

Empresa 3

7. Metodología de la Intervención



Estudiar y aplicar los posibles recursos para adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas

De la coordinación

Interna. La Sección y la Unidad Técnica con Profesionales que conforman los equipos de los CMSS.

- Objeto. Seguimiento del funcionamiento del servicio en cada una de las zonas.
- Calidad en la prestación
- Novedades relacionadas con el SAD y los servicios
- Gestión del presupuesto en cada una de las zonas

Problemas:

- Con usuarios
- Con la prestación del servicio (empresas). Otros

Externa. Con las empresas prestatarias del Servicio. Mensual

Primer nivel. Equipos de técnicos de los CMSS con empresas

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Seguimiento del funcionamiento del servicio en su zona de actuación
- Seguimiento de usuarios
- Incidencias
- Nuevas altas habidas en los días anteriores a la reunión
- Revisión de la facturación mensual

Segundo nivel. Unidad Técnica y Sección con Directores/as de las empresas contratadas. Mensual

- Seguimiento del funcionamiento del servicio a nivel de ciudad
- Cuestiones relativas a los servicios complementarios ofrecidos por las empresas contratadas como mejoras y gratuitas tanto para los usuarios como para el Ayuntamiento
- Valoración de casos conflictivos y/o excepcionales
- Novedades, en su caso

Soportes normativos, técnicos y administrativos.

1. Soporte normativo

- Contratos
- Convenios de colaboración con el IMSERSO, la FEMP y la Conselleria de B. Social
- Reglamentos
- Baremos
- Ordenanza reguladora de la prestación del Servicio Municipal del SAD

2. Soporte técnico

- Aplicación informática SIUSS
- Compromiso del usuario con respecto al Plan de Intervención.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

- Estadillo de actividad diaria (auxiliares).
 - Reuniones mensuales de coordinación interna, con los profesionales de los - CMSS adscritos al Programa, U. Técnica y Sección
 - Reuniones de coordinación con empresas y Entidades contratadas en CMSS con coordinadoras y en U. Técnica y Sección con responsables
- Normas básicas para los nuevos usuarios
- Memoria anual

3. Soporte administrativo

- Notificación a los usuarios
- Estadillos de facturación mensual
- Facturación a las empresas o entidades

Del soporte normativo, destacaría el baremo de SAD, cuyos conceptos a valorar, son:

- Convivencia
- Edad y capacidad funcional de los miembros de la u. de convivencia
- Actividades instrumentales de la vida diaria de los convivientes
- Autonomía física y psíquica de los solicitantes
- Existencia de menores o personas dependientes en la u. de convivencia
- Existencia de redes sociales y las cargas de éstos
- Aislamiento social, barreras arquitectónicas y problemas de convivencia
- Ingresos anuales de la U. de convivencia

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa. _____

Baremo SAD Básico. Conceptos a valorar. Indicadores. Puntuación.

BAREMO SAD BÁSICO. CONCEPTOS A VALORAR	INDICADORES	PUNTUACION
1.- Convivencia	Si vive solo	8 puntos
2.- Capacidad funcional de los miembros de la unidad de convivencia		
2.1.-Actividades instrumentales de la vida diaria	Se pasa la escala de Lawton/brody a todos los miembros de la unidad de convivencia > 16 años.	1. Máximo: 8 puntos: valor medio de la escala entre 30 y 25 puntos. 2. Mínimo: 2 puntos. Valor medio de la escala entre 14 y 10 puntos
2.2.- Autonomía física y psíquica del usuario	Suma de los items del informe médico	Puntuación máxima: 49 puntos
3.- Edad media de los miembros de la unidad de convivencia	Se valora en tramos de 5 años desde los 65 años a > 90 años	→ Máxima: 12 puntos → Mínimo: 2 puntos
4.- Por menores hasta 12 años y/ dependientes físicos o psíquicos	Por cada menor o dependiente sin límite de edad	3 puntos por cada uno
5.-Red social	Que exista o no familiares y las cargas de estos	♣ Máximo: 3 puntos ♣ Mínimo: 1 punto
6.- Otros conceptos	♣ Aislamiento social ♣ Barreras arquitectónicas ♣ Problemas de convivencia	♣ Máximo: 2 puntos por cada uno de los conceptos ♣ Mínimo: 0 puntos
7.- Ingresos anuales de la unidad de convivencia	Se han realizado 16 tramos que van: 1º RPCA < que el SMI/2 2º RPCA entre SMI/2 y SMI/2+ 600€ 3º RPCA entre SMI/2 +600 € y SMI/2+600*2 4º RPCA entre SMI/2+600*2 y SMI/2 +600*3 16º Mayor que el SMI/2+600*14	→ Máximo: 15 puntos → Mínimo: 0 puntos
8.- Factores correctores	Si de la valoración del capital mobiliario de la unidad de convivencia, resultase la existencia de depósitos bancarios u otros activos financieros de un importe = o > a 18.030 €, por cada 6000 € que exceda de esa cantidad, la determinación de la puntuación será la que corresponda a un tramo por debajo del resultante.	
9.- Factores excluyentes	Tener los familiares de 1º bienes suficientes para acceder al servicio privado	<ul style="list-style-type: none"> • U. Conv. 1 miembro: 4* SMI • U. Conv. 2 miembros: 5* SMI • U. Conv. 3 miembros 6 * SMI • U. Conv. 4 miembros 6,5 * SMI • A partir del 4 miembro, se incrementara 0,5 veces el SMI

**Porcentaje de usuarios de SAD básico y tasa que abonan por hora prestada
Memoria ejercicio 2004**

TRAMO DE INGRESOS Y TARIFAS		€/hora	% USUARIOS	
INGRESOS INFERIORES		545,15 €/mes	-	82,40
INGRESOS ENTRE	545,15 y 572,41	0,51	2,80	
INGRESOS ENTRE	572,42 y 599,67	1,01	2,90	
INGRESOS ENTRE	599,68 y 626,93	1,52	1,50	
INGRESOS ENTRE	626,94 y 654,19	2,03	1,90	
INGRESOS ENTRE	654,20 y 681,45	2,53	1,90	
INGRESOS ENTRE	681,46 y 708,71	3,04	1,00	
INGRESOS ENTRE	708,72 y 735,98	3,55	1,60	
INGRESOS ENTRE	738,99 y 763,24	4,05	0,50	
INGRESOS ENTRE	763,25 y 790,50	4,56	0,80	
INGRESOS ENTRE	790,51 y 817,76	5,07	0,50	
INGRESOS ENTRE	817,77 y 845,02	5,55	0,40	
INGRESOS ENTRE	845,03 y 872,28	6,08	0,20	
INGRESOS ENTRE	872,29 y 899,55	6,59	0,20	
INGRESOS ENTRE	899,56 y 926,81	7,09	0,40	
INGRESOS ENTRE	926,82 y 954,06	7,60	0,10	
INGRESOS ENTRE	954,07 y 981,33	8,11	0,10	
INGRESOS ENTRE	981,34 y 1.008,59	8,61	-	
INGRESOS ENTRE	1.008,60 y 1.035,85	9,12	0,10	
INGRESOS ENTRE	1.035,86 y 1.063,11	9,63	0,10	
INGRESOS ENTRE	1.063,12 y 1.090,37	10,13	0,10	
INGRESOS SUPERIORES A	1.090,37	10,14	0,80	

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Catálogo de otras prestaciones.

- Puesta a punto de las viviendas de nuevos usuarios (limpiezas extraordinarias, desinfección....)
- Podólogo
- Atención psicológica
- Asesoría jurídica en los Centros Municipales de Servicios Sociales. Convenio de colaboración con el Colegio de Abogados de Valencia
- Eliminación de barreras arquitectónicas y ayudas técnicas
- Ayudas para la adquisición de electrodomésticos básicos
- Termalismo autonómico y estatal
- Programa “No estés sólo en Navidad”
- 2 jornadas de convivencia anuales, en Navidad y San Juan
- Centros de actividades de personas mayores. Nº 43 centros
- Centros de Día propios y privados conveniados
- Ingresos urgentes en residencias (2 meses máximo). Mejora ofertada por las empresas contratadas
- Teléfono de asistencia a las personas mayores 900 100 011

Evaluación.

Como conocimiento de la utilidad de las actuaciones.

Indicadores

- Nº de usuarios/as según la procedencia
- Nº de usuarios/as según tipología (mayores, menores y con discapacidad)
- Grado de las necesidades detectadas (baremos)
- Nº de entrevistas realizadas (a usuarios y familiares de primer grado)
- Nº de visitas realizadas en los domicilios
- Nº de recursos gestionados

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Complementados con la valoración cualitativa de los proyectos individuales de los usuarios/as: Objetivos modificados, conseguidos y no conseguidos

Otros indicadores:

- Control y seguimiento
- Recursos humanos
- Instrumentos
- Formación
- Recursos económicos

Necesidades.

Límites en la prestación del SAD. Ej. Anciano frágil, muy dependiente sin familia y con escasos recursos económicos.

Internamientos involuntarios en residencia. Fiscalía de incapacidades. Agilidad. Implicación en la atención al mayor por parte de los hijos.

Algún sistema que nos permita un mayor control del tiempo real efectivamente prestado en los domicilios.

Encuesta de la Diputación sobre el síndrome de bourn out a todos los trabajadores de Servicios Sociales municipales (Abril 2005).

Se trabajó sobre las siguientes variables:

- La baja realización personal
- Cansancio y agotamiento emocional
- Despersonalización

El total de la muestra, la dividieron en función de la plantilla Municipal. De 240 personas, contestan 131, el 54%
Mixta. De 43, contestan 41, el 95%
Externa. De 335 personas, contestan 194, el 58%

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Se tuvo en cuenta el puesto que ocupaban.

- Directivo
- Técnico
- Auxiliar

Personal de las empresas contratadas. De SAD contestan 115 auxiliares, de los 204 habidos

En las conclusiones destaca el colectivo de auxiliares de SAD, ya que presentan un mayor cansancio emocional, menor realización personal y una mayor despersonalización, que el resto de trabajadores encuestados.

Formación y actuaciones ante el maltrato de mayores.

Programas de respiro de muy corta estancia, para los cuidadores principales y en muchas ocasiones, únicos. Formación y respiro.

Avanzar en la exigencia de calidad en la prestación de los servicios.

2.3 Ayuntamiento de Barcelona

Isabel Ferrer Álvarez
Responsable del Servicio de Atención Domiciliaria
Ayuntamiento de Barcelona

Datos de referencia de la Ciudad

La ciudad de Barcelona tiene una extensión de 101 km² y está limitada al este por el mar Mediterráneo, al oeste por la sierra de Collserola y al Norte y Sur por otros municipios, es por tanto una ciudad que no tiene espacio para crecer urbanísticamente.

Actualmente (1) la ciudad tiene 1.578.546 habitantes y cuenta con 594.451 viviendas.

Del total de la población un 21% es mayor de 65 años, es decir 332.794 personas.

TABLA DE POBLACIÓN	TOTAL	% / %
+ de 65 años	336.241	21'30%
+ de 80 años	88.733	5'62%
+ de 85 años	40.080	2'53%
+ de 65 años que viven solos	81.263	24'17%
+ de 80 años que viven solos	32.712	36'87%
+ de 85 años que viven solos	14.740	36'78%

Catalogo de Servicios

El Ayuntamiento de Barcelona ofrece a través de los Servicios de Atención Domiciliaria 3 tipos distintos de servicios:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicios Iniciales:

- a.1 Limpieza de choque
- a. 2 Reparaciones domésticas
- a. 3 Dotación básica de ajuar y electrodomésticos

Servicios permanentes:

- b.1 Atención personal y familiar
- b.2 Limpieza y mantenimiento del hogar
- b.3 Teleasistencia

Servicios desplazados:

- c.1 Lavandería
- c.2 Comidas a domicilio
- c.3 Compras a domicilio

a.1 Limpieza de choque – Se trata de una actuación puntual intensiva para recuperar las condiciones de habitabilidad y salubridad del domicilio. Los destinatarios de este servicio son domicilios desatendidos por un periodo largo de tiempo y que han perdido las condiciones de habitabilidad y salubridad.

a.2 Reparaciones domésticas – Consiste en pequeñas reparaciones del hogar para garantizar las condiciones de seguridad y confortabilidad. El servicio se destina básicamente a domicilios que presentan algún deterioro que supone una pérdida severa de las condiciones de confortabilidad o riesgo de accidente para las personas.

a.3 Dotación básica de ajuar y electrodomésticos – Se refiere a la compra y entrega del ajuar básico y electrodomésticos que garanticen la habitabilidad del domicilio. Se orienta a personas con escasos recursos económicos y que residen en domicilios sin ajuar ni electrodomésticos básicos.

b.1 Atención personal y familiar – Se trata de una ayuda parcial o total en las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, higiene personal,...) y/o la

Experiencia de gestión en grandes municipios.

adquisición de habilidades relacionales, de autogobierno o de integración en la comunidad. Los destinatarios son personas o familias con dependencia en las actividades de la vida diaria y/o falta de habilidades relacionales (personales, familiares y/o comunitarias) o de autogobierno.

El profesional que desarrolla esta tarea es el/la trabajador/a familiar o el/la auxiliar de geriatría.

b.2 Limpieza y mantenimiento del hogar – Consiste en la limpieza, mantenimiento y orden del domicilio. Los destinatarios son personas con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los profesionales que desarrollan esta tarea son auxiliares del hogar.

b.3 Teleasistencia – Es el control a distancia y permanente de la seguridad de las personas frágiles o con alta dependencia que están solas en su domicilio. Así mismo en el desplazamiento al domicilio de la persona para resolver las incidencias que puedan producirse. Los destinatarios son personas frágiles o con alta dependencia que están solos en su domicilio.

c.1 Lavandería – Se refiere al lavado, repaso y planchado de ropa personal y ajuar doméstico. La ropa se recoge y entrega en el domicilio. Los destinatarios del servicio son personas o familias con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (“lavar la ropa”).

Desarrollan esta tarea algunas empresas especializadas o auxiliares del hogar.

c. 2 Comida a domicilio – Se trata de la elaboración de comidas adaptadas a las necesidades de alimentación y de salud de los usuarios. Se entrega en el domicilio de la persona. El servicio está destinado a personas o familias con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (“Hacer la comida”)

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

c. 3 **Compra a domicilio** – Consiste en efectuar la compra de productos de alimentación y de limpieza doméstica. Se entrega en el domicilio.

Se orienta el servicio a personas o familias con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (movilidad).

El servicio lo realizan auxiliares del hogar.

Características del Servicio

Algunos rasgos característicos del modelo de Servicio de Atención a Domicilio del Ayuntamiento de Barcelona:

Es un modelo descentralizado

La ciudad de Barcelona está dividida en 10 Distritos cada uno de ellos compuesto por diferentes barrios. Existen un total de 33 Centros de Servicios Sociales de atención primaria y cada uno de ellos gestiona su propio presupuesto.

Gratuito

Actualmente los Servicios de Atención Domiciliaria del Ayuntamiento de Barcelona son gratuitos. Se establece la selección de usuarios a través de un baremo económico en el que priman las personas que presentan una situación de dependencia y además disponen de bajos ingresos

Contrato de Ciudad

A pesar de la descentralización presupuestaria, los contratos a las empresas suministradoras de los Servicios de Atención domiciliaria, se realizan desde el ámbito ciudad, garantizando así la homogeneidad de la prestación.

Distribución presupuestaria según necesidades de cada territorio

La distribución del presupuesto se realiza a través de CDR-SAD

Experiencia de gestión en grandes municipios.

(Coeficiente de Distribución de Recursos para el Servicio de Atención Domiciliaria). Este coeficiente permite distribuir el presupuesto atendiendo a las necesidades que presenta cada uno de los territorios.

Cartera de servicios explícita

Perfil actual del usuario tipo

Edad, sexo y convivencia	Mujer de 80 años que vive sola
AVD	Necesita ayuda para la higiene personal y deambular
AIVD	Incapacidad para hacer la compra, preparar la comida, limpiar la casa, lavar la ropa y utilizar el transporte
Apoyo social	Poco o nulo apoyo social
Vivienda	En condiciones aceptables con baño, frigorífico y agua caliente

CDR – SAD (Coeficiente de Distribución de Recursos)

El Coeficiente de Distribución de Recursos atiende fundamentalmente a 3 variables para distribuir el presupuesto por los distritos de la ciudad:

- Nivel de dependencia
- Apoyo social
- Capacidad económica

Para construir el Coeficiente se calcula para cada territorio (Distrito):

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El **número total de horas** de atención a la dependencia y de atención a situaciones socio-educativas que deben prestarse mediante los Servicios de Atención Domiciliaria. Consideramos que la atención socio-educativa es aquella que está orientada a conseguir la autonomía y/o la integración social de las personas y/o familias en las que se interviene. A estas intervenciones les otorgamos un peso del 12%. La atención a la dependencia es aquella que suple parcial o totalmente la pérdida de autonomía funcional de las personas atendidas. Consideramos que este tipo de intervenciones tienen un peso del 88%.

Las necesidades de atención socio-educativa se calculan a partir del Índice Sintético de Desigualdad Social (ISDS) del año 2001 ponderado por el censo de población del mismo año. Consideramos que toda la atención socio-educativa es de financiación pública, pues el factor económico está incorporado al ISDS. Finalmente se calcula el porcentaje que supone para cada distrito sobre el total de la ciudad. Este porcentaje identifica la parte de atención socio-educativa del CDR-SAD.

Para conocer las necesidades de atención a la dependencia, se calcula para cada distrito:

- El total de horas necesarias para atender la dependencia para la población mayor de 15 años con necesidad de atención. El total de horas de financiación pública en función del nivel de renta

- El porcentaje que suponen las necesidades de cada distrito en relación al total de las necesidades de la ciudad. Este porcentaje identifica la parte de atención a la dependencia del CDR-SAd.

Para calcular el total de horas necesarias se han seleccionado 7 grupos de actividades: movilidad, cocinar/alimentación, higiene/atención personal,

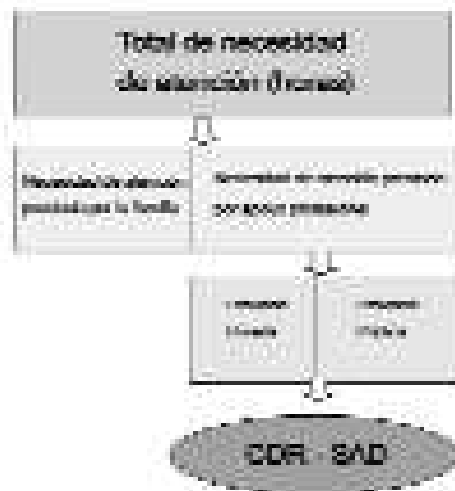
Experiencia de gestión en grandes municipios.

comprar, mantenimiento/limpieza del hogar, apoyo emocional/educativo y vigilancia, supervisión y control del entorno. A cada uno se le ha asignado un tiempo semanal de dedicación y finalmente se ha ponderado por la población mayor de 15 años con dependencia y por el apoyo social y familias de que se dispone.

La atención susceptible de **financiación pública**. Para calcular las horas de financiación pública se ha ponderado por la renta personal.

El **porcentaje** que suponen las necesidades evaluadas en relación al total de necesidades de la ciudad. Este porcentaje constituye el coeficiente de distribución de recursos (CDR-SAD).

Esquema resumen del proceso



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Datos de actividad y presupuesto

	2001	2002	2003	2004	2005 (prev)	% variación 2001/2005
Hogares	4.276	4.126	4.275	4.554	5.601	31%
Personas	4.476	4.931	5.121	5.473	6.731	50'3%
Horas de atención	642.425	644.096	660.988	717.091	883.248	37'5%
+ 65 años	84'2%	81'2%	78%	80% (e)	80%	
Teleasistencia	2.872	2.983	3.676	4.282	10.000	248'2%
Equipo móvil De Urgencias	1.411	1.549	2.019	2.115 (c)		124'7%
Comida a domicilio	417	342	329	455	581	-16'7%
Menús servidos	57.061	59.902	55.615	69.975	84.335	47'8%
Limpieza a domicilio	354	444	535	669	803	51'6%
Lavandería	234	304	231	259	287	7'4%
Reparaciones del domicilio	340	227	243	265 (e)		22%
Menajes	203	181	194	203 (e)		0%
		2003		2004		2005 (E)
Presupuesto		8.307.495 €		9.426.427 €		11.495.336 €
Personas atendidas		5.121		5.473		6.731
Coste / persona		1.622 €		1.722 €		1.707 €
Total horas		660.988		717.091		883.248
Media horas anuales por hogar		153		157		158

Evolución presupuestaria

1999	2005	variación
7.235.834	11.495.336	58,87%

Líneas de Trabajo

Concretamos las áreas de mejora en 4 niveles:

a) **Accesibilidad:**

25.000 aparatos de teleasistencia en el año 2007
Incremento del 100% del presupuesto en el año 2007

b) **Equidad:**

- Protocolizar la asignación de recursos en la ciudad
- Distribución de presupuesto a través de CDR-SAD

c) **Servicio Integral:**

- Coordinación Social y sanitaria (En breve se inician 4 proyectos pilotos con el objetivo de testar en el territorio la atención domiciliaria integral a personas con gran dependencia)
- Valoración integral de las necesidades

d) **Calidad:**

- Proximidad (acreditación de empresas)
- Indicadores de resultados y satisfacción de los usuarios
- Incrementar la actividad y los índices de cobertura de atención
- Disminuir costes

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

2.4 Ayuntamiento de Madrid

*D. Florencio Martín Tejedor
Director General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid*

A través de las experiencias traídas desde tan distintos lugares de España, hacen posible que tengamos esta mañana un rico panorama de lo que la Ayuda a Domicilio constituye en nuestro país actualmente.

Gracias a todos, pues, en nombre de la organización nuevamente.

Me corresponde compartir la humilde, pero intensa experiencia, de estos dos años de trabajo como Director General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Dos años que especialmente en materia de Ayuda a Domicilio han requerido un continuo trabajo para conseguir alcanzar determinados objetivos que nos propusimos al inicio de nuestra tarea, convencidos de que serían las líneas maestras para poder ofrecer a los mayores de Madrid una permanencia en sus domicilios segura y confortable.

Hace pocos días, una de mis colaboradoras presentaba una nueva instrucción elaborada para conseguir incrementar los niveles de cobertura del servicio, y se refería a la Ayuda a Domicilio como un servicio que debe caracterizarse por las notas de calidad y calidez.

Sencillamente lo encontré sugerente, y creo que en el fuero interno de cada uno de los que trabajamos al servicio de las personas mayores, independientemente de nuestro nivel de responsabilidad, reposa un sincero anhelo de llevar hasta esos hogares un poco de calor con la mayor calidad posible.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Dicho esto, pasaré a describirles la realidad actual de los servicios de Ayuda a Domicilio en nuestra ciudad, para exponer a continuación el futuro de lo que querríamos progresivamente conseguir, con el único objetivo de proporcionar a las personas mayores de nuestra ciudad, como antes señalé, la posibilidad de continuar viviendo en su propia casa tanto tiempo como sea posible, sin temor a no disponer de los cuidados personales y la atención doméstica necesaria; al tiempo que queremos apostar decididamente por un apoyo a la familia y cuidadores principales de nuestros mayores.

Situación actual de la ayuda a domicilio en la Ciudad de Madrid.

La primera cuestión que me gustaría sugerir es de naturaleza meramente semántica. Y es algo tan sencillo como que para referirnos a todo aquello que constituye un soporte o recurso humano o técnico al servicio de las personas mayores en su propia casa optemos por la denominación Servicios de ayuda a Domicilio en plural.

Tradicionalmente, incluido quien les habla, la Ayuda a Domicilio se ha nombrado en singular, referida prácticamente en exclusiva a la figura de los Auxiliares Domiciliarios o Auxiliares de Hogar. Con ser justo, pues desde el origen de la Ayuda a Domicilio, no queda más alternativa que reconocer un lugar primordial a los auxiliares; la realidad actual ofrece la posibilidad de ampliar el catálogo de recursos y prestaciones que los Servicios de Ayuda a Domicilio pueden hacer llegar hasta los hogares de los mayores.

Pensemos, simplemente a modo de ejemplo en la teleasistencia, las comidas a domicilio, la lavandería domiciliaria, las ayudas técnicas para mejorar las condiciones de habitabilidad y accesibilidad en los domicilios, la fisioterapia a domicilio como se hace ya en alguno de nuestros distritos....y así sucesivamente hasta completar todo el abanico de posibilidades que los avances científicos y tecnológicos vayan poniendo a nuestro servicio.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Me atrevo, por tanto a proponerles con esta nueva terminología que podemos y debemos referirnos al conjunto de prestaciones, servicios, ayudas, actividades de soporte, informaciones, presencia física, recursos tecnológicos, asesoramiento,... que contribuyen a que el destinatario de las ayudas o de las atenciones pueda permanecer con calidad de vida en su propia casa, “como si” fuera completamente independiente para desarrollar una vida plena.

Este planteamiento describe, a mi modo de ver, con más precisión lo que sucede en nuestras ciudades y pueblos: que no se trata de una ayuda única y exclusiva sino de múltiples y variadas, diversas y complejas.

En esta misma línea, hemos modificado recientemente la propia denominación de la unidad administrativa que dentro de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid se ocupa más centralmente de estas cuestiones. De un Departamento de Ayuda a Domicilio con dos secciones: Auxiliar de Hogar y Otras Prestaciones Domiciliarias; hemos pasado a tener un Departamento de Servicios de Ayuda a Domicilio con dos secciones: Rebautizadas como de Recursos Humanos a Domicilio y Recursos Técnicos a Domicilio.

No crean que lo que les comento obedece a un simple capricho purista de lenguaje. Sino, muy al contrario, a una clara intención de llamar a las cosas por su nombre en un intento de poder obtener el máximo rendimiento de las posibilidades que tenemos ante nosotros, pues las nuevas necesidades existentes requieren nuevas respuestas que nos corresponde a todos nosotros encontrar.

Si nos adentramos ya de lleno en la **realidad cuantitativa de los Servicios de Ayuda a Domicilio en la Ciudad de Madrid**, y sin el menor ánimo de que sean las cifras lo que caracterice fundamentalmente la fotografía fija de los mismos, les expongo a continuación algunos datos, (la referencia es de la Memoria de Gestión con la que cerramos el pasado ejercicio 2004), que inevita-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

blemente dan idea de qué está ocurriendo en una ciudad como la nuestra en materia de Ayuda a Domicilio.

Para aquellos que no conocen tanto Madrid, les comento que se trata de una ciudad en la que conviven más de 3.000.000 millones de personas de las que 598.000 son mayores de 65 años. Entre ellas, superan los 80 años aproximadamente 130.000 y figuran como único habitante de sus viviendas cerca de 52.000.

Con este escenario, y teniendo en cuenta las restantes características de la vida en una gran urbe, (largas distancias que dificultan las comunicaciones; grandes bloques de viviendas; pocos o nulos contactos familiares a lo largo de la semana; red vecinal existente pero progresivamente debilitada etc...) les será fácil calibrar la importancia de unos Servicios de Ayuda a Domicilio de calidad.

Como les decía, podemos hacer una primera aproximación a los servicios de ayuda a domicilio a través de sus aspectos cuantitativos¹:

Recursos humanos de auxiliares de hogar:

- 23.000 personas beneficiarias.
- 17 horas de ayuda media/mes
- 65% limpieza de hogar
- 35% ayudas personales
- 3,9% de cobertura en mayores 65 a.
- 3.575 auxiliares preparadas

Recursos técnicos de teleasistencia:

- 50.876 dispositivos instalados.
- 8,6 % de cobertura en mayores de 65 años.
- 987.240 llamadas emitidas desde domicilios

¹ Referencias Memoria Gestión DG Mayores 2004

Experiencia de gestión en grandes municipios.

- 42.648 llamadas de emergencia (4,3% sobre total)
- 360.794 llamadas de conversación
- 1.146.220 llamadas desde Centro de Recepción y Atención de Llamadas:
- 919.599 llamadas de compañía / seguridad / acercamiento.
- 31.538 desplazamientos de unidades móviles (3,6 desplazamientos/ hora).
- Media llamadas de acompañamiento / usuario: 1 cada 11 días.

Comidas a Domicilio:

- 6781 comidas distribuidas
- 128 personas beneficiadas

Cuidando al cuidador :

- 100 cuidadores informados
- 84 cuidadores participantes en los grupos
- 22.050 euros empleados
- 6 grupos formados

Lavandería a domicilio:

- 11.065 servicios prestados
- 295 personas ayudadas a lo largo del año (media/mes)

Camas articuladas a domicilio:

- 165 servicios prestados / usuarios / año
- 2.281 euros invertidos en esta ayuda

Adaptaciones de domicilios:

- 260 domicilios adaptados
- 470.000 euros invertidos
- 247 modalidad bañera por ducha

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Por importantes que sean estas cifras, que lo son, pues no vamos a depreciar lo que objetivamente supone numerosos recursos y profesionales al servicio de los mayores, sin contabilizar además lo que a nivel presupuestario supone para el Ayuntamiento de Madrid llevar esta atención hasta los mismos hogares de las personas mayores..... la cuestión estriba en saber si cada uno de esos 3.500 auxiliares, o cada uno de los más de 50.000 dispositivos de teleasistencia instalados ofrecen respuestas adecuadas al nivel de necesidad que presentan las personas que disponen de estos recursos.

Esta es quizás la verdadera cuestión a responder desde los Ayuntamientos y Comunidades Autónomas de nuestro país.

Habría que preguntarse si estas ayudas son suficientes para permitir que una persona mayor que tiene disminuidas sus capacidades de movilidad, de autonomía personal, de discernimiento, pueda vivir autónomamente con calidad de vida, o dicho de otro modo, si estas ayudas le permiten a esa persona mayor vivir “como si” fuera una persona independiente.

Entrando en cada una de las ayudas concretas, cabría preguntarse, por ejemplo qué media mensual de horas de atención sería adecuada, o cuántos dispositivos de teleasistencia debemos instalar para cubrir el nivel de demanda existente en nuestras ciudades. Y ¿qué podemos decir del número de adaptaciones domiciliarias? ¿o del número de comidas servidas a domicilio?.

Mi opinión es que con estas cantidades de ayudas en los domicilios de las personas mayores cubrimos suficientemente las demandas expresadas en los despachos de los trabajadores sociales municipales, pero no llegamos ni de lejos a satisfacer unas expectativas y, sobre todo, unas necesidades reales que no por estar ocultas o latentes dejan de ser **necesidades sociales reales**.

En este punto permitanme un ejemplo a modo de ilustración que es a la vez una experiencia. En junio de 2003 el municipio de Madrid disponía de

Experiencia de gestión en grandes municipios.

17.562 dispositivos de teleasistencia A esta cifra se llegó tras 12 años de trabajo de difusión, información vis a vis, ofrecimiento por parte de los TT.SS., concursos públicos,...

Entre los meses de julio y diciembre de ese mismo año 2003 alcanzamos la cifra de 30.845. Y a finales de 2004 la cifra de 50.876. ¿Es que no había necesidad de teleasistencia en la primavera de 2003?, ¿qué sucedió para que de repente todo el mundo solicitara esta ayuda social?.

Muy sencillo, la demanda potencial que responde a una necesidad real (cubrir, en este caso, situaciones de soledad en personas mayores, incomunicación, sentimientos de angustia ante el temor de que pueda ocurrirle algo estando solo y que nadie le pueda auxiliar, etc.) se convierte en demanda explícita cuando la oferta del servicio tiene un coste muy inferior al beneficio que se espera conseguir. Esto por un lado.

Pero por otro la valoración de la propia necesidad cambia con el tiempo o, si se quiere, la expectativa de poder satisfacer en términos concretos y reales una necesidad sentida. Esto tiene que ver con efectos culturales.

Y en tercer lugar un esfuerzo de difusión en un medio de gran audiencia como es la televisión produce, automáticamente, el ser conocido por “todo el mundo”. Si este conocimiento va acompañado del “boca a boca” de vecinos que ya lo tienen, familiares que lo han oído, parientes lejanos que lo disfrutaban,... se da el cambio de valoración cultural de la oferta.

Digamos que la oferta entra a formar parte del catálogo posible de servicios a demandar a los servicios sociales. Esto fue lo que sucedió.

En consecuencia la variable cantidad de servicios, relación del número ofertas-demandas es una cuestión culturalmente condicionada por la oferta, al punto que las necesidades afloran o permanecen ocultas aunque existan.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

¿Cómo debe ser la ayuda a domicilio que queremos ofrecer desde el ayuntamiento de Madrid?

En síntesis, que a continuación desarrollaré, les diré que los Servicios de Ayuda a Domicilio a los que nos gustaría tender progresivamente deberían ser tales que, una persona que ha perdido parte de la autonomía que tenía, pueda encontrar ante sí cuanto necesita para recuperar un nivel de bienestar y de calidad lo más similar posible al que anteriormente disfrutaba.

Pensemos, por un momento en lo que cualquiera de nosotros hacemos cada día en el entorno doméstico: levantarnos y acostarnos, asearnos, recoger la casa, alimentarnos, cuidar nuestras ropas, salir a la calle, trasladarnos de un sitio a otro de la casa, cocinar, fregar los suelos, comunicarnos con los vecinos, reparar un desperfecto, planear cambios de muebles y cambiarlos, leer, ver televisión, oír música, vestirnos y desvestirnos, ... casi infinitas pequeñas tareas.

Los servicios de ayuda domiciliaria deberían ser capaces -al menos teóricamente- de compensar la totalidad o la mayoría de las pérdidas de autonomía que tiene la persona afectada, generalmente mayor. Y esa compensación debería ser de tales cantidades y contenidos que la calidad de vida se resintiera lo menos posible.

Por las razones anteriormente expuestas no pueden jamás pensarse en una mera asignación de recursos o prestaciones *“porque sí”* o porque el usuario así lo demanda.

Desde el Trabajo Social de base debe integrarse el desafiante, pero a la vez precioso, reto profesional de acompañar ese camino de cada persona mayor hacia la recuperación, o al menos mantenimiento, de los niveles de autonomía de los que cada uno es capaz.

El diseño de intervención social aparece, por tanto, como eje vertebrador de todo el proceso de atención en ese continuo de cuidados que debe faci-

Experiencia de gestión en grandes municipios.

litarse a cada persona que llega hasta nuestros despachos solicitando ayuda.

Como el médico que no puede comenzar a intervenir seriamente sino después de haber hecho una historia médica en condiciones, el trabajador social se tomará un tiempo, difícil de conseguir muchas veces soy consciente, para documentar la historia social que explica el porqué de la persona que se atiende en cada momento.

Una historia social de la que posteriormente habrá de brotar el diseño de intervención social, las propuestas concretas de atención que haremos al usuario, las cuales pondremos en común con éste y sus familiares.

Partiendo de la necesidad de elaborar la historia social y el correspondiente diseño de intervención, y paralelamente a esto, hemos ido implantando otra serie de medidas o pautas para que la Ayuda a Domicilio en nuestra ciudad, independientemente de en cual de los 21 distritos municipales se preste, goce de cierta homogeneidad, que me gustaría compartir con ustedes:

La valoración integral de la persona mayor, apoyada con las escalas Barthel y Lawton, que nos informan sobre el nivel de autonomía conservada para el desarrollo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La asignación de prestaciones concretas a la luz de los resultados arrojados por ambos cuestionarios y el nivel de dependencia existente.

La recomendación sobre el tipo de atención que debe primarse en el ámbito de la Ayuda a Domicilio, discriminando siempre positivamente a favor de los cuidados personales frente a la atención doméstica.

Favorecer el carácter preventivo del Servicio de Ayuda a Domicilio como herramienta muy valiosa en el retraso de la institucionalización.

Coordinación periódica con las entidades y empresas de Ayuda a Domicilio ya que en Madrid se encuentra externalizada la gestión de estos ser-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

vicios; dirigida a poner en común los puntos críticos y las áreas de mejora existentes en los distintos casos.

Seguimiento y control bimensual de la calidad de los servicios de la modalidad Auxiliar de Hogar.

Diseño de protocolos específicos en el servicio de teleasistencia, tanto para la vista correspondiente al alta como para las llamadas de seguimiento que desde la Central de Llamadas deben realizar a los usuarios semanal o quincenalmente según la edad.

Contratación de un equipo específico para el control de calidad del servicio público de teleasistencia.

Proceso de reglamentación de los servicios en las modalidades de Auxiliar de Hogar y Teleasistencia.

Elaboración de Manuales - Cartas de Derechos y Deberes de Usuarios de los diferentes servicios.

Revisión de los baremos de aportación económica de los usuarios en los casos de Auxiliar de Hogar y Comidas a Domicilio, especialmente encaminada a ampliar el grupo de usuarios que, por la menor cuantía de sus ingresos, no están obligados ya a aportar nada.

Asignación de 1 hora más a la semana de auxiliar de Hogar, de carácter preventivo, automáticamente, a todos aquellos usuarios mayores de 80 años que viven solos y cuya aportación económica es 0 ¤

Asignación de servicios para familias cuidadoras en concepto de descanso familiar así como de servicios a mayores que pasarán solos días o meses de verano por razón de las vacaciones estivales de cuidadores, vecinos y familiares.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Investigación sobre nuevas prestaciones susceptibles de ser ofrecidas en el propio domicilio: fisioterapia, terapia ocupacional, y podología entre otras.

Constitución de un grupo de trabajo entre técnicos de la dirección General de Mayores y Técnicos de los distritos para analizar cuestiones que permitan alcanzar un incremento en los niveles de cobertura e intensidad de los servicios: p.e advertimos determinadas dificultades en la documentación que pedimos a las personas mayores; o en el acomodo entre el servicio que se le ofrece y lo que el mayor espera de la ayuda a Domicilio, por poner sólo dos ejemplos.

Conclusión: La calidad en el servicio de ayuda a domicilio.

Concluyo con una referencia expresa al tema de **LA CALIDAD**, al que aludí al comienzo de mi intervención.

Calidad es hacer bien lo que es propio del servicio, mejorándolo continuamente.

Esta frase, que puede quedar como una definición, resume certeramente lo que queremos decir: **Hacer bien las cosas es calidad**. Hoy día solemos utilizar el término EXCELENCIA para referirnos en realidad a hacer bien las cosas, mejorando todo aquello que sea posible y continuadamente.

Calidad, por tanto, igual a excelencia, pero sobre todo HACER LO QUE SE DEBE, MEJORÁNDOLO.

Esto nos lleva a una reflexión paradójica: ¿Lo estamos haciendo mal? ¿No estamos haciendo lo que debemos?, ¿Estamos incumpliendo nuestras responsabilidades y compromisos?

En general no se hace mal, pero no podemos bajar la guardia, porque hay que reconocer que posiblemente haya algo de todo esto en algunos supuestos.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Si nos situamos en el lenguaje teórico sabemos, lo sabemos muy bien, que calidad significa, en servicios de ayuda domiciliaria:

- Atender bien a los clientes / usuarios / beneficiarios
- Disponer de unos procesos / gestión eficientes
- Satisfacer adecuadamente a los trabajadores / profesionales
- Cumplir con rigor funciones públicas

Planificación, logros, objetivos, satisfacción, coordinación, cooperación, evaluación, metodología, formación, participación, calidad de vida,... son todas ellas palabras que nos llenan de orgullo y que, sin duda, hablan de la calidad.

Ahora bien mi intención no es deambular por esos terrenos, sino por los de una visión más personal, y tal vez más real y crítica, acerca de los retos que los servicios sociales, en concreto los servicios de ayuda domiciliaria, tienen ante sí en materia de calidad.

Los servicios de ayuda domiciliaria están sujetos a tensiones de diversa naturaleza que, en mi opinión, les hacen aparecer como de baja calidad, (falta de cualificación en el personal de atención directa, altísimo nivel de rotación, discrepancias entre lo que el usuario espera y el servicio ofrece, identificación de los auxiliares de hogar con servicio doméstico, etc...)

Estas tensiones proceden de la falta de definición de los mismos, de la falta de concreción y delimitaciones de sus contenidos, de la inadecuada configuración social de la oferta y por tanto de la demanda, de la diversidad de concepciones que de los servicios tienen los profesionales, de la escasez de recursos económicos, de la “juventud” de los propios servicios de ayuda domiciliaria, de la tendencia a olvidar que se trata de servicios públicos (en un país en el que lo público no goza de demasiado prestigio), del escaso rigor en la exigencia de calidad por quien es el titular de los servicios,... entre otras.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

Ya me he referido a las faltas de definición de los servicios de ayuda domiciliaria; también he comentado los déficits en concretar y ampliar o delimitar los contenidos.

Me gustaría añadir que en la configuración social de la oferta y de la demanda, directamente relacionadas con la calidad, juegan un papel muy significativo los profesionales de los servicios sociales y **su particular concepción de los servicios.**

Si estos servicios se utilizan a demanda del ciudadano, se configuran de acuerdo a lo que el demandante se imagina o presupone que es para lo que sirven, si se conceden del modo y manera que cada uno considera que necesita, si, en fin, se convierten en una especie de bien objeto de transacción y debate entre el profesional y el cliente / usuario, entonces estaremos modificando sustancialmente los propios servicios.

Los servicios de ayuda domiciliaria son instrumentos técnicos de la intervención social. Es el profesional de los servicios sociales el que, después de realizar una valoración y diagnóstico del caso social, ha de decidir el qué, cuándo, cómo, de qué manera, cuánto,... de cada tipo de servicio ha de ponerse en juego.

Los servicios de ayuda domiciliaria forman parte del Diseño de Intervención Social (DIS) que cada profesional elabora con cada caso y en cada fase sustantiva del proceso de intervención social que lleva a cambios en su cliente. Desligados de tal DIS los servicios de ayuda domiciliaria no tienen sentido.

Aquí hay, a mi modo de ver una fuente de tensión que conviene corregir, porque si unas ayudas que se prestan en el domicilio del usuario están mal decididas, mal diseñadas, inadecuadamente definidas, no va a resultar fácil alcanzar la calidad deseada. En estos casos no se estaría haciendo lo que se debie-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

ra. La calidad será baja. Y en muchos casos la experiencia nos indica que por estas razones es baja.

Pero estas tensiones procedentes del ciudadano que solicita las ayudas son propiciadas por la errónea concepción que de las propias ayudas tengan los profesionales. De manera que la concepción que tienen lo profesionales contribuye a generar una “imagen social” de las ayudas y, a la inversa, lo que el cliente demanda, que es lo que entiende que necesita, si no es tamizado, modificado o negado por el profesional refuerza la inadecuación entre necesidad y recurso.

Otro factor citado es el presupuestario. La experiencia nos ha demostrado que cuando con los mismos recursos económicos se ha pretendido aparentar más y mejores servicios de ayuda domiciliaria hemos perdido todos: ha perdido el usuario, ha perdido el profesional, ha perdido el mismo concepto del servicio, ha perdido la imagen social del mismo, han perdido las empresas dispensadoras de las ayudas,...

Si queremos que los servicios de ayuda domiciliaria se vean libres de las tensiones de esta naturaleza debemos asegurar los mínimos imprescindibles para que se puedan prestar los servicios debidos. Así queda asegurada la calidad. ¿Se imaginan Vds. que alguien planificara y presupuestara la construcción de un túnel, una carretera, un edificio de viviendas por debajo del precio de coste real? ¿No sería una temeridad y un delito, por cuanto el riesgo de hundimiento sería elevadísimo? De igual forma debemos actuar en servicios sociales: apostando por costes reales, defendiendo costes reales para la calidad que se exige.

No es conveniente, hablando de servicios personales, jugar con el precio. Porque el precio, la mayoría de la ocasiones, redundando directamente en la calidad.

Algunos servicios, como las adaptaciones domiciliarias, pueden entrañar

Experiencia de gestión en grandes municipios.

diferencias de precio no directamente relacionados con la calidad. Con dos precios en reparaciones de fontanería, por ejemplo, no se garantiza mejor calidad en el cambio de la bañera por el plato de ducha acudiendo al presupuesto más caro. Pero es bien cierto que una bajada excesiva, que no cubra parámetros normalizados mínimos, es garantía de baja calidad, de fracaso.

Y qué decir de la “juventud” de los servicios. Intervienen aquí elementos como la incorporación de empresas sin tradición, ni filosofía de servicio a las personas; los continuos cambios en las configuraciones de los servicios en una misma ciudad o comunidad autónoma; las diferencias de contenido entre unos y otros municipios, unas y otras comunidades autónomas; las apariciones y desapariciones de empresas que ven en la prestación de servicios de ayuda domiciliaria un escenario de negocio; la sequía casi absoluta de estudios de calidad, investigaciones sobre parámetros mínimos y máximos, estudios comparativos,...

Todos estos elementos son fuente de tensiones. Aquí las empresas con proyección nacional, que son prestadoras de servicios en varias comunidades autónomas y en varios municipios pueden darnos algunas claves acerca de qué modelos funcionan mejor si es que los hay a qué factores atribuyen esa mejor calidad, qué hacer para extenderlo a otros lugares donde la calidad es peor.

Pero esa visión de las empresas debemos, a mi entender, completarla con la experiencia que tenemos desde las administraciones públicas

Los simples cambios de entidades en la prestación de servicios en un territorio produce tensiones que rebajan la calidad. En estos casos, sin embargo, dichas tensiones se superan pronto si las empresas adjudicatarias de los servicios cuentan con suficiente experiencia en el sector.

No es ocioso traer aquí el hecho de que en España lo público está poco o mal considerado. No hay más que acudir a un parque público o pasear por cualquier ciudad y observar cómo se descuida lo que es de todos.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los servicios de ayuda domiciliaria corren el riesgo de que les suceda algo parecido: al tratarse de servicios públicos parece que a nadie importa su calidad. Si además sabemos que la mayor parte de ellos es “para pobres” menos aún. Y si estamos en lo cierto que nadie o casi nadie se va a ocupar por controlar y seguir la calidad que se presta, entonces tenemos asegurada la libertad de acción para prestar el servicio como nos plazca.

Esta consideración de lo público que no lleva aparejado el control de su calidad es una cuestión de suma importancia. Y lo es por cuanto que, si bien los servicios de ayuda domiciliaria son servicios públicos que pueden ser ejecutados por empresas privadas, **corresponde en exclusiva a la Administración Pública el control de su calidad** de acuerdo al diseño que se hubiera hecho. Esta es una función irrenunciable, que no siempre se ejerce.

Pero su importancia viene también del hecho de que el diseño, los llamados “pliegos de condiciones” son de obligado cumplimiento para las entidades que se comprometen a realizar el servicio.

Una y otra responsabilidad no ejercida o defectuosamente ejercidas son causa de una baja calidad. Y sería muy oportuno destacar aquí que este reto a la calidad depende de la voluntad de los actores titulares o prestadores de los servicios. Esa voluntad está directamente relacionada con el carácter ético o moral de todo servicio público. Su toma en consideración significaría un rearme moral, una puesta en valor de lo público como lo de todos.

La calidad debe ser gestionada como una filosofía de vida. Es la filosofía de la organización titular de los servicios de ayuda domiciliaria (la Administración Pública) y debe ser la filosofía de la organización prestadora de los mismos por delegación de aquella (la entidad colaboradora).

Si se elimina la calidad lo que queda es hacer cualquier cosa, de cualquier manera sin intención de mejorar. Lo cual es una aberración.

Experiencia de gestión en grandes municipios.

En cuanto al cómo aplicar la calidad mi criterio es que se basa en los puntos siguientes:

1º) **Introducir la calidad dentro de la cultura de la organización.** Esto significa que la calidad debe respirarse por todos los poros, todos los estamentos, los departamentos, las unidades,... y a todos los niveles. Desde el conductor de la furgoneta que debe conducir como debe prestando un buen servicio, hasta el director económico-administrativo que debe hacer y presentar las cuentas con claridad, precisión, prontitud y exactitud, todos deben respirar y transmitir que les importa hacer lo que deben.

2º) Para lograrlo el método a seguir consiste en **hacer partícipes a todos los que integran la organización en el modelo de calidad de servicio.**

3º) Los servicios de ayuda domiciliaria gozarán de calidad cuando **la cultura** de la organización coincida, **sintonice con las tareas propias de los servicios** de ayuda domiciliaria. Si no existe esa sintonía entre lo que se debe hacer en servicios de ayuda domiciliaria y la misión de la organización surgirán disfunciones y la calidad se resentirá.

4º) Invertir en calidad, mejorar cada día lo que se debe hacer implica necesariamente **invertir en:**

- **Formación del personal**
- **Capacitación técnica**
- **Motivación.**

5º) Es preciso **que las personas** que desarrollan las ayudas domiciliarias **se encuentren satisfechas con lo que hacen**, además de sentirse partícipes de una misión empresarial de la que forman parte.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Esta satisfacción viene dada en parte por el reconocimiento social de las funciones que desempeñan, también por la valoración que de sus tareas realizan sus superiores, pero principalmente por la recompensa salarial que reciben.

Contribuyen a esa misma satisfacción la estabilidad laboral y la existencia de expectativas de desarrollo profesional, de poder desarrollar una carrera profesional en esa empresa.

Conviene cuidar que no haya sobrecarga de trabajo durante períodos prolongados de tiempo.

Si se tienen en cuenta estas premisas la calidad vendrá dada por sí.

Cosa diferente es conocer la calidad de los servicios. En este punto poco puedo decir que no se haya dicho. Sabemos que valorar la calidad significa evaluar lo que se hace, cómo se hace, por quién se hace, con qué costes. Y también la calidad significa cómo es percibido el servicio por los demás, tanto por los usuarios como por el público en general.

Un **esquema básico de la evaluación de la calidad** ha de tener en cuenta la doble vertiente:

Cliente Interno: fundamentalmente el personal que lleva a cabo la atención directa. La valoración incluirá encuestas de satisfacción.

La calidad mejora si se tienen en cuenta las aspiraciones de promoción profesional.

Observaremos la calidad analizando estudios y controles de incidencias, analizando partes de absentismo, informes de rendimiento.

Cliente externo: que son los destinatarios de los servicios de ayuda domiciliaria. Aquí las encuestas de satisfacción, el análisis de incidencias y que-

Experiencia de gestión en grandes municipios.

jas de los usuarios y sus familiares; los análisis de convergencia o divergencia entre expectativas y realidades; los análisis del impacto de los servicios prestados en la estimación del bienestar propio a través de indicadores como la autopercepción de la salud, el consumo de fármacos, la frecuencia de ingresos hospitalarios, los tiempos medios de retraso en la institucionalización,.. etc.

- Una oferta de servicios de ayuda domiciliaria de mala calidad anula la demanda.

- Una oferta de servicios de ayuda domiciliaria cara, aunque sea buena, constriñe la demanda.

- Una oferta de servicios de ayuda domiciliaria buena, incrementa la demanda.

- Una oferta de servicios de ayuda domiciliaria buena y barata eleva, mucho más la demanda.

- Una oferta de servicios de ayuda domiciliaria, por fin, **buena y gratuita** , dispara la demanda casi al infinito.

- Por tanto podemos concluir que la demanda crece en función de las características y variables de la oferta, lo que significa que la demanda se puede regular. Entre esas características se encuentran el precio a pagar, las exigencias previas para su consecución, las condiciones de acceso y las expectativas que se generan sobre las necesidades que se cubren con los servicios a solicitar. Cosa distinta, también, es si constituye un objetivo legítimo y realista, desde la óptica de la función pública, que la oferta llegue al mayor número de personas, al margen de si cubre o no unas necesidades, o si responde o no a expectativas de la población. Pero esto lo dejamos ahí, sin más.

¿Qué alternativas se nos ofrecen, desde mi punto de vista, al posible crecimiento de la demanda y su conjugación con la necesidad de mantener la calidad de los servicios que se ofertan?

En síntesis serían:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En primer lugar, antes de ofertar unos servicios en cantidad, diseño, calidad, contenido, se hace preciso evaluar la necesidad objetiva que es necesario atender.

En segundo lugar es preciso elevar al máximo nivel posible los servicios que conviene ofrecer, siempre en condiciones de igualdad, claridad y rigor financiero que garanticen su desarrollo futuro.

En tercer lugar tenemos que estar en constante alerta sobre los sistemas de calidad de los que hemos hablado anteriormente, sin bajar la guardia, tanto las organizaciones como las personas individuales que las conforman.

3. Servicios de atención domiciliaria

3.1 La intervención social en ayuda a domicilio de forma integrada

D. Francisco Javier Pomar Fernández
D^a Mercedes Portero Cobeña
D^a Rosa M^a Urquiza Berganzo
Dirección
Ayuntamiento de Madrid

1. Introducción

El Servicio de Ayuda a Domicilio en la modalidad de auxiliar domiciliario tiene en España una presencia, como servicio público que prestan las administraciones públicas, de aproximadamente 25 años.

Este servicio fue impulsado por dos razones básicas, pero contempladas desde diferentes ópticas:

1. La persona mayor, el dependiente, en sí, el usuario, prefiere permanecer en su domicilio durante el mayor tiempo posible, aunque viva solo (fenómeno sociológico que va aumentando considerablemente, aunque todavía lejos de las proporciones existentes en otros países europeos, y en concreto los nórdicos).

2. El Servicio de Ayuda a Domicilio, aunque costoso, sigue siendo más económico que la construcción de centros residenciales; además desde lo social, los servicios de ámbito comunitario son más integradores para el individuo. Ello no quiere decir que las residencias no deban existir; todo lo contrario, éstas y en concreto las de titularidad pública deben de ir encaminadas a cubrir los mayores índices de dependencia en el mayor. Las residencias deben ser el último eslabón en la escala de recursos de atención al dependiente.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

La prestación de servicios sociales en España, a nuestra opinión, pecan de carecer de un factor importante, sobre todo si lo comparamos con otros sistemas de protección social, es decir no existe una ley estatal general que regule los servicios sociales. Ello puede ser debido a que la existencia de los servicios sociales, en su plena concepción es muy reciente en nuestro país. Cabe recordar que con la aprobación de la Constitución de 1978, en el título VIII, artículo 148 se hace referencia a que las Comunidades Autónomas (CC.AA) tendrán competencias en materia de asistencia social. Y por otra parte, hasta 1985, año en el que se publica la ley 7/1985, de 2 de abril, Ley de Bases de Régimen Local, a nivel de administración local pervive la beneficencia. No obstante durante estos años en los que se solapan diferentes concepciones de la acción social dirigida al ciudadano, los profesionales y gobiernos tanto locales, de CC.AA como de ámbito estatal trabajaron en la dirección de concebir unos servicios sociales dirigidos a todos los ciudadanos, encaminados hacia la universalidad y al respeto del individuo.

Ahora bien, en el panorama actual nos encontramos con 17 CC.AA, cada una de ellas con sus propias competencias, con sus propias leyes de servicios sociales y, en casi todas se encuentra regulado los Servicios de Ayuda a Domicilio.

A nivel de administración local, cada ayuntamiento, cada mancomunidad, tienen sus propios Reglamentos, Ordenanzas o Pliegos de Condiciones que regulan la prestación de los servicios en su municipio.

Diferentes días de prestación	De lunes a viernes Todos los días semana
Diferentes prestaciones	Atención personal Atención Doméstica relaciones con el entorno Educación familiar / social Servicios nocturnos
Diferentes formas de Gestión	Otros Directa Concertada Concesión administrativa Mixta
Precios	Inexistencia de precios referenciales mínimos - máximos
Personal	Diferencia configuración equipo y ratios de personal
Baremos de acceso	No unificados
Baremos de Copago	No unificados

Servicios de atención domiciliaria

Por lo tanto, nos encontramos en sí con una gran variabilidad en las formas, modos de prestación del servicio, aunque en el fondo todos contemplen en mayor o menor medida los mismos objetivos y las mismas prestaciones.

En este maremagno de diferencias se enumeran las diferencias del servicio de ayuda a domicilio (auxiliar domiciliario) entre los diferentes municipios:

Intervención Profesional del diplomado en trabajo social en los servicios de ayuda a domicilio

El objeto de nuestra comunicación es destacar y considerar la intervención profesional del Trabajo Social en el ámbito de los Servicios de Ayuda a Domicilio (Auxiliar Domiciliario). Esta presencia es algo constante en el marco del desarrollo de este servicio desde sus comienzos, como se ha dicho anteriormente, hace casi veinticinco años.

Es una prestación que tiene como misión una intervención profesional de carácter global; transdisciplinar (entendiendo la misma como la participación en red y de forma coordinada y planificada de diversos profesionales en la situación generadora de la necesidad, que lleva al sujeto concreto a precisar se le preste el Servicio).

Por ello deseamos refrescar a todos **qué entendemos por Trabajo Social** para poder ir analizando una serie de Principios Básicos, que como profesionales hemos de tener presente en nuestro quehacer diario y que, como veremos son retomados por los Principios Bioéticos de la atención a la Dependencia.

Nuestra pionera, Mary Richmond, define nuestra labor profesional como: *“El Servicio Social es el arte por el que se realiza una acción con y para las personas diferentes, colaborando con ellas para lograr al mismo tiempo su mejora y la de la sociedad”* (Red Vega, 1.993: 134). Nos parece interesante esta definición que pone el **énfasis en la persona** y en el **acompañamiento profesional** a la misma, además de la diferencia y especificidad de cada persona que ha de estar, pues presente en nuestra intervención profesional.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

Por su parte Escartín y Suárez (1.994), señalan como el Trabajo Social no contempla los problemas sociales como abstracciones impersonales sino representados en seres humanos concretos. Su **perspectiva** es pues **totalizadora; aborda el problema desde la diversidad** de áreas problemáticas que lo conforman y desde la variedad de niveles de formulación y tratamiento que demuestra en su práctica, desempeñando así un rol generalista prioritario. K. Erickson destaca el Trabajo Social como la profesión **unificadora e integradora** de los muchos sistemas de bienestar social de nuestra sociedad.

Es importante destacar que el Trabajo Social parte de **una concepción global del individuo**, extremo este que consideramos diferenciador en el abordaje de los problemas del individuo por parte de los trabajadores sociales respecto a otras disciplinas. Su especificidad es la globalidad en la atención, es su imbricación necesaria con la realidad y con el entorno, al no poder considerar al individuo en abstracto sino en permanente relación con la realidad que le circunda.

En resumen señalaríamos como elementos diferenciadores:

- **Globalidad de la atención;** no sólo atiende una faceta de la persona sino el conjunto de la misma, si bien puede y debe contar con el apoyo de otros profesionales para una intervención adecuada; la diferencia estriba en la visión global del problema y en la integralidad del individuo.

- **Trabajar “con”** y no para el otro; es decir que ha de contar con el sujeto al que atiende y que es el protagonista, sin duda de la intervención.

- **La ayuda** como elemento básico de la intervención; impulsando las potencialidades del sujeto como copártcipe de la intervención y cosujeto de la misma y no mero objeto pasivo o receptor de nuestra intervención.

Ello comporta que el trabajador social tenga unos Principios Básicos que han de estar presentes en su quehacer profesional y que fueron definidos por Biesteck; a saber:

Servicios de atención domiciliaria

- **Individuación** o considerar a cada persona como un ser distinto del resto por lo que es merecedor de un tratamiento único y diferenciado.

- **Aceptación** del individuo como sujeto más allá de su conducta concreta.

- **No juzgar:** el profesional no debe valorar al otro.

- **Autodeterminación:** es el usuario quien debe decidir sobre su realidad; de ello se desprende la necesidad de que el sujeto atendido este presente en su “Diseño de Intervención”.

Ello guarda relación con ciertos Principios presentes en la Bioética aplicada a la atención de las personas mayores como son:

JUSTICIA Principios éticos de universalización.

NO MALEFICENCIA Afectan al bien común.

AUTONOMIA Principios éticos de particularización.

BENEFICENCIA Afectan al bien particular.

Autonomía que coincide con los nuestros de **Autodeterminación** e **Individuación**.

No maledicencia, que coincide con los de **Aceptación** y **Actitud exenta de juicios** propios de nuestra disciplina.

Responsabilidad profesional y **Beneficencia**, entendida ésta aquí como **interés último por el bienestar del paciente; asimilables en nuestra intervención con el usuario**.

Pasamos a describir el proceso de Intervención en la prestación analizada en las presentes Jornadas: La Ayuda a Domicilio y que es tomado del llamado: Método Básico, que todos aprendimos en nuestra formación en la Escuela y que curiosamente repite o retoma lo apuntado hace muchos años por otros predecesores del Trabajo Social y que a modo de ejemplo apuntamos aquí lo marcado por el clérigo alemán Daniel van der Heydt, en Elberfield, en

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa. _____

el siglo XIX a los precursores profesionales o "visitadores limosneros", si bien en nuestro caso **sustituimos** al pobre **por el mayor dependiente**:

- Estudio de las necesidades del sector.
- Estudio de las necesidades de los dependientes del sector.
- Prevención de los problemas derivados de la dependencia brindando trabajo a los parados.
- Rehabilitación de los dependientes.
- Supervisión del trabajo.

Pasamos a continuación a describir las tareas a realizar por el profesional en cada una de estas etapas:

A) Recepción y análisis de la demanda (investigación)

En esta etapa el profesional debe estudiar, conocer la demanda o necesidad¹ no sólo la verbalizada por el usuario o su familiar sino la que se descubre como real; para ello el profesional ha de **acudir al domicilio**, ver el entorno donde se desarrolla la realidad del mayor a atender, conocer la realidad y los apoyos del usuario²; pues el Servicio no debe eliminar los apoyos familiares o de la red informal con los que cuenta el sujeto ni tampoco, por supuesto sus propias capacidades.

En este momento, esta tarea de valoración corresponde al Trabajador Social (en el caso del mayor dependiente entendemos debería valorarse conjuntamente con personal sanitario para medir esa real discapacidad o dependencia y necesidad de cuidados coordinados); en los demás casos entendemos que el informe médico debería aportarse a posteriori así como la documentación económica pertinente para el co-pago del servicio. Pues consideramos que este Servicio, como se ha dicho anteriormente ha de ser como se recoge legalmente un Servicio Universalista.

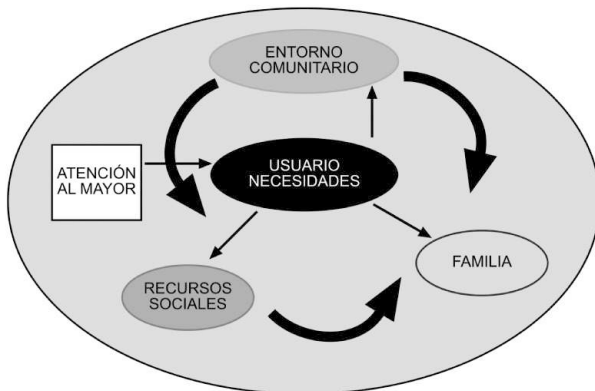
Tras este conocimiento de la realidad del, todavía posible beneficiario, el

¹ Las necesidades como se desprende de la definición inicial de esta comunicación no sólo es ya la limpieza de la vivienda o el aseo; sino aspectos socioeducativos, sanitarios, de condiciones de habitabilidad, de contacto con el entorno y sus iguales, corresponsabilidad familiar, mantenimiento o mejora de la autonomía...

² Es conveniente la presencia del familiar o apoyo informal con que cuente el mayor, ver el medio para detectar barreras, dificultades para la realización correcta de las AVD; posibilidades reales y eficacia de ese apoyo recibido por parte del mayor; detectar posibles carencias en todos los ámbitos del mayor

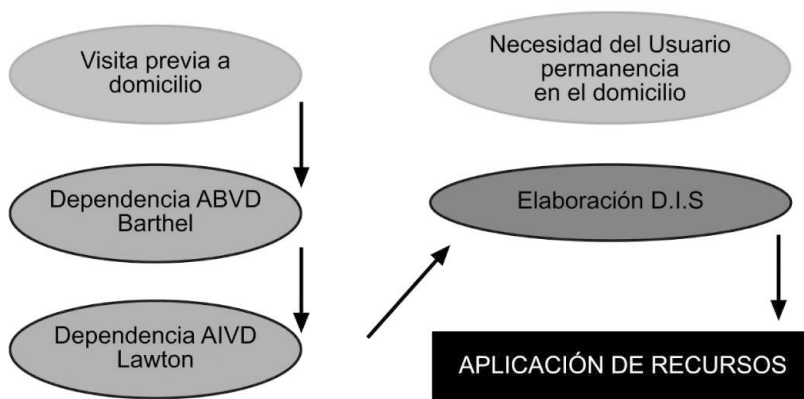
Servicios de atención domiciliaria

profesional o en su caso los profesionales, ha/n de elaborar su diagnóstico; que incluirá cual es el problema o necesidad y que recursos o posibilidades hay en su entorno.



B) Diagnóstico (valoración profesional)

Este diagnóstico o valoración, desde nuestro punto de vista debe ser **compartido con el sujeto a atender y con su entorno familiar** haciéndole, de esta forma desde el primer momento, participe de su proceso de atención o intervención. Debe incluir capacidades, potencialidades del entorno para cubrir esa necesidad (es aquí donde aplicaremos los instrumentos o escalas de medición de la dependencia) pero sobre todo, entendemos la observación profesional del trabajador social y en su caso del personal sanitario.



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa. _____

C) Diseño de intervención (planificación)

El Diseño de Intervención Social (DIS) **se realizará contando con el interesado, su familia y profesionales a intervenir.**

Este DIS contendrá **objetivos**, que deberán ser siempre tendente al mantenimiento del mayor en su realidad o entorno; **acciones** a realizar, **recursos a aplicar**, partiendo tanto del usuario, su entorno como del profesional /es a intervenir; **actividades** de los intervinientes (usuario, su familia, entorno, voluntarios o vecinos en su caso, profesionales...); elementos v/ o recursos materiales, servicios, atenciones y/o prestaciones incluso económicas a prestarle; ayudas técnicas o de acondicionamiento de la vivienda facilitadoras de la autonomía y la permanencia en el hogar, programa de actividades que favorezcan sus relaciones sociales y con su entorno aplicación de nuevas tecnologías...); presupuesto o coste; temporalización; criterios o elementos de medida o evaluación.

La realidad actual obligaría en el diseño y en la planificación del servicio a tener previstos recursos para él después de la Ayuda a Domicilio cuando este Servicio ya no sea eficaz para atender a ese mayor concreto. De ahí la importancia de la coordinación interservicios con el fin de garantizar una atención integral y continuada a medida que avanza la dependencia del mayor.

Reiteramos aquí la necesidad de tener presente los principios antes apuntados especialmente el de individuación y autodeterminación, lo que choca, a nuestro entender, con la tendencia a la homogenización del Servicio o las ratios universalizadas antes que lograr la universalización siempre diferenciadora y atenta a las características de cada beneficiario postuladas profesionalmente, tal vez no desde políticas de Servicios Sociales, que pueden chocar con nuestros Principios no sólo técnicos sino de nuestra Disciplina.

D) Ejecución (desarrollo del servicio)

Es el momento de la puesta en marcha del servicio en sí y la aplicación de los recursos humanos, técnicos o materiales complementarios a la intervención del trabajador social y su permanente relación de ayuda y/o acompañamiento a su usuario concreto.

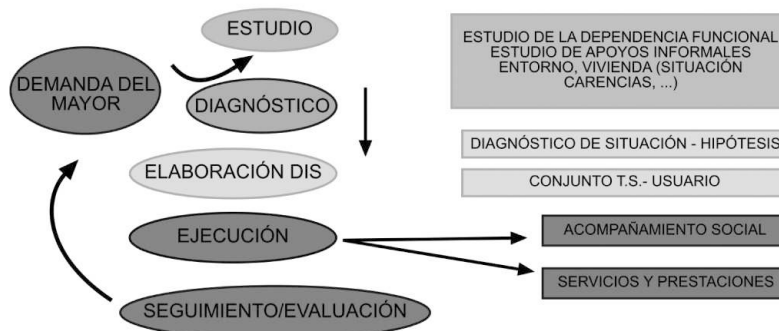
Servicios de atención domiciliaria

Es el momento de comunicar a la Entidad prestadora del Servicio, y en su caso a otros profesionales necesarios la puesta en funcionamiento del servicio; Se ve la necesidad de acompañar a esta en la puesta en marcha del Servicio y **presentar** al profesional de atención directa al dependiente, **al auxiliar domiciliario**, más allá de mero limpiador o “aseante” del mayor, como profesional permanente del servicio en el entorno habitual del mayor; pero no debe quedar relegado a ser el único, de ahí que **es necesario mantener por parte del trabajador social de referencia la relación profesional e institucional con el usuario y tal vez con el auxiliar como informante privilegiado de la realidad del beneficiario del Servicio**. No se trata de una derivación como “dejando en manos de la empresa la actuación sino co-diseñar desde ahí o co-participar en el desarrollo de la prestación.

E) Evaluación.

Si bien metodológicamente es situada al final del proceso, dado que estos servicios son mantenidos temporalmente; la evaluación ha de ser **permanente, transversal a todo el proceso**; reconsiderando el DIS planteado, atendiendo a las modificaciones en la realidad del sujeto atendido, nuevas informaciones; es decir que el profesional conjuntamente con todos los intervinientes debe estar atento a las posibles variaciones y desde luego midiendo de forma objetiva, planificada y periódica el grado de satisfacción tanto del usuario o receptor directo del Servicio como de su familia y entorno como beneficiarios indirectos del mismo (evaluación de **impacto**) .

Valoración integral del mayor en la intervención social



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Definición del servicio de ayuda a domicilio

Después de un día y medio de jornada, no pretendemos reiterar los conceptos y definiciones que ya se han utilizado por anteriores ponentes, pero si redundar en algunos aspectos que nos parecen imprescindibles cuando abordamos el desarrollo de los Servicios de Ayuda a Domicilio desde la intervención social, y en concreto de auxiliar domiciliario.

Recogiendo la definición formulada por Pilar Rodríguez Rodríguez (1997), al considerar que reúne de una manera muy certera y afinada los contenidos que en los puntos siguientes desarrollaremos, en relación a la intervención profesional y al carácter preventivo y rehabilitador, ejes intrínsecos a la labor profesional específica de los Trabajadores Sociales, que en los apartados posteriores se explicarán.

Definimos los servicios de ayuda a domicilio de las personas mayores como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado, con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida.

De ésta completa definición sería necesario destacar algunos aspectos importantes:

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Programa individualizado

- ◆ Preventivo/rehabilitador.
- ◆ Articulación: técnicas profesionales /servicios.
- ◆ Se prestan en el domicilio del dependiente.
- ◆ Favorecer el mantenimiento en el domicilio.

Servicios de atención domiciliaria

1.-Programa individualizado

Quiere decir que el SAD no debe ser concebido como una prestación estándar o conjunto de prestaciones homogéneas para aplicar indistintamente a las personas a quienes se dirige. Por el contrario al considerarlo como un programa es preciso **planificar individualmente** cada caso, adaptándolo con flexibilidad a las peculiaridades concretas del ámbito en el que se interviene y de las circunstancias que rodean a cada persona en su contexto familiar.

2.- Carácter preventivo y rehabilitador

Por un lado, intenta prevenir situaciones carenciales que incrementen el riesgo de pérdida de independencia: crear hábitos saludables respecto a la higiene, a la alimentación; prevenir caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos de la vivienda y utilización de enseres y aparatos (ayudas técnicas); reforzar los vínculos familiares y sociales... Por otra parte se pretenden recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante entrenamiento en habilidades para actividades de la vida diaria, tales como vestirse, andar, asearse, hacer las tareas domésticas, comer, acudir al servicio con regularidad; también se orienta al refuerzo de la capacidad de la persona mayor para su comunicación con el exterior, para la realización de actividades lúdicas y recreativas, etc.

3.- Se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención

Como en el resto de los servicios sociales, tal como señala Casado (1991) no se trata sólo de proveer determinadas prestaciones o servicios que vienen a aliviar insuficiencias o carencias, sino que también es necesario utilizar técnicas de intervención adecuadas para lograr reinstaurar o mitigar la dependencia que se haya detectado.

4.- Se trata de servicios y técnicas profesionales

Por tanto, cada intervención que se realice debe ser programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales adecuados (trabajadores sociales fundamentalmente). Además, los auxiliares que realizan las tareas pla-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

nificadas deben haber tenido una fase de formación para desempeñar este trabajo; que el mismo constituye una profesión y que por su realización se obtiene la remuneración correspondiente.

5.- Los servicios y técnicas de intervención consisten en

Atención **personal**: actividades de compañía, conversación y escucha activa, paseos, asistencia en las principales actividades cotidianas, cuidados especiales (cambios posturales, movilización.)

- **Atención doméstica**: tareas de limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar, etc. El peso que hasta ahora han tenido en el SAD (auxiliar domiciliario) estas tareas deberían ir cediendo el protagonismo al resto de actividades, ya que las tareas domésticas pueden ser encomendadas a personal no especializado en servicios sociales.

- **Apoyo familiar**, las actitudes de los profesionales tenderán siempre a reforzar la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel de la familia.

- **El entorno** es una dimensión que debe estimularse, tanto con las propias redes sociales de la persona como del resto de recursos sociales existentes.

6.- Se prestan en el domicilio de la persona mayor

A diferencia de los ofrecidos en centros de día, residencias, etc.

7.- Se dirige a personas mayores con algún grado de dependencia

Las personas mayores temen perder la independencia funcional, por lo que es el momento de intervenir mediante la prestación de los Servicios de Ayuda a Domicilio.

8.- El objetivo básico de los Servicios de Ayuda a Domicilio es incrementar la autonomía personal en el medio habitual de vida

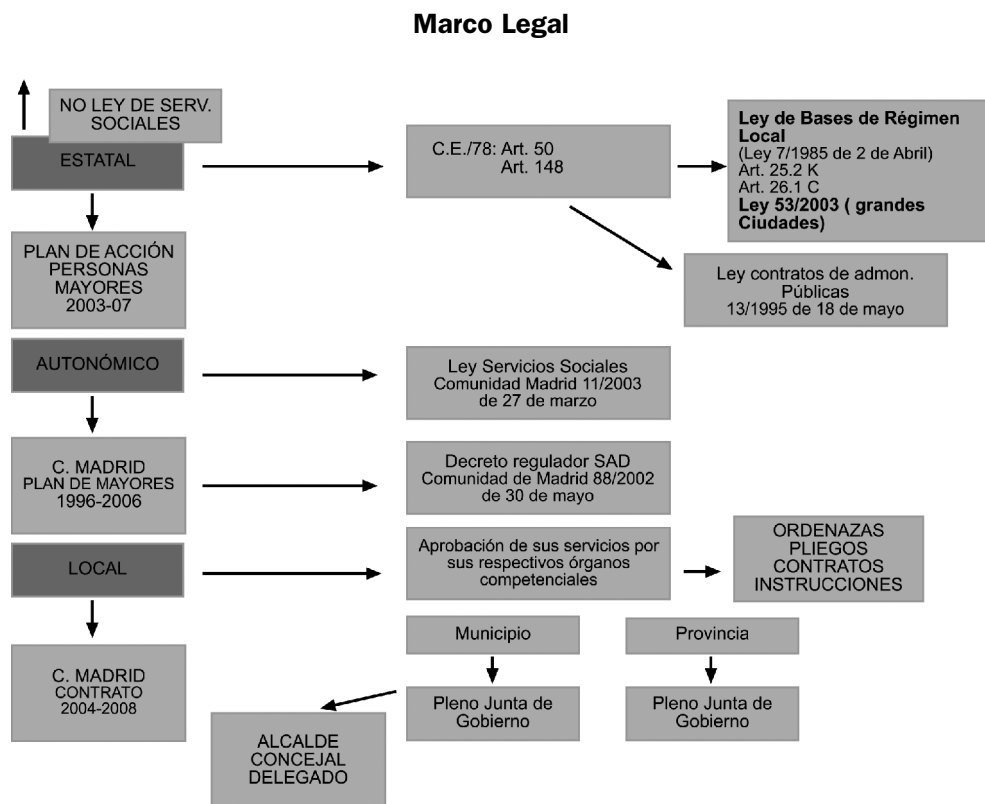
Se pretende desarrollar al máximo las posibilidades de la persona mayor de continuar controlando su propia vida.

Servicios de atención domiciliaria

El contenido de ésta amplia definición está en perfecta sintonía con los Principios Básicos del Trabajo Social y los Principios Bioéticos de la atención a la dependencia descritos anteriormente.

Marco Normativo

En el cuadro siguiente puede observarse el marco legal que en los tres niveles institucionales: estatal, autonómico y local afectan al desarrollo y gestión de los servicios sociales a nivel general. No se hace referencia a toda la legislación específica destinada al sector mayores dada su gran amplitud y no ser objeto en esta ponencia:



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

A continuación se va a enumerar una serie de notas legislativas que vinculan la intervención profesional del trabajador social, con referentes normativos que legitiman y fundamentan no sólo la propia acción profesional sino el marco en que se desarrolla el Programa de Ayuda a Domicilio:

El Sistema Público de Servicios Sociales

A continuación se describen las principales que afectan a la Comunidad de Madrid:

Ley 11/2003 de 27 de marzo de servicios sociales de la comunidad de madrid (Bocam 14 de abril de 2003):

FINALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES (art. 2.1)

- Promoción del bienestar
- Prevención de situaciones de riesgo
- Compensación de déficits de apoyo social

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS SOCIALES (art. 9)

Apoyo a las familias en el desarrollo de las funciones que le son propias en especial en la prestación de cuidados especiales a los miembros que por edad o discapacidad se encuentran en estado de dependencia.

FUNCIONES DE LA ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA (art. 31)

- Detección y análisis
- Diagnóstico y valoración técnica
- Identificación y captación de poblaciones en riesgo
- Atención profesional personalizada
- Gestión de prestaciones materiales de atención domiciliaria

DERECHOS DE LOS CIUDADANOS (arts. 4, 5 Y 25)

- Asignación de un profesional de referencia que en el nivel de atención primaria será un trabajador social. El trabajador social asegura la globalidad e integridad de las acciones y la adecuada aplicación de los recursos.

PRESTACIONES TÉCNICAS (arts. 16)

Los actos profesionales del Trabajador Social:

- Información
- Valoración individualizada
- Orientación
- Asesoramiento, apoyo y acompañamiento social
- Intervención social

PRESTACIONES MATERIALES (art.18)

Atención domiciliaria: un conjunto de atenciones a personas o familias en su propio domicilio, para facilitar el desenvolvimiento y permanencia en su entorno habitual

ATENCIÓN A MAYORES (arts. 20 y 23)

Líneas de actuación:

- Promover la autonomía
- Facilitar el mantenimiento de la persona mayor en su propio hogar o familiar

Tipos de actuaciones :

- Aspectos preventivos
- Aspectos asistenciales
- Aspectos de promoción
- Aspectos de integración

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Decreto 88/2002, de 30 de mayo por el que se regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio. (Bocam 10 de junio de 2002)

Define los servicios de ayuda a domicilio como: prestación que tiene como objetivo prevenir situaciones de crisis personal y familiar, incluyendo una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad para facilitar la autonomía personal en el medio habitual.

Señala que tendrá las siguientes finalidades:

- Atenciones y cuidados personales, domésticos, sociales y técnicos....., para permanecer en su medio habitual de convivencia.

- Potenciar la autonomía personal y la integración en el medio habitual....., estimulando la adquisición de competencias personales.

- Apoyar la organización familiar , sin suplir, en ningún caso la responsabilidad de aquella.

- Evitar el deterioro de las condiciones de vida de las personas que por diversas circunstancias se encuentren limitadas en su autonomía personal.

- Evitar la institucionalización innecesaria.

Establece las modalidades de prestación:

Atención Doméstica:

- Limpieza cotidiana.
- Preparación de alimentos (en domicilio o suministro de alimentos preparados).

- Lavado y planchado (dentro o fuera del domicilio).

- Adquisición de alimentos y otras compras.

Atención personal:

- Higiene personal.

Servicios de atención domiciliaria

- Ayuda en la alimentación.
- Apoyo en la movilización.
- Adiestramiento AVD.
- Compañía tanto dentro como fuera del domicilio.
- Facilitar actividades de ocio en el domicilio.
- Teleasistencia y otras ayudas técnicas.
- Ayudas complementarias (mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda).

Establece los derechos y obligaciones del usuario.

Otros: control de calidad, financiación, copago etc.

Reglamento de organización y funcionamiento de los centros de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid (22.06.89).

Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid: Criterios organizativos para la mejora de la atención social (1997).

Pliego de cláusulas administrativas particulares y técnicas que rige contrato del Servicio de Ayuda a Domicilio (1 DE MAYO DE 2004- 31 DE MAYO DE 2008) Aprobado por Pleno Municipal de 22 de diciembre de 2003.

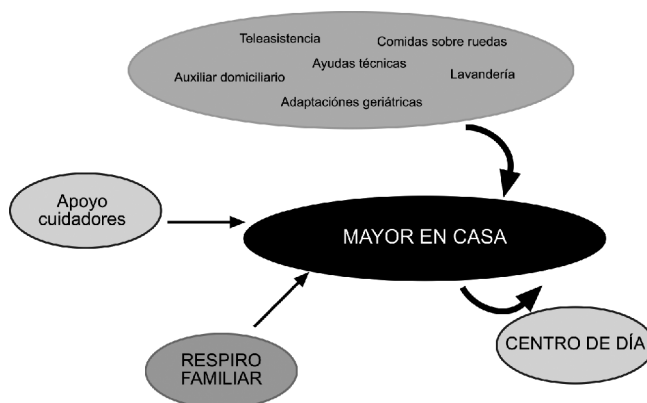
Directrices anuales de la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio emitidas por la Dirección General de Mayores.

Mantenimiento del dependiente en el domicilio

Centrándonos en el mantenimiento del mayor dependiente en casa, se observa como a lo largo de los años la **cartera de servicios a domicilio** se ha ido ampliando en función de las necesidades que van surgiendo.

En el cuadro siguiente podemos observar como el eje central de atención es el mayor y los diferentes servicios que se han ido configurando para dar respuesta a las necesidades de dependencia y de permanencia en casa:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.



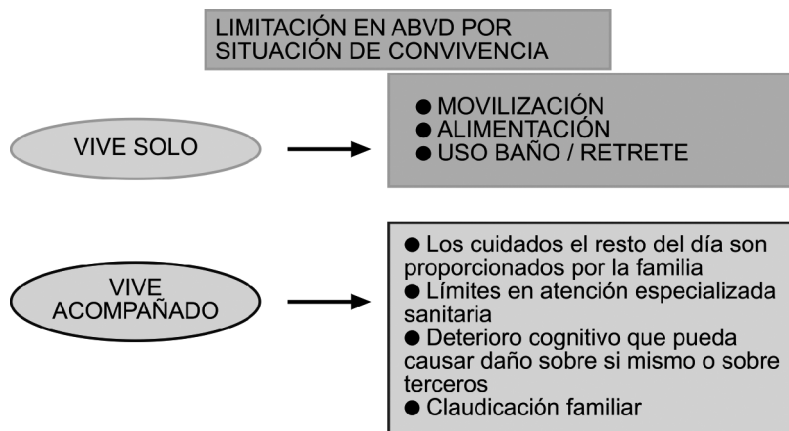
Pero, ¿dónde se encuentran los límites de la permanencia en el domicilio de un dependiente? A esta pregunta podemos responder que el límite va a depender fundamentalmente del **apoyo que tenga el dependiente en su domicilio**.

Es un hecho, pero el límite será inferior para aquél que vive solo y será más amplio cuando disponga de cuidadores informales. Para marcar de forma objetiva los límites se deben de utilizar escalas objetivas y validadas de forma universal que nos indiquen claramente el grado de dependencia del mayor en relación con sus apoyos formales e informales de sus cuidados. Por otra parte debe tenerse en cuenta también la dependencia en relación con los costes y la calidad de los servicios que se prestan.

En el siguiente esquema se puede apreciar donde van a comenzar a aparecer los límites según la convivencia y apoyo del dependiente:

VIVE SOLO	VIVE ACOMPAÑADO
<p>Los límites de la eficacia del servicio comienzan cuando se produce una dependencia severa y en concreto en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Movilización ● Alimentación ● Uso baño / retrete <p>El SAD puede, de forma extraordinaria facilitar varios "toques" al día con el servicio: mañana, medio día, noche, pero la atención resulta insuficiente e ineficaz en la calidad con la que se presta el servicio. A ello, hay que sumar el elevado número de horas siendo la eficiencia del mismo inadecuada</p>	<p>Con familia, con ausencia temporal durante el día por razones profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mientras el dependiente se encuentra solo debe de ser considerado como si viviera solo en la asignación de servicios <p>Con familia conviviendo permanentemente con el mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los cuidados durante el resto del día son proporcionados por sus cuidadores informales, por su familia... <p>El límite en estos casos vendría marcado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una mayor atención especializada y/o de cuidados sanitarios permanentes ● El deterioro cognitivo que padezca que puede causar daño sobre sí mismo o sobre terceros. ● Claudicación Familiar

Servicios de atención domiciliaria



Un límite fundamental que muestran los Servicios de Ayuda a Domicilio:

- Insuficiencia de atención sanitaria a domicilio
- La gestión actual del servicio por horas y el abono del mismo (por horas) encarecen enormemente el servicio intensivo, cada vez más necesario como soporte a los cuidadores y mayor calidad en la atención al mayor.
- Problemática de la formación del personal de atención directa al dependiente (inicial y continuada)

Retos para el futuro

Los servicios de Ayuda a Domicilio deben de ir avanzando hacia nuevas fórmulas de atención que permitan la permanencia del dependiente durante el mayor tiempo posible en su domicilio, con servicios coordinados no solo intra-servicios sociales sino intersistemas de protección social (sanitario, vivienda –adaptada- entre otros) y mejorando la **calidad** de atención al dependiente y a sus cuidadores, así como la **calidez** con la que se presten los servicios.

Autores

Pomar Fernández, Francisco Javier. Diplomado en Trabajo Social Colegiado nº 8 y Sociólogo. Jefe del Departamento de Servicios a la Ciudadanía del Distrito de Ciudad Lineal (Madrid)

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Portero Cobeña, Mercedes. Diplomada en Trabajo Social. Colegiada nº M- 245. Antropóloga Social. Jefa del Departamento de Servicios a la Ciudadanía del Distrito de Centro (Madrid)

Urquiza Berganzo, Rosa M^a. Diplomada en Trabajo Social. colegiada nº 934 Jefa del la Sección de Recursos Humanos a Domicilio (Madrid). Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía (Madrid).

Bibliografía

Biesteck F.P. 1.966 “The Casework Relationship” traducido por M. Sáenz Sagaseta .Editorial Aguilar Madrid.

Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid: criterios organizativos para la mejora de la atención social (1997):

Decreto 88/2002, de 30 de mayo por el que se regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio. (BOCAM 10 de junio de 2002) .

Escartin Caparros M. J. y Suarez SotoE. 1.994 “Introducción al Trabajo Social. Historia y Fundamentos Teórico Prácticos”.Editorial Aguacilar. Barcelona.

Ley 11/2003 de 27 de Marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCAM 14 de Abril de 2003).

Pliego de cláusulas administrativas particulares y técnicas que rige el contrato del servicio de ayuda a domicilio (1 de mayo de 2004- 31 de mayo de 2008) aprobado por pleno municipal de 22 de diciembre de 2003.

Servicios de atención domiciliaria

Red Vega. N. 1.993 "Aproximaciones al Trabajo Social". Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid.

Reglamento de organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid (22.06.89).

3.2 Teleasistencia domiciliaria y nuevas tecnologías

*D. Vicente Juan de Diego Serrano.
Jefe del Área de Teleasistencia
Fundación Andaluza de Servicios Sociales.*

3.2.1. La gestión del servicio por la administración pública

1. La fundación andaluza de servicios sociales

La Fundación Andaluza de Servicios Sociales (FASS) es uno de los instrumentos con los que la Junta de Andalucía cuenta para afrontar, como uno de sus principales retos, la universalización de los derechos sociales una vez consolidados otros derechos como la educación, la seguridad social o la salud.

Dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, la FASS se define en sus estatutos como una entidad sin ánimo de lucro que colabora en la promoción, desarrollo y gestión de recursos de atención social, con el fin de favorecer el bienestar de las personas, familias y grupos.

A tal fin, la FASS desarrolla actuaciones como la organización y gestión de proyectos, colaboración en la gestión de servicios y centros, participación en procesos de control y evaluación de servicios, así como en la puesta en marcha de modelos de gestión de la calidad. Igualmente persigue el fomento y patrocinio de acciones solidarias o de servicios financiados por empresas y entidades.

Igualmente, para la FASS es un imperativo la investigación y desarrollo de proyectos que apliquen las nuevas tecnologías a los Servicios Sociales y a colectivos específicos, buscando su integración e incorporación a los avances tecnológicos y aspirando a que la revolución tecnológica no genere nuevas barreras sociales.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

La colaboración con Administraciones Públicas, corporaciones, entidades públicas o privadas y particulares, cuya competencia o actividad tengan incidencia o sean de interés en la mejora del Sistema Andaluz de Servicios Sociales, constituyen otro de los pilares sobre los que la Fundación Andaluza de Servicios Sociales sustenta sus actuaciones, procurando una reflexión constante sobre propuestas, ideas y proyectos que den respuesta a las necesidades y exigencias sociales y que faciliten, a su vez, el desarrollo y competitividad del tejido social y empresarial de Andalucía.

Así, la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, siguiendo las directrices de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y persiguiendo el cumplimiento de sus fines, desarrolla numerosos programas, proyectos y actuaciones dentro de las siguientes líneas de trabajo:

- Apoyo a las Familias
- Nuevas tecnologías y servicios sociales
- Promoción y desarrollo de iniciativas nacionales y transnacionales
- Formación

En la actualidad la Fundación, para alcanzar sus fines, cuenta con 175 empleados distribuidos entre la Sede Central y las 8 Oficinas Provinciales y un presupuesto para el año 2005 de 125 millones de euros.

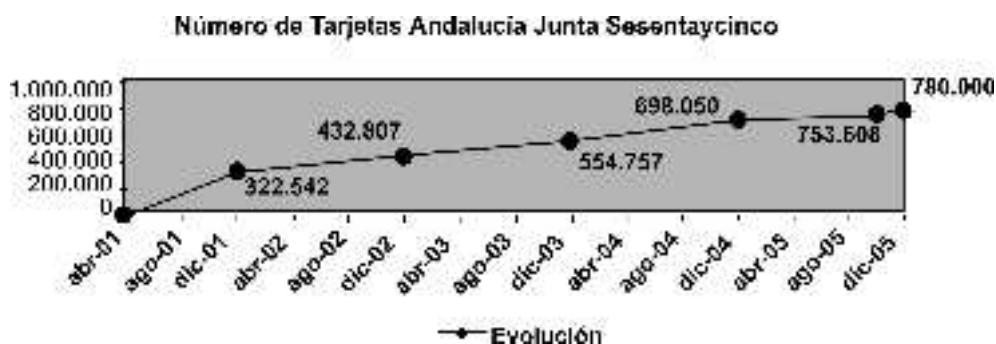
2. La Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco.

Una de las medidas desarrolladas por la FASS destinada a la atención a personas mayores es la Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco. Es un documento personal y gratuito, dotado de chip y banda magnética, que permite a su titular acceder a múltiples programas, servicios y prestaciones, de forma ágil y sencilla. Existen dos modalidades de tarjeta: La Andalucía Junta Sesentaycinco y la

Servicios de atención domiciliaria

Andalucía Junta Sesentaycinco Oro. La obtención de una u otra, depende de los ingresos personales, obteniendo los titulares de la modalidad oro, mayores bonificaciones en algunos de los programas o servicios a los que tienen derecho.

Durante el año 2005, las personas mayores de Andalucía que disponen del citado documento serán 780.000, lo que supone el 69% de la población andaluza mayor de 65 años.



A través de la Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco sus titulares pueden beneficiarse de numerosos servicios y prestaciones. A continuación se realiza una breve reseña de los mismos, dedicando un apartado especial mas adelante al Servicio Andaluz de Teleasistencia.

Estancia Diurna y Respiro Familiar

El programa de Estancia Diurna ofrece atención integral a personas dependientes, mediante servicios de manutención, ayuda a las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento y otros, que mejoren o mantengan el nivel de autonomía personal de los usuarios, favoreciendo la compatibilidad de la vida laboral de los familiares y convivientes, al tiempo que se evita o retrasa el ingreso en otro tipo de centros.

El programa de Respiro Familiar presta atención a personas dependen-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

tes cuando éstas no pueden ser atendidas por sus familiares, ya sea por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización de éstos. El servicio se desarrolla en unidades específicas ubicadas en centros residenciales y ofrecen régimen residencial, en periodos que oscilan entre veinticuatro horas y un mes, pudiéndose ampliar este tiempo en función de las necesidades del usuario.

Durante el año 2005, ambos programas ofrecen más de 15.000 estancias.

Transporte Bonificado

El objeto del programa es bonificar, en un 50%, el precio del billete en los desplazamientos que realicen los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, cuyo origen y destino en la Comunidad Autónoma de Andalucía y sean realizados en los transportes públicos regulares de viajeros por carretera, llevados a cabo a través de las Empresas Colaboradoras.

Colaboran en el programa 81 empresas, y desde julio de 2001 hasta diciembre de 2004 se han producido un total de 15.007.085 desplazamientos bonificados.

Bonificación en la compra de Productos Ópticos

Mediante este programa se bonifica, con importantes descuentos, la adquisición de productos ópticos a los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, que acuden a los 921 centros ópticos colaboradores, distribuidos por toda la geografía andaluza, y hasta la fecha se han producido un total de 47.368 compras bonificadas.

Bonificación en la compra de Audífonos

Bonificación en la adquisición y adaptación de prótesis auditivas a las personas titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, una vez realizada la debida prescripción médica.

Servicios de atención domiciliaria

Programa de Orientación Jurídica Gratuita

Las personas titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, que además sean socios/as de un Centro de Día de la Junta de Andalucía, podrán consultar sus dudas jurídico-legales a un abogado de forma totalmente gratuita.

Un día a la semana y durante 90 minutos, profesionales del derecho se acercan a los Centros de Día de Mayores de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para ofrecer orientación a las personas mayores sobre temas jurídicos de su interés.

En la actualidad se da orientación en 164 centros, habiéndose realizado 5.700 consultas y atendido a 5.200 titulares de la Tarjeta.

Acceso a Servicios en el Hogar

Tiene por objeto facilitar a los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, el acceso a los servicios de Endesa Hogar, entidad asociada a la compañía Endesa Energía.

Este programa permite a las personas que se suscriban al mismo, acceder, en condiciones económicas muy ventajosas, a servicios de asistencia al hogar, farmacia a domicilio, gestión de trámites del hogar (alta del agua, gas, electricidad y telefonía), etc.

Acceso para actos culturales, recreativos y de ocio

Con este programa se facilita el acceso a las actividades relacionadas con el ocio y el tiempo libre a las personas mayores que sean titulares de la

Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco. Así, gozan de importantes bonificaciones en balnearios, hoteles y alojamientos rurales, cines, museos, espectáculos deportivos (fútbol y baloncesto), parques temáticos...

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicio de comedor en los centros de día de mayores

Medida puesta en marcha por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en los Centros de Día para personas mayores de la Junta de Andalucía. En estos, se oferta el servicio de comedor, siendo el almuerzo el objeto del servicio, prestándose todos los días laborables de lunes a viernes. Son beneficiarios todos los socios/as de los Centros de Día de la Administración de la Junta de Andalucía. Los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, modalidad oro, disfrutan de una bonificación del precio del servicio de comedor.

A diciembre de 2005, el servicio de comedor se ofertará en más de 100 Centros de Día de personas mayores de la Junta de Andalucía.

Convenios con universidades

Con el objetivo de fomentar la participación social de las personas mayores, la Fundación Andaluza de Servicios Sociales colabora con las nueve Universidades de Andalucía, a fin de impartir cursos programados para la formación e intercambio intergeneracional de experiencias, destinado a mayores de 50 años con titulación universitaria o no, siempre que no estén matriculados en otros cursos o asignaturas de cualquier Facultad o Escuela Universitaria.

Durante el curso pasado se beneficiaron de este convenio más de 4.500 alumnos.

Teléfono de información 900 2001 65

La Fundación Andaluza de Servicios Sociales, dispone de un teléfono de información a los ciudadanos mediante el cual, de forma gratuita, las personas que acuden a él pueden informarse sobre la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco (solicitud, estado de tramitación,...) y consultar los distintos programas ligados a ella.

Servicios de atención domiciliaria

A fecha de febrero de 2005, se han atendido un total de 301.857 llamadas.

3. El Servicio Andaluz de teleasistencia.

Mediante Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía de 10 de enero de 2002, se crea el Servicio Andaluz de Teleasistencia. Este nace con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores proporcionándoles el disfrute de un mayor grado de autonomía, así como permitiéndoles la permanencia en su propio domicilio, de tal modo que el ingreso en los Centros Residenciales no sea la única alternativa para cubrir la carencia o insuficiencia de apoyo familiar.

Es una prestación a la que podrán acceder los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, encargándose de su desarrollo y gestión la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.

El Servicio Andaluz de Teleasistencia (S. A. T.) es un sistema de atención personalizada basado en las nuevas tecnologías de la comunicación, que permite a sus usuarios mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica, durante veinticuatro horas todos los días del año, con la Central receptora de llamadas, atendida por personal cualificado para ello.

A continuación se detallan las características del Servicio:

Múltiples prestaciones

El S.A.T. garantiza a los usuarios las siguientes prestaciones básicas:

a) Atención directa, promoviendo la movilización de los recursos necesarios ante situaciones de emergencia.

b) Contacto periódico con los usuarios del Servicio, aportándoles confianza, seguridad y compañía.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

c) Seguimiento personal de cada usuario, que garantice una mejor prestación del Servicio.

d) Información sobre las prestaciones y servicios ofrecidos por el Sistema Andaluz de Servicios Sociales.

e) Además el S.A.T. podrá comprender prestaciones complementarias derivadas de los convenios que puedan suscribirse con cualesquiera Entidades públicas o privadas. Desde el 1 de abril de 2004 acceden las personas usuarias de nuestro Servicio, de manera totalmente gratuita, a “Servicios en el Hogar”.

De manera esquemática, ya que es objeto de desarrollo en otra ponencia, esta prestación comprende:

- Reparaciones en general: desplazamiento y presupuestos gratuitos.
- Reparaciones urgentes: dos horas de mano de obra gratuitas.
- Asesoramiento médico telefónico.
- Telefarmacia: 15 servicios de farmacia a domicilio gratuitos.
- Asesoramiento legal telefónico.
- Información general.
- Gestión telefónica de trámites del hogar.

Carta de Servicios

El S.A.T está elaborando actualmente la Carta de Servicios para su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, con objeto de informar a la ciudadanía sobre las prestaciones que gestiona, los derechos de las personas usuarias en relación con los servicios y los compromisos de calidad que ofrece en relación con su prestación.

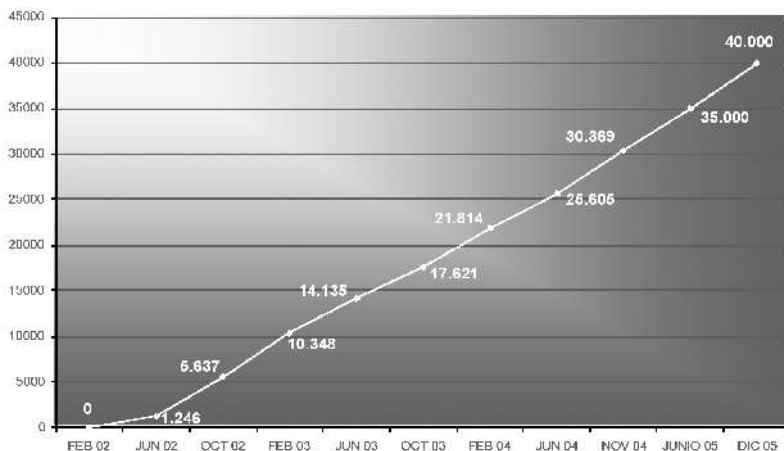
Servicios de atención domiciliaria

Acceso al Servicio

Pueden acceder al Servicio todos los mayores residentes en la Comunidad Autónoma que sean titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentay-cinco y posean unas condiciones psicofísicas suficientes para la adecuada utilización del mismo. En caso de enfermos de Alzheimer u otras demencias podrán acceder al mencionado Servicio siempre que se encuentren a cargo de una persona cuidadora. Igualmente, desde el 2005 se incluyen como usuarias a personas con discapacidad.

Para la instalación del dispositivo domiciliario ha de disponer de una línea telefónica.

Evolución de personas usuarias



El perfil de las personas usuarias es el siguiente:

- Más del 80% de los usuarios son mujeres.
- 2/3 de las personas usuarias viven solas.
- El 56% de los usuarios tienen una edad comprendida entre 75 y 85 años.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Tarifa del Servicio

El Servicio Andaluz de Teleasistencia se financia con cargo a los presupuestos de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, así como con las aportaciones económicas provenientes de los usuarios y de las Entidades públicas y privadas que a tal efecto suscriban con aquella el correspondiente Convenio de colaboración.

Los usuarios contribuyen a la financiación del Servicio mediante el pago a la Fundación Andaluza de Servicios Sociales de una cuota, resultado de aplicar unas bonificaciones sobre una tarifa, periódicamente revisable, aprobada por el titular de la Dirección General de Personas Mayores. La cuantía de la tarifa es de 18 euros mensuales.

Las bonificaciones son las siguientes:

a) 100% (les resulta el Servicio gratuito)

Titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco, en cualquiera de sus modalidades, mayores de 80 y que vivan solos.

Titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco Oro que vivan solos, o que convivan exclusivamente con titular/es de la citada Tarjeta en su modalidad Oro.

b) 80% (la cuota resultante sería de 3,60 €/mes)

Resto de titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco Oro.

c) 40% (la cuota resultante sería de 10,80 €/mes)

Titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco no incluidos en los apartados anteriores.

Alta en el Servicio

El alta en el Servicio Andaluz de Teleasistencia puede solicitarse por:

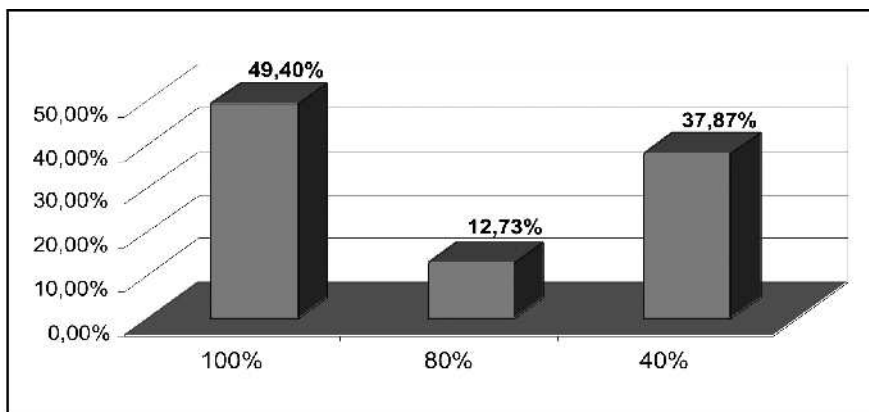
1. Teléfono: llamando al 902506565

Servicios de atención domiciliaria

2. Escrito: dirigido al Apartado de Correos 1265. 41080 Sevilla.

3. Internet: a través de la página www.juntadeandalucia.es/fundaciondeservicios sociales.

Usuarios por bonificación



Los datos solicitados para tramitar la solicitud son mínimos: número de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco y número de la línea telefónica donde se realizará la instalación del dispositivo domiciliario.

Las solicitudes se tramitan en la Central de Telesistencia, generándose un fichero, que es remitido en formato digital a la empresa instaladora, quien organiza las rutas de instalación.

Ya en los domicilios, los técnicos-instaladores proceden a la instalación de los dispositivos domiciliarios y a la recogida de los datos necesarios para la prestación del Servicio, enviando los mismos a la Central de Telesistencia.

Automatización de datos.

El personal técnico-instalador dispone de un PC portátil donde tiene un fichero con los datos básicos del usuario que completará en el domicilio

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

del mismo. Los datos se envían encriptados a través de GPRS a la Central de Teleasistencia. Una vez en la Central se valida la información y se realiza el proceso de inserción automática en el servidor de Datos.

Este sistema disminuye el tiempo de toma y envío de datos, evitando posibles errores en la transcripción de la ficha básica y permitiendo, con ello, la atención al usuario de forma inmediata.

Central del SAT

La Central receptora del Servicio Andaluz de Teleasistencia se encuentra en Sevilla y es del fabricante Tunstall. Su última versión, la PNC4 V2.00 proporciona una integración completa y escalable respecto al software de gestión de llamadas utilizados en otras plataformas telefónicas existentes, ofreciendo a sus usuarios mayor flexibilidad, además de las prestaciones adicionales que ofrecen los servicios de telefonía avanzada.

Dicha aplicación proporciona una escalabilidad que permite eliminar las limitaciones en cuanto a número de líneas telefónicas o de puestos de atención de llamadas (Vision21 permite hasta 512 líneas telefónicas y 256 puestos de atención de llamadas).

En la actualidad, la Central cuenta con 24 puestos atendidos por personal de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.

A principios del año 2006, se pondrá en funcionamiento una segunda Central del SAT con 12 puestos de atención de llamadas. Esta Central se ubicará en el Parque Tecnológico de Andalucía situado en Málaga, con el objetivo de desarrollar en ella los proyectos de innovación tecnológica.

Proyectos Piloto

1. Dispositivos Adicionales de Seguridad (Humo, Gas, Inundación)

Servicios de atención domiciliaria

Dentro del Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer, se han ampliado las prestaciones de Teleasistencia básica incorporando dispositivos complementarios a los convencionales (pulsador remoto y consola), que pueden aportar prestaciones adicionales, muy útiles para el colectivo de personas mayores en situación de dependencia por padecer la enfermedad de Alzheimer, y que permiten una mayor adaptación del servicio a las necesidades del mayor y su cuidador.

A través de este proyecto piloto se ha instalado en 50 domicilios de familias usuarias una serie de dispositivos adicionales o accesorios, que junto con los dispositivos convencionales, forman unos “paquetes” o combinación de dispositivos.

Así, con el paquete de seguridad, se pretende mejorar la seguridad de las personas usuarias a través de la combinación de distintos mecanismos de activación automáticos. Este paquete cuenta, además del dispositivo convencional, con detectores de humo, de Gas e inundación.

A continuación se describen dichos accesorios:

Detector de movimiento volumétrico, configurado para que a partir de 12 horas se active en caso de no detectar movimiento. Con el paso del usuario, el detector resetea el temporizador, y empieza a contar nuevamente el tiempo programado.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

2. Dispositivos Adicionales de Inactividad

El Objetivo de este detector es controlar la falta de actividad en los domicilios donde se instale, de tal manera que a partir de unas determinadas horas previamente programadas, se tenga certeza de la falta de movimiento de la persona usuaria, evitando el riesgo de incidencia.

Estos dispositivos se han instalado como experiencia piloto en viviendas de personas usuarias que viven solas y tienen riesgo de sufrir problemas graves de salud por lo que requieren de un especial seguimiento y control.

Detector de movimiento volumétrico, configurado para que a partir de 12 horas se active en caso de no detectar movimiento. Con el paso del usuario, el detector resetea el temporizador, y empieza a contar nuevamente el tiempo programado.

3. Teleasistencia Móvil: Proyecto MobilAlarm

MobilAlarm es una iniciativa europea de aplicación de nuevas tecnologías a los servicios sociales. Dicha iniciativa se encuentra englobada dentro del programa europeo ETEN, que tiene como objetivo estimular y acelerar el lanzamiento de servicios electrónicos transnacionales en la Europa de los 25.

El proyecto MobilAlarm se encuentra en Fase II (Validación de Mercado) desarrollando los siguientes aspectos: demostraciones y pilotos del servicio, validación por parte de usuarios, labores de diseminación y revisión, e identificación de retos y barreras.

El objetivo establecido para el proyecto MobilAlarm, es comprobar y evaluar las características técnicas, económicas y sociales de un innovador servicio transeuropeo de atención de emergencias, a través de un dispositivo de teleasistencia móvil, para su posterior implantación. Dicho servicio de teleasistencia

Servicios de atención domiciliaria

móvil debe permitir la comunicación y localización permanente del usuario fuera de su domicilio. Para ello, el usuario tan solo debe pulsar un botón donde lo necesite. Las medidas apropiadas de reacción ante la alarma serán asumidas por centros de teleasistencia con capacidades avanzadas de localización y seguimiento, incluso a través de las fronteras europeas.

4. Conclusiones.

El deseo mayoritario de los mayores andaluces para envejecer en casa ha propiciado en los últimos años el impulso y diversificación de medidas y servicios que posibiliten su atención en el propio entorno.

El Servicio Andaluz de Teleasistencia es pionero en la gestión directa del Servicio por las Administraciones públicas y uno de los recursos de atención social que más desarrollo ha experimentado en los últimos años, igualmente es uno de las prestaciones que goza de mayor aceptación entre los usuarios, manifestándose como un excelente recurso para combatir uno de los principales males del envejecimiento: la soledad.

Así, desde dicho Servicio se observa como uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas mayores es el aislamiento y la soledad. Según los datos del SAT, el 66% de sus usuarios vive solo en su domicilio y el 31% vive acompañado por otra persona, generalmente su cónyuge. Igualmente, resulta indicativo el porcentaje de llamadas recibidas en la central del SAT cuyo motivo fundamental es la simple conversación (55% de las llamadas recibidas).

Igualmente y tal y cómo estableció la O.M.S. en su documento “Salud para todos en el siglo XXI”, una de sus metas prioritarias es la utilización de las nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida. Así, el Servicio Andaluz de Teleasistencia se encuentra en proceso de permanente actualización en la aplicación de las últimas novedades en tecnologías, a través de proyectos de

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Investigación I+D, pilotajes de nuevas prestaciones e incorporación de servicios adicionales.

En esta dirección, resulta prioritario para el S.A.T. compaginar una mayor calidad de vida de las personas mayores y tratar que los nuevos desarrollos tecnológicos sirvan para mejorarla y no sean excluyentes, tal y cómo se sitúan las iniciativas de la Unión Europea en temas tecnológicos dirigidas a los grupos “socialmente vulnerables” como es el de personas con algún tipo de dependencia.

Finalmente mencionar que el número de usuarios del SAT ha aumentado un 37%, más de diez mil personas, durante los doce meses desde el mismo periodo de 2004. En la actualidad, (junio de 2005) 35.000 personas mayores de la comunidad autónoma utilizan este recurso de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar social

3.2 Teleasistencia domiciliaria y nuevas tecnologías

3.2.2. Nuevas Tecnologías: Interconexión de Servicios.

*Felipe Fernández, Juan Luis Carmona,
Consuelo Velázquez, Javier Fernández
Facultad de Informática, Universidad Politécnica de Madrid*

1. Resumen

Los servicios de teleasistencia están orientados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y discapacitadas, mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC). En la Comunidad de Madrid y en muchas regiones de la Unión Europea se hace necesario replantearse de forma periódica la definición, prestación y adecuación del servicio, debido fundamentalmente: al rápido cambio social, a la substancial modificación de la pirámide de población, a la exigencia de mayores niveles de calidad en los servicios públicos ofrecidos, a los crecientes costes crecientes de la asistencia social y a la continua evolución tecnológica.

La teleasistencia puede desempeñar un papel relevante para mejorar los diversos flujos de información y ayudar a minimizar los riesgos de prestar asistencia a personas fuera de entornos controlados, tales como hospitales o residencias. Sin embargo, en ciertas áreas tiene todavía que demostrar fehacientemente los beneficios reales potenciales aportados para los usuarios, personas mayores y para los servicios y sistemas asistenciales.

Para que la teleasistencia pueda sobrepasar el nivel básico de servicio y pueda desempeñar un papel relevante para cubrir las diversas necesidades de las personas y las sociedades, será necesario: promover una amplia regulación, estandarización y personalización de los elementos involucrados, favorecer la

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

interoperabilidad entre diferentes tecnologías y servicios, y también establecer políticas que apoyen la máxima automatización y simplificación de los flujos de información y de trabajo. Sólo de esta forma se podrá integrar la teleasistencia en sistemas más generales, con objeto de mejorar su calidad y disminuir drásticamente sus costes. La incorporación de nuevas tecnologías de información y comunicación pueden también generalmente facilitar la posterior cooperación e integración de servicios correspondientes.

Palabras clave

Teleasistencia, tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), integración, interoperabilidad, estandarización, personalización, usabilidad, diseño para todos.

Una Sociedad de la información y servicios para todos

La Comisión Europea ha adoptado y promovido un nuevo Plan de Acción, denominado Europe 2005: una sociedad de la información para todos cuyo objetivo es crear un entorno favorable para la inversión privada y la creación de nuevos puestos de trabajo, impulsar la productividad, modernizar los servicios públicos y brindar a cualquiera la oportunidad de participar en la Sociedad de la Información.

Mientras que el Plan de Acción anterior de eEurope 2002 se centraba en ampliar la conectividad de Internet en toda Europa, el nuevo plan intentará traducir todo esto en una mayor productividad económica y en unos servicios mejores y más accesibles para todos los ciudadanos europeos, apoyándose en las infraestructuras de información y comunicación.

Adicionalmente en toda Europa, a medida que su población envejece, se está también planteando, a través de diversos programas, el desafío de mejorar y ampliar el apoyo a la tercera edad. Así mientras que, en el año 2000, aproximadamente el 16 % de la población de los 15 estados miembros de la UE supe-

Servicios de atención domiciliaria

raba los 65 años, las proyecciones demográficas indican que esta proporción aumentará probablemente hasta el 25 % en las dos próximas décadas. La situación difiere en los distintos estados miembros, en cuanto a la distribución por edades, en el papel de las familias en la prestación de asistencia a sus miembros y en el coste y disponibilidad de personal asistencial. Las tendencias demográficas, combinadas con el cambio económico y social, dificultarán cada vez más la prestación clásica de asistencia. Además, junto con la creciente demanda derivada de una población que envejece, las expectativas de los consumidores de servicios sociales están creciendo, y está aumentado el consumo de las personas mayores, las cuales solicitan más calidad, amplitud y variedad de servicios.

Posibilidades actuales de los servicios de la teleasistencia

La Teleasistencia mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) puede ayudar a las sociedades a cubrir ciertas necesidades asistenciales de sus miembros ancianos, así como las de los discapacitados o las de los enfermos crónicos. La teleasistencia se puede considerar, pues, como parte de la asistencia social, cuyos servicios telemáticos están específicamente dirigidos a las personas vulnerables. Los servicios de teleasistencia deben también facilitar el intercambio de información entre todos los profesionales afectados. La teleasistencia se basa también en la premisa de que las personas que necesitan asistencia deben ser capaces de participar en la comunidad tanto como sea posible y durante el mayor tiempo posible. La asistencia debe pues prestarse donde sea más adecuado y, en principio también, en cualquier lugar en los entornos físicos normales. En distintos momentos: puede ser en el hogar, en centros de día, en residencias asistenciales, o en la vida cotidiana normal o incluso en la calle. Con este propósito se han desarrollado actualmente diversas tecnologías para apoyar la prestación de asistencia a distancia y por medios electrónicos, y se han realizado diversos ensayos, muchos de ellos como parte de proyectos de investigación de la UE.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Se pueden distinguir dos tipos principales de servicios de teleasistencia: el suministro de información o Servicios de Información Social (SIS), y la minimización de riesgos o Servicios de Alarma Social (SAS). Los Servicios de Información Social (SIS) proporcionan información personalizada o no personalizada, bien por iniciativa del proveedor del servicio o a petición del cliente. Ejemplos reales o potenciales son los servicios de asesoría sanitaria general o personalizada o los recordatorios personalizados. También formarían parte de la teleasistencia los servicios diseñados para favorecer la inclusión social, mejorando la comunicación para quienes están en peligro de quedar aislados. Estos servicios de información se pueden proporcionar de varias maneras: por teléfono fijo o móvil, por Internet, a través de la TV analógica o digital, TV por cable o satélite, etc.

Los Servicios de Alarma Social (SAS) utilizan botones, medallones o pulseras de alarma voluntariamente activados por los usuarios, o sensores para realizar medidas en el cuerpo o en el entorno (por ejemplo, el hogar) de un individuo. La señal de alarma y los datos recogidos por los sensores se transmiten a un centro de control que actuará entonces en consecuencia: procesando y transmitiendo los datos a un profesional adecuado, manteniendo el contacto con el usuario y proporcionando apoyo a distancia, promoviendo una respuesta de urgencia, movilizandolos recursos necesarios o alertando a un pariente o a un vecino.

En algunos casos es también adecuado ubicar un detector de presencia colocado en una zona del domicilio frecuentada por el usuario (pasillo, cocina, baño). Cuando el aparato sensor no detecta actividad durante un intervalo de horas prefijado, da aviso a la central de atención que inmediatamente contactará telefónicamente con el usuario, o con los familiares o personas que haya autorizado éste. Estos dispositivos están especialmente pensados para personas de alto riesgo que vivan usualmente solas.

Integración de la teleasistencia en servicios más generales

Aunque, en algunos casos, la teleasistencia, en particular la del tipo de suministro de información (SIS) , puede ser un servicio independiente, a menudo exige una estrecha integración con otros servicios que reciben los usuarios. También la teleasistencia para la minimización de riesgos (SAS) forma generalmente parte del de un conjunto de servicios asistenciales más generales. Este conjunto incluye formas convencionales de asistencia, como la visita, medicación y terapia domiciliarias, y también la tecnología asistencial y las adaptaciones del hogar. Cada plan asistencial, diseñado para una persona, puede tener también un componente de teleasistencia, si es adecuado. En efecto, la teleasistencia puede formar parte de la minimización de riesgos que realiza cualquier profesional sanitario. Puede transformar un entorno inadecuado en otro que sea suficientemente seguro. La teleasistencia puede realizar distintas funciones dentro del conjunto asistencial: puede facilitar el acceso a servicios existentes, puede ampliar esos servicios para incluir promoción y mantenimiento de la salud y calidad de vida, y puede crear y suministrar nuevos servicios. Puede, por tanto, contribuir a un sistema de asistencia sanitaria y social que respete la dignidad y la intimidad de las personas, que les ofrezca distintas opciones sobre las circunstancias en las que viven, y que les permita mantener su entorno y sus relaciones sociales.

Hay, sin embargo, ciertos peligros en el uso inadecuado de la teleasistencia. Una teleasistencia deficientemente concebida puede plantear dificultades adicionales a los cuidadores profesionales y no profesionales. Sin embargo, unos servicios bien diseñados, y la implicación de las personas afectadas y de sus cuidadores en el correspondiente proceso de toma de decisiones, contribuirán a evitar este peligro. Otro peligro que debe evitarse es que la asistencia conduzca a un mayor aislamiento de las personas vulnerables. La teleasistencia debe ayudar a que las personas participen en la comunidad y no debe reemplazar al contacto humano. Debidamente ejecutada, puede reforzar la calidad de la

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

asistencia cara a cara, por ejemplo, sustituyendo varias visitas de comprobación apresuradas de un cuidador de la comunidad, por una visita más larga, que permita satisfacer las necesidades emocionales y afectivas del usuario.

Instrumentación de la teleasistencia

Aunque sus beneficios potenciales se han reconocido ampliamente en la política asistencial, hay pocos ejemplos de servicios de rutina que utilicen de forma amplia todas las posibilidades de la teleasistencia. Dadas las prometedoras perspectivas de esta tecnología, actualmente resulta sin embargo frustrante su uso relativamente limitado.

El éxito de la puesta en práctica de los servicios de teleasistencia depende de que los sistemas y las tecnologías subyacentes se normalicen adecuadamente y se configuren (personalicen) de una forma que satisfagan las necesidades concretas de los proveedores de asistencia sanitaria y social, y de las personas que reciben la asistencia. Las interfaces bien adaptadas, sin impedimentos y fáciles de utilizar (usabilidad) son un requisito clave, si se quiere que la teleasistencia se convierta en parte integral de la asistencia a grupos de pacientes y clientes que no están familiarizados con su tecnología. Además, las tecnologías deben ser muy fiables, de modo que presenten un nivel de riesgo aceptable para los pacientes y los profesionales asistenciales.

El éxito técnico solo no se traducirá necesariamente en una difusión generalizada de las tecnologías de teleasistencia. Estas tecnologías y servicios se deben desarrollar e implementar de una forma que satisfagan a las necesidades de las personas vulnerables, de sus cuidadores y de todas las partes interesadas. En el caso de las aplicaciones teleasistenciales, estas necesidades son complejas, debido a la variedad de personas e intereses. Las “necesidades” se deben entender en su sentido más amplio, incluyendo la eficacia de la asistencia, la relación coste-beneficio, la capacidad de aceptación para los

Servicios de atención domiciliaria

pacientes, la fiabilidad técnica, el cumplimiento de los requisitos legales y la compatibilidad con el sistema general de asistencia sanitaria y social. Esto último exige la compatibilidad con la organización que proporciona los servicios y la capacidad de integración con los sistemas de información que apoyan el suministro de los servicios, como las bases de datos de los usuarios. Para que la teleasistencia llegue a ser una parte importante del servicio asistencial general, debe contribuir a un mejor uso de los limitados recursos financieros y, en muchos países, del escaso personal asistencial. Las políticas necesarias para alcanzar este objetivo variarán según los países, y dependerán del sistema general de asistencia sanitaria y social, especialmente del papel de las organizaciones públicas y privadas en la provisión y financiamiento de la asistencia.

La integración con otros servicios que reciben las personas exige que se salven las diferencias que existen en las culturas organizativas entre los profesionales de la asistencia sanitaria y social. Con frecuencia, los distintos actores no son suficientemente conscientes del papel de los otros en la prestación de la asistencia. Además, la percepción de los riesgos y la evaluación de su aceptación varían entre los distintos tipos de profesionales asistenciales. Salvar estas dificultades es complicado, debido a las diferencias percibidas en el estatus y en las jerarquías establecidas durante mucho tiempo.

Junto con Además de la compatibilidad con con los objetivos de los sistemas nacionales de asistencia, la instrumentación de la teleasistencia ha de tener en cuenta los requisitos globalizadores que imponen las nuevas tecnologías, y ha de cumplir también los objetivos comerciales de las empresas que participan. Hasta ahora, los modelos comerciales reales para el suministro de servicios de teleasistencia no son siempre claros, debido en parte a la gran variedad de planteamientos e intereses. . Esta última consideración, puede implicar la conveniencia de una modificación parcial de los correspondientes procedimientos, condiciones y plazos de licitación y contratación.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los modelos comerciales variarán no sólo en función de cada aplicación teleasistencial concreta y su grado de adaptación a los sistemas asistenciales existentes, sino también en función de las necesidades de las partes interesadas. Un modelo futuro puede consistir en reunir la teleasistencia con otros servicios proporcionados a las personas en sus casas o en otros lugares. Por ejemplo, algunas formas de teleasistencia basadas en la información pueden proporcionarse por Internet, conjuntamente con otros servicios generales de entretenimiento o educativos; ciertos sistemas domóticos pueden conjuntamente proporcionar seguridad en los servicios de agua, gas y electricidad y alarmas contra ladrones.

Evolución de los servicios de teleasistencia

La teleasistencia sólo llegará a ser una parte importante de los servicios asistenciales si se establecen políticas y modelos de integración-descentralización adecuados, y normas técnicas y de licitación convenientes, a nivel municipal, regional, nacional y europeo. Todos estos factores han de tener muy en cuenta las especiales características de las TIC's. No es concebible que la teleasistencia origine un cambio radical de todo el sistema de asistencia sanitaria y social, sino que será necesaria una evolución de los sistemas actuales, partiendo de ellos y de un reconocimiento de las peculiaridades de los servicios basados en la teleasistencia: qué conocimientos son necesarios, qué efectos tendrán sobre la distribución de costes y beneficios y sobre los procesos asistenciales. La introducción de la teleasistencia vendrá dirigida por sus objetivos y por su encaje en el sistema de asistencia sanitaria y social general; los medios de suministro, propiciados por las TIC's, deben ser secundarios. Por tanto, los modelos de teleasistencia deben ser dependientes de los servicios que proporcionan, de la disponibilidad de servicios y tecnologías complementarios y del entorno político y económico. Sin embargo, sin una política gubernamental general adecuada, no es probable que se produzca un desarrollo importante. Las áreas clave de actuación son: la estandarización y personalización de los siste-

Servicios de atención domiciliaria

mas y servicios, el marco legal de la teleasistencia (por ejemplo, privacidad de los datos, ética, responsabilidad legal) y los mecanismos de reembolso o pago de los servicios. Los políticos deben establecer también mecanismos que favorezcan el desarrollo, innovación e integración de nuevos servicios, a través de diversos proyectos piloto. Algunos de los medios para lograr estos fines podrían ser la especificación coordinada de los servicios y de sus bases de datos, la definición de los instrumentos de evaluación continua de la calidad de los servicios y las evaluaciones comparativas, desde una perspectiva municipal, regional, nacional o transnacional.

Para superar la naturaleza transitoria de muchos proyectos de teleasistencia y avanzar hacia su uso generalizado, será necesario a veces cambiar la orientación de esta actividad, desde una situación basada en la financiación de proyectos I+D particulares, a otra en que se preste apoyo a proyectos I+D+i más generales. Dependiendo de la estructura del sistema nacional de asistencia social, puede ser necesario conceder subvenciones para contribuir al lanzamiento de servicios que estén diseñados para una distribución general, en lugar de financiar sólo proyectos muy limitados en el tiempo o en el espacio.

Que la teleasistencia deba planificarse a nivel local o nacional dependerá de la escala que sea viable para el servicio concreto. Es probable que, debido a importancia creciente de las economías de escala, ciertos servicios basados en suministro información hayan de implementarse a una escala bastante mayor que los servicios típicos de minimización de riesgos. Es deseable que los servicios asistenciales con grandes requisitos de integración sean desarrollados en estrecha colaboración con los responsables del servicio general. Así pues, los políticos no deberían imponer una única y rígida definición e implementación de la teleasistencia, sino desarrollar un marco institucional coherente que permita que los expertos y proveedores de teleasistencia la utilicen y desarrollen de forma flexible y en la forma que consideren adecuada.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

La introducción de la teleasistencia se deberá definir en función de las peculiaridades municipales, regionales o nacionales, los recursos disponibles, los distintos proveedores de servicios de asistencia sanitaria y social, las compañías de seguros, los proveedores de viviendas, las autoridades locales, y las compañías de servicios telemáticos y los fabricantes de sistemas domóticos de alarma. Un modelo excesivamente específico o restringido a una región muy limitada no será en general económicamente viable o tendrá unas posibilidades muy limitadas. Pero también un modelo que se adapte a todas las situaciones y circunstancias, basado en una única tecnología, ni será capaz de cubrir las necesidades de todas las personas vulnerables, ni será adecuado para sociedades diferentes.

Además, los gobiernos e instituciones públicas deberán dar prioridad a los servicios de teleasistencia de interés general frente a los de carácter específico, para optimizar los recursos personales y materiales disponibles.

Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea

La Resolución 5165/03 del Consejo de la Unión Europea, Bruselas, del 14 de enero del 2003, sobre Accesibilidad Electrónica, preconiza la mejora del acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento y promueve la integración social mediante las tecnologías electrónicas, e insta a los estados miembros a solucionar los obstáculos técnicos a que se enfrentan las personas con distintas discapacidades, en especial ejecutando las acciones correspondientes de Europe mencionadas. Dichas actividades han de ser preferiblemente supervisadas por un grupo de expertos en accesibilidad y usabilidad de medios electrónicos y telemáticos.

El Consejo invita también a los estados miembros a promover un enfoque más coordinado por parte de los principales agentes participantes en actividades relacionadas con la accesibilidad electrónica, y en la aplicación y des-

Servicios de atención domiciliaria

arrollo de los instrumentos ya existentes o nuevos en los ámbitos de tecnología y normalización, legislación y persuasión, y educación e información.

El Consejo fomenta la toma de conciencia para que en el desarrollo de la sociedad de la información, de cualquier material, método o actividad, se evite la exclusión social (diseño para todos o diseño inclusivo).

El Consejo recomienda igualmente fomentar y capacitar a las personas con discapacidad para que adquieran un mayor control de los mecanismos destinados a proporcionar accesibilidad electrónica.

Para la consecución de estos objetivos, el Consejo propone que los organismos correspondientes deberán apoyar la participación en:

- Programas y proyectos tecnológicos
- Organismos de normalización y comités técnicos
- Comités sobre medidas legislativas y sobre iniciativas de educación, formación y capacitación.

El Consejo recomienda también promover una retroalimentación sobre las actividades de normalización y su impacto en la vida real de las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad.

Las principales acciones y medidas legislativas aconsejadas por el Consejo son:

- Estudiar la creación de una “etiqueta de accesibilidad electrónica” para los productos y servicios que cumplan las normas de la accesibilidad electrónica. Esta actividad puede tener especial relevancia en ciertas áreas de la teleasistencia al permitir una utilización más amplia de dispositivos, sistemas y servicios telemáticos generales en el campo asistencial.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Continuar los esfuerzos en pro de una mayor armonización de los criterios de accesibilidad de los estados miembros (por ejemplo, a través de sus normas de contratación pública) con el fin de persuadir a los proveedores de productos y servicios comerciales a ofrecer más y mejores productos y servicios accesibles electrónicamente.

- Fomentar medidas que alienten a las empresas privadas para que sus productos y servicios basados en TIC sean accesibles, y exigir que los productos y servicios para los contratos públicos de TIC sean accesibles. En este caso, fomentar el uso de las posibilidades existentes en la legislación europea sobre contratos públicos para que contengan referencias específicas a criterios de accesibilidad para los productos y servicios pertinentes.

- Estudiar la ampliación del ámbito de aplicación de las medidas de no discriminación de las personas con discapacidad.

En cuanto a instrumentos educativos e informativos, y políticas de promoción el Consejo recomienda :

- Fomentar que la red de centros de excelencia y el establecimiento de redes “diseño para todos” que sean aún más integradoras y abarquen a todos los estados miembros.

- Fomentar la toma de conciencia de las personas con discapacidad y de las personas de edad avanzada, así como de los proveedores de servicios, sobre las oportunidades de las modernas TIC y de la red para personas con discapacidad y personas de edad avanzada.

Existen en la Sociedad de la Información muchas posibilidades de mejorar la productividad y la calidad de vida que aún no han sido aprovechadas. Este potencial no deja de crecer, a la vista del desarrollo tecnológico de la telefonía móvil 2, 2.5 y 3G , y de la red Internet. Estos avances ofrecen significativas oport-

Servicios de atención domiciliaria

tunidades económicas y sociales. Los nuevos servicios, aplicaciones y contenidos crearán nuevos mercados y aportarán métodos de aumentar la productividad y, por ende, el crecimiento y el empleo en toda la economía. Asimismo, permitirán brindar a los ciudadanos un acceso más cómodo a las diversas herramientas derivadas de la tecnología de información y las comunicaciones.

Es necesario tener en cuenta que la mayor parte de los servicios TIC los presta usualmente el mercado. Desarrollar un servicio nuevo exige una importante inversión, que en gran medida procede del sector privado. El problema es que la financiación de más servicios telemáticos avanzados depende de la disponibilidad de infraestructuras para dichos servicios, y la financiación de la infraestructuras depende de la posibilidad de nuevos servicios que la utilicen. Es preciso intervenir para fomentar los servicios y las infraestructuras en el sector asistencial, de manera que se cree una *espiral positiva* que permita a cada vertiente desarrollarse a partir del crecimiento de la otra. Pero desarrollar servicios y construir infraestructuras son cometidos que competen esencialmente al sector privado y los programas europeos (eEurope, eGovernment, eAccessibility, eInclusion, etc.) deberán crear un entorno favorable para la inversión privada. Ello significa no solamente elaborar un marco jurídico favorable a la inversión, sino también adoptar medidas que estimulen la estandarización, la demanda y reduzcan la incertidumbre de los inversores privados.

Se necesita seguir avanzando en el intercambio de buenas prácticas y en garantizar la calidad, inclusión y seguridad en la prestación de los servicios telemáticos. El Consejo promueve decididamente el apoyo a la interoperabilidad de los procesos internos y la normalización de la prestación de servicios.

Acciones propuestas

La Comisión hizo público en el año 2003 un marco de interoperabilidad concertado para facilitar la prestación de servicios paneuropeos de administración electrónica a ciudadanos y empresas. En él se abordan los contenidos de

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

información y las políticas y especificaciones técnicas recomendadas para combinar los sistemas de información de la administración pública de toda la UE. Éste se basa fundamentalmente en estándares abiertos y fomenta el desarrollo de software genérico orientado a servicios.

Servicios públicos interactivos. La Comisión también ha recomendado a los estados miembros el que los servicios públicos básicos sean interactivos, cuando proceda, sean accesibles a todos y exploten las posibilidades tanto de las redes de banda ancha como del acceso multiplataforma. Para ello será necesaria una reorganización interna que se abordará mediante el ejercicio de buenas prácticas. Deberá abordarse igualmente el acceso de las personas con necesidades especiales, tales como discapacitados o personas mayores. La Comisión y los Estados miembros concertarán la lista de los servicios públicos para los que resultan deseables la interactividad y la interoperabilidad.

Identificación y selección de ejemplos de buenas prácticas.

Cuando proceda, se deberán potenciar las buenas prácticas seleccionadas para incrementar su aplicabilidad y se llevará a cabo un análisis que permita obtener un modelo de referencia o unas directrices generales sobre buenas prácticas.

El análisis detallado de las buenas prácticas desembocará en unas que proporcionarán enfoques comprobados y bien documentados relativos a aplicaciones debidamente ensayadas de servicios telemáticos. Las aplicaciones deberán ser modulares, interoperables y adaptables. La implementación conllevará una evaluación crítica de los factores de éxito y de las enseñanzas extraídas de los fracasos, que podrían llevar a la transferencia y difusión de las buenas prácticas a áreas más extensas de la Unión Europea, y en particular a las regiones menos favorecidas.

Servicios de atención domiciliaria

Evaluación comparativa

El Consejo también propone realizar la evaluación de los servicios correspondientes mediante:

- Definición de indicadores
- Medición y análisis
- Elaboración de políticas

La evaluación comparativa puede complementarse con el intercambio de buenas prácticas en materia de políticas. Para facilitar este proceso, la Comisión analizará los resultados de la evaluación comparativa para detectar las buenas prácticas en materia de políticas, incluyendo las políticas regionales de los estados miembros, o de otros países, que hayan obtenido los mejores resultados en cuanto a indicadores.

Nuevas tendencias de estandarización

Los organismo europeos de normalización CEN, CENELEC y ETSI invitan a los estados miembros a promover en el futuro la armonización, regulación, normalización, personalización e interoperabilidad de los procesos, como claves para mejorar y facilitar el uso de los correspondientes servicios telemáticos.

Personalización de servicios

Una característica recomendada para mejorar la usabilidad de los servicios telemáticos estándar del futuro será su personalización. Esta característica significa la particularización y adecuada adaptación de los mismos a cada individuo y situación, añadiendo elementos y características dependientes del contexto y circunstancias (tipo de usuario, situación, tiempo, estado, lugar, condiciones ambientales, estado de carga de la batería, capacidad de las redes de comunicación accesibles, etc.).

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Interoperabilidad de servicios

Interoperabilidad de la teleasistencia con otros servicios relacionados de área de información general, médica o de urgencias. Para facilitar la integración inicial, los servicios podrán conservar su entidad y sus funciones originales. La apuesta por la integración no ha de ser forzada, ha de ser flexible, gradual y adecuada a los organismos involucrados, manteniendo siempre el grado de autonomía que se considere adecuado para los servicios correspondientes.

La apropiada interoperabilidad, cooperación e integración de servicios permitirá la mejora de la prestación y puede facilitar grandemente la labor asociada, permitiendo la adición de otros servicios complementarios a los de emergencia, con una calidad mayor y un coste inferior al que resultaría de su definición como servicios aislados .

Enfoque global

El compromiso de disponer de servicios públicos de asistencia con tecnologías TIC avanzadas requiere, hoy más que nunca, un enfoque de la actividad más global, más integrador y más cooperativo, que asegure un amplio catálogo de prestaciones y proporcione, en todo momento, respuestas coordinadas y ajustadas a la demanda. Además, se hace cada vez más necesario, de una parte, acercar los servicios al usuario, simplificando tanto los procedimientos como las vías de acceso a los mismos, y de otra, disponer de procedimientos compartidos, estandarizados y ampliamente aceptados.

Conclusiones

Aunque la teleasistencia puede ayudar a mejorar la calidad de vida y a minimizar los riesgos de prestar asistencia a personas fuera de los entornos controlados de los hospitales u otros centros asistenciales, todavía tiene que demostrar en ciertos ámbitos su gran potencial para las personas mayores y

Servicios de atención domiciliaria

para los servicios asistenciales generales. El desarrollo amplio de la teleasistencia se tendrá que hacer mediante la integración e interoperabilidad de las tecnologías y los servicios asociados, pero también habrá que tener en cuenta las necesidades concretas de los sistemas asistenciales existentes, así como las diferencias sociales, económicas y culturales entre los países, y regiones y municipios. La teleasistencia sólo supondrá una contribución importante si sus tecnologías y su implementación se adaptan también a los contextos locales y personales. Su desarrollo deberá fundamentalmente guiarse por las necesidades y las realidades de la prestación de asistencia, y no sólo por las posibilidades de la tecnología. Se deberán establecer políticas capaces de favorecer la estandarización e integración de la teleasistencia con otros servicios asistenciales, y apoyar decididamente a las empresas implicadas en su desarrollo y utilización. En la Figura 1 se indican algunos de los principales factores estructurales de innovación que se consideran más importantes, dentro del marco de la unión Europea, para la mejora de los servicios de teleasistencia.

La consideración del espacio de asistencia social desde el punto de vista de las nuevas tecnologías de la sociedad de la información debe hacerse, mejorando las condiciones asistenciales de los usuarios y optimizando la actuación profesional para que sea cada vez más eficaz. Los beneficios derivados del empleo de las nuevas tecnologías se pueden concretar en: la descongestión de una parte de los servicios sociales asistenciales clásicos, el perfeccionamiento de la información, la mejora de la calidad y eficacia de la vigilancia y atención de los pacientes-usuarios, el incremento de la confianza y seguridad de los mismos, y en algunos casos incluso con reducción de costes.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer muy sinceramente a Pilar Benito Pecharromán su cordial invitación a participar en la mesa redonda: “Teleasistencia domiciliaria y nuevas tecnologías”, y su inestimable ayuda y efi-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

caz colaboración en la preparación de esta ponencia. De igual manera, agradecemos también al Ayuntamiento de Madrid la organización de las Jornadas.

Bibliografía

Barlow, J., Bayer, S. y Curry, R., *Implementing Mass Telecare. Challenges to 2020*. Conferencia *Mobile-He@lth Europe*. Maastricht, 14-16 abril, 2002.

Barlow, J., Bayer, S. y Curry, R., *Fittin, The design of pilot telecare projects and their integration into mainstream service delivery*. Actas del Foro sobre Telemedicina y Sanidad Electrónica de la Royal Society of Medicine. Londres 29-30 enero 2003.

Barlow, J., Bayer, S. y Curry, R., *Integrating Telecare into Mainstream Care Delivery*, European commission, Directorate General, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies, IPTS Report - Issue 74 - May 2003.

eEurope 2005, Comisión de las Comunidades Europeas. Una sociedad de la información para todos, Bruselas, 28.5.2002 COM 263, Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. <http://www.localret.es/recinfo/nouxarxa/docs/eeuropa2005sevilla.pdf>

eGovernment 2005, Ministerial eGovernment Conference 2005, eGovernment Unit, Directorate General Information Society and Media, European Commission, 24-25 November 2005. Manchester, UK. http://europa.eu.int/information_society/activities/egovernment_research/minconf2005/index_en.htm

ETSI Guide 2005, STF 265, Human Factors (HF); User Profile Management, EG

Servicios de atención domiciliaria

202 325 V0.0.11 (2005-05), ETSI, F-06921 Sophia Antipolis Cedex – FRANCE
http://portal.etsi.org/STFs/documents/STF265/eg_202325v011_30May_r1.doc

European Design for All and e-accessibility Network
<http://www.eaccesssibility.org>

International Commission on Technology and Accessibility
<http://www.ictaglobal.org>

PricewaterhouseCoopers, *Healthcast 2010. Smaller World, Bigger Expectations*
<http://www.pwchealth.com/cgi-local/hcregister.cgi?link=pdf/hc2010.pdf>, 1999.
Richardson, R., Schug, S., Bywater, M. y Williams, D., *Position Paper for the Development of eHealth Europe*, European Health Telematics Association, enero 2002.

Sixsmith, A. y Sixsmith, J., *Smart care technologies: meeting whose needs?*, Journal of Telemedicine and Telecare, vol. 6 suplemento 1, S1: 190-193, 2000.
Tang, P., Curry, R. y Gann, D., *Telecare: new ideas for care and support @home*. Bristol, The Policy Press, 2000.

Williams, G., Doughty, K. y Bradley, D., A Systems Approach to Achieving CarerNet - An Integrated and Intelligent Telecare System, IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine, vol. 2, nº 1, marzo 1998, págs. 1-9.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

3.2 Teleasistencia domiciliaria y nuevas tecnologías

3.2.3. Teleasistencia domiciliaria: La experiencia del Ayuntamiento de Madrid.

*Pilar Benito Pecharromán
Jefa Sección Otras Prestaciones Domiciliarias
Dirección General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid*

La teleasistencia es un servicio de ayuda a domicilio de carácter tecnológico, que se presta fundamentalmente a través de la línea telefónica. Consta de un equipamiento de comunicaciones e informático específicos, ubicados, una parte en un Centro de Recepción y Atención, y otra parte en el domicilio de los usuarios.

El Servicio permite a las personas atendidas, disponer de un sistema de comunicación y atención permanente, así como solicitar asistencia en caso de emergencia. Se presta durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

La teleasistencia se orienta prioritariamente a personas mayores en situación de riesgo por razones de edad, de discapacidad, de dependencia o de soledad.

Tiene como objetivo prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando una serie de servicios que facilitan la autonomía personal en el medio habitual y en especial en el propio domicilio.

De forma más explícita, la teleasistencia domiciliaria:

- Proporciona una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia a través de personal especializado.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Previene situaciones de riesgo por razones de edad , discapacidad, dependencia o soledad.
- Garantiza la comunicación interpersonal ante cualquier necesidad las 24 horas del día.
- Ofrece compañía al beneficiario.
- Proporciona seguridad y tranquilidad al beneficiario y sus familiares.
- Potencia la autonomía personal.

Evolución histórica de la teleasistencia en el Ayuntamiento de Madrid

El servicio de teleasistencia en el Ayuntamiento de Madrid comienza a prestarse en el año 1990 bajo la base de un contrato de prestación de servicios firmado con una entidad privada, y cuya financiación era 100% municipal.

Durante el primer año de funcionamiento logran instalarse 400 dispositivos. La experiencia se realiza en Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán, Chamberí, Fuencarral, Moncloa y Ciudad Lineal de los entonces dieciocho distritos municipales.

En 1992 se firma un convenio con el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) y la FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) por el que se acuerda, entre otros, un modelo de financiación que al Ayuntamiento de Madrid le compromete a aportar el 35% del coste total del servicio. Es entonces cuando se generaliza el servicio a todo el territorio municipal, y en consecuencia a todos los vecinos de Madrid.

El servicio nace como “telealarma”, es decir, se orientaba prioritariamente a la atención de emergencias. En ningún momento se conceptúa como servicio de acompañamiento, si bien se contemplaban contactos con el usuario en casos y circunstancias muy específicas.

La juventud del servicio y las limitaciones presupuestarias establecen

Servicios de atención domiciliaria

unos requisitos de acceso al servicio de carácter restrictivo. Hay un perfil de usuario claramente predeterminado que es el ser mayor de 80 años y vivir solo, al que se le añade el no poder superar cierto nivel de ingresos económicos. Pero no solamente hay límites en el acceso, sino que una vez cumplido el perfil, se establecía como requisito la entrega de una copia de las llaves de la casa, lo que en muchos casos supuso el rechazo del servicio ante la incertidumbre y desconfianza que en las personas mayores produce este hecho.

En marzo de 2003 el Ayuntamiento de Madrid y la Comunidad de Madrid firman un Protocolo de colaboración denominado Programa de Alerta; Intervención y Seguimiento de Mayores que viven solos en el Municipio de Madrid "**Madrid Acompaña**".

Desde este programa lo que se pretende es ampliar las posibilidades de detectar, valorar, realizar intervenciones iniciales y de seguimiento, de situaciones de riesgo social. Es un programa de carácter preventivo y de atención a personas mayores en riesgo que viven solas.

Madrid Acompaña establece unos objetivos muy ambiciosos ya que pretende incrementar en 45.000 el número de preceptores del servicio de teleasistencia distribuidos en 15.000 al año para el período 2003-2005. Estas cifras suponían un 11,2% de cobertura en población mayor (frente al 3,3% que hasta ese momento marcaba el Plan Mayores de la Comunidad de Madrid), y un 44% de cobertura de mayores solos (frente al 12% que marcaba el Plan Gerontológico Nacional).

El Programa Madrid Acompaña convive en el Ayuntamiento de Madrid con el Convenio que desde 1992, y tras sucesivas renovaciones, se tiene suscrito con la FEMP en materia de Teleasistencia Domiciliaria y por el cual también se establece un índice de crecimiento anual en torno a las 2000 usuarios de teleasistencia.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

A diciembre de 2002, y con una trayectoria de 12 años de servicio, nos encontramos con un crecimiento interanual de 1.175 usuarios de teleasistencia al año, y si bien es cierto que el crecimiento es cada vez mayor.

Modelo de gestión

La firma de este protocolo pone de manifiesto la necesidad de replantear tanto el modelo de gestión como el tipo de servicio que se pretende prestar. A junio de 2003 el reto era conseguir en seis meses lo que había costado doce años.

El servicio que se va prestar a partir de esta fecha se caracteriza por la protocolización del acompañamiento. Queremos ofrecer al mayor un servicio que le proporcione no solamente seguridad sino también compañía.

Otra de las características decisivas en el éxito de la aceptación del servicio es el de la ACCESIBILIDAD del mismo. Accesibilidad con una importante connotación, y es la de la reciprocidad entre el usuario y el servicio en sí mismo, es decir, el mayor accede fácilmente al recurso a través del establecimiento de medidas que lo facilitan (se lo llevamos a su casa), y el recurso accede fácilmente al mayor a través de la información transparente que a éste se le da sobre el mismo (el mayor sabe qué es lo que le vamos a poner y para qué sirve).

La firma de este protocolo, por lo tanto, supone un giro en la filosofía de la propia teleasistencia y en el modelo de gestión, que va a producir un incremento exponencial en el número de usuarios a percibir este servicio.

Este incremento se consiguió poniendo en marcha un modelo de gestión ágil sustentado en la claridad de la oferta que del servicio se hace al ciudadano, y que vino avalada por las siguientes actuaciones:

1.- **Eliminación de costes**, no sólo económicos, sino de rémoras del modelo de gestión anterior, tales como el tema de entrega de llaves del domici-

Servicios de atención domiciliaria

lio o la burocracia en la gestión (eliminación del papeleo).

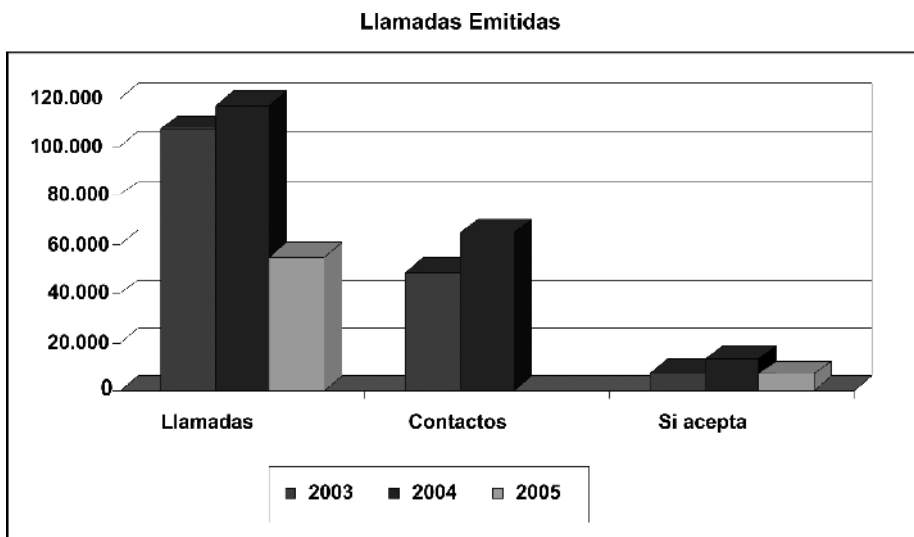
2.- **Campaña publicitaria** como medio de difusión, que genera no solo información del servicio, sino que también lo legitima y produce confianza en el ciudadano.

3.- **Respuesta inmediata** al ciudadano a través de la puesta en marcha de un Centro de Llamadas, con capacidad para informar, gestionar y resolver incidencias relacionadas con el servicio a través de una llamada telefónica.

En el momento en que se pusieron en práctica estas medidas, el servicio contaba con 17.562 usuarios. A 31 de mayo de 2005 la cifra es de 57.468, lo que supone un 227,27% de incremento.

El volumen de gestión que ha supuesto este crecimiento se ha realizado fundamentalmente desde el Centro de Llamadas montado para tal fin.

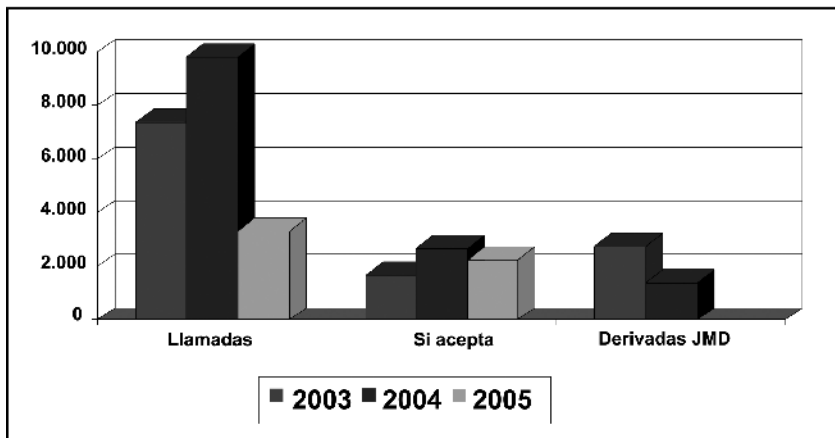
Los datos que recoge el cuadro siguiente, se refiere al volumen de llamadas emitidas por el equipo de profesionales destinado a la captación de usuarios para informarles sobre el servicio y gestionárselo en el momento sin necesidad de desplazarse de su domicilio.



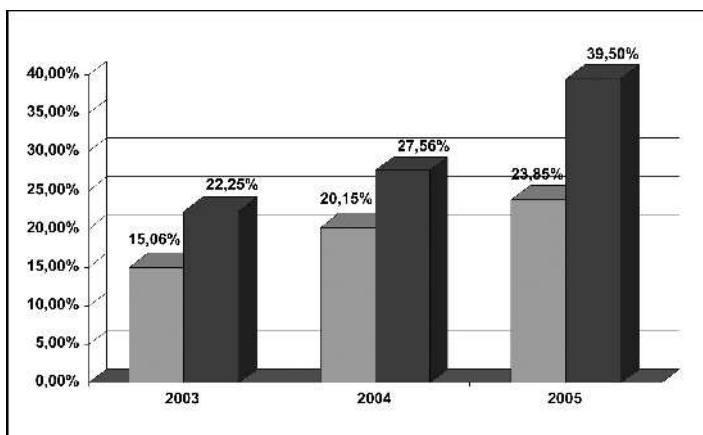
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Pero no únicamente hay emisión de llamadas. Continuamente se atienden llamadas de ciudadanos que quieren información del servicio o su gestión. Asimismo se reciben llamadas de beneficiarios para aclaración de dudas o resolución de incidencias. Todas estas llamadas se canalizan a través del teléfono de información general de Ayuntamiento de Madrid 010. El volumen de gestión realizado ha sido el que se recoge en el siguiente cuadro:

Llamadas recibidas 010



Pero uno de los datos más interesantes de este nuevo sistema de gestión telefónica, es ver cómo en sus dos años de vida ha conseguido consolidarse como un sistema eficaz y con muy buena aceptación por parte de los ciudadanos.



Hay datos muy claros que recogen cómo cada vez el índice de aceptación del servicio es mayor, y cómo cada vez los vecinos llaman más al 010 para la gestión del mismo.

La calidad en el servicio

Pero si el primer reto para el Ayuntamiento de Madrid fue el de la cantidad, el segundo es el de la calidad del servicio prestado.

La primera aproximación hacia un modelo de calidad se gesta en 2003 a través de un análisis sobre las características del servicio prestado hasta el momento, con el objetivo de establecer prioridades de futuro. Dicho análisis nos condujo hacia los siguientes **estándares de calidad**, que de hecho quedan recogidos en los pliegos de prescripciones técnicas que regulan el servicio en el Ayuntamiento de Madrid.

1.- El Acompañamiento:

Llamadas mínimo quincenales a todos los usuarios.

Teleauxiliar de referencia: los usuarios son siempre llamados por el mismo profesional, con el fin de favorecer un clima de confianza.

2.- Atención de emergencias:

Tiempo máximo de respuesta, es decir, desde que se produce la alarma hasta la llegada al domicilio 30 minutos.

3.- Diseño de protocolos

Protocolo de Instalación

Protocolo de Información

Estos protocolos se diseñaron tras detectar que el momento de la instalación del servicio es crítico. Recogen el procedimiento a seguir en el momento de instalar el servicio y cuál es la información que del mismo debe prestarse al usuario. Es el primer contacto que se tiene con el servicio como tal, y de la información y del trato que reciba en ese momento va a depender la imagen y el buen funcionamiento del mismo.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

4.- Satisfacción de usuarios:

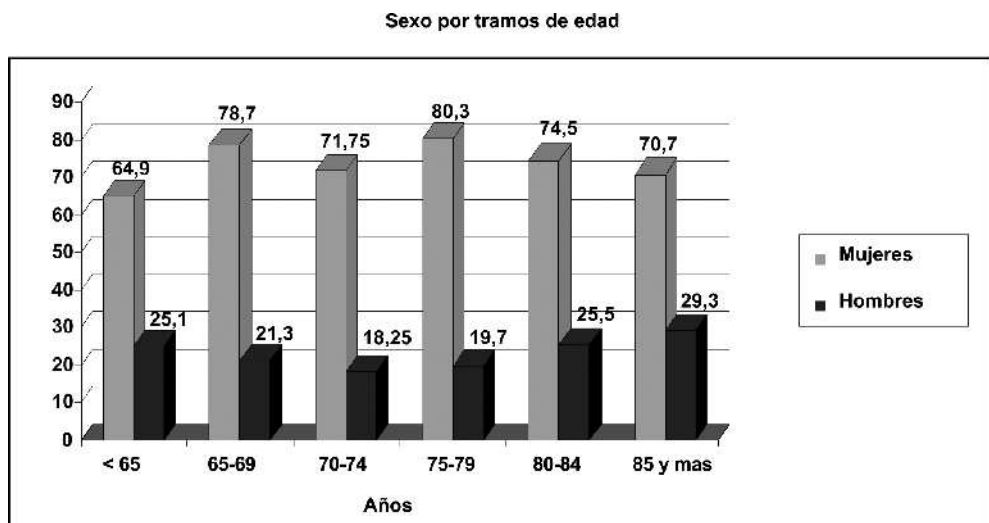
Periódicamente se pasan encuestas de satisfacción con el fin de conocer la impresión que del servicio tienen los usuarios y escuchar sus propuestas de mejora.

Perfil de los usuarios del servicio

Si tuviéramos que definir en una frase cuál es el perfil de los usuarios de teleasistencia en el Ayuntamiento de Madrid, diríamos que con carácter general son mujeres mayores de 80 años que viven solas.

Pero lógicamente también se atienden a otras personas, por lo que resulta de interés profundizar un poco más.

La mayoría de las personas que disfrutan del servicio son mayores de 65 años. Únicamente el 4.6 % tienen una edad inferior y reciben el servicio, en su mayoría, por su condición de persona discapacitada. Los mayores de 65 años se distribuyen en los siguientes grupos de edad y sexo:



Servicios de atención domiciliaria

Lo interesante del gráfico anterior, es quizá el comparar los datos con las medias nacionales, según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) de 2004.

Mayores de 65 años				Mayores de 85 años			
Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
61,9%	75,2%	38,1%	24,8%	70,1%	70,7%	29,9%	29,3%

Datos del INE. (color negro)

Datos del Ayuntamiento de Madrid. (color gris)

La disparidad de los datos en mayores de 65 años, podría deberse a que las mujeres son más demandantes en general, sin embargo en mayores de 85 años, donde la dependencia es mucho mayor el porcentaje es casi el mismo, por lo que la vivencia de la necesidad no es cuestión de género.

En cuanto a la unidad de convivencia, hay que destacar que el 56,70% de los usuarios viven solos, y el 39,5% con solo otra persona, que en su mayoría es el cónyuge.

Utilidades del servicio

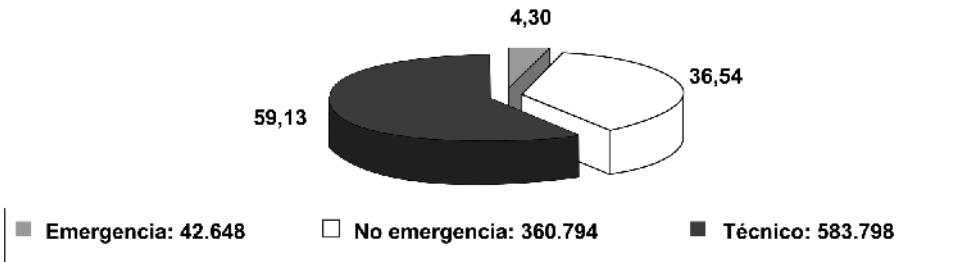
La teleasistencia tiene dos grandes objetivos, que son los de proporcionar seguridad y compañía.

La **seguridad** que tiene los mayores y sus familiares al disponer de un dispositivo de este tipo, se fundamenta básicamente en la posibilidad de poder comunicar inmediatamente con profesionales especializados con capacidad para movilizar los recursos necesarios, en caso de emergencia o necesidad.

En este sentido, durante 2004 se atendieron un total de 987.240 llamadas de usuarios, de las que 42.648 fueron catalogadas como de emergencia, siendo de carácter sanitario el 60% de las mismas.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

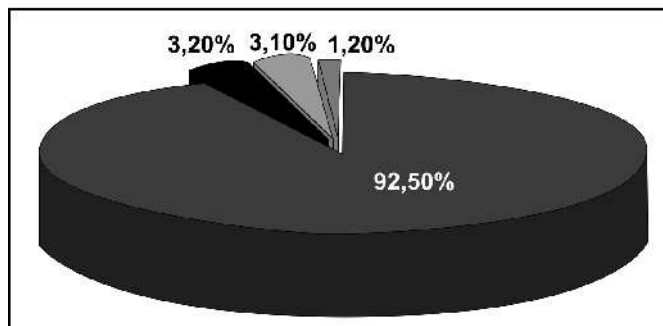
Llamadas emitidas por los usuarios
Total 987.240



Es quizá el tema de las emergencias por lo que más se conoce el servicio, pero no es el más importante, o al menos no es el que genera más demanda. La mayoría de las llamadas que se atienden son de conversación y lo que cubren son una necesidad de **acompañamiento**, de tener alguien con quién charlar.

El volumen de gestión de 2004 nos indica que en el 92,5% de los casos las demandas existentes se cubren simplemente con la atención personal de los teleauxiliares, y que la media de contactos con una persona beneficiaria es de una llamada cada 12 días.

Atenciones prestadas ante demandas
Total: 1.021.488



Servicios de atención domiciliaria

Por lo tanto la teleasistencia es un servicio de carácter tecnológico en cuanto a que se basa en las nuevas tecnologías para poderse prestar, pero de atención personal en la medida en que la demanda final es la tener alguien a quien acudir.

Los recursos personales son, por tanto, la base para prestar un correcto servicio. Para la prestación del servicio en el Ayuntamiento de Madrid, las empresas gestoras del mismo, a diciembre de 2004 y con 50.876 usuarios, han dispuesto de un total de 321 trabajadores. A esta cifra hay que añadir los 43 profesionales del “Servicio de Información, Gestión y Control de Calidad de la Teleasistencia”, así como los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales como responsables finales de la intervención social en el municipio.

Retos del futuro

El primer reto con que nos encontramos en este momento es el de ofrecer un **servicio de calidad**. Entendiendo por calidad el hacer bien lo adecuado, en el tiempo oportuno y a satisfacción del usuarios.

En este sentido y con esta filosofía de trabajo, disponemos de un equipo de trabajo dedicado exclusivamente al control de calidad. Su objetivo es velar por el cumplimiento de los estándares de calidad fijados por el Ayuntamiento de Madrid a través de un análisis exhaustivo en todas las fases de prestación del servicio (medición de tiempos de respuesta, cumplimiento de protocolos, inmediatez del servicio.....). Todo esto complementado con encuestas de satisfacción de usuarios con el fin de conocer su percepción del servicio y así establecer áreas de mejora.

Un segundo reto es el continuar con el **incremento del servicio**. El Ayuntamiento de Madrid ha demostrado una gran capacidad para incrementar el servicio, dado que se ha crecido en dos años un 300%, y quiere continuar dando respuesta a toda la demanda que se produzca.

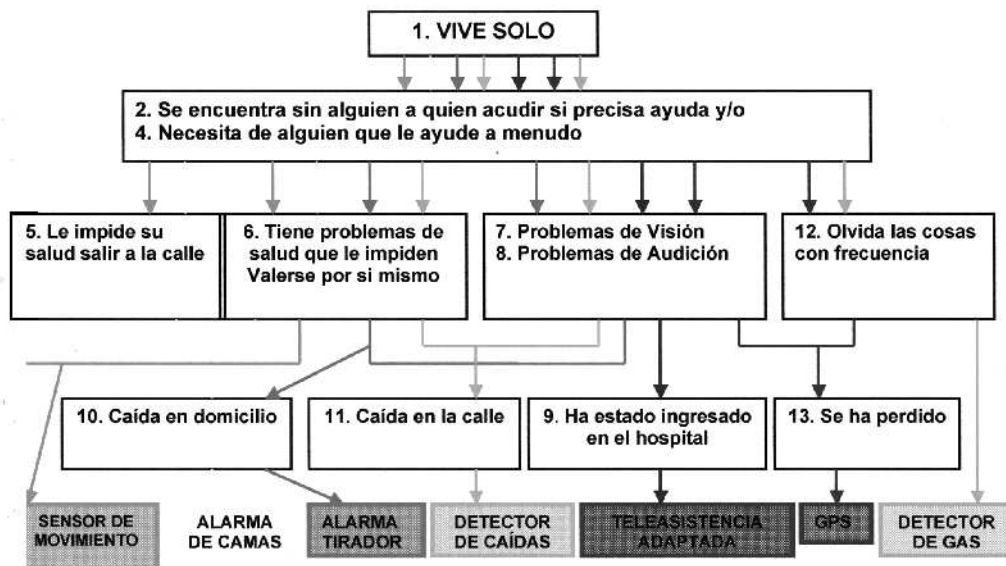
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En último lugar es el introducir nuevos **dispositivos** asociados a la teleasistencia previo establecimiento de **perfiles de usuarios**. Hay unas necesidades comunes que se cubren con la teleasistencia, pero hay circunstancias personales que generan necesidades específicas que pueden ser cubiertas por dispositivos adecuados.

En este sentido se ha diseñado un perfil de usuario específico, para cada uno de los dispositivos que el Ayuntamiento de Madrid ofrece como complementario a la teleasistencia.

Para la elaboración del citado perfil se ha tomado como referencia la escala de Barber, que es una escala validada que mide riesgo social. Dicha escala se ha adecuado a nuestras necesidades, siendo esta nuestra propuesta:

PERFIL DE USUARIO



3.3 Otras atenciones en el domicilio: presente y retos de futuro

3.3.1. Entorno favorecedor, adaptaciones en el domicilio

*Cristina Labrador Domingo
Coordinadora de Terapia Ocupacional
Responsable del Proyecto “Vivienda Accesible”
Centro Superior de Estudios Universitarios “La Salle”*

Un envejecimiento progresivo y paulatino de la población lleva implícito también un incremento en la demanda de la prestación de servicios sociales especializados y atención social. Lo que nos sitúa ante una preocupación social creciente por la atención al mayor, que como colectivo demanda una adecuada respuesta a sus necesidades entre ellas la de alojamiento y adecuación de vivienda.

Es justamente esta necesidad de alojamiento y adecuación de la vivienda, la que tiene una incidencia mayor en la calidad de vida del colectivo. En nuestro país, en claro contraste con países de nuestro entorno, la tendencia mayoritaria de vivienda es en régimen de propiedad y no de alquiler. A ello hay que añadir, que las formas de convivencia también cambian con la edad, la importancia de vivir solo o en compañía de otros se acentúa.

Parece confirmarse la tendencia, generalizada en otros países con una amplia trayectoria en el tratamiento y cuidado del mayor, de lo que se ha venido a denominar como “**aging in place**”, esto es, envejecer en comunidad. Este término denota una coherencia con las demandas de colectivo que precisa no sólo de una vivienda digna sino adecuada a sus necesidades. Y es justamente esta adecuación normativa, tipológica y asistencial, la que se exige a las Administraciones Públicas. Prueba de ello, lo constituye el dato de que del con-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

junto de servicios públicos de atención domiciliaria el servicio de ayuda a domicilio sea el más demandado.

Barreras arquitectónicas y accesibilidad

Para la mayoría de personas la accesibilidad es algo natural. Sin embargo, es frecuente que quienes presentan algún tipo de disfunción física, cognitiva o sensorial, se desenvuelvan con dificultad en este mismo entorno o necesiten la ayuda de otras personas.

Pero la realidad es que las barreras arquitectónicas no sólo subsisten hoy en día, a pesar de la legislación, si no que se crean otras nuevas con el tiempo mediante diseños modernos que persiguen la estética sacrificando la facilidad de uso y la funcionalidad.

Este hecho, unido a la ya mencionada tendencia de las sociedades a mantener a los mayores (o a los que sufren algún tipo de disfunción) dentro de su entorno, hace que la accesibilidad arquitectónica de los diferentes entornos sea una tarea en marcha que exige el interés de toda la sociedad, así como propuestas concretas de solución.

Los entornos que permiten una **participación plena** de nuestros mayores deben ser franqueables, accesibles y usables:

Franqueable

Cuando se puede entrar al edificio desde la vía pública o del exterior sin ayuda de terceros.

Accesible

Siendo franqueables, se puede recorrer totalmente y llegar a los locales/estancias que deban ser utilizados.

Servicios de atención domiciliaria

Usable

Siendo accesible, se puede desarrollar en su interior todas las actividades proyectadas.

Aquellos espacios que no permiten dicha participación plantearían barreras arquitectónicas y requieren de una intervención que ofrezca una supresión o liberalización de dichas barreras.

El Diseño Universal persigue además de en la retirada de barreras, en eliminar la discriminación mediante el diseño, apoyando la completa participación social de todos los miembros de la sociedad.

Mientras el concepto de “libre de barreras” se basa en los beneficios de un grupo de población específico, el diseño universal se sustenta en los beneficios para toda la población. No solo persigue objetivos de accesibilidad y funcionales también tiene en cuenta como la apariencia de las cosas puede afectar a las percepciones sociales.

Para ello, aquellos profesionales vinculados con esta problemática y con el diseño de entornos, productos y procesos (arquitectos, ingenieros, decoradores, diseñadores, etc.) deben estar dotados de herramientas como la formación y la investigación, para reconocer y así poder subsanar los problemas de accesibilidad y uso del entorno, siendo capaces de ofrecer alternativas y soluciones.

Con este objetivo se origina el proyecto de “vivienda accesible”.

Proyecto “Vivienda Accesible” como Metodología de Aprendizaje: Soluciones para la Participación de los Mayores en Nuestros Entornos

Descripción del proyecto

Desde el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle hemos pretendido ofrecer, desde el enfoque integrador, una formación específica de aque-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los futuros profesionales de terapia ocupacional y otros que van a trabajar sobre el concepto de Diseño Universal, accesibilidad, supresión de barreras arquitectónicas y la facilitación de una participación completa de aquellos que sufren algún tipo de discapacidad física, sensorial o cognitiva.

Los terapeutas ocupacionales se integran como naturales “diseñadores de entornos” formando parte esencial del Diseño Universal.

Hasta el momento nuestra labor parece más ligada a proponer “soluciones” a entornos existentes que plantean barreras arquitectónicas o de participación, propio de *acciones reactivas*, y no tanto en la línea de planeamientos previos de diseño de espacios, productos y productos, propias de una *actitud proactiva*. Estos profesionales deben enfrentarse, sin embargo, a una actual dispersión de soluciones. Por ello es preciso que las instituciones educativas donde se forman doten de recursos y entornos integrados donde sea posible conocer las distintas posibilidades que ofrece el mercado.

Varios métodos de aprendizaje son utilizados para este fin, siendo uno de ellos, el más común y eficaz, la simulación de entorno/ambientes y simulación de tareas para crear concienciación mediante la experimentación.

Con el fin de que los estudiantes lleguen a un entendimiento y apreciación de la variedad de obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidades funcionales, los alumnos deben conocer de primera mano qué constituye una barrera o dificultad.

La simulación de tareas se hace por tanto necesaria en el aprendizaje, pero es aun más importante que esta sea apoyada por una conducción apropiada de este tipo de ejercicios, evitando así la percepción de estas experiencias como un simple “juego” de interpretación por los alumnos.

Para una adecuada conducción de estas simulaciones se debe seguir el propósito de ofrecer una visión de la facilidad con la que se crean barreras archi-

Servicios de atención domiciliaria

tectónicas y de la posibilidad de superación de estos obstáculos, mediante la experimentación, realización de un análisis crítico, identificación de dificultades, puesta en común, desarrollo de estrategias de solución, etc.

Por ello, irremediablemente surge la necesidad de contribuir desde el ejemplo a la creación real de espacios adaptados/adaptables y accesibles para todo tipo de personas. Más concretamente con el espacio mas cercano al individuo que es la vivienda.

La simulación de tareas en el entorno de la vivienda conlleva por otro lado la necesaria infraestructura, favorable tanto para los estudiantes como para los profesores, para el desarrollo de estos ejercicios y que el contexto escolar actual no permite.



Con esta intención nace el proyecto “Vivienda Accesible”, la cual pretende brindar a nuestros estudiantes la oportunidad de formarse y experimentar en un espacio real que permita poder investigar las ventajas que ofrece la adecuación de un ambiente para la autonomía y necesidades del individuo con discapacidad.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El proyecto “vivienda accesible” se diseñó con el objetivo general de implementar una metodología educativa real y eficaz bajo este concepto y como medio de aprendizaje y sensibilización de los problemas de diseño y accesibilidad en el entorno de la vivienda con una orientación de “usuario final” como último eslabón dentro del proceso del Diseño Universal.

Los objetivos que este proyecto persiguen son:

- Ofrecer a los estudiantes del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle la oportunidad de formarse y experimentar en un entorno-hogar lo más parecido a los actuales, que incluya los distintos espacios de uso.

- Establecer un espacio real que permita poder aprender tareas propias de cada espacio específico e investigar las ventajas que ofrece la adecuación de un ambiente para la autonomía y necesidades del individuo.

- Fomentar entre alumnos, profesores y personal del campus la toma de conciencia sobre las necesidades de estos colectivos.

- Contribuir desde el ejemplo a la creación real de espacios adaptados y accesibles para todo tipo de personas.

- Ofrecer a la Comunidad (vecinos, instituciones, empresas,...) un ejemplo tangible de cómo se puede estructurar una vivienda accesible.

- Fomentar el concepto de Diseño Universal o diseño para todos, así como normativas y criterios técnicos sobre la adecuación de viviendas y modificaciones de entorno colaborando con diversas entidades públicas y privadas mediante un asesoramiento, formación y educación.

- Crear vías/espacios de investigación con entidades dentro de la supresión de barreras y diseño universal.

Servicios de atención domiciliaria

El proyecto consta de un espacio independiente de 72 m² (6x12), ubicado en el campus del Centro donde existen tres zonas de uso específico:

- Cocina - Realización de habilidades domésticas: cuidado de la ropa, limpieza del hogar, preparación de alimentos, etc.

- Dormitorio - Realización de habilidades de vestido/desvestido, movilidad en la cama, transferencias, etc.

- Cuarto de baño - Realización de habilidades de aseo personal, transferencias, etc.

En estos espacios se pretende combinar tanto el concepto de “espacio adaptado”, como el concepto de “espacio normalizado con posibilidades de adaptación”.

La vivienda accesible contiene mobiliario estandarizado, mobiliario adaptado, utensilios de uso cotidiano para la realización de las actividades de la vida diaria en el hogar, ayudas técnicas y nuevas tecnologías, cubriendo las distintas posibilidades de limitación en capacidades físicas, sensoriales o cognitivas.



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los alumnos de nuestro centro estarán expuestos a todos los productos de los que está equipada esta vivienda, y se les formará en el uso y manejo de este equipamiento y mobiliario, así como en el diseño de espacios/entornos adaptados.



Trabajando bajo esta perspectiva y con la ayuda de los medios necesarios, los alumnos y entidades colaboradoras se verán forzados a pensar en términos de necesidades y requisitos de una gran variedad de población tanto en el asesoramiento en diseño de utensilios, mobiliario, diseño de interiores, construcción de viviendas y alrededores, etc., como en la prescripción de ayudas técnicas y adaptaciones del entorno.

Beneficiarios del proyecto

Para entender en profundidad el propósito de la creación de la vivienda accesible debemos atender tanto al perfil de los beneficiarios directos, en nuestro caso los mayores, como al contenido de un programa formativo que se les

Servicios de atención domiciliaria

ofrece tanto a ellos como a los profesionales, familiares y cuidadores (formales e informales).



El perfil del mayor con problemas de participación plena en su entorno próximo podría comprender aspectos o limitaciones motóricas/físicas, sensoriales, cognitivas/psicosociales y de comunicación.

Se entiende por **persona con limitaciones** aquella que temporalmente o permanentemente tiene limitada la capacidad de utilizar el medio o relacionarse.

Movilidad reducida.

Son aquellos que tienen limitada temporalmente o permanentemente la posibilidad de desplazarse. (Ej. Ambulantes, Usuarios de silla de ruedas).

- Dificultad en salvar desniveles y escaleras tanto por problemas musculares como de equilibrio.

- Dificultad en pasar por espacios estrechos.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Dificultad en ejecutar trayectos largos sin descansar.
- Mayor peligro de caídas por tropiezos o resbalones de los pies o bastones.
- Dificultad en abrir y cerrar puertas, especialmente si tienen mecanismos de retorno.
- Dificultad para accionar mecanismos que precisan de dos manos a la vez.
- Imposibilidad de superar desniveles bruscos y escaleras.
- Imposibilidad de superar pendientes importantes, peligro de volcar o resbalar.
- Limitación de sus posibilidades de alcance manual y visual. necesidad de espacios amplios para girar, abrir puertas, etc.
- Imposibilidad de pasar por lugares estrechos.

Limitaciones Sensoriales

Son aquellos que tienen dificultades de percepción, debido a una limitación de sus capacidades sensitivas, principalmente las visuales o las auditivas. Entre ellos encontramos a:

- Personas con dificultad de visión: ciegos.
- Personas con trastornos auditivos: sordos.
- Los principales problemas que encontramos son, para aquellas que tienen dificultades de visión:

Servicios de atención domiciliaria

- Identificación de objetos (botoneras, rótulos, etc.).
- Detección de obstáculos (desniveles, elementos salientes, etc.).
- Determinación de direcciones y seguimiento de itinerarios.

Los principales problemas que los afectan, por aquellas que tienen dificultades auditivas:

- Identificación de señales acústicas (alarmas, voz, timbres, teléfono, etc.)

Limitaciones Cognitivas

Son aquellos que padecen demencias y enfermedad de Alzheimer o patologías que limitan las funciones cognitivas (daño cerebral).

Los principales problemas que presentan son:

- Falta de memoria
- Atención
- Secuenciación de actividades
- Orientación espacial y temporal
- Reconocimiento de personas/familiares
- Resolución de problemas, etc.

Adecuación de nuestros entornos próximos en los mayores: Facilitación de la participación

El entorno puede restringir el nivel de participación en las actividades y a su vez puede ser factor determinante de discapacidad/ incapacidad (caídas, quemaduras, accidentes) y más destacable en los ancianos como forma suma-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

toria de varios factores: los propios, disminución de facultades; los del entorno y los sociales.

Desde la década de los setenta en nuestro país se han desarrollado varias iniciativas destinadas a la eliminación de barreras arquitectónicas y es necesario establecer soluciones basadas en la mejora de calidad de vida.

Esta visión debe ser aplicada tanto en espacios ya edificados (urbanización ya existente) como en aquellas por proyectar.

Estrategias para conseguir un entorno físico más saludable

Debemos recordar que el hogar es el entorno que propicia más accidentes y caídas en comparación con otros espacios de desarrollo de actividad y en él describiremos las medidas de mejora de nuestro contexto físico.

A continuación se describen estrategias para una mejor interacción con nuestro entorno:

1. Modificaciones del entorno

Objetivo que persiguen

Facilitar el acceso y el desplazamiento para poder participar en las actividades de la función diaria, ofreciendo accesibilidad, promoviendo independencia y facilitando las tareas (en personas con funciones alteradas, también la seguridad).

La parte de la ergonomía que nos ayuda a diseñar estos espacios es el **entorno de la tarea**.

Ejemplos de estas intervenciones son:

- Rampas.

Servicios de atención domiciliaria

- Platos de ducha encastrados.
- Mobiliario regulable, mural (inodoros).
- Señalización adecuada,
- Planos de orientación de acceso a ascensores.
- Plataformas elevadoras.
- Sillas elevadoras.
- Ensanche de puertas.
- Domótica, etc.



2. Simplificación de las tareas

Objetivo que persigue

Evitar fatiga (debilidad muscular, problemas respiratorios, cardiacos) ya sea por eliminación de desplazamientos o número de pasos que contenga la actividad:

- Organizar el almacenamiento para eliminar paseos innecesarios y movimientos estresantes de alcance.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Planificar con antelación los pasos que conllevan cada tarea para no repetirlos o hacer alguno que no es necesario.

- Modificar los pasos de la tarea para hacerla más fácil (eliminar pasos de la tarea: ropa que no se arrugue, dejar nudo de la corbata, medir jabón y ponerlo en bolsa).

3. Conservación de la energía

Objetivo que persigue

Evitar fatiga (debilidad muscular, problemas respiratorios, cardiacos) mediante compensación o realización de las actividades de otra forma:

Descansar frecuentemente:

- Mini descansos en la actividad.
- Planificar descansos durante el día.

Priorizar actividades (realizar las tareas más importantes o necesarias primero).

- Evitar movimientos isométricos: descansar los brazos siempre que se pueda, no aguantar la respiración.

- Evitar posiciones estresantes.

- Estar de pie cuando nos podemos sentar (planchar, preparar alimentos).

- Alcanzar por encima de la cabeza.

- Flexionar la cintura de manera prolongada.

- Cruzar las piernas.

4. Educación en la seguridad

Objetivo que persigue:

Disminución de los posibles accidentes o prevención de caídas. A continuación se describen diferentes estrategias de educación en la seguridad:

4.1. Prevención de caídas

Servicios de atención domiciliaria

A. Suelos:

- Evitar el uso de ceras.
- Fijar bien las alfombras al suelo (cintas adhesivas) o suprimirlas.
- Evitar ir descalzo o en calcetines.
- Usar zapatillas para estar por casa con suela de goma y que sujeten bien el pie (tobillo) para mejorar la estabilidad.
- Si existen obstáculos en casa, suprimirlos pues la visibilidad no es buena.
- Tenga en cuenta que para las personas con movilidad reducida la altura de una alfombra ya significa un obstáculo.

B. Escaleras: tanto si es suya como si es de la comunidad podría ser resbaladiza y debería llevar cinta antideslizante

- Disponga de pasamanos.
- Temporizador de luz con “lapso” adecuado a las necesidades.
- Señale con cinta adhesiva de color contrastado los escalones o bordes que sobresalgan para identificarlos más fácilmente.
- Antideslizante.

C. Reorganización de mobiliario:

- Hacer espacios libres de obstáculos.
- Evitar mobiliario que no sea estable (con ruedas o ligeros) que se puedan volcar o desplazar al apoyarnos: fijarlo si podemos.
- No deben haber cables que provoquen tropiezos.

D. Iluminación:

- Aprovecha la luz natural (descorra visillos, cortinas).
- Sustituir bombillas de escaso voltaje por 100w.
- Reforzar la iluminación en espacios de realización de tareas.
- Disponga de una luz en la mesilla con fácil acceso y manipulación para utilización durante la noche.
- Procurar que los interruptores estén al alcance.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

E. Cuarto de baño:

- Colocar una alfombrilla antideslizante en la ducha o la bañera.
- Colocar asideros, (barras de apoyo que facilitan el acceso a la ducha, bañera y w.c. (consulte con su T.O.).
- Nunca utilice como asideros, toalleros o barras que no estén diseñadas para este fin.
- Colocar al alcance de la mano, ya esté de pie o sentado, los utensilios de aseo/baño/ducha.
- Eliminar cerrojos de la puerta del cuarto de baño para facilitar el acceso de otra persona en caso de necesidad.

F. Cocina:

- Asegurarse de que la instalación, ya sea de gas o eléctrica, esté en perfecto estado (revisar cada cuatro años).
- Recoger inmediatamente los líquidos o alimentos que puedan haberse derramado o caído.
- Colocar estantes y mobiliario a una altura adecuada que facilite su acceso, poniendo aquellas cosas que más se utilicen al nivel de los hombros.
- Evitar que sobresalga el mango de las sartenes.
- Evitar que los espacios de maniobra de los diferentes aparatos se solapen.

4.2. Prevenir problemas de espalda. Conservar una Mecánica Corporal adecuada:

- Mantener los objetos cercanos al cuerpo.
- Mantener una base de apoyo firme y amplia.
- Deslizar los objetos en vez de levantarlos.
- Levantar objetos utilizando la fuerza de los miembros inferiores y no con la espalda.
- Utilizar un ritmo.
- Pivotar todo el cuerpo en bloque moviendo los pies no el torso para que no se resienta la espalda ni las rodillas.

4.3. Protección de las articulaciones

- No utilizar las articulaciones mas pequeñas (dedos, muñeca), para realizar movimientos que requieran fuerza (bolsas de la compra, cortar, levantarse de la cama utilizando los nudillos, llevar el bolso). -
- Usar un agarre suelto, colocar las palmas de las manos por debajo de los objetos para transportarlos.
- Evitar desviación cubital de los dedos y muñeca.
- Evitar posiciones estáticas (20 minutos).
- Evitar flexión estática (con posición neutral es más estable la articulación)
- Dormir estirados (en posición supino) mejor que flexionados.

5. Uso de ayudas técnicas

Objetivo que persiguen: Adaptacion de los utensilios a la actividad del usuario facilitando la realización correcta de dichas tareas (suple, compensa, facilita o previene) cuando se han perdido o alterado funciones o se podrían perder. La parte de la ergonomía que nos va a ayudar en el diseño de estas dispositivos es la de: **herramientas y utensilios, mandos e indicadores.**

Las ayudas técnicas **se clasifican** y van aplicadas según las necesidades de las actividades de la vida diaria:

- Ayudas técnicas que facilitan las transferencias.
- Ayudas técnicas que facilitan el vestido / desvestido.
- Ayudas técnicas que facilitan la preparación de los alimentos.
- Ayudas técnicas que facilitan la alimentación.
- Ayudas técnicas que facilitan el aseo, etc.

Entornos para todos como derecho humano: Diseño universal

Por último, con el convencimiento de que el diseño universal y la accesibilidad desempeñan un papel clave en la promoción y participación de nuestros mayores, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, se debe incluir no sólo en los servicios a los mayores, sino también en todos los niveles

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

de los programas de educación y de formación de todas las actividades relacionadas con el entorno, la construcción y el diseño.



Desde la **Unión Europea** se recomienda a los gobiernos de los estados miembros del Acuerdo Parcial en el Área Social y de Salud Pública, teniendo en cuenta sus estructuras constitucionales específicas, así como las circunstancias nacionales, regionales o locales, y sus sistemas educativos:

a) Tomen en cuenta, en la formulación de las políticas nacionales, los principios del diseño universal y las medidas para mejorar la accesibilidad, en el sentido más amplio del término, según está establecido en el apéndice de esta resolución, en la medida que concierne a los currículos y a otras materias de educación, formación y concienciación, aspectos en los que los gobiernos son responsables directos según la distribución de competencias en cada país.

b) Den los pasos que consideren adecuados para la aplicación de las medidas y principios contenidos en el apéndice, en aquellos campos en los que las autoridades públicas tienen cierto poder o juegan algún papel, aunque no

Servicios de atención domiciliaria

sean responsabilidad directa de los gobiernos.

c) Promuevan la puesta en marcha de estas medidas por las universidades e instituciones responsables de la enseñanza superior, así como de la formación profesional.

d) Aseguren la difusión más amplia posible de esta resolución entre todas las partes interesadas, particularmente aquéllas involucradas en la educación y la formación, así como entre los usuarios.

Se deduce de lo anterior que la herramienta de implantación del diseño universal es la EDUCACION en todas sus facetas y en todos los niveles.

La educación no es meramente impartir conocimiento y habilidades necesarias, es también dar forma a nuestra mente sobre las nuevas generaciones con una clara tendencia e intención hacia la igualdad, la libertad y la no discriminación.

La educación en Diseño Universal es todo eso y también es una mejor educación para el mundo.

Bibliografía

Universal Design. 17 ways of thinking and teaching. Editor. Jon Christophersen. HUSBANKEN 2002.

The principles of Universal Design. Center for Universal Design, North Carolina State University. Conell, B.R., Jones, M., Mace, R., Mueller, J. Raleigh, NC 1997.

Concepto Europeo de Accesibilidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. CEAPAT. Madrid. 1997.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Guía de recomendaciones para el diseño y selección de mobiliario para personas mayores. Colección documentos técnicos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Guía de recomendaciones para el diseño, selección y uso de calzado para personas mayores. Colección de documentos técnicas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Guía práctica sobre la prevención de caídas y accidentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Caja Madrid. Glosa Ediciones.

3.3 Otras atenciones en el domicilio: presente y retos de futuro

3.3.2. “Rompiendo Distancias” un programa de atención integral a las personas mayores que viven en contextos rurales

*Teresa Martínez Rodríguez.
Jefa del Área de Planificación y Programación
Consejería de Bienestar Social. Principado de Asturias*

Introducción

Teniendo en cuenta los datos de la revisión padronal del año 2003 (SADEI 2003) el Principado de Asturias cuenta con una población de 65 y más años de 238.075 personas, lo que representa un 22,1 % de la población total. Dentro de este grupo, la cifra de personas mayores de 80 asciende a 60.520, el 5,6% de la población asturiana. Esto sitúa a Asturias entre las CC.AA. con mayor índice de envejecimiento. Las proyecciones demográficas señalan que esta tendencia va a continuar aumentando en las próximas décadas: para el 2016 casi la cuarta parte de la población asturiana tendrá más de 65 años y la población mayor de 80 años se situará alrededor del 8%.

El envejecimiento de la población y de un modo muy especial el denominado fenómeno del sobre-envejecimiento, o sea el aumento de la franja de edad de mayores de 80 años, conlleva relevantes repercusiones de muy diversa índole, pero centrándonos exclusivamente en el área de la salud, es claro el consecuente aumento de las patologías edad-dependientes que junto con otros factores (sociales, psicológicos...), generan diversas situaciones de dependencia en este colectivo. La discapacidad y pérdida de autonomía funcional provocan esta-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

dos carenciales y situaciones de necesidades diversas y a veces muy específicas en este grupo de la población.

En otra índole de cuestiones, la realidad de nuestro país señala que la provisión de cuidados al mayor dependiente proviene fundamentalmente de la red informal, donde la familia –especialmente las mujeres– desempeña un papel primordial. Sin embargo, las actuales previsiones indican un debilitamiento de esta red de cuidados, circunstancia que viene provocada por varios factores: el cambio en el rol social de la mujer, el envejecimiento y aumento de la fragilidad de los cuidadores, así como el estrés del cuidador/a habitualmente generado por una situación de cuidados larga e intensa – y a menudo dificultosa – en ausencia de un apoyo adecuado.

Si centramos este análisis en las zonas rurales, la repercusión del envejecimiento de la población puede cobrar una mayor dimensión, debido fundamentalmente a la conjunción de distintos factores, entre los que cabe señalar la baja densidad de población, la dispersión de la misma así como una orografía montañosa que dificulte la comunicación y el acceso a los servicios.

Asturias está conformada por una zona central urbana y grandes extensiones territoriales al este y al oeste de la región que reúnen estas características propias del mundo rural. Concretamente en las zonas rurales del Principado de Asturias coexisten los siguientes factores:

1. El fenómeno del envejecimiento de la población, que afecta de un modo muy significativo a estas zonas rurales, llegando en algunos concejos a doblar el porcentaje medio de la comunidad autónoma situándose el grupo de 65 y más años en el 40% de la población.

2. El debilitamiento de la red de apoyo informal, que también afecta con mayor fuerza a las zonas rurales, debido a la emigración de las generaciones más jóvenes hacia los núcleos urbanos, y donde la fuente básica de provisión de cuidados y apoyo a las personas mayores proviene de la familia.

Servicios de atención domiciliaria

3. La importante dispersión de la población que conforma un territorio con núcleos de población muy pequeños -las denominadas aldeas- diseminados en el territorio.

4. El aislamiento geográfico provocado por una orografía compleja, montañosa, que complica los accesos y dificulta los medios de transporte.

Estas características del medio rural ponen de manifiesto la existencia de factores de riesgo que inciden negativamente y aumentan la vulnerabilidad del proceso de envejecimiento, contribuyendo a producir situaciones de dependencia. Principalmente, estos factores están asociados al aislamiento y restricción de las interacciones y a la mayor dificultad para el acceso a los servicios públicos y a los bienes sociales y culturales en general que se producen en ese contexto.

Como consecuencia de los efectos de tales factores se puede producir un retraimiento social y una reducción de las relaciones interpersonales y de los intercambios, así como de la posibilidad de elegir y tomar decisiones, lo que en conjunto determina una aceleración del proceso de desvinculación social. En suma, envejecer en este medio puede producir pérdidas muy importantes y una inflexión en la trayectoria vital que amenace el mantenimiento de la propia identidad y comprometa la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y otras facultades que se promueven y se desarrollan mediante las relaciones interpersonales.

Por todo ello, reconociendo el “olvido histórico” en lo que se refiere a las actuaciones de política social dirigidas a las personas mayores en contextos rurales, desde la responsabilidad del Gobierno del Principado, una de las prioridades en la atención a las personas mayores pasa por explorar y definir modelos de atención que se adapten a las características del ámbito rural, con el objeto de ir ofreciendo progresivamente servicios flexibles que contemplen las

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

necesidades derivadas de situaciones específicas propias de contextos no urbanos, y avanzar en la equidad en el acceso a los servicios públicos. Esa política de carácter integral se fundamenta en dos grandes líneas de actuación, a saber:

1) Prevenir la dependencia y promover la autonomía de las personas mayores.

2) Ofrecer a las personas en situación de dependencia y a sus familias un conjunto diversificado y flexible de servicios y programas de marcado carácter comunitario.

En este marco de análisis de necesidades surgió en el año 2000 la iniciativa que en esta memoria se presenta: el programa “Rompiendo Distancias”. Una experiencia de marcado carácter innovador que fue llevada a cabo con carácter piloto en el periodo 2000-2003, bajo la pretensión de explorar nuevas formas y estrategias que permitieran ir diseñando y consolidando modelos válidos para la intervención social con personas mayores en contextos rurales. El programa “Rompiendo Distancias” es hoy día, cuatro años después, un modelo de intervención contrastado y consolidado en Asturias para proporcionar atención integral a las personas mayores que viven en territorios rurales, y progresivamente, está siendo extendido al conjunto de la geografía asturiana de estas características.

Objetivos

La finalidad que guía el programa “Rompiendo Distancias” es contribuir a evitar la discriminación de las personas mayores que viven en zonas rurales dispersas, ofreciendo un conjunto de actuaciones flexibles capaces de proporcionar una amplia diversidad de servicios y oportunidades que se adapten a sus necesidades.

De este modo los objetivos prioritarios que guían este programa son:

- Apoyar un adecuado mantenimiento de las personas mayores dependientes en su entorno habitual de vida.

Servicios de atención domiciliaria

- Acercar un conjunto diversificado de servicios a las personas mayores que viven en zonas aisladas.

- Potenciar la participación e integración en la comunidad de las personas mayores evitando situaciones de soledad y aislamiento.

- Fomentar las relaciones intergeneracionales.

- Poner en valor y aprovechar en beneficio de la sociedad los conocimientos y experiencias de las personas mayores.

- Desarrollar el compromiso de la sociedad mediante la generación de voluntariado.

Características del programa

Las señas de identidad o características fundamentales de este programa son las siguientes:

- Innovación

El programa es pionero en la búsqueda de fórmulas diferenciadas para ofrecer una diversidad de servicios y programas capaces de dar respuesta a las necesidades concretas de las personas mayores que habitan en núcleos rurales.

- Flexibilidad

Para poder adaptarse en la intervención tanto a las peculiaridades del territorio donde se desarrolla, como respecto a las necesidades reales del conjunto de personas mayores que viven en él.

- Participación

De los propios destinatarios del programa (personas mayores y grupos familiares), de los técnicos y responsables de las diferentes administraciones que actúan en cada territorio, de los movimientos sociales organizados y del conjunto de la población.

- Coordinación

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Elemento clave para la concreción y desarrollo de proyectos a diseñar en cada zona, en colaboración con cuantos agentes actúan en el territorio. La coordinación de recursos y la intervención comunitaria se concibe como la única estrategia válida para ofrecer respuestas eficientes a las necesidades concretas de las personas mayores de las zonas rurales.

- Corresponsabilidad

Por parte tanto de las administraciones locales como de las distintas asociaciones y del conjunto de la sociedad en el desarrollo de las diferentes actuaciones.

La Investigación-Acción-Participación (IAP) como método. Al combinar la intervención con la investigación y un proceso de evaluación continuo, “Rompiendo Distancias” pretende avanzar y profundizar tanto en la detección de necesidades singulares de los lugares y de sus habitantes, como en la búsqueda de alternativas flexibles que proporcionen soluciones adecuadas a las diversas situaciones del mundo rural desde un proceso permanente de IAP que, a su vez, se dirija a incrementar el compromiso social en la resolución de los problemas colectivos.

Áreas y programas de intervención

“Rompiendo Distancias”, como programa marco, comprende tres áreas básicas de intervención desde las que se articulan de una forma flexible diversas actuaciones en función de las necesidades concretas de cada realidad.

Atención a las situaciones de dependencia a través de la mejora del SAD, del acercamiento de recursos y la creación de nuevos servicios de proximidad. Promoción del envejecimiento activo y la participación e integración social. Incremento de las redes sociales y el compromiso social mediante el fomento del voluntariado y la creación de cauces para expresarlo.

4.1. Atención a las situaciones de dependencia

Dentro de esta primera área se incluyen diversos programas y actuaciones:

Servicios de atención domiciliaria

Apoyo al mantenimiento en el domicilio

El programa “Rompiendo Distancias” se dirige a completar y mejorar las actuaciones de Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), avanzando en proporcionar una atención integral a las personas mayores y familias destinatarias del mismo.

Para ello, el programa entiende que son claves dos elementos: la formación de los profesionales y la coordinación sociosanitaria para intervenir en los casos de personas dependientes que, además de atención social, precisan de cuidados sanitarios.

Desde el programa “Rompiendo Distancias” se desarrollan actuaciones como las siguientes:

- Formación continua del personal de Ayuda a Domicilio.
- Valoración integral de las necesidades de los usuarios/as, establecimiento de planes de cuidados personalizados y seguimiento de su evolución.
- Apoyo y asesoramiento al personal de Ayuda a Domicilio para la intervención integral de los usuarios/as.
- Diseño y avance de la concreción de estrategias para una efectiva coordinación sociosanitaria entre Atención Primaria de Salud y los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) de los Servicios Sociales.

Acercamiento de servicios

Una de las características clave de “Rompiendo Distancias” es la que se dirige a posibilitar el acceso a los servicios de las personas que, por situaciones de soledad, por vivir en zonas aisladas, por inexistencia de transporte público o por problemas de dependencia, presentan dificultades en dicho acceso. Este acercamiento puede propiciarse, bien llevando el servicio al propio domicilio, bien acercando a la persona a los lugares en que los servicios se dispensen.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Para ello, en el programa se desarrollan actuaciones como las siguientes:

- Atención personal en el domicilio o en centros
- Servicio de transporte accesible
- Servicio de lavandería a domicilio
- Servicio de comida a domicilio
- Servicios de atención personal (peluquería, podología...)
- Servicio de acompañamiento
- Otros servicios a domicilio (biblioteca móvil...)

Orientación, formación y apoyo a las familias

Se proporciona orientación y apoyo psicosocial a las familias que estén cuidando a una persona mayor dependiente.

Para ello, el programa “*Rompiendo Distancias*” incorpora, en estrecha coordinación con el SAD, actuaciones como:

- Orientación individualizada a las familias
- Grupos psicoeducativos para familiares
- Estancias temporales en centros para descanso familiar

Diseño y puesta en funcionamiento de centros rurales de atención

En ocasiones, las personas mayores que comienzan a tener problemas de dependencia o se encuentran en situación de fragilidad o de aislamiento social precisan que se complemente o, incluso, que se sustituya la atención en el domicilio por otros recursos más intensivos. Pero estas sustituciones de más necesidad de apoyos deben realizarse en el entorno habitual de vida de las personas, con el fin de no romper la frecuencia de sus relaciones sociales. Hay que evitar que cuando la persona debe abandonar su casa, no una al problema que motiva este acontecimiento un alejamiento de la persona de su paisaje, de su familia y de sus vecinos.

Servicios de atención domiciliaria

“Rompiendo Distancias” prevé para estos territorios dos tipos de dispositivos de atención que tienen también la cualidad de estar diseñados para los entornos rurales:

Los Centros Rurales de Apoyo Diurno, que se conciben como espacios de carácter integrador, preventivo y asistencial, en los que durante el día se presta atención a las personas mayores que se encuentran en una situación ligera de dependencia o de riesgo por fragilidad y/o aislamiento. En ellos se ofrecen servicios de manutención, transporte y asistencia en las actividades de la vida diaria así como programas de orientación a la realidad, grupos de conversación, tertulias, actividades lúdicas y recreativas, etc.

Las Viviendas Tuteladas, en las que se ofrece un sistema de alojamiento alternativo al del propio domicilio cuando, por una situación de dependencia y apoyo social insuficiente, las personas no pueden continuar ya viviendo en su casa.

Este tipo de equipamiento, por su reducido tamaño, permite que la organización de la vida diaria se realice de forma más parecida a lo que es la cotidianidad familiar, pero con la seguridad de recibir la atención profesional que precisan las personas con problemas de dependencias.

Asimismo, en estos dispositivos se ofrecen estancias temporales para apoyar a las personas cuidadoras de la red informal y, también, en situaciones de crisis de las personas mayores que viven solas (enfermedad común o accidente).

4.2. Envejecimiento activo, participación e integración social

Dentro de esta segunda área, “Rompiendo Distancias” incluye también un conjunto de programas incardinados en algunas de las siguientes líneas de actuación:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Desarrollo y dinamización del asociacionismo de las personas mayores

La pretensión es desarrollar y potenciar cauces que posibiliten una real participación de las personas mayores en su propia comunidad, así como dinamizar el movimiento asociativo diversificando y enriqueciendo sus actividades. Para ello desde “Rompiendo Distancias” se promueven actuaciones como éstas:

- Desarrollo de dispositivos de participación de las personas mayores, mediante la creación de centros sociales, de asociaciones u otros dispositivos de participación comunitaria.
- Dinamización de centros y asociaciones de mayores, mediante el apoyo preciso para que desde estos centros o asociaciones se coopere con otras entidades o se lleven a cabo desde ellos mismos programas de intervención dirigidos a fomentar fundamentalmente:
 - **El envejecimiento activo**, mediante el desarrollo de actividades preventivas para envejecer de forma saludable y positiva. Comprende charlas, actividades ocupacionales, o talleres dirigidos al mantenimiento psicofísico (gerontogimnasia, entrenamiento de la memoria, promoción de hábitos saludables...).
 - **El ocio, la cultura y la educación**, potenciando actividades que, además de contribuir al fomento de la relación social, se dirijan a promover intereses culturales, a posibilitar una formación permanente de las personas mayores así como impulsar su incorporación al mundo de las nuevas tecnologías (aulas de educación de adultos, conocimiento del medio, cursos de programas informáticos, manejo de Internet, creación de grupos musicales, de teatro...).

Promoción de relaciones intergeneracionales

“Rompiendo Distancias” pretende también mejorar el concepto y diver-

Servicios de atención domiciliaria

sificar los modelos sociales sobre el envejecer, con el fin de contribuir al acercamiento, conocimiento, respeto y dignificación de las diferentes etapas de la vida.

Para ello se impulsan actuaciones en las que las propias personas mayores de la comunidad toman el protagonismo convirtiéndose en maestras de vida y guías transmisoras de conocimiento, actuando así como modelos positivos para las generaciones más jóvenes en propuestas como:

- Talleres artesanales de mayores.
- Museos etnográficos.
- “Mayores maestros” en aulas escolares.
- Días de encuentro intergeneracional.
- Elaboración y exposición de materiales elaborados de manera conjunta por - personas mayores y niños/as o jóvenes.

Fomento de la participación de las personas mayores en los recursos comunitarios

Los diferentes segmentos de población de un territorio concreto deben interactuar conjuntamente con el resto de vecinos. Por eso el programa “Rompiendo Distancias” pretende potenciar también una actuación coordinada de los diferentes recursos de la comunidad dirigida a las personas mayores, así como lograr que las mismas participen activa e integradamente en el conjunto de servicios y programas comunitarios de su territorio. Para ello se convierte en prioritario el trabajo en dos direcciones:

1. Potenciar programas y actuaciones coordinadas que se dirijan hacia las personas mayores desde los recursos comunitarios de la zona: centros de mujer, de juventud, de cultura, de educación de adultos...
2. Difundir y promocionar la participación de las personas mayores en los recursos comunitarios de la zona.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

4.3. Compromiso social desde el voluntariado

El programa “Rompiendo Distancias” entiende el voluntariado en una doble vertiente: las personas mayores tanto como receptoras como actoras de voluntariado en su propia comunidad.

Por un lado, se pretende promover una actitud favorable al desarrollo de la actividad de voluntariado entre las propias personas mayores y a crear grupos específicos de personas mayores voluntarias relacionadas con diversas acciones de apoyo comunitario, no necesariamente vinculadas a personas de su mismo segmento de edad.

Por otro lado, se prioriza la potenciación de la red de apoyo informal de la comunidad para mejorar la atención psicosocial a las personas mayores dependientes, con el fin de disminuir las situaciones de aislamiento y soledad.

En este sentido, el programa contempla la puesta en marcha de actuaciones como las siguientes:

- Acciones de promoción y captación de voluntarios/as
- Desarrollo de grupos de voluntariado de personas mayores en ámbitos significativos para el lugar.
- Desarrollo de grupos de voluntariado (jóvenes, adultos...) para colaborar en tareas de apoyo a las personas mayores dependientes (visita a personas solas, acompañamiento a gestiones, colaboración en el desarrollo de actividades...).

Fases en que se desarrolló el programa

Como ya se ha indicado con anterioridad, el programa “Rompiendo Distancias” se inició en el año 2000 y con carácter piloto su duración se extendió hasta finales del año 2003. En la actualidad, una vez contrastada su validez, el programa está en fase de consolidación extendiéndose progresivamente el

Servicios de atención domiciliaria

conjunto de territorios rurales de Asturias en los que a los criterios de presentar un importante envejecimiento de la población y dispersión poblacional se añaden las dificultades en el acceso a servicios y comunicaciones derivadas de contar con una orografía montañosa.

Fase piloto 2000-2003

Para la puesta en marcha de la fase piloto del programa, se pensó en desarrollar tres proyectos en diferentes zonas rurales de Asturias, las cuales debían proponer un anteproyecto y comprometerse a llevar a cabo distintas actuaciones enmarcadas dentro del programa marco ya expuesto. Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para seleccionar estas zonas fueron:

- Que tuvieran el conjunto de indicadores demográficos característicos del hábitat rural: dispersión de la población, altos índices de envejecimiento y procesos de emigración y consiguiente despoblamiento.

- Que sus condiciones orográficas incidiesen de manera negativa en las comunicaciones y en el acceso de las personas mayores a los servicios.

- Que fuesen territorios con escaso nivel de desarrollo de recursos para personas mayores.

- Que existiese sensibilidad de las Administraciones Locales a la filosofía del proyecto.

- Que existieran iniciativas previas u oportunidades constatadas para trabajar en red y realizar intervenciones auténticamente comunitarias y de coordinación de recursos.

Las tres zonas que se seleccionaron fueron el Concejo de Taramundi, la Comarca de la Sidra (comprende los Concejos de Bimenes, Cabranes, Nava, Sariego y Villaviciosa) y la Mancomunidad que comprende los Concejos de Amieva, Cangas de Onís, Onís y Ponga.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los concejos se ubicaban en diferentes zonas del territorio asturiano, manteniendo todos ellos altos índices de envejecimiento y una importante dispersión de la población, (ver Tabla nº 1) que puede deducirse de la densidad de población de estos concejos, claramente inferior a la de otros concejos del Principado de Asturias fundamentalmente urbanos, como Oviedo, Gijón o Avilés.

Tabla nº 1: “Densidad de la población en concejos rurales y urbanos”

Concejos	Densidad de población
Biemenes	68,06
Cabranes	33,65
Nava	59,14
Sariego	55,44
Villaviciosa	51,49
Total MANCOSI	53,56
Taramundi	11,54
Amieva	8,31
Cangas Onís	29,19
Onís	12,01
Ponga	3,77
Total MANCOMUNIDAD ONIS	13,32
Avilés	3.164,30
Gijón	1.461,95
Oviedo	1.069,11

Fuente: Elaboración propia.INE. SADEI. 1998

Los tres ámbitos territoriales seleccionados se diferenciaban entre sí en varios aspectos: por el número de la población objetivo (Ver Tabla nº: 2), en cuanto atañe a su ordenación administrativa y en las características orográficas del territorio. Con ello se pretendía comparar diferentes tipos de estrategias a emplear según diversos contextos rurales. El proyecto de Taramundi se dirigía a 319 potenciales destinatarios y sus pueblos y aldeas constituyen un único concejo. Un segundo proyecto se había de desarrollar en un territorio de alta montaña, el de la Mancomunidad formada por los concejos de Cangas de Onís, Ponga, Amieva y Onís, y se dirigía a un número potencial de 2.388 personas mayores de 65 años. Por fin, y para una población de 6.720 personas, el terce-

Servicios de atención domiciliaria

ro de los proyectos se puso en marcha en la Comarca de la Sidra, mancomunidad formada por los concejos de Villaviciosa, Nava, Cabranes, Bimenes y Sariego.

Tabla nº: 2. Personas mayores en concejos rurales donde se desarrolló la fase piloto del programa “ Rompiendo Distancias”.

Consejo	65 y + años	80 y + años
Taramundi	319	97
Bimenes	598	130
Cabranes	521	155
Nava	1175	254
Sariego	335	59
Villaviciosa	4091	1120
Total Mancosi	6720	1718
Amieva	314	91
Cangas de Onís	1526	391
Onís	295	76
Ponga	253	87
Total Manc. Onís	2388	645
Total	9427	2460

La puesta en marcha de estos tres proyectos contó además de la promoción y coordinación por parte de la Consejería de Asuntos Sociales, con la colaboración de las diferentes Administraciones Locales y la cofinanciación de la entidad Cajastur. La colaboración de estas tres instituciones se formalizó en un convenio plurianual y se articuló la siguiente distribución de competencias generales:

Consejería de asuntos sociales
* Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes
* Dirección General de Servicios Comunitarios y Prestaciones
Responsable del diseño del programa marco, coordinación y seguimiento del mismo Cofinanciación de los costes del programa
Administraciones locales
* Concejo Taramundi
* Mancomunidad de la Sidra
* Mancomunidad de Cangas de Onís, Amieva, Ponga y Onís
Responsable de la programación, puesta en marcha y evaluación de sus correspondientes proyectos
Entidades colaboradoras
* Obra Social y Cultural de CAJASTUR
Cofinanciación de los proyectos

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El programa “Rompiendo Distancias”, en esta fase piloto, se desarrolló atendiendo a la siguiente temporalización:

Fase 1º: Propuesta y diseño del programa	
Actuaciones principales	* Diseño del programa marco
	* Gestiones relacionadas con la financiación
	* Gestiones y reuniones con las Corporaciones Locales
Fase 2º: Selección de los territorios donde desarrollar los proyectos (octubre 2000 - febrero 2001)	
Actuaciones principales	* Reuniones técnicas de asesoramiento a los profesionales de las zonas
	* Diseño de los proyectos en cada zona
Fase 3: Puesta en marcha de los proyectos	
Actuaciones principales	* Completar estudio de la necesidades de las zonas
	* Puesta en marcha temporalizada de las diferentes programaciones incluidas en los proyectos
	* Evaluaciones anuales de los proyectos
	* Reuniones y visitas de seguimiento
	* Jornadas de intercambio de experiencias
Fase 4: Evaluación y valoración final del programa (octubre 2003 - diciembre 2003)	
Actuaciones principales	* Recogida y análisis de los datos evaluativos de los proyectos
	* Valoración final
	* Toma de decisiones sobre la consolidación y extensión del programa

Con el propósito de procurar un adecuado seguimiento del programa y de los diferentes proyectos piloto, se constituyeron dos órganos:

La Comisión de Seguimiento del Convenio, formada por los responsables políticos de la Consejería de Asuntos Sociales, de las Administraciones Locales implicadas y por responsables de Cajastur.

La Comisión Técnica de Seguimiento del Programa formada por Técnicos de la Consejería de Asuntos Sociales (adscritos a las dos Direcciones Generales: Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas

Servicios de atención domiciliaria

Dependientes, y Dirección General de Servicios Comunitarios) y por los respectivos representantes de las tres zonas en las que se desarrollan los proyectos (Trabajador/a Social Municipal y Técnico/a contratado/a para el desarrollo de cada proyecto).

Para la adecuada evaluación del programa en su conjunto y de los diferentes proyectos piloto por separado se diseñó una metodología que contempla tanto aspectos cuantitativos como dimensiones cualitativas. Incluye la recogida de datos referidos a la cobertura del programa, al esfuerzo y al proceso, así como información y opiniones de los participantes (personas mayores, familias y profesionales del territorio de diferentes sistemas) sobre la consecución de objetivos y su valoración de los diferentes servicios puestos en marcha y actividades realizadas. La evaluación del programa ha seguido las siguientes técnicas metodológicas:

- Seguimiento continuado a través de reuniones periódicas de las comisiones de seguimiento diseñadas.
- Protocolo anual de evaluación de proyectos, a cumplimentar por cada uno de los/as técnicos/as coordinadores de zona del Programa.
- Encuesta a aplicar entre las usuarias y usuarios, es decir, personas mayores participantes en el programa.
- Encuesta de opinión realizada entre las familias de las personas mayores participantes del programa.
- Encuesta para recoger la opinión de los profesionales de la zona que trabajan en diferentes ámbitos (social, sanitario, cultural, etc).
- Evaluación global a cargo de la Comisión Técnica de Seguimiento del Programa y constituida por técnicos/as de los servicios sociales municipales de las tres zonas donde se ha desarrollado el programa y de la Consejería de Asuntos Sociales Las técnicas empleadas han consistido en el análisis en profundidad de los resultados obtenidos en el trabajo de campo y la utilización final de la matriz DAFO.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Paralelamente al desarrollo de esta fase piloto, se fueron celebrando con periodicidad anual diferentes Jornadas sobre atención integral a las personas mayores en el mundo rural, con el propósito de ofrecer un espacio de intercambio de experiencias y de análisis, así como de puesta en valor y visibilización de las buenas prácticas que estaban siendo llevadas a cabo. Esta estrategia es de suma importancia cuando se trata de iniciativas nuevas y pioneras, resultando de gran utilidad para la consolidación y generalización de las propuestas valiosas, para la dinamización y refuerzo de los personas mayores y profesionales implicados en el desarrollo de los diferentes proyectos, así como para la propia difusión del programa.

Consolidación y extensión del programa 2004-2006

El programa en el periodo de pilotaje obtuvo unos excelentes resultados en las diferentes evaluaciones anuales que se fueron realizando, las cuales no se pueden reproducir en este artículo por cuestiones de espacio, de las cuales se pudo concluir la bondad y adecuación del modelo de atención para ser aplicado en estos contextos rurales.

El programa "*Rompiendo Distancias*" se consolida como un programa válido y adecuado para dar respuesta a las necesidades de las personas que viven en los entornos rurales de Asturias. Esta adecuación se desprende tanto del grado de desarrollo de servicios y actividades como de la opinión sobre su eficacia para cubrir los objetivos del programa refrendada por los propios usuarios/as. Según la opinión recogida en los cuestionarios registrados, el programa ha resultado de utilidad para mejorar la atención a las personas dependientes en su vida cotidiana, para acercar servicios a las personas que viven en las zonas rurales así como para potenciar la participación de las mismas en estos territorios comunidad evitando situaciones de soledad y aislamiento.

Cabe resaltar también la valoración que tanto los servicios como el programa en general ha tenido en las zonas donde ha sido desarrollado. Esta alta

Servicios de atención domiciliaria

valoración es claramente expresada por las propias personas mayores que bien han sido usuarios/as de los servicios desarrollados en su localidad por el programa o bien han participado en los diferentes proyectos o actividades. Las técnicas y el técnico responsables de zona también reiteran la alta valoración y satisfacción por el desarrollo del programa en cada uno de sus territorios.

Otro aspecto de gran importancia es que este programa ha sido capaz de generar empleo y riqueza en las zonas donde ha sido implantado. Este es un dato de gran relevancia ya que uno de los objetivos prioritarios de las zonas rurales de nuestra geografía es la fijación de población, objetivo al que iniciativas de esta índole contribuyen notablemente.

Desde esta positiva valoración el programa está siendo extendido progresivamente a otras zonas rurales del territorio asturiano que cumplen las características y condiciones considerados como criterios de adecuación para acogerse al programa:

- Dispersión de la población
- Envejecimiento demográfico
- Despoblación
- Características orográficas de la zona y repercusión de las mismas en las comunicaciones y el acceso de las personas mayores a los servicios.
- Escaso nivel de desarrollo de recursos para personas mayores en el territorio
- Sensibilidad de la zona a la filosofía del programa
- Existencia de iniciativas de coordinación comunitaria

Durante el periodo 2004-2006 el programa “Rompiendo Distancias” se ha ampliado a cinco proyectos nuevos, que se suman a los tres ya existentes, abarcando ya en el momento actual, un total de 28 concejos rurales de la geografía asturiana.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Bibliografía

GARCÍA SANZ, B. (1997): *Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones*. IMSERSO. Colección Servicios Sociales, nº 38. Madrid

(1997): “El envejecimiento en la sociedad rural: modelos y contrastes territoriales”. *Rev. de Gerontología*, vol. 7, nº1.

(1998): “Envejecimiento en el mundo rural”. En *Sociología rural, Desarrollo y Bienestar*. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Vitoria.

CIS/IMSERSO (1998): Estudio 2279. Encuesta entre la población mayor española sobre “La soledad en las personas mayores”.

COLECTIVO IOÉ/CIS/IMSERSO (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. IMSERSO. Colección Servicios Sociales, nº 26. Madrid.

IGLESIAS DE USEL, J. (2001): *La soledad de las personas mayores*. IMSERSO. Madrid.

INE-SADEI (1998): *Tendencias demográficas y planificación económica en el Principado de Asturias (1996-2026)*. Oviedo.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998): “El problema de la dependencia en las personas mayores”. En *Documentación Social*, 112. Madrid.

RODRÍGUEZ, P. y MARTÍNEZ, T. (2002): “*Rompiendo Distancias*. Programa de dinamización y acercamiento de servicios a las personas mayores en áreas rurales de población dispersa”. En *Rev. Aghatos*. Barcelona.

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES (2003): *Rompiendo Distancias. Programa integral para las personas mayores del medio rural del Principado de Asturias*. Oviedo.

Servicios de atención domiciliaria

OMS. ((2002): “Envejecimiento activo: un marco político”, en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(52

COLECTIVO IOÉ (1990): “Participación ciudadana y voluntariado social”, en *Documentación Social*, nº 80. Madrid.

VICENTE-MAZARIEGOS, J.J. (1992): “La estructura del medio rural y su repercusión en los servicios de bienestar social”. En *La Administración Local y los servicios sociales en Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes*. FEMP, Madrid.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

3.3 Otras atenciones en el domicilio: presente y retos de futuro

3.3.3. Ayer y hoy de las comidas sobre ruedas

*Pilar Serrano Garijo
Jefa Departamento Programas Innovadores
Dirección General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid*

En esta exposición vamos a intentar ofrecer unas pinceladas sobre los antecedentes de las comidas a domicilio y su situación actual, finalizando la misma con algunos aspectos de evaluación del programa en los que nos ha parecido importante incidir.

Ante todo es preciso señalar la gran dificultad que supone obtener información sobre este servicio. Como ejemplo baste decir que la revista de mayor prestigio en nuestro país en el mundo profesional de los mayores (la revista española de Geriátría y Gerontología) no contienen ni un solo artículo sobre el tema, y lo mismo cabe decir de la Revista de Gerontología. Sólo algunos artículos en revistas biomédicas indexadas en Medline pueden orientarnos en la búsqueda de criterios de evaluación y la literatura gris contenida en Internet nos ayuda a hacer una revisión histórica.

Antecedentes históricos

El termino “comida sobre ruedas” (“meals on wheels” en la terminología inglesa) tiene su origen en la segunda guerra mundial y hace referencia al reparto de comidas y bebidas en las “canteens” por el Servicio de Mujeres Voluntarias de la Defensa Civil. Las primeras experiencias corresponden a los

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

años cincuenta y se desarrollan en Estados Unidos y Canadá. En los años setenta hay una expansión del servicio y en España es habitual encontrarlo, aunque en modalidades diferentes, por toda la geografía.

Al analizar las distintas experiencias, encontramos elementos comunes en los usuarios como es la presencia de dependencia para salir de casa, problemas funcionales o dificultades para cocinar. En general el aporte calórico constituye un tercio de las necesidades diarias. Otros elementos son mas variables, es el caso de la incorporación o no de voluntarios o las tarifas a aplicar. Otra variable a tener en cuenta es la modalidad de conservación y distribución de la comida (en caliente, en frío o congelados).

En el caso de Madrid, las primeras experiencias vienen de la mano del servicio de ayuda a domicilio (SAD) en los años ochenta. La evolución ha sido muy irregular y las comidas se han distribuido a los domicilios desde los comedores de mayores, en muchas ocasiones mediante termos o bien por catering, de modo que en 2004 doce distritos de los veintiuno existentes tenían comidas a domicilio aunque de alguno modo la necesidad estaba cubierta con el SAD que destinaba un 10% de sus horas a compras y cocinado. La tasa de cobertura de comidas a domicilio era de 0,6/mil considerando todo el municipio, aunque oscilaba entre el 4/mil y el cero. Había cierta disparidad de criterios de adjudicación y muy poca evaluación sistemática.

Situación actual

Ante esta situación se planteo la generalización del servicio y la unificación de criterios como prioridades en este campo, entendiendo que se trata de un recurso incluido dentro de las prestaciones del SAD, cuyo objetivo principal es asegurar una alimentación diaria adecuada a los mayores que no la pueden mantener en su domicilio por motivos físicos, psíquicos y que consiste en la distribución de raciones alimentarias equilibradas, desde una cocina central a los domicilios en adecuadas condiciones de higiene y seguridad.

Servicios de atención domiciliaria

Tiene una serie de **características**:

Proporciona una dieta nutricionalmente correcta. Mantiene unos hábitos alimenticios adecuados a las necesidades del usuario. Previene situaciones de riesgo de malnutrición y sus consecuencias sobre la salud y la independencia. Evita riesgos de accidentes en personas vulnerables. Y sus **usuarios** son personas mayores que viven solas o conviven con una persona dependiente y tienen escasos apoyos familiares

Concretamente quienes presentan:

- Dependencia en la preparación de comidas por incapacidad motora o sensorial (deficiencia visual).
- Dificultad en el control de riesgos de accidentes.
- Necesidades nutricionales difícilmente garantizables sin este servicio.
- Situación de la vivienda inadecuada para la preparación de comidas.

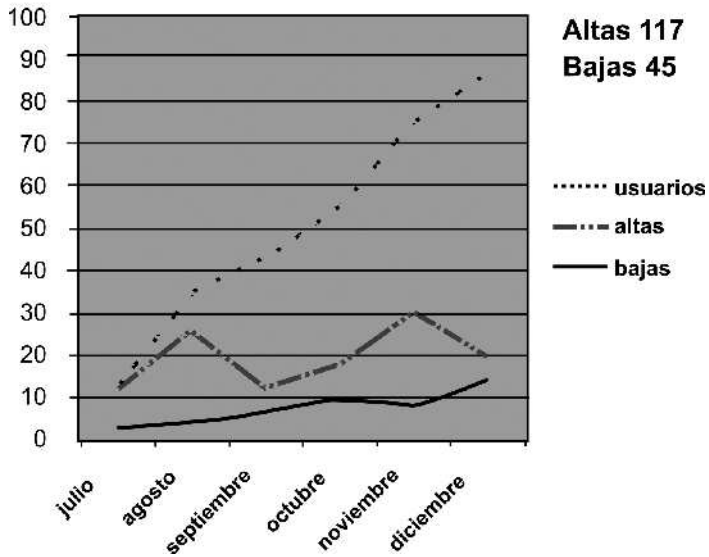
En cuanto a la **comida**, consideramos que debe ser Higiénicamente correcta (en frío), Nutricionalmente completa (análisis dietético), Equilibrada, con los nutrientes recomendados (600/800 calorías, 15% de proteínas, 30/35% de lípidos, y 50/60% de hidratos de carbono) y Adaptada a los gustos de los usuarios.

En la previsión de la cobertura se ha tenido en cuenta la experiencia de los distritos, no se pretende alcanzar la de quienes ofrecen gratis el servicio (al no ser esta la intención) ni cifras inferiores al 1/mil propia de los distritos con escasa implantación. Nuestro modelo han sido los distritos experimentados, con tradición en repartir comidas en frío y con un baremo económico basado en la renta mensual per cápita, distritos con tasas comprendidas ente 1 y 2 /mil.

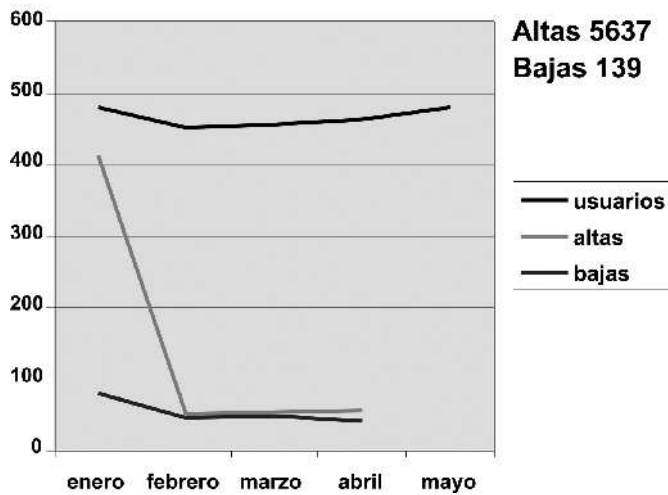
En las graficas siguientes se puede apreciar la evolución del servicio y las previsiones del futuro inmediato.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

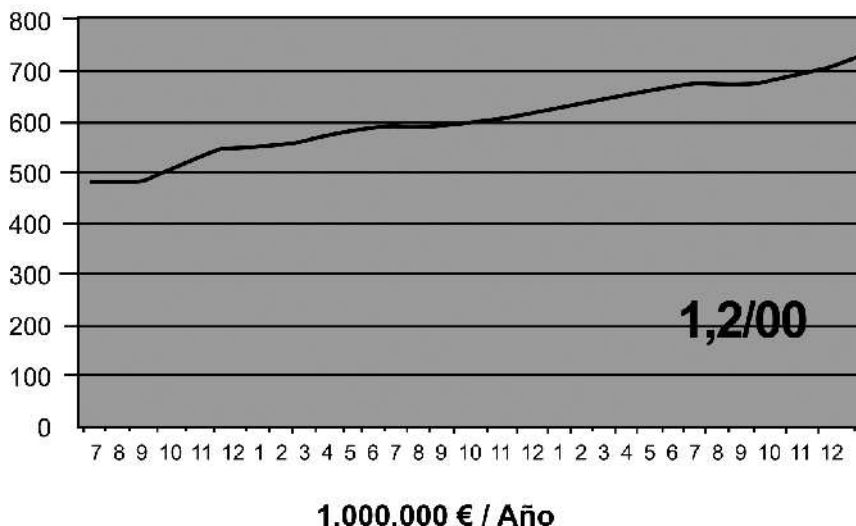
Año 2004



Año 2005



Previsión 2005/2007



Criterios de evaluación

La literatura nos enseña que la demanda parece estar en relación con el poder adquisitivo de los usuarios, las dificultades en la actividades de la vida diaria (AVD), sobre todo la preparación de comida y la compra, las condiciones de vida y los hábitos dietéticos. Parece razonable pues que busquemos nuestros usuarios entre quienes presentan esas características si queremos tener éxito en el programa.

Otro aspecto importante es el nutricional ya que sabemos que entre los usuarios de las comidas sobre ruedas tienen unas necesidades que debemos cubrir ya que en ocasiones existe riesgo de malnutrición, y hay consumo de nutrientes por debajo de los niveles recomendados. El estado nutricional es de riesgo en un porcentaje muy elevado, recomendándose la valoración del mismo.

El éxito del programa está relacionado directamente con la selección del menú, el cumplimiento de estándares nutricionales establecidos, y las normas de higiene requeridas.

Como exponente de lo que ha sido la valoración en nuestro servicio hasta el momento, pasamos a exponer ahora algunos datos de la misma:

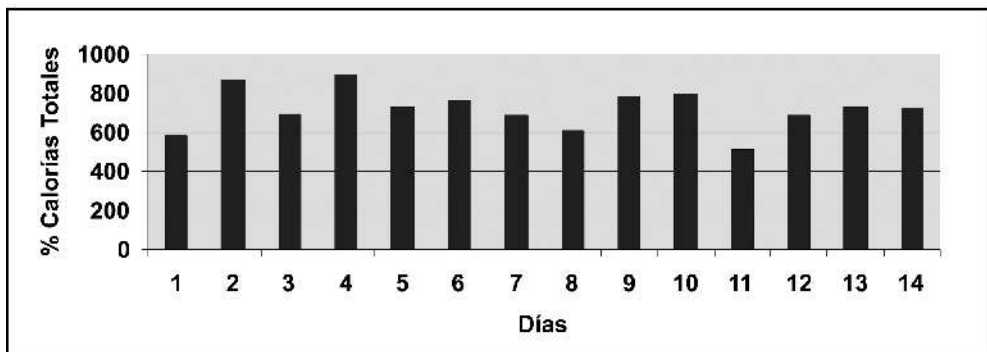
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Menús, datos alimentarios
- Cumplimiento de condiciones
- Satisfacción del usuario
- Análisis de bajas del servicio
- Perfil usuario
- Situación económica
- Riesgo global
- Dependencia AIVD
- Riesgo nutricional

Datos alimentarios

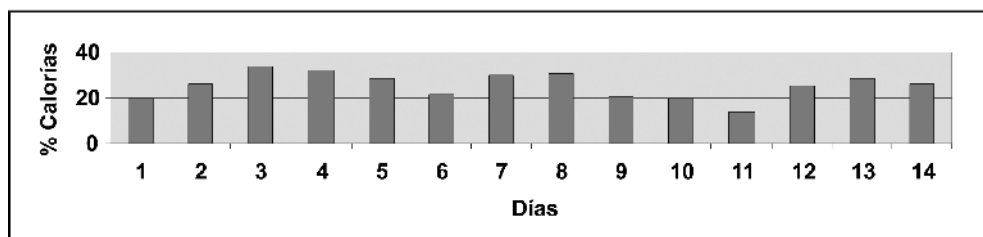
El estudio sistemático del aporte calórico global y el procedente de los distintos principios inmediatos, como el mostrado en los gráficos de barras, es fundamental para corregir los posibles desajustes (poner la DIAP) Y también es importante realizar esporádicamente un estudio de raciones que nos permita comprobar el aporte alimenticio de la comida suministrada.

**Aporte calórico de cada menú de dieta
(600- 800 cal.)**

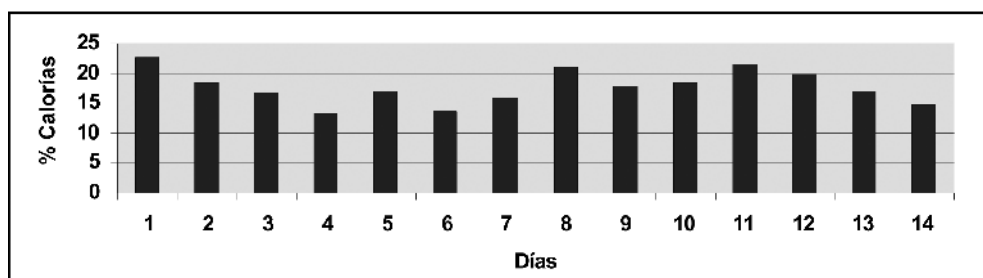


Servicios de atención domiciliaria

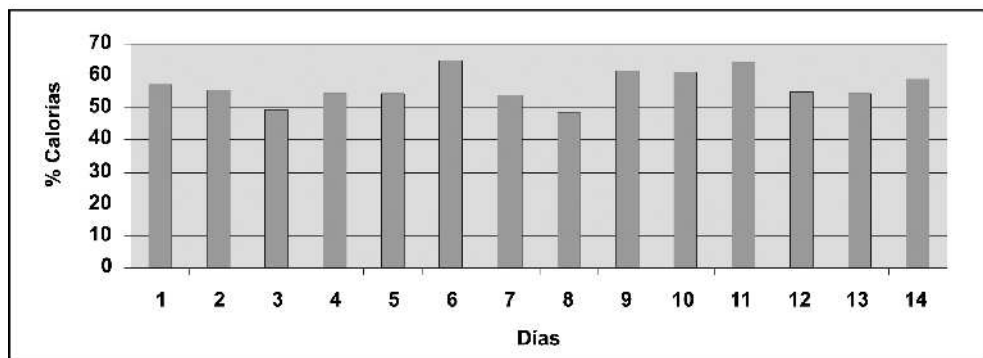
**Calorías procedentes de los lípidos
(30-35%)**



**Calorías procedentes de las proteínas
(15%)**



**Calorías procedentes de los hidratos de carbono
(50-60%)**



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Los alimentos suministrados aportan algo más de la mitad de las raciones diarias recomendadas

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
Leche Derivados	Carnes, Pescados, Huevos	Cereales, Legumbres, Tubérculos	Frutas, Hortalizas, Verduras

De modo puntual, es necesario hacer un chequeo de la situación, no solo como control sobre la empresa prestadora del servicio, sino como control general de calidad que evitará las pérdidas innecesarias por insatisfacción del usuario. Los ítem contemplados a continuación ha sido los estudiados por nosotros.

- Cumplimiento de las condiciones (n=43)
- Concreción día y hora: 86%
- Identificación personal: 86%
- Explicación del servicio: 86%
- Conservación alimentos: 86%
- Entrega folletos: 88%
- Buen estado bandejas: 90%
- Cumplimiento horario: 90%

Satisfacción del usuario

En la misma línea se sitúan las encuestas de satisfacción. En nuestro caso, además de las llevadas a cabo por la empresa prestadora del servicio, se ha hecho una encuesta telefónica que nos muestra un grado demasiado elevado de insatisfacción , sobre todo achacado a la dieta.

- Satisfacción del usuario (n=316)
- Usuarios satisfechos: 75 (23´7%)
- Motivos de la insatisfacción:
 - Por la dieta: 62 (82´6%)
 - Por el precio: 13 (17´3%)
 - Por mal cumplimiento del servicio: 7 (9´3%)

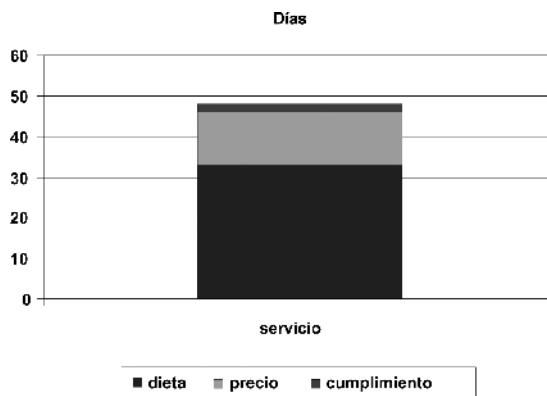
Servicios de atención domiciliaria

Es probable que una comida envasada en bandejas carezca del atractivo que puede tener el alimento preparado en casa y presentado según los gustos individuales, aunque no debemos olvidar que muchas de estas quejas pueden guardar relación con una situación de insatisfacción con la propia situación personal (de soledad o de dependencia) que puede enmascarar los resultados. En cualquier caso, es necesario tener estos datos presentes si queremos mejorar el servicio.

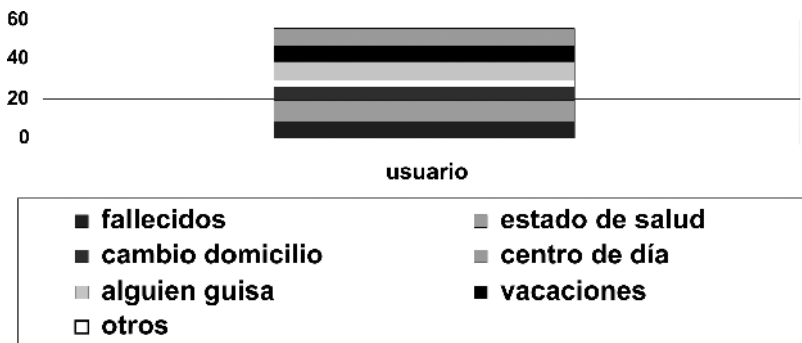
Bajas del servicio

Las gráficas siguientes nos señalan las causas de baja que inciden en lo analizado en el punto anterior, ya que un tercio de las bajas se producen por quejas en la dieta. Es probable que sea preciso informar mejor al usuario antes de la concesión del servicio puesto que parece que sus expectativas en este punto no se cumplen.

- Análisis de bajas del servicio:
- Total usuarios: 556
- Bajas: 151 (27,1%)
- En relación con el servicio: 48
- Por cambios en la situación del usuario: 56



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.



De todos modos, en la gráfica también se aprecia que la mayoría de las bajas se producen por cambios en la situación del usuario. Como no podía ser de otro modo en esta población, el fallecimiento y la enfermedad no son infrecuentes.

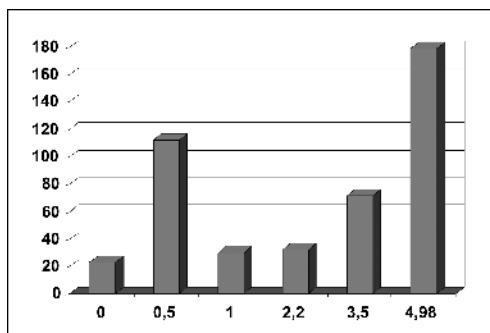
Perfil del usuario

Son varios los parámetros que vamos a analizar en relación con el usuario actual del servicio de comidas a domicilio, todos fruto de una investigación propia, llevada a cabo en los meses de funcionamiento del mismo.

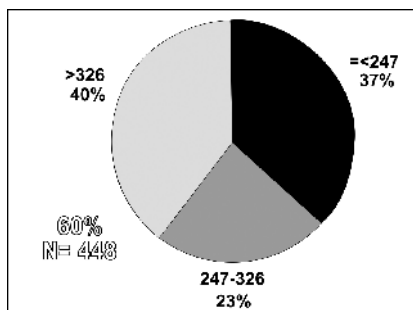
Aportación económica

La existencia de un baremo que estipula el pago por parte del usuario, nos permite conocer los diferentes niveles de renta, que son los que se muestran en la figura.

Renta mensual per capita	Aportación del usuario por comida
Menor o igual a 214,9 €/mes	0,5 €
Entre 215 € y 247,13 €/mes	1 €
Entre 247,14 € y 284,2 €/mes	2,20 €
Entre 284,3 € y 326,8 €/mes	3,50 €
Mas de 326,8 €/mes	5 €



Servicios de atención domiciliaria



En ella, se aprecia como una gran parte se encuentran en un nivel muy bajo y que por tanto abonan unas cantidades pequeñas por comida. Cabe pensar que estas personas están en riesgo nutricional que puede disminuir con la distribución de raciones alimenticias adecuadas a bajo coste.

Sin embargo, no es despreciable ni mucho menos el número de personas que tienen aportación máxima (el precio del servicio), algo que nos invita a la reflexión. Al principio de la intervención, hemos hecho alusión a que las comidas a domicilio nacieron en una situación de penuria y han sido siempre consideradas como un acto caritativo. Sin quitar importancia a esos comienzos, hoy cabe pensar que con el servicio lo que se pretende garantizar es una alimentación de calidad, para quienes presentan determinadas características, funcionales, socio familiares o de salud, independientemente de su poder adquisitivo.

Queda un pequeño grupo, residual, cuya aportación es cero que no ha sido posible incluir en ninguna de las categorías del baremo por razones diversas, heredadas de la situación previa de gratuidad en algunos casos y que consideramos debe extinguirse en breve.

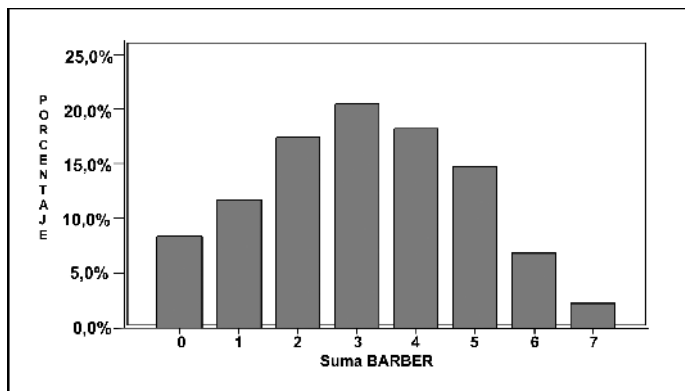
Riesgo socio sanitario general

El cuestionario de Barber, de gran utilidad como indicador de riesgo general, nos muestra una población de riesgo, con más del noventa por ciento en esa situación (recordemos que una sola pregunta afirmativa en ese cuestionario es ya signo de riesgo).

Barber: Factores de riesgo N= 222

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Cuestionario de Barber



¿Vive solo? 49 %

¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda? 8%

¿Hay más de dos días que no come caliente? 0%

¿Necesita a alguien que le ayude a menudo? 77%

¿Su salud le impide salir a la calle? 41.4%

¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por si mismo? 59.9%

¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales? 32.4%

¿Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal? 15.8%

¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año? 25.7%

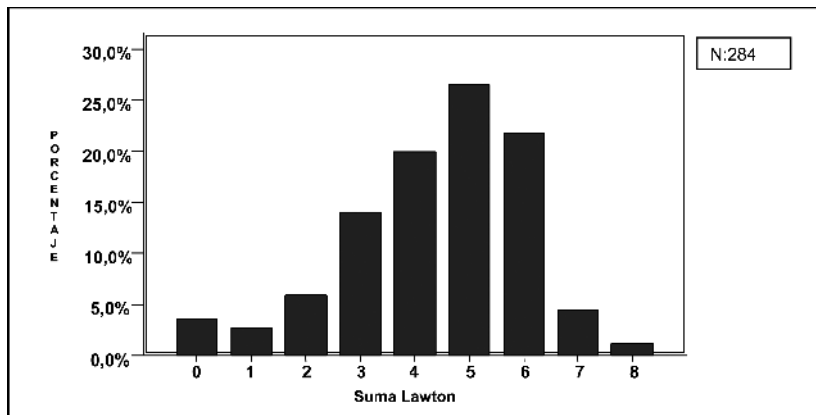
Las respuestas denotan soledad, necesidad de ayuda, problemas funcionales y de salud, lo que viene a indicar que la selección ha sido la adecuada al propósito del servicio.

Dependencia en AVD instrumentales

Se ha elegido para medirla la escala de Lawton, cuyos valores nos indican que la población estudiada es realmente dependiente, ya que apenas un uno por ciento puede ser considerado autónomo.

Servicios de atención domiciliaria

Actividades de la vida diaria instrumentales



Grados:	Dependiente Total	0 – 1
	Dependientes Severo	2 – 3
	Dependiente Moderado	4 – 5
	Dependiente Ligero	6 – 7
	Autónomo	8

Lawton	Dependiente
Capacidad de comprar	93,7%
Capacidad para preparar comida	95,4%

Las dos actividades instrumentales más estrechamente ligadas con el servicio, están afectadas en la inmensa mayoría, lo que refuerza la idea de que la indicación ha sido correcta.

Riesgo nutricional

Antes de entrar de lleno en este apartado es preciso recordar algunos aspectos de la malnutrición en los ancianos.

Según los datos epidemiológicos disponibles, a pesar de que es difícil

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

llegar a un consenso por los diferentes métodos empleados en los estudios, los problemas nutricionales son relativamente pequeños en la comunidad, mientras que alcanzan proporciones desorbitadas en el medio institucional, tanto en residencias como en hospitales, con las graves consecuencias que el hecho conlleva en unas y otros.

Los datos españoles del estudio EURONUT-Séneca, realizado en la comunidad, pusieron de manifiesto una tasa de obesidad del 31%, mientras que sólo el 3% de la población presentaba un índice de masa corporal (IMC) inferior a 20 y no se halló ningún caso con albúmina inferior a 30g/l. No obstante, en ese estudio, se señalaba la precaria ingesta de algunos micronutrientes.

Otros estudios realizados en la población catalana hallaron un 2,6% de personas con un IMC inferior a 20 y, el estudio de Mataró, empleando el Mini Nutritional Assessment (MNA), halló un 9,5% de población en riesgo y un 0,5% con desnutrición.

La malnutrición en los ancianos es un proceso infradiagnosticado y sin embargo, ni es desconocido ni es nuevo para los profesionales de la salud, sobre todo en el ámbito hospitalario. Existen trabajos de hace más de 20 años en los que en el hospital ya se identificaba la malnutrición en un 50% de la población quirúrgica y en un 44% de los pacientes de causa médica y diversos estudios de la última década siguen poniendo de manifiesto la influencia negativa de la mala situación nutricional en la evolución de cualquier proceso agudo, médico o traumatológico, incrementando la dependencia funcional e institucional.

En los sujetos de más de 70 años ingresados en una Unidad de Agudos, la prevalencia alcanza cifras de 40% a 60% y, lo que es peor, el hospital suele agravar la situación, así entre el 50% de los ancianos desnutridos que llegan al hospital, prescindiendo del diagnóstico, un gran número seguirá desnutrido y una parte se agravará durante su estancia sin que se ponga medidas para ninguna de las dos situaciones.

Servicios de atención domiciliaria

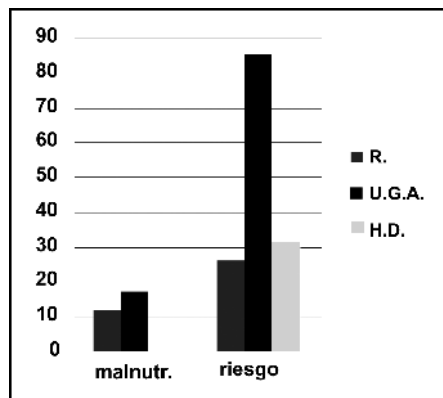
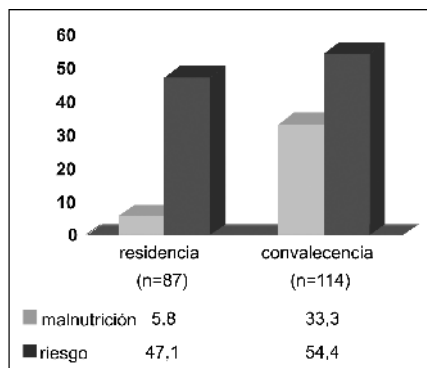
Cuando se analiza el medio residencial las cosas cambian por completo. Así, se ha estimado una prevalencia ente el 15 y el 60%, dependiendo básicamente del tipo de residencia. En España hay dos estudios realizados por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología en los que se aprecia una cifra mucho menor, 4% con IMC<20 en el realizado con IMSERSO y 2% en el otro, hay que señalar no obstante, que el objetivo de estos estudios no era buscar malnutrición sino parámetros de normalidad, motivo por el que se excluyeron los pacientes con problemas graves, posiblemente los de mayor riesgo. Salvá estudió una población ingresada en residencia con el MNA y halló un 47% con riesgo de desnutrición y un 5,7% de malnutridos. Un estudio estadounidense llegó a cifrar en un 70% a los ancianos con malnutrición (IMC<23), entre quienes eran dependientes para la alimentación.

Algunos ejemplos recogidos de la literatura o procedentes de estudios propios, son los que se aprecian en las graficas siguientes:

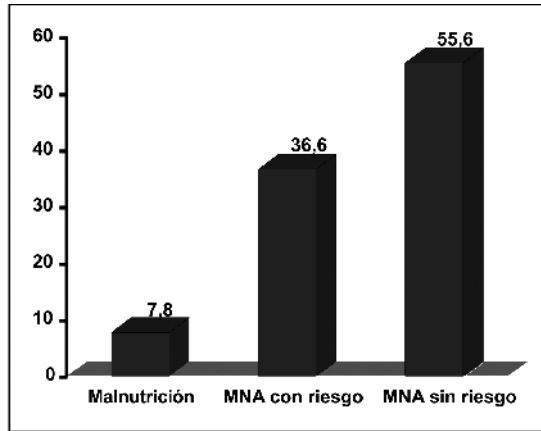
Valoración nutricional (MNA)

- Residencia n=50
 - U.G. Agudos n= 23
 - H. Día n=13

* MNA
 - Normal>24
 - Riesgo =17-23
 - Malnutrición <17



Consulta de valoración geriátrica CMG. Clasificación según MNA

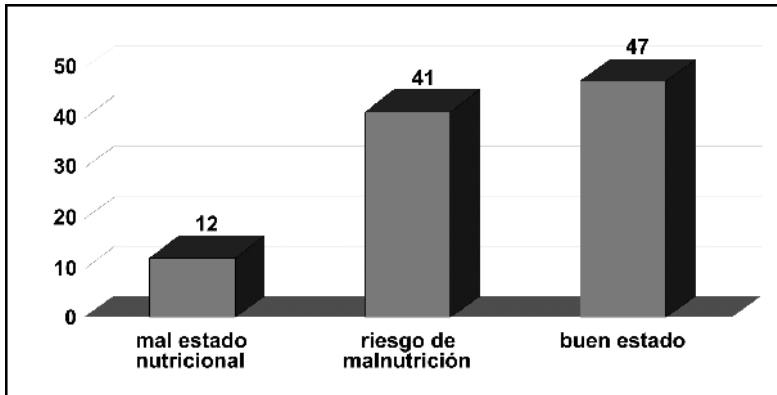


Instrumentos de valoración nutricional: NSI

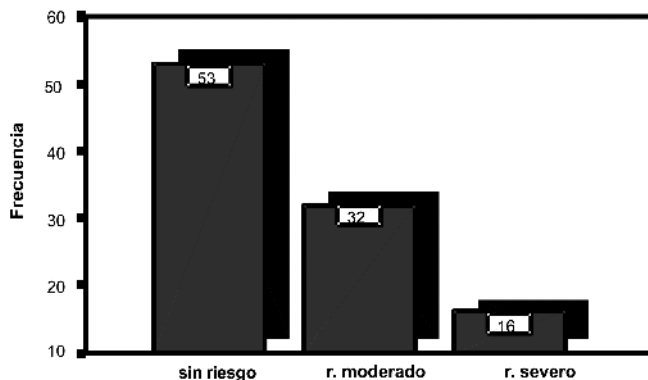
(Estudio de valoración nutricional de grupos de fisioterapia preventiva)



CD: Estado nutricional (MNA)



Riesgo nutricional según NSI (SAD)



En cuanto al tipo, lo habitual es encontrar malnutrición calórico-proteica, estado patológico de instauración generalmente lenta que obedece a la conjunción de una serie de factores sociales y de salud con distinto peso en los diferentes medios asistenciales, desde los más relacionados con la ingesta adecuada, la anorexia o la pobreza en el medio comunitario, hasta los asociados a enfermedad en los ancianos dependientes, mientras que en las residencias adquiere especial importancia la incapacidad grave, la pluripatología y la polifarmacia.

En la enfermedad aguda las cosas son un poco diferentes, con una deplección proteica severa, sobre todo en cuadros de insuficiencia cardiaca o fracturas.

Otro tipo común de desnutrición es la causada por el déficit de micronutrientes, algo frecuente en personas con dietas restrictivas por enfermedad, o en quienes tienen una ingesta calórica baja.

Evidentemente, nutrición y alimentación no son exactamente lo mismo, aunque la alimentación sea el pilar básico de la nutrición. Esto explica que haya estudios en los que se detecta malnutrición, a pesar de una cuidadosa planificación de los menús aunque, de todos modos, parece razonable partir de una alimentación equilibrada, dieta mediterránea, para garantizar que, al menos esa parte de la nutrición, se cubra correctamente.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Factores de riesgo

No es lo mismo hablar de factores de riesgo que de malnutrición, ya que el riesgo no es mas que una probabilidad de que algo ocurra. Evidentemente, a mayor numero de factores (papeletas), mayor posibilidad de que el problema ocurra (premio de la lotería).

Son muchos los factores que se han evidenciado, no todos con igual peso, y no todos con idéntica influencia en distintos medios.

Ingesta inadecuada

- Incapacidad para comer
- Dificultad para obtener y preparar comidas
- Ausencia de alternativas para consumir alimentos

Pobreza y aislamiento

- Bajos ingresos económicos (PIR)
- Soledad y escasez de relaciones sociales

Alcoholismo

- Desplazamiento de nutrientes por el alcohol
- Cambios en el apetito
- Acceso limitado a la ingesta de alimentos
- Daño orgánico secundario
- Se afecta absorción, almacenamiento y excreción de gran parte de los nutrientes

Salud Dental

- Xerostomía (fármacos, demencia)
- Caries / Enfermedad periodontal
- Pérdida de piezas dentarias
- Prótesis

Deterioro sensorial

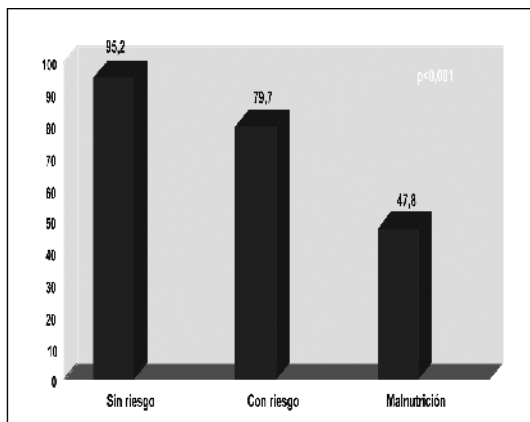
- Pluripatología
- Enfermedades cardiopulmonares
- Neoplasias
- Patología gastrointestinal

Servicios de atención domiciliaria

- Enfermedades del sistema nervioso
- Demencias
- AVC
- Parkinson
- Depresión

Dependencia e Incapacidad

En este punto, cabe señalar la asociación entre dependencia y malnutrición, asociación sin duda bidireccional, como la que puede apreciarse en la gráfica resultante de un trabajo llevado a cabo en una consulta de geriatría.



Las puntuaciones en el Barthel fueron claramente diferentes en los distintos grupos, sin que, lógicamente, podamos establecer la dirección de la influencia. La pérdida de capacidad funcional se presupone como causa y como efecto de la malnutrición, aunque no todos los trabajos demuestran fehacientemente dicha asociación. Este es el caso del trabajo de Griep o del mismo EURO-NUT SENECA. En relación con este multicéntrico, una regresión logística realizada por Pearson en 2001, si encuentra asociación entre las actividades de la vida diaria y el estado de nutrición, aunque restringiendo el estudio a los mayores de 80 años. Los estudios de Turnbull o Maravi, también la hallan, aunque este último difiere en cuanto a instrumentos o consideraciones respecto de las funciones incluidas y el primero selecciona exclusivamente pacientes diabéticos.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En nuestro trabajo esa asociación existe, reforzando nuestra idea de una valoración conjunta. Por un lado el estado de malnutrición puede llevar a la pérdida de la capacidad funcional y, por otro, ésta última condicionar el estado de nutrición, motivo por el que la valoración de cualquiera de ellas de forma negativa debe alertarnos a buscar activamente el otro problema y trabajar conjuntamente en ambos, mediante las herramientas disponibles en la propia consulta o en el hospital de día.

Cabe destacar que esa asociación se produzca también en los pacientes en riesgo y no solo en los mal nutridos, haciéndonos avanzar más en la aplicación de los principios de la medicina preventiva a los ancianos.

Como es de suponer en una población como la atendida por el servicio de comidas a domicilio, dependiente en AVD, esta asociación tiene gran importancia.

Como refuerzo a las afirmaciones anteriores, podemos mostrar también un trabajo hecho en usuarios del SAD en los que las diferentes escalas utilizadas guardaban relación con el riesgo nutricional medido con NSI (National Screening Initiative).

Criterios de fragilidad en los usuarios del SAD

Puntuación en escala / cuestionario					
Lawton	Lawton				
Barthel	0'77**	Barthel			
Barber	- 0'33**	0'36**	Barber		
Pfeiffer	- '55**	- 0'52**	0'08**	Pfeiffer	
NSI	- 0'42**	- '29**	- 0'24**	0'29**	NSI
Días de servicio/semana	- 0'62**	- 0'56**	- '10**	- 0'37**	0'40**

Servicios de atención domiciliaria

Es razonable encontrar una buena correlación entre las diferentes escalas puesto que, en cierta medida, se aproximan todas ellas al problema de la dependencia, salvo en el caso del Barber que mezcla otros factores, de índole social, que deben ser muy tenidos en cuenta a la hora de diseñar los servicios, pero que no son exactamente indicadores de la misma. Así, si tomamos como referencia principal el Lawton, esta escala comparte criterios de incapacidad y/o dependencia no sólo con Barthel, sino también con Barber (necesidad de ayuda) y con NSI (dificultad para comprar o cocinar), sin olvidar que la afectación de las actividades instrumentales puede ser un signo de alarma de deterioro cognitivo (Pfeiffer).

A modo de resumen, podemos indicar que los factores más “sociales” tienen mayor peso en la comunidad, sobre todo en los ancianos independientes, “sanos”.

Algunos de ellos se ligan claramente a la disminución de la ingesta, son un problema de alimentación que podría solventarse garantizándola de modo adecuado (comedores, becas comedor), pero otras ya tienen unas connotaciones distintas en las que el ofrecer unos alimentos adecuados no son la solución, al menos no la únicamente necesaria.

Cuando se hace referencia a la población que vive en el medio comunitario, pero que ya tiene problemas de salud y de deterioro funcional (justamente aquellos a quienes va dirigido el servicio de comidas a domicilio) se añaden factores muy importantes, inherentes a la propia situación, e independientes de la alimentación.

Es básico administrar los alimentos adecuados, pero esto no garantiza que la malnutrición no aparezca, o al menos que haya un riesgo elevado de padecerla.

En este grupo la selección ideal para adecuar el recurso, es la derivada del deterioro funcional y de la soledad, más que de la presencia de enfermedades que precisan un manejo más complejo.

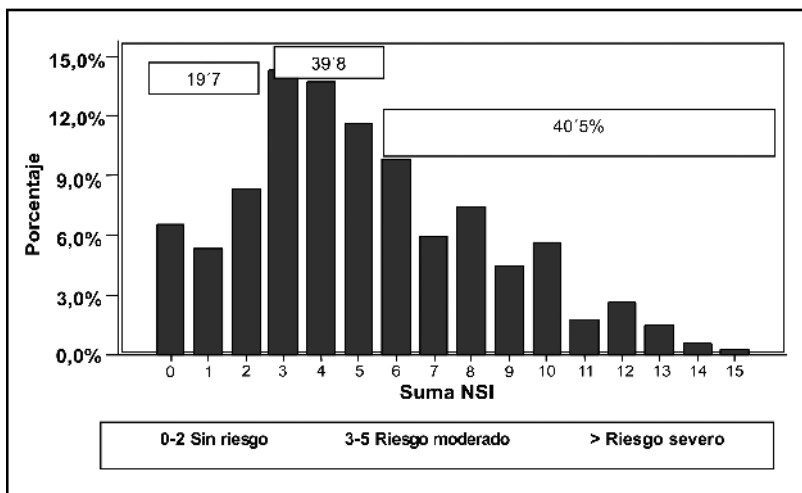
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En cuanto al índice de cobertura necesario, deberíamos bajar variables tales como dependencia en las actividades de la vida diaria instrumentales (comprar, cocinar), soledad, bajos ingresos, poco soporte familiar o social, etc.

Por ultimo en instituciones, a pesar de garantizar una alimentación correcta, las cifras de malnutrición se disparan.

Riesgo nutricional en usuarios del servicio de comidas a domicilio

En el gráfico de barras apreciamos la puntuación obtenida en el NSI que nos permite conocer la situación de riesgo nutricional en que se encuentran los usuarios, con el 80% en riesgo y la mitad de ellos en riesgo severo, algo mucho mayor a lo que puede esperarse de la población de esta edad.

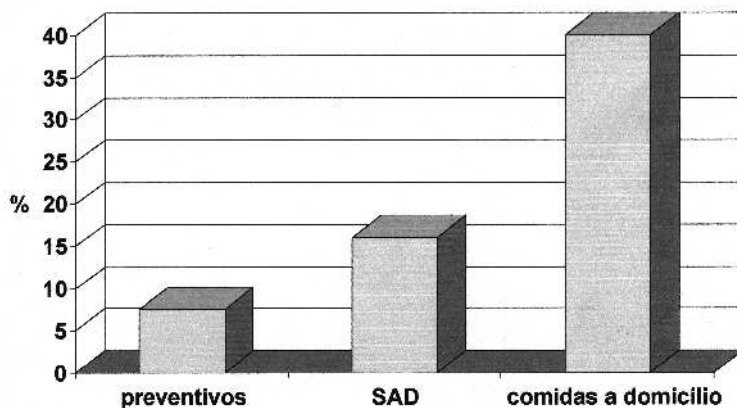


Este dato comparativo podemos observarlo en la siguiente gráfica, en la que, medido con el mismo test, apreciamos la poblaciones riesgo severo en tres poblaciones diferentes.

¿Como puedo conocer mi Estado Nutricional?	
Conteste a la preguntas:	Puntos
¿Ha cambiado su dieta por su enfermedad?	2
¿Come menos de dos veces al día?	3
¿Toma poca fruta, vegetales o lácteos?	2
¿Bebe 3 o más dosis de alcohol al día?	2
¿Tiene problemas dentales que le hagan difícil comer?	2
¿Le falta alguna vez dinero para comprar la comida?	4
¿ Come solo la mayoría de las veces?	1
¿ Toma tres o más medicamentos al día?	1
¿ Ha ganado o perdido, sin quererlo, 5 kg en los últimos meses?	2
¿Tiene dificultad para comprar, cocinar o comer?	2

<p>Sume los puntos y sabrá si tiene riesgo 0-2 = Buen estado nutricional 3-5 = Riesgo moderado de malnutrición 6 o más = Riesgo alto de malnutrición</p>

Riesgo severo de malnutrición (NSI)



La primera barra corresponde a la población que acude a los grupos de fisioterapia de mantenimiento de nuestros centros de mayores o centros de día, se trata de una población relativamente homogénea con problemas crónicos de salud y algunas dificultades en las AVD instrumentales que, no obstante, le permiten acudir al centro de forma independiente, hablamos de ancianos prácticamente independientes en la comunidad.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En los otros dos casos la frecuencia de riesgo severo es mayor. El colectivo atendido por el servicio de ayuda a domicilio es un colectivo de mayor riesgo, por menor autonomía, aunque muy poco homogéneo ya que el servicio se destina tanto a personas que solo precisan atención doméstica como a las que requieren atención personal, mucho más dependientes.

Los criterios establecidos para la adjudicación del servicio, hacen que el colectivo que recibe comidas a domicilio sea el de mayor riesgo, es el colectivo de personas dependientes que viven en la comunidad a que hacíamos mención al hablar de malnutrición unos párrafos atrás

En cuanto a los ítem afectados, se precian en la tabla y son de nuevo la soledad o los problemas económicos, sin olvidar los dentales, aunque destaca sobremanera la polifarmacia y, por ende, la enfermedad.

National Scening Initiative (%)

¿Ha cambiado su dieta por enfermedad?	5,6
¿Come menos de dos veces al día?	4,9
¿Toma poca fruta, vegetales o lácteos?	10,9
¿Bebe tres o más dosis de alcohol al día?	0,4
¿Tiene problemas dentales que le hagan difícil comer?	29,6
¿Le falta alguna vez dinero para comprar la comida?	22,9
¿Come solo la mayoría de las veces?	56
¿Toma tres o más medicamentos al día?	66,5
¿Ha ganado o perdido 5 kilos en los últimos 5 meses?	38*
¿Tiene dificultad para comprar, cocinar o comer?	63

* ganado 8'8 perdido 29'2

Con todo lo anterior, podemos afirmar que estamos atendiendo a una población que realmente necesita este servicio y que esperamos se beneficie de él, no obstante somos consciente de la necesidad de mejorar y de los retos de futuro.

Servicios de atención domiciliaria

Siguiendo las sugerencias de muchos compañeros que hacen atención directa a los usuarios, se va a establecer inmediatamente un cambio de baremo, de modo que la aportación del usuario se vea mermada, pasando de ser el 60% al 20% aproximadamente, con el fin de ofrecer una situación ventajosa a los más desfavorecidos.

Tenemos que alcanzar las ratios esperadas, trabajando sobre todo en aquellos distritos sin tradición en el servicio mediante una intensa actividad de divulgación y formación

Es preciso conseguir una coordinación eficaz con los servicios de salud ya que, como hemos podido apreciar, se trata de una población altamente vulnerable en la que existen problemas de salud. El acuerdo firmado con los servicios sanitarios de nuestra comunidad sin duda nos permitirá esa deseada situación

Por ultimo, seria deseable monitorizar las situaciones de fragilidad y conseguir hacer valoraciones nutricionales evolutivas.

Bibliografía

Coulston AM: Meals on wheels applicants are a population at risk for poor nutritional status. J Am Diet Assoc. 1996; 96(6):570-3.

Esteban, M, de Tena-Dávila, MC, Serrano, P, Romero, R, Martín, C, Martínez, A: "Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría". Revista española de Geriatría y Gerontología. 39, 1:25-8. 2004.

Gollub EA, Weddle DO: Improvements in nutritional intake and quality of life among frail homebound older adults receiving home-delivered bread and lunch. J. Am Diet Assoc. 2004 Aug; 104(8): 1227-35.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Krassie J: A review of the nutritional needs of meals on wheels consumers and factors associates with the provision of an effective meals on wheels service. An Australian perspective. Eur J Clin Nutr, 2000; 54(4):275-80.

Lipschitz DA, Mitchell CO; Steele RW; Milton KY. Nutritional evaluation and supplementation of elderly subjects participating in a “meals on wheels” program. JPEN J Parenter Enteral Nut. 1985 May-Ju; 9(3): 343-7.

Nakura I: Demand by the elderly for “meals on wheels” services. Nippon Kosshu Eisei Zasshi. 1994; 41 (3):253-61.

Nutrition in the Elderly. The Mini Nutritional Assessment (MNA). Facts research and intervention in Geriatrics. Paris. Serdi Publishing Compahy. 4 th Edition 1 997.

Requerimientos nutricionales en la tercera edad. Novartis Nutrition. 1996.

Rivera Casado J. M. y Gil Gregorio P Malnutrición en el anciano Alimentación, Nutrición y Salud en el anciano. Colección Clínicas Geriátricas. Madrid. Editores Médicos S. A. Madrid 1999.

Serrano P, de Tena-Dávila MC: “Criterios de fragilidad en los usuarios del SAD. social”. Revista española de Geriátría y Gerontología. 39, 1:9-18. 2004.

Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología. Nutrición en el Anciano. Glosa Editores. Barcelona, 2000.

Tena-Dávila M.C., Serrano Garijo P: Malnutrición en el anciano, Guillén Llera F. y Ruiperez Cantera I. En: Manual de Geriátría. Salgado Alba. Edición Masson. 2002.

3.3 Otras atenciones en el domicilio: presente y retos de futuro

3.3.4. Nuevos servicios: Servicios complementarios en el hogar

*Francisco Rodríguez Ortega.
Jefe del departamento jurídico
Fundación Andaluza de Servicios Sociales
Junta de Andalucía.*

Como hemos tenido ocasión de comprobar en el Informe “Las Personas Mayores en España” del año 2004, en nuestro país el 57 % de las personas mayores viven en sus domicilios solos o con su pareja, de las cuáles el 21,9 % viven completamente solos, radicando la mayoría de estas personas en núcleos urbanos de más de 10.000 habitantes.

Por otra parte, fruto del estudio de las necesidades de las personas mayores en Andalucía se llegó a la conclusión de que en general este colectivo requería de un servicio que atendiese sus **necesidades domésticas cotidianas**.

Por tal motivo, el año 2004 la Fundación Andaluza de Servicios Sociales llegó a un acuerdo con una de las entidades más representativas del sector de servicios en el hogar, Endesa Hogar, en virtud del cual se facilita a los usuarios del Servicio Andaluz de Teleasistencia este servicio de manera **gratuita**, y a todas las personas mayores titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesenta y cinco con unos descuentos en la suscripción anual que oscila del 46 % al 58% bonificación

El presente programa se enmarca dentro de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores que residen en Andalucía. Con esta actuación, la Junta de Andalucía pone a disposición de las personas mayores, una nueva

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

gama de servicios y prestaciones en el hogar, orientadas a incrementar su calidad de vida.

De este modo, esta actuación constituye un avance en la consecución de uno de los objetivos establecidos en la Ley Comunidad Autónoma de Andalucía 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía: “Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida”.

Descripción del programa

Para la **puesta en marcha del servicio**, a fin de que los usuarios del Servicio Andaluz de Teleasistencia tuviesen un exacto conocimiento de la prestación, se envía a cada uno, una información denominada “Paquete de bienvenida” que incluye los siguientes elementos:

- Carta de bienvenida incluida en el “Paquete de bienvenida”..
- Guía de productos y servicios, en el que se detalla el contenido y la forma de acceso a los distintos servicios.
- Obsequio: una pizarra y un imán dónde queda reflejado el número de teléfono al que pueden llamar para solicitar cualquiera de los servicios.

Por otro lado, a fin de mantener informados a las personas mayores, cada dos meses, se enviará a todos los usuarios la revista de Endesa Hogar “En casa” en la que se incluirán distintos temas de su interés y se adjunta toda la información que desde la Fundación Andaluza de Servicios Sociales se considere pertinente. Esta comunicación asimismo sirve de recordatorio de los servicios a los que tiene derecho.

Seguidamente, se realiza una descripción de los aspectos principales de este servicio, detallando asimismo algunas **características** de los distintos servicios que los usuarios pueden solicitar:

Servicios de atención domiciliaria

I. Solicitud de servicios e información: 902.535.902

Aquellos usuarios del Servicio Andaluz de Teleasistencia que quieran **solicitar** alguno de estos **servicios o información** de los mismos, deberán llamar al **902 535 902**.

II. Cobertura:

Esta prestación cubre la **primera vivienda** del usuario, asimismo en el caso de que dispusieran de una **segunda vivienda**, ésta se encontraría igualmente cubierta.

No obstante, los usuarios podrán solicitar el envío de medicamentos a cualquier dirección, aunque ésta no figure como primera o segunda vivienda, ya que se entiende que este envío se trata de un servicio personal, no estando sujeto a la estancia de un domicilio concreto, veremos más adelante en que consiste esta prestación.

III. Servicios:

Dentro de los Servicios para el Hogar se disponen de algunos servicios gratuitos y otros en los que el usuario debe abonar el servicio que solicite.

Las características principales de estos servicios se detallan a continuación, estando esta información disponible en la Guía de productos que se remite a los usuarios:

Farmacia a domicilio:

A cualquier hora del día o de la noche se realiza el envío a casa del medicamento o artículo de farmacia que se solicite.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de Endesa Hogar (debidamente identificado) en el domicilio que a los efectos determine el usuario, para de esta forma recoger la receta médica y adquirir la correspondiente medicina. Posteriormente, se entregará ésta, en mano del usuario, quien abonará en el acto el importe al que ascienda la factura del producto adquirido.

El usuario deberá facilitar en todo caso el nombre comercial de producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.).

El Servicio está disponible las 24 horas al día 365 días al año.

El número máximo de **servicios con receta médica gratuitos** para cada usuario será: **6 servicios/año**. A partir del sexto servicio el precio será de 15 euros (IVA incluido).

El número máximo de **servicios sin receta médica gratuitos** para cada usuario será: **9 servicios/año**. A partir del noveno servicio el precio será de 10 euros (IVA incluido).

Por otra parte, a fin de facilitar el acceso a la prestación se ha entregado unos **Talonarios de telefarmacia** a los usuarios que tendrán que ir recortando los bonos y entregándoselos al personal que les traiga la medicación, cada vez que hagan un uso de telefarmacia.

Estos talonarios se incluyen en los paquetes de bienvenida que se envía a los nuevos usuarios con la descripción de servicios.

Reparaciones y reformas en el hogar:

Los usuarios podrán solicitar los siguientes servicios pertenecientes a 29 gremios profesionales:

Servicios de atención domiciliaria

Madera	Fontaneros	Televisores/videos	Antenistas	Persianistas
Gas	Electricistas	Parqué	Albañilería	Escayolistas
Poceros	Cristaleros	Carpintería	Limpiezas	Enmoquetadores
Marmolistas	Carpinteros	Tapiceros	Porteros	Limpia-cristales
Tejados	Cerrajeros	Barnizadores	Pintores	Contratistas

Estos servicios se clasifican en dos tipos: **normales y técnicos**. Los denominados **técnicos** hacen referencia a aquellos servicios que requieren la reparación de aparatos eléctricos, de gas ciudad o gasóleo (reparación de TV, vídeo, electrodomésticos, portero automático, calefacción, aire acondicionado, etc.), considerando al resto de las reparaciones/mantenimiento del hogar como servicios **normales** (fontanería, albañilería, cristalería, etc.).

El **precio** que deberán abonar los usuarios, vendrá definido en función del tipo de servicio solicitado:

- Para **servicios normales** el precio es de 29,00 € (IVA incluido) durante la primera hora, facturándose las siguientes en fracciones de media hora al precio proporcional que corresponda.

- Para **servicios técnicos** el precio es de 34,00 € (IVA incluido) durante la primera hora, facturándose las siguientes en fracciones de media hora al precio proporcional que corresponda.

Estos precios son válidos para los servicios urgentes e incluyen los costes de desplazamiento.

Sin perjuicio de lo anterior, las dos primeras horas de mano de obra en los servicios urgentes de electricidad, fontanería, cerrajería y cristalería serán gratuitas.

Por otra parte, el usuario podrá pedir un **presupuesto** tanto para reformas como para reparaciones sin coste alguno por su parte. Para la realización del presupuesto se contactará con los clientes en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas laborables para concertar una visita.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Todas las reparaciones tendrán una **garantía de seis meses** desde la prestación del servicio.

El tiempo de respuesta varía en función de la urgencia del servicio, así en los **servicios urgentes** el tiempo transcurrido desde la solicitud, por parte del usuario, hasta la prestación del servicio, será un máximo de tres (3) horas, en tanto que en los **servicios no urgentes** el profesional deberá contactar con el cliente en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas laborables, para concertar una visita.

A todos los efectos sólo los siguientes servicios tendrán la consideración de urgentes:

Fontanería

Rotura de las conducciones o instalaciones fijas de agua y propias de la vivienda, que produzcan daños en los bienes propios o en los de terceras personas.

Cerrajería

Cualquier contingencia que impida el acceso a la vivienda o cualquiera de sus dependencias, o que suponga el salvamento de personas encerradas en el interior de la misma con riesgo de peligro inminente.

Cristalería

Rotura de superficies acristaladas que formando parte del cerramiento exterior de la vivienda determine una falta de protección frente a fenómenos climatológicos o ante actos malintencionados por terceras personas.

Electricidad

Ausencia total de suministro de energía eléctrica en alguna de las fases de la instalación propia de la vivienda, siempre que el origen de la avería se sitúe en el interior de la misma o en alguna de sus dependencias.

Asesoramiento médico telefónico:

Este servicio consiste en la resolución de dudas que pudiera tener el usuario acerca de interpretación de análisis clínicos, medicamentos, etc. El ser-

Servicios de atención domiciliaria

vicio de orientación telefónica sobre dudas de salud, como se expresa en su nombre, orientará, nunca dictaminará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio.

Endesa Hogar dispondrá de personal cualificado para resolver únicamente las dudas de salud señaladas en el párrafo anterior. En ningún caso el servicio de orientación telefónica sobre dudas de salud diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

El Servicio está disponible las 24 horas al día 365 días al año, los usuarios tienen derecho a ilimitados servicios gratuitos al año.

Asesoramiento legal telefónico:

El servicio se ha implantado a fin de resolver telefónicamente cualquier duda legal que puedan tener los usuarios.

El servicio es prestado con el respaldo de la entidad *Legalitas* y como complemento al asesoramiento legal presencial que existe en los centros de día.

El Servicio está disponible desde las 8:00 a las 20:00 horas de lunes a viernes, siendo ilimitado el número de servicios.

Información general:

Servicio a través del cual, el usuario puede pedir información sobre diferentes campos, en particular:

Servicios de Información Salud

Información sobre centros hospitalarios: clínicas, hospitales, sanatorios; centros extra-hospitalarios: centros de salud, ambulatorios, consultorios, casas de socorro; colegios profesionales: médicos, farmacéuticos, odontólogos, enfer-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

mería, fisioterapeutas, opticos; asociaciones y fundaciones: de profesionales, de usuarios y pacientes: direcciones y teléfonos; organismos sanitarios públicos: Ministerio de Sanidad y Consumo....; instituciones académicas sanitarias tales como facultades, reales academias, escuelas....: farmacias: información, dirección y teléfonos de las farmacias por ciudades, farmacias de guardia; centros de vacunación: vacunas recomendadas y obligatorias que se exigen en los distintos países del mundo, así como de los centros de vacunaciones en España autorizados por la O.M.S.; aseguradoras médicas; organismos sanitarios internacionales ubicados en España.

Servicios de Información de Ocio

Información relativa a carteleras de espectáculos: información sobre carteleras de cines en España (direcciones y teléfonos), carteleras de teatros, información espectáculos tales como: circos, toros, show, lugar de celebración de conciertos, precio de la entrada ...; programas de televisión: información de la programación de las cadenas españolas y extranjeras que se visualizan en España; exposiciones y galerías de arte: información exposiciones, direcciones y teléfonos de galerías de arte; museos y monumentos; festivales y fiestas populares; centros culturales y casas de cultura; restaurantes recomendados por categorías, tipo de comida....; bares y cafeterías; empresas de comida a domicilio; especialidades gastronómicas, pastelerías, heladerías, cocina monacal, especialidades gastronómicas por regiones; resultados de los sorteos celebrados en España (ONCE, Primitiva, Lotería Nacional); hobbies, subastas: información sobre hobbies (direcciones y teléfonos de centros donde poder practicarlos) y subastas de arte en España.

Servicios de Información Deportes

Estadios y polideportivos; partidos y campeonatos (en España e internacionales): encuentros, resultados, clasificaciones: información relativa a los encuentros y resultados de partidos, ligas y campeonatos de cualquier deporte;

Servicios de atención domiciliaria

asociaciones y federaciones: teléfonos y direcciones de las asociaciones y federaciones deportivas; clubes y centros deportivos; cotos de Caza y pesca; estaciones de esquí: Información de las estaciones, situación, servicios, número de remontes, número de pistas y categorías...

Servicios de Información específicos del Mar

Información de puertos y clubes náuticos y sobre el tiempo en alta mar.

Servicios de Información: viajes, desplazamientos y turismo

Información sobre instituciones y entidades de turismo: Ministerios, Cámaras, Diputaciones,... oficinas de turismo (extranjeras en España y españolas en el extranjero), Embajadas y Consulados (extranjeros en España y españolas en el extranjero); trámites Administrativos de policía, de entrada por países exigidos por las autoridades para ciudadanos que viajen al extranjero; agencias de viajes que operen en territorio español; compañías de asistencia en viaje: en España; información de hoteles y alojamientos en España y el extranjero: hoteles, hoteles rurales, paradores, balnearios, etc.: se facilitarán direcciones, teléfonos, precios y categorías de establecimientos hoteleros, así como centrales de reservas; Información de vuelos regulares nacionales e internacionales: horarios conexiones de vuelos regulares así como disponibilidad de plazas y tarifas, así como compañías aéreas; estaciones de autobuses y compañías en España, ubicación y teléfonos, precios y horarios de los recorridos de autobuses dentro de España; información de trenes (RENFE) y estaciones de tren en España: información sobre horarios, conexiones y precios de recorridos de AVE, largo recorrido, regional, express y cercanías, así como estaciones de RENFE en España; parques naturales: ubicación y peculiaridades de los parques naturales; el tiempo: información general de las características climatológicas de la zona o el país demandado; Información genérica de países: situación geográfica, moneda, idioma, superficie, población, fiestas locales, religión, horarios de bancos y comercios....

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicio de Información Útil Diversa

Información de los teléfonos y direcciones de empresas en España: bancos y cajas españolas y extranjeras en España, bancos y cajas españolas en el extranjero, aseguradoras, ONG, compañías de suministros: gas, electricidad, teléfono, agua, tv por cable; direcciones de internet que soliciten los clientes; teléfonos y direcciones de organismos oficiales españoles: Ministerios, registros oficiales, comisarías de policía, organismos del consumidor, juzgados, notarios, ayuntamientos, correos; centros de enseñanza en España tales como academias, universidades, institutos, colegios, escuelas; compañías con servicios a domicilio: catering, comida, lavandería; servicios técnicos para el hogar: servicios oficiales de línea blanca (electrodomésticos de cocina) así como línea marrón (electrodomésticos de salón, audio o imagen); grandes almacenes, supermercados, hipermercados, centros comerciales, tiendas, grandes almacenes; fechas y ubicación de ferias y congresos de España; códigos postales y prefijos telefónicos; información telefónica sobre últimas noticias de carácter político, económico, etc...; información de teléfonos relacionados con urgencias (bomberos, guardia civil); teléfonos de entidades en España de anulación de tarjetas.

Servicios de Información relacionados con el automóvil

Talleres y concesionarios de la marca que solicite el cliente, o taller más próximo al lugar indicado, servicios abiertos 24 horas como de reparación de neumáticos o cristales automóvil; ubicación de gasolineras en España, indicación e gasolineras más próximas a una población; compañías aseguradoras; Centros de I.T.V. de España; jefaturas provinciales de tráfico; callejeros de las principales ciudades europeas; estado de las carreteras españolas y las incidencias que surjan por problemas de climatología, circulación intensa u obras.

Condiciones: El Servicio está disponible las 24 horas al día 365 días al año siendo ilimitado el número de servicios.

Servicios de atención domiciliaria

Gestión telefónica de trámites del hogar

Servicio a través del cual, el cliente puede solicitar los trámites necesarios para dar alta, baja o modificaciones de contrato de empresas suministradoras de luz, agua, gas y teléfono.

Este servicio es únicamente disponible para aquellas altas de suministros cuyo titular sea el cliente titular de Endesa Energía.

Cuando el servicio pueda ser realizado de manera no presencial (telefónicamente) será gratuito, en caso de ser necesario que se resuelva de manera presencial llevará implícitos unos gastos de desplazamiento, nunca de gestión.

El servicio está disponible las 24 horas al día 365 días al año.

Los usuarios tienen derecho a un número ilimitado de gestiones de forma gratuita. Los servicios presenciales tendrán unos gastos de desplazamiento, no de gestión, de 35 euros.

Asistencia software

Prestación a través de la cual, el usuario puede solicitar asesoramiento telefónico sobre como resolver problemas de software en su ordenador.

El servicio se presta desde las 9:00 a las 20:00 de lunes a viernes, siendo ilimitado el número de servicios.

Servicio del “Manitas”

El servicio “Manitas” le ofrece una solución para todos los pequeños problemas de bricolaje que surjan en su hogar y en una sola visita: colocar un enchufe, cambiar un picaporte, cepillar las puertas, colocar los accesorios del baño, montar muebles de kit, purgar radiadores, reparación de armarios.

Este servicio no tiene costes de desplazamiento, salvo su coste que corre a cargo de los usuarios.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Precios especiales para los siguientes productos:

- Alarmas con respaldo Seguritas Direct
- Seguro Multirriesgo
- Telecomunicaciones: Telefonía fija-Auna, Telefonía móvil-amena, conexión a Internet-Wanadoo y Auna.
- Aire acondicionado y Bombas de calor
- Oferta de descuento en la contratación conjunta de luz y gas, de hasta el 5% en gas y hasta el 4% en electricidad.

Seguimiento del programa

El siguiente cuadro detalla los principales motivos de llamadas de información y de solicitud de servicios (pedidos) durante el periodo del primer año desde la puesta en marcha de este programa.

	Llamadas	Pedidos
Asistencia en el hogar	64,81%	77,37%
Información	18,62%	0,00%
Servicios gratuitos	9,89%	18,10%
Otros servicios	6,69%	4,53%

Como podemos observar la mayoría de las solicitudes son para efectuar reparaciones en el hogar, sin duda alguna por la facilidad que da el hecho de que a través de un gestor se pueda localizar cualquier profesional. También es de destacar que casi el 10% de las llamadas sean para solicitar información sobre servicios gratuitos, en tanto que casi el 20% ha hecho uso del servicio de Farmacia a domicilio.

Por otra parte, en relación a la proporción de utilización del servicio entre las capitales y el resto de la provincia, es interesante el dato de que el 70% de

Servicios de atención domiciliaria

las demandas proviene de usuarios que viven en las capitales de provincia y sólo el 30% en el resto de la provincia, siendo asimismo la provincia de Sevilla la que más demanda presenta con un 38% del total.

Tal vez esto sea debido a que las personas mayores que viven en zonas rurales disponen por una red social de apoyo que en la sociedad actual en la que vivimos es casi inexistente en grandes urbes, pero además en los pequeños municipios las personas suele acudir a los servicios que están más próximos, por lo que los servicios que este programa ofrece son más demandados en los municipios de más población en el que la oferta de servicios está más distanciada de los demandantes.

Conclusión

El programa de Servicios para el Hogar no nace con la vocación de ser una prestación que sustituya a los servicios de ayuda a domicilio, mas a través del mismo se pueden conjugar una serie de servicios que, complementarios con el tradicional servicio de ayuda a domicilio o con el Servicio Andaluz de Teleasistencia, amplíen la cobertura de las necesidades de sus beneficiarios.

A su vez, este programa sirve de apoyo a todo el colectivo de personas mayores que, sin necesitar de una prestación directa en sus domicilios, requieran de este tipo de dispositivos para paliar la situación de inseguridad o desconocimiento en las que éstas puedan hallarse a la hora de acceder a determinados servicios y profesionales.

3.4 Otras experiencias innovadoras

3.4.1. Flexibilidad de los servicios de ayuda a domicilio

Francisco J. Castillo Galindo
Jefe Dpto. Jurídico Fundación Andaluza de Servicios Sociales

I. Algunos conceptos básicos sobre los que intentar construir un modelo flexible

Los Servicios de Ayuda a Domicilio son servicios sociales, de carácter integral y polivalente y naturaleza asistencial y preventiva, orientados a las familias o personas que presentan problemas para la realización de alguna o algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana, cuyas prestaciones de atención directa se efectúan básicamente en el hogar de las personas beneficiarias de los mismos persiguiendo:

- El mantenimiento y la mejora de la calidad de vida de las personas a las que se dirige mediante la compensación de la restricción de su autonomía funcional, facilitando con ello la permanencia y la autonomía en su medio habitual de convivencia, así como...

- Prevenir o paliar situaciones de sobrecarga, desarraigo relacional, conflictos de pareja o familia, una dificultad sobre-añadida para acceder al mercado laboral o formativo (especialmente en el caso de las mujeres) u otras derivadas por el tiempo destinado al cuidado de personas dependientes.

El factor determinante para acceder a estos programas es la existencia de una necesidad, que puede ser variable en su etiología, intensidad y duración, que dificulta o impide el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Por ello pueden acceder a estas prestaciones *todas* aquellas personas que, por razón de su edad, de su discapacidad o, en general, por su falta de autonomía, no puedan desenvolverse de manera independiente en las activida-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

des básicas de la vida diaria y precisen, por ello, de la ayuda de una tercera persona.

Como vemos, se hace referencia a un conjunto de prestaciones que persiguen un objetivo común. A diversas opciones que han de confluir en las personas que van a ser beneficiarias de las mismas... con una articulación flexible.

Pero... ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de “flexibilidad”? Nos dice el diccionario de la Real Academia de la Lengua.

Flexibilidad: cualidad de flexible.

Flexible: Dícese del ánimo, genio o índole que tienen disposición a ceder o acomodarse fácilmente al dictamen o resolución de otro.

II. La flexibilización de los servicios: ¿ Por donde empezamos?

Y, a mi juicio, esta pregunta no es baladí. Tomando como punto de partida la definición anterior, cuando se habla de tener “*disposición a ceder o acomodarse fácilmente al dictamen o resolución de otro*”, debiéramos preguntarnos desde dónde debemos articular la flexibilidad de nuestros Servicios y hasta dónde podemos y debemos ser flexibles.

Ciertamente podemos -y debemos- ser capaces de amoldarnos con facilidad al dictamen de los otros... pero sin olvidar la existencia de intereses potencialmente contrapuestos que han de armonizarse en un difícil equilibrio.

- Podemos –y debemos- ser capaces de dar respuesta a las demandas multiformes que se presentan en nuestros Servicios por parte de personas y familias, susceptible de atención dentro de estos programas.

- Podemos –y debemos- ser capaces de responder a algunos de los problemas que se encuentran las empresas de Ayuda a Domicilio y, ¡cómo no!, los de las personas que trabajan directamente haciendo posible estos programas.

Servicios de atención domiciliaria

- Podemos –y debemos- ser capaces de dar respuesta a alguno de esos “vacíos del sistema” que demandan ser cubiertos.

Pero, sobre todo, debemos ser capaces de diseñar respuestas flexibles desde las Instituciones. Que contemplen los legítimos intereses de esos “otros” que demandan nuestra flexibilidad, sin perder la visión del conjunto a armonizar... y no todo es igual.

Un Primer Apunte para el Debate

Flexibilidad sí, pero....

No siempre....

No en todo...

No a cualquier precio

III. Flexibilizando los límites ¿O limitando la flexibilidad?

Para abordar este bloque se va a tomar como referencia el modelo de los Programas de Ayuda a Domicilio de Álava... matizando que, cuando se habla de “modelo”, no se hace desde la acepción de “punto de referencia a imitar” sino desde la de un esquema teórico que nos permita avanzar en el tema.

Los Servicios de Ayuda a Domicilio alaveses se concretan en la prestación a sus beneficiarios de un *abanico de alternativas compatibles entre sí* que cubren aspectos tales como:

Atención domiciliaria de apoyo menajero

- Limpieza del hogar
- Preparación de la comida
- Lavado y planchado de ropa,...

Servicios domiciliarios de atención y apoyo personal

- Cuidado e higiene personal
- Ayuda para levantarse y acostarse
- Ayuda para vestirse
- Ayuda para comer,...

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Tareas todas ellas que pueden prestarse en una triple modalidad: con un objetivo *pedagógico*, con una finalidad de *apoyo* en la realización de determinadas tareas, o garantizando la *sustitución* en la realización de las mismas.

SAD de carácter excepcional

- Vigilancia y acompañamiento
- Traslados
- Realización de compras y gestiones, ...
- Tele-alarma
- Ayudas técnicas complementarias a los SAD
- Servicio de comida a domicilio
- Programas de “respiro familiar”
- Otros:
 1. Programa “Cuidarse para cuidar”
 2. Atención diurna fines de semana, ...

Y todas ellas, a su vez, pudiendo ser reconocidas con carácter puntual, temporal, o permanente.

IV. Los límites de los servicios... ¿El fin de la flexibilidad?

Básicamente podemos hablar de dos: uno que afecta al número de horas a prestar y otro a las tareas.

El límite horario que, como criterio general, es de un máximo de 21 horas semanales para lo que se contemplan parámetros tales como la composición y características del núcleo familiar en el que se inserta la persona, su nivel de autovalimiento, los objetivos perseguidos, etc.

Con valores extremos que van de casos con media hora semanal a otros que cuentan con programas de atención de 45 horas, situándose la media mensual de 38,08 horas por unidad convivencial atendida.

Servicios de atención domiciliaria

En cuanto a las tareas, no se contempla su prestación para el apoyo o la realización de actividades y funciones cuyo desarrollo compete a otras Administraciones Públicas y, en particular, aquéllas de contenido sanitario.

Un Segundo Apunte para el Debate

Flexibilidad sí, pero desde la delimitación de los espacios competenciales y no desde las “carencias no cubiertas” por otras redes

Tuyo.... mío..... de nadie....NUESTRO.

Tampoco se contemplan como funciones propias de estos programas, entre otras ...

- El atender a otras personas que, habitando en el mismo domicilio, no sean beneficiarias de los mismos (en lo menajero o personal).

- Hacer arreglos de cierta entidad o efectuar las limpiezas profundas tras tareas tales como pintado de vivienda, obras u otras análogas.

- La prestación del servicio durante la noche o más allá de las horas estipuladas para cada caso en concreto.

- La prestación del servicio en ámbito residencial u hospitalario.

- Y, en general, aquellas tareas que requieran de un esfuerzo físico continuado por parte de las y los profesionales que desarrollan estos programas y que pongan en peligro su salud, sin contar con apoyos técnicos para ello.

Un Tercer Apunte para el Debate

¿Todo?, ¿a cualquier precio? ¿SIEMPRE?

*Cuántos recursos deben destinarse a un tipo de programas en detrimento de otros (**prioridad**).*

*Cómo se distribuyen los recursos entre diversas personas o grupos sociales (**equidad**).*

*Cómo se distribuyen los recursos asignados a una persona o grupo (**eficacia**).*

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

V. Algunos requisitos necesarios para una asistencia domiciliaria flexible

La individualización del conjunto de servicios a implementar, con garantía de cobertura los 365 días del año

Agilidad en los tiempos de respuesta

- De la activación inicial
- De las modificaciones de programas
- Ante incidencias puntuales...

Coordinación y complementariedad con otras redes y servicios confluyentes.

Realismo en las expectativas su objetivo es mantener a la persona en su medio... mientras esto sea posible y conveniente.

Un marco normativo igualmente flexible de regulación de las prestaciones, de obligaciones y derechos de las personas beneficiarias de las mismas, de obligaciones y derechos de las empresas prestatarias de estos servicios y de los profesionales que lo desarrollan,...

VI. Algunos problemas por resolver...

- La falta de espacios de reflexión y trabajo en común entre los diferentes servicios y profesionales que inciden sobre un caso.

- El carácter “centrífugo” de un modelo que tiende a responder desde “compartimentos estancos” frente a la integración de recursos múltiples dependientes de áreas diversas, que han de adaptarse a las necesidades de las personas en su medio y no al revés.

- La tendencia a la copia y mantenimiento de “modelos históricos” sin un análisis sobre su adecuación a la realidad, lo que puede llevar a un anquilosamiento de los programas.

Servicios de atención domiciliaria

- La necesidad de anticiparnos al futuro que nos señala las tasas de envejecimiento de la población y que pasa por ser imaginativos en el catálogo de alternativas a desarrollar

- La urgencia del día a día. La presión de lo cotidiano que nos lleva -o nos impide- recordar que...

Una organización que se mueve sólo a impulsos de resolver la gestión cotidiana, y en ello exclusivamente justifica su éxito y su propia existencia, "no sabe a dónde va, porque, en rigor, no va, no tiene camino prefijado, trayectoria anticipada ... se mueve sólo por la urgencia del presente, no por cálculos de futuro. De ahí que su actuación se reduzca a esquivar el conflicto de cada hora, no a resolverlo, sino a escapar de él por de pronto, empleando los medios que sean, aun a costa de acumular, con su empleo, mayores conflictos sobre la hora próxima".

(Ortega y Gasset)

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

3.4 Otras experiencias innovadoras

3.4.2. Importancia de la valoración funcional en la asignación de prestaciones

*Lucía Granados Alós
Concejala de Bienestar Social
Piedad España Auñón
Coordinadora del Programa
Ayuntamiento de Alcoy*

Introducción

La ciudad de Alcoy está ubicada en el interior de la provincia de Alicante, rodeada de sierras, lo cual limita sus posibilidades de crecimiento.

Alcoy cuenta con una población de 61.717 habitantes, según datos extraídos del padrón municipal en fecha 2 de junio 2005.

En años anteriores el número llegó a ser mayor. Su fuerte actividad industrial hizo que fuera lugar de destino para muchos emigrantes; entre los años 1860 y 1877. Venían de municipios de los alrededores, y se dedicaban a la agricultura. A partir de 1950, la inmigración proviene de otras zonas del Estado Español. Al llegar a la década de los noventa, la población comenzó a disminuir, siendo el saldo migratorio negativo en muchos años de la última década, tanto por el flujo migratorio de jóvenes y personas cualificadas como por el movimiento de población a otras poblaciones de la cercanía donde están apareciendo muchos más puestos de trabajo. Se puede ver que a pesar de que el crecimiento natural de la población es positivo en algunos años, el saldo migratorio es siempre negativo.

La conjunción de tres factores (el aumento de la esperanza de vida, la

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

caída de la fecundidad y la disminución de los flujos de inmigrantes) ha producido el envejecimiento de la población alcoyana. Esto nos da un incremento del número de personas de la tercera edad en el municipio que demandarán una mayor asistencia especializada para ancianos, tanto en centros especializados como en el propio domicilio.

Si hacemos un análisis de la población empadronada a fecha de 2 de junio de 2005, obtenemos los siguientes datos:

Por sexo:

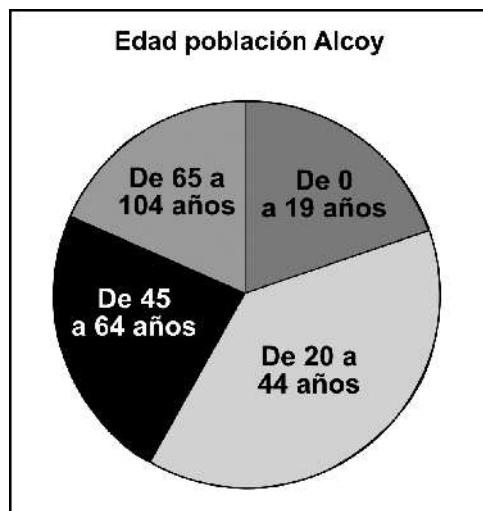
Hombres = 29.950 (48.50%)

Mujeres = 31.767 (51.50%)

Por edad:

La edad comprendida entre el intervalo de 30-34 años es la que más población hay (4.996), seguida de 25-29 años (4.989), seguidos de los intervalos de 35 a 49 años.

La población comprendida entre los 65-104 años (tercera edad), cuenta con un total de 11.277. Esto supone un 18% del total de la población.



Servicios de atención domiciliaria

Crecimiento vegetativo:

Estamos asistiendo a un crecimiento negativo de la población, es decir, hay más muertes que nacimientos, incluso contando con la población inmigrante empadronada en Alcoy.

Desde año 1995, exceptuando el año 1997, no ha habido crecimiento positivo de la población en Alcoy. A ello se añade que la población en edad laboral emigra a otras ciudades en busca de empleo, instalándose fuera de Alcoy.

- Número de personas que conviven con los mayores de 65 años: según datos extraídos del padrón municipal, obtenemos que 7.188 personas mayores de 65 años conviven con familiares u otros.

- Personas mayores de 65 años que viven solas:

Edad	Varones	Mujeres	Total
De 65 a 69 años	99	301	400
De 70 a 74 años	129	515	644
De 75 a 79 años	135	664	799
De 80 a 84 años	100	596	696
De 85 a 89 años	62	244	306
De 90 a 94 años	21	108	129
De 95 a 99 años	7	18	25
De 100 a 104 años	0	2	2
Total	553	2448	3001
Total %	18.42%	81.58%	100%

Por lo tanto, vemos que un elevado número de personas ancianas que viven solas son mujeres.

Si contrastamos estos datos con los del número de habitantes por población de edad, observamos que un 26.61% de la población mayor de 65 años vive sola.

2. Organización: Programas

El Departamento de Servicios Sociales está organizado por programas,

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

estructurado de acuerdo a la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana y el Plan Concertado de Prestaciones Sociales. En base al Programa de Información, la atención primaria se estructura de acuerdo a criterios geográficos, contando con tres unidades de trabajo social y una central desde donde se atiende a la población.

El Sistema Público de Servicios Sociales pretende, complementando los aspectos de los sistemas sanitarios y educativos y coordinando los recursos, promover la igualdad social y el pleno desarrollo de la persona en el seno de la sociedad. Los Servicios Sociales Generales son la estructura básica encargada explícitamente por la Ley de tal fin.

Si bien el objeto de atención de los Servicios Sociales es la comunidad en su conjunto, no se olvidan las especiales necesidades de atención de algunos sectores de población. Y del mismo modo que para la atención de la complejidad social los Servicios Sociales Generales se complementan con los Especializados.

De acuerdo con la Ley 5/1997, de 25 de junio de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en al ámbito de la Comunidad Valenciana, los programas y servicios que se están desarrollando en el Ayuntamiento de Alcoy son:

- Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento Técnico.
- Servicio de Ayuda a Domicilio (dentro del Programa de Convivencia).
- Programas de Cooperación Social.
- Programas de convivencia Y Reinserción Social.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programas de atención a necesidades básicas.
- Programas de Prevención y Reinserción Social.

2.1 Servicio de Ayuda a Domicilio

Es una prestación básica de servicios sociales, de carácter complemen-

Servicios de atención domiciliaria

tario y transitorio que no exime a la familia de sus responsabilidades, con organización, gestión y control público que a través de personal cualificado da ayuda a personas con dificultades para mantener o restablecer su bienestar físico y social, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural mientras sea posible y conveniente.

Este programa está coordinado por un trabajador social que es quien organiza el trabajo de nueve auxiliares de hogar, que son los encargados de ponerlo en marcha en los propios domicilios de los usuarios, también coordina los servicios prestados por una cooperativa de ayuda a domicilio que complementa el trabajo de las auxiliares de hogar.

La coordinadora del SAD también se encarga de dar las altas de los nuevos casos de SAD ante las bajas producidas, por varios motivos, como defunciones, ingresos,.. Las altas se dan por lista de espera, aunque a veces se tienen en cuenta situaciones urgentes.

3. El servicio de ayuda a domicilio en el ayuntamiento de Alcoy.

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el Ayuntamiento de Alcoy viene regulada por el Reglamento publicado en fecha 14 de octubre del 2004 en el BOP de la provincia de Alicante, nº 237. Esta ha sido la última modificación efectuada, pero el reglamento vió por primera vez la luz en fecha 10 de marzo de 2003.

Este proceso de reglamentación se inicia aproximadamente en el año 1996, y surge como respuesta a la necesidad sentida de actualizar, regular y ajustar a las necesidades de nuestro municipio el servicio de ayuda a domicilio. A ello se añade la opinión de los técnicos en cuanto a que la concesión del servicio depende de la valoración del trabajador social, pudiendo llegar a ser subjetiva la concesión o denegación del servicio.

Por lo tanto, el reglamento pretende dar objetividad a los criterios esta-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

blecidos para la valoración de una solicitud de un servicio de ayuda a domicilio y es el producto del trabajo, el esfuerzo y experiencia de todos los Trabajadores del Equipo Base de nuestro Municipio.

En ningún caso pretende modificar el Servicio de Ayuda a Domicilio como recurso social, por lo que los conceptos básicos que definen el programa siguen siendo los mismos, aunque sí entendemos este informe como el punto de partida para la posterior aprobación de la propuesta del Reglamento del Programa del Servicio de Ayuda a Domicilio.

4. Metodología para su definición:

Recabar información sobre el tratamiento y regulación del Programa del Servicio de Ayuda a domicilio en otros municipios de la provincia.

Análisis comparativo sobre el planteamiento y tratamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio entre nuestro Municipio y los municipios en “estudio “.

Se tienen en cuenta municipios con similitud de habitantes al de la ciudad de Alcoy, que estén prestando el servicio de ayuda a domicilio.

Las conclusiones a las que se llega en ese momento son:

La definición del Programa del Servicio de Ayuda a Domicilio es común a todos los Municipios. A pesar de no existir Legislación Específica para dicho Programa, se cuenta con un Documento de Trabajo aceptado por gran número de Equipos Base de la Provincia de Alicante.

Centrándonos en esta cuestión y en referencia a nuestro “estudio comparativo” las principales diferencias que se constatan son:

La ausencia de Reglamento para la Regulación de la Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en nuestro Municipio.

La gratuidad del Servicio de Ayuda a Domicilio en nuestro Municipio, frente al establecimiento de precios públicos y obligación al pago por ser beneficiarios del mismo.

Servicios de atención domiciliaria

Conclusiones

La aplicación de la propuesta del Reglamento de Servicio de Ayuda a Domicilio dio como consecuencia la EXTINCION de la prestación del servicio en 10 Unidades Familiares que están siendo beneficiarios del mismo, no obstante, se valora que dicha aplicación tendrá en el futuro, una repercusión positiva en cuanto al orden que establece.

No se considera concluido el trabajo, ya que se entiende la realidad como cambiante y por tanto en constante evolución, este es el motivo por el cual la evaluación continua de resultados puede obligar en cualquier momento a realizar nuevas propuestas de Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Una vez ya elaborado el reglamento y aprobado por todos los técnicos del equipo, y aprobado por Pleno del Gobierno Municipal, se publica en el BOP del día 19/01/2003, titulado “Aprobación provisional del Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Alcoy”. La aprobación definitiva del reglamento sale publicada en el BOP del día 10/03/2003.

Posteriormente, se modifica el reglamento y sale publicado en el BOP de fecha 30/06/2004, con el título “Aprobación provisional del Reglamento del Servicio de Ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Alcoy”.

El **capítulo IX** del Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), en su apartado **Concesión y prestación del servicio**, y dentro de éste en el **punto 25** recoge lo siguiente: *“el periodo de duración de las prestaciones será el que determine expresamente en la resolución de concesión ,no pudiendo ser superior a un año”*.

Se propone modificar dicho punto, sustituyéndolo por el siguiente texto: *“ el periodo de duración de las prestaciones será el que se determine expresamente en la resolución de concesión, no pudiendo ser superior a dos años desde el inicio del mismo o desde que el servicio hubiera sufrido alguna modificación en*

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

el número de horas y/o tareas a realizar, por alteración de las circunstancias tenidas en cuenta para su concesión”.

Los motivos que justifican la propuesta son: se ha detectado por parte de los profesionales del Departamento de Servicios Sociales, que el periodo establecido de un año para proceder a la renovación del Servicio, estando sujeto este trámite a un proceso similar al de nueva solicitud, es excesivamente corto, lo que genera determinada ansiedad a los usuarios del mismo, bien porque se sitúan en que lo “pueden perder”, bien porque les resulta costoso realizar de nuevo todas las gestiones burocráticas que la renovación conlleva.

Así mismo y desde un punto de vista profesional se ha valorado que no es necesario renovar el servicio cada año por los siguientes motivos:

1. Cuando los motivos que justifican la prestación del servicio son circunstanciales el profesional ya recoge en su propuesta una duración determinada para la prestación del SAD que es inferior a un año, y que en todo caso se revisa una vez transcurrido el periodo propuesto.

2. En los casos que el servicio se presta ante una situación de necesidad que permanece estable y mantenida renovar el servicio cada año, no ofrece ninguna aportación sustancial al expediente ya que el seguimiento de los casos se realiza de manera periódica y como mínimo mensual a través de los auxiliares de hogar y las trabajadoras sociales, o bien del propio usuario y la trabajadora social.

3. Por otra parte y cuando las circunstancias que motivaron la prestación del servicio varían, dando lugar a una modificación del mismo bien referida al número de horas de prestación, bien a las tareas que deben realizarse, ya se efectúa una revisión del mismo que puede ser a instancias del propio usuario y/o su familia o a instancias de los propios profesionales del Departamento de Servicios Sociales.

Servicios de atención domiciliaria

El reglamento con el cual se esta trabajando es el que aparece publicado en fecha 14/10/2004 en el BOP de la provincia de Alicante.

5. Análisis del reglamento:

El reglamento se estructura en 12 capítulos, Disposiciones Transitorias, Disposición Final y 1 anexo (donde se incluye el baremo de indicadores de la prestación de Ayuda a Domicilio).

Todo el reglamento es un proceso elaborado por lo que todo es importante y se ha de tener en cuenta. Sin embargo, es destacable:

La finalidad del servicio, tiene en cuenta favorecer la permanencia de las personas en su hábitat, potenciando los núcleos familiares y/o vecinales, previniendo así situaciones de marginación y soledad y propiciando su autonomía personal.

En cuanto a los niveles de intervención son cuatro: preventivo, asistencial, rehabilitador y educativo.

Los beneficiarios del servicio de ayuda a domicilio pueden ser: personas mayores que viven solos o con otros que no los pueden atender, personas con problemas de movilidad reducida, familias desestructuradas por falta de un miembro clave.

En cuanto a los profesionales, decir que existen dos niveles de intervención:

- En un primer nivel, el Equipo de Servicios Sociales de Atención Primaria, lleva a término un trabajo de carácter técnico (diagnóstico, diseño de intervención dentro del hogar, seguimiento y evaluación)

- En un segundo nivel encontramos a los profesionales encargados de la ejecución (auxiliares de hogar).

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Entre los dos niveles se establecerán líneas de coordinación.

Las funciones o tareas específicas a desarrollar son:

Trabajador social

- Estudio y valoración de las necesidades y recursos de la comunidad.
- Difusión e información sobre el servicio.
- Recepción de la solicitud y valoración inicial de caso.
- Realización del informe de necesidad.
- Valoración del tipo de servicio y personal más adecuado para la intervención en la situación de necesidad.
- Seguimiento y evaluación del caso.
- Coordinación con las Auxiliares de hogar y Empresa concesionaria en el desarrollo de las tareas concretas con cada usuario.
- Reuniones de seguimiento con los Auxiliares de Hogar y Empresa concesionaria.

Auxiliar de hogar

Estos profesionales centran sus actuaciones en le domicilio del usuario, en tareas muy concretas y con distintas funciones:

Asistencial

- Higiene personal
- Ayuda personal
- Limpieza del hogar, ropa
- Compra.

Educativa

- Ayudar a personas o familias a adquirir o reformar hábitos y capacidades para poder desarrollarse por sí mismos.
- Educación dietética
- Educación administrativa
- Enseñar y estimular.

Servicios de atención domiciliaria

Preventiva

- Control de régimen alimentario
- Detectar situaciones que pueden generar conflictos.

Sanitaria-asistencial

- Control de la administración de fármacos.
- Acompañamiento al médico.

Rehabilitadora

- Ayuda para la realización de ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos.

Función orientadora

- Modificación de hábitos de limpieza y alimentación.

Coordinador

Las funciones básicas del coordinador son:

- Gestión y dirección: La función de coordinación abarca la adecuada distribución de tareas y el seguimiento del trabajo para articular un buen funcionamiento. Eso comporta un grado elevado de circulación de información entre los distintos agentes de intervención.

- En colaboración con la Unidad Administrativa, control del gasto generado por los servicios que presta la entidad concesionaria y seguimiento de los convenios firmados en referencia al Servicio de Ayuda a Domicilio.

- Reuniones con Consellería de Bienestar Social con objeto de actualizar y valorar la Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Psicólogo

- Orientar sobre las intervenciones psicofamiliares.

- Diseño de técnicas y estrategias de motivación de los usuarios.

- Desarrollo de habilidades sociales y recursos personales del personal de intervención.

Numero de horas prestadas: mínimo de 2 horas día a 10 horas semana, distribuidas en función de la necesidad. Para tareas domesticas, suelen ser

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

2 horas a la semana, y para aseo personal un mínimo de 1 hora al día.

Los requisitos para ser beneficiario del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Alcoy son:

- Estar empadronado en Alcoy y con residencia continuada en el mismo.
- Hallarse en situación de necesidad a la que no puede hacer frente por sus propios medios.

Se considera que un solicitante se encuentra en situación de necesidad cuando en la aplicación del baremo para la prestación del servicio se obtenga un mínimo de 8 puntos en la valoración de grado de autonomía y un 5 en la valoración de la situación sociofamiliar.

Para la obtención de la puntuación, se aplica un baremo derivado de la suma de tres variables. Cada variable tiene una serie de aspectos que son puntuables.

- La puntuación máxima global es de 100 puntos.
- La variable nivel de ingresos tiene una puntuación máxima de 30 puntos.
- La variable sociofamiliar tiene una puntuación máxima de 35 puntos.
- La variable autonomía tiene una puntuación máxima de 35 puntos.

Una vez aplicado el baremo, y dado que los medios financieros y humanos son limitados, se establecerá el orden de prioridades, teniendo en cuenta la mayor puntuación en las variables de autonomía personal y sociofamiliar en caso de empate de puntos.

El baremo económico se aplica teniendo en cuenta los ingresos económicos de la unidad de convivencia, entendida ésta como los miembros que aparecen empadronados. Se suman todos los ingresos económicos tanto los derivados de las pensiones como de las rentas de trabajo, como los derivados de intereses de capital mobiliario del ejercicio fiscal que se este utilizando para valorar la situación económica.

Servicios de atención domiciliaria

Todos esos ingresos se suman y se dividen entre doce meses. A esa cantidad que se obtiene se le resta la cuantía mensual establecida como Libre disposición, según el número de miembros, obteniéndose así la renta disponible. En esa cuantía de libre disposición se tienen en cuenta gastos procedentes de hipoteca, alquiler, gastos fijos de tratamientos médicos,...

Según es el % de renta disponible equiparada al SMI se obtiene una puntuación, la cual aparece en el reglamento, hasta un máximo de 30 puntos.

En el baremo de autonomía personal se detallan diversas actuaciones cotidianas que la persona realiza o necesita realizar para desarrollar una vida normalizada. En cada una de las actuaciones descritas se han introducido cuatro apartados en los que se mide el grado de desarrollo de las mismas, con una puntuación. La suma de las puntuaciones no puede ser superior a 35 puntos.

En el baremo de situación socio-familiar se valoran los siguientes aspectos de la situación familiar:

a) La ayuda que se le presta al solicitante, ya sea por familiares directos u otras personas (vecinos ...).

b) La posibilidad de recibir ayuda, considerándose la posibilidad de prestar ayuda por parte de familiares directos o de primer grado de consanguinidad, así como de aquellos familiares indirectos.

c) La persona que elige libremente vivir sola pudiendo esta con algún familiar del cual podría recibir atención.

6. Origen del SAD en el ayuntamiento de Alcoy.

El servicio de ayuda a domicilio se instauró por primera vez en el año 1984, con la contratación de un trabajador social, a media jornada. El servicio comienza con la cobertura de cuatro casos, contratando a un auxiliar de hogar para tal fin.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

A medida que el servicio va consolidándose y va creciendo la demanda así como la necesidad de atender a personas ancianas y discapacitados en su entorno, va creciendo el número de profesionales tanto trabajadores sociales como auxiliares de hogar, llegando a formar parte de la plantilla de auxiliares de hogar un total de 11 trabajadores, todos ellos funcionarios.

Hasta el año 2000, existía un trabajador social que se encargaba solo de la coordinación, gestión y seguimiento del servicio de ayuda a domicilio. En esa fecha hay una reorganización del departamento y todos los trabajadores sociales tramitan solicitudes de SAD, pero la figura del coordinador del SAD solo se dedica a lo que su propio nombre indica, es decir, coordinar el programa: reuniones con auxiliares de hogar, con la cooperativa, seguimiento del programa, control del presupuesto, dar altas y bajas del servicio,...

Actualmente contamos con 9 auxiliares de hogar, ya que dos de ellas ya se han jubilado.

7. Evolución del servicio

Servicio mixto:

En el año 1994, y como apoyo al ayuntamiento de Alcoy, se convenía con la Cooperativa de Dones de Alcoy la prestación del servicio de ayuda a domicilio, ya que se ve aumentado el número de personas a atender y con los auxiliares de hogar contratados por el ayuntamiento no se da cobertura a la demanda existente.

La Contratación del servicio de ayuda a domicilio como apoyo al que presta el Ayuntamiento de Alcoy se firma en el año 1996, y desde esa fecha hasta la actual se renueva bianualmente si ninguna de las dos partes desea rescindir el contrato. Se realizó vía concurso público, y los requisitos fueron:

- Experiencia previa.
- Formación teórico practica del personal.

Servicios de atención domiciliaria

- Calidad de la ejecución.
- Precio.
- Ubicación de la empresa.

Año	Nº de auxiliares en enero	Nº de auxiliares en diciembre
1995	2	3
1996	3	3
1997	3	7
1998	7	11
1999	11	13
2000	15	17
2001	16	17
2002	15	14
2003	14	16
2004	17	15
2005	16	15 (Actualmente)

Evolución del servicio desde 1996 hasta 2004:

Desde el año 1996 se está prestando el servicio de ayuda a domicilio de forma mixta, es decir, con personal propio (11 auxiliares de hogar funcionarios) y concertada con una empresa privada.

Año	3ª edad	Minusválidos	Menores	Total
1996	82	18	4	104
1997	94	15	1	110
1998	150	16	2	168
1999	145	21	1	167
2000	156	23	1	180
2001	165	14	1	180
2002	185	21	3	209
2003	197	29	0	226
2004	180	12	0	192

8. Situación actual

Actualmente, se esta prestando el servicio de ayuda a domicilio con personal del ayuntamiento (auxiliares de hogar funcionarias) y con personal de una

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

empresa privada, en forma de contrato de prestación del servicio de ayuda a domicilio como apoyo al que presta el ayuntamiento de Alcoy.

Se está dando cobertura a un total de 191 núcleos familiares de los cuales 173 son personas mayores y 18 son discapacitados.

Si hacemos filtro en base a las tareas, encontramos que 134 son servicios domésticos, 8 son únicamente de aseo personal y 65 son de aseo personal y tareas domésticas.

En base a la composición de la unidad familiar, encontramos que hay un total de 136 personas solas, de las cuales 116 son mujeres y 20 son varones.

Hay 16 matrimonios y 39 unidades familiares compuestas por varios miembros, de los cuales alguno es discapacitado (18) o son ancianos dependientes (21), cuyo principal cuidador es el otro anciano.

Esto supone un total de 319 horas semanales, aproximadamente.

Hay un total de 9 auxiliares del Ayuntamiento de Alcoy y 15 auxiliares de la Cooperativa, de los cuales 11 prestan servicios al Ayuntamiento.

Desde los auxiliares del Ayuntamiento se da cobertura a un total de 99 unidades familiares, y desde la Cooperativa un total de 92.

Señalar que las sustituciones las hace el personal de la Cooperativa.

Hay un total de 75 demandas en lista de espera, originado por el reglamento. La mayoría son servicios domésticos, dándose prioridad a los servicios personales.

- Tareas domésticas: 65 solicitudes.
- Aseo personal: 10 solicitudes.
- Tareas domesticas y aseo personal: 10 solicitudes.

3.4 Otras experiencias innovadoras

3.4.3. Una experiencia solidaria “En contacto”

*Rafaela Calvache Béjar
Centro Integrado Servicios Sociales
“Teresa de Calcuta”*

1. Fundamentación

El envejecimiento de la población, como consecuencia de la mayor esperanza de vida, ha incrementado espectacularmente el número de personas mayores de 65 años y en especial mayores de 75 años, que necesitan apoyos para seguir viviendo de forma autónoma.

Por otra parte, la dispersión de los núcleos familiares en el territorio ha propiciado que la mayoría de las personas mayores envejecan solas en su propio domicilio, al menos mientras son capaces de vivir de forma autónoma, con apoyos externos de las familias, y con prestaciones socio-sanitarias.

Los propios mayores expresan el deseo de vivir y envejecer en su propio domicilio y es este deseo hacia donde se dirigen las políticas de atención socio-sanitarias actuales, entendiendo este deseo como sinónimo de calidad de vida.

Este grupo nace de la realidad constatada desde el trabajo social de zona de que la mayoría de los usuarios / as del S.A.D (servicio de ayuda a domicilio) son personas mayores con un grado moderado a severo de dependencia funcional.

La dependencia puede producir en las personas mayores un efecto de mayor dependencia: cuanto más dependientes se sienten del apoyo de otros(familia, instituciones...) tienen menor confianza en sus propios recursos personales,

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

desciende su nivel de autoestima y se muestran menos competentes para su autocuidado en los niveles físico y sobre todo emocional; con el resultado de una mayor dependencia. Esta situación se retroalimenta y les impide desarrollar y aplicar sus recursos personales para vivir su situación con el mayor bienestar posible.

Como consecuencia, reducen cada vez más su movilidad y con ello recurrirán más a trabajadores sociales de zona, y auxiliares del SAD, rechazando otras opciones de intervención, como puede ser asistencia al Centro de Día.

Su estado de ánimo suele ser depresivo y manifiestan un discurso obsesivo en torno a sus enfermedades y a lo que han perdido (autonomía, pareja, hijos...), con constante demanda de atención y sentimientos de soledad.

Este grupo de personas son en su mayoría mujeres que viven solas y a las que la progresiva situación de dependencia que viven y perciben en ellas mismas, lleva a desarrollar actitudes de dependencia emocional respecto a aquellos que las apoyan, y en algunos casos a intensos sentimientos de auto desvaloración y depresión.

Nuestra actuación esta dirigida a ofrecer a estas personas un espacio de comunicación y encuentro con iguales, con el grupo como principal herramienta de apoyo entre las participantes.

2. Objetivo general

2.1 Crear un espacio de encuentro para personas mayores que viven solas o carecen de una red social de apoyo.

2.1. Ponerlas “en contacto” con iguales, desarrollando recursos personales para vivir con mayor bienestar y estimular su autonomía.

3. Objetivos específicos

3.1. Aprovechar la relación grupal como espacio de apoyo mutuo entre los participantes, con el fin de reducir el estrés personal, a través de la confrontación con situaciones similares.

Servicios de atención domiciliaria

3.2. Favorecer la autonomía y la autoestima de las personas participantes, desarrollando sus recursos personales.

3.3. Crear un espacio de ocio alternativo al propio domicilio de las personas mayores participantes, estimulándolas a “ salir de casa”.

3.4. Realizar ejercicios de estimulación cognitiva y sensorial, para disminuir el impacto de su situación de dependencia.

3.5. Desarrollar actitudes y habilidades de auto cuidado (higiene, alimentación, prevención de caídas, uso correcto de medicación...)

3.6. Favorecer el conocimiento de las prestaciones y recursos socio-sanitarios a su alcance y estimular su incorporación a ellos.

4. Perfil del grupo

- Mujeres mayores de 70 años.
- Receptoras del servicio de ayuda a domicilio.
- Estado de salud mental: bueno.
- Con carencia o déficit en sus relaciones familiares y/o sociales.
- Residentes en la zona del Casco Histórico de Barajas.

5. Metodología

Para alcanzar estos objetivos, se ha diseñado un programa para un grupo 10 o 12 personas; con sesiones semanales de una hora y media, durante todo el año (salvo el mes de agosto).

La captación se realizará a través del trabajo social de zona, realizando un estudio de aquellos expedientes que cuenten con la prestación del SAD, y que los beneficiarios cumplan con el perfil anteriormente descrito.

El primer contacto con las candidatas, se realizará mediante entrevistas individuales en el domicilio por parte de la trabajadora social de zona y el animador sociocultural, de modo individual o conjunto, según el caso.

Paralelamente se informará a los auxiliares de ayuda a domicilio (personas de referencia importantes), de los contenidos del programa, para que colaboren en la captación.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Se coordinará con la empresa prestataria del S.A.D, para que se acompañe al usuario, hasta el lugar donde se realice la actividad, en aquellos casos que se estime necesario. También se contará con el apoyo de los/as voluntarios/as del Centro de Servicios Sociales, tanto para los acompañamientos, como para el apoyo a las actividades del grupo.

5.1. Estructura de las sesiones.

La sesión, de una hora y media de duración, como se ha indicado anteriormente, se dividirá en tres partes:

- Gimnasia pasiva de activación. (con una duración de media hora)
- Trabajo de grupo (con una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos).
- Relajación.

Se fomentará en todo momento la verbalización por parte de las participantes de sus opiniones y sentimientos sobre el tema a tratar, introduciendo de forma transversal los contenidos teóricos o proponiéndolos como tema del día.

El objetivo fundamental es potenciar y estimular el encuentro entre las participantes.

6. Temporalización

- Fase de elaboración y programación: Enero – Marzo del 2003.
- Fase de captación: Marzo – Septiembre de 2003.
- Fase de difusión:
- Presentación a la empresa adjudicataria del S.A.D. –junio 2003-
- Presentación en Centro Municipal de Salud. –junio 2003-
- Fase de desarrollo: 9 de Octubre de 2003 a 29 de Julio del 2004

7. Evaluación

Se realizará una evaluación anual por parte de los técnicos responsables del grupo y otra con las participantes.

Servicios de atención domiciliaria

El objetivo de poder realizar una doble evaluación (técnicos y participantes), es poder contrastar la percepción de los indicadores de cambio determinados por los técnicos con la visión subjetiva de los participantes en el grupo.

7.1. Evaluación Técnica: El modelo que proponemos para realizar esta evaluación es el siguiente:

La evaluación se realizará anualmente coincidiendo con la interrupción del grupo en verano (mes de agosto.)

Se evaluará a cada una de las participantes y al propio grupo en función de los siguientes indicadores.

Indicadores individuales:

- Asistencia.
- Abandono del acompañamiento para asistir al grupo.
- Higiene personal.
- Mayor autonomía en las AVD.
- Cambios significativos en su estado de ánimo.
- Mejora en la competencia relacional.
- Integración con el resto de las participantes.
- Percepción personal de los cambios.

Los indicadores individuales serán contrastados con los auxiliares de ayuda a domicilio.

Indicadores grupales:

- Asistencia al grupo.
- Nivel de interacción.
- Aparición de redes de apoyo entre las participantes.
- Demandas a los técnicos.

7.2. Evaluación de las participantes.

Se realizará una sesión de dinámica grupal antes del “ fin de curso”, para que puedan evaluar al grupo y a sí mismas.

Indicadores personales:

¿ Me gusta venir al grupo?

¿ Qué hacemos en el grupo?

¿Cómo me siento en el grupo?

¿Me acuerdo de que hay que venir?

¿De qué me sirve el grupo?

¿Cómo me sentía antes de venir al grupo?

¿Cómo me siento desde que vengo al grupo?

La evaluación realizada por los técnicos responsables y la realizada por las participantes, serán contrastadas para significar la percepción de los cambios (si los hubiese) de ambas partes.

Con todos los datos obtenidos se realizará un informe anual que sirva tanto para evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos del proyecto como para modificar este y mejorar la calidad de la intervención.

3.4 Otras experiencias innovadoras

3.4.4. La calidad de los servicios como meta

*Manuel Enrique Medina Tornero
Departamento de Sociología y Política Social
Escuela de Trabajo Social
Universidad de Murcia*

Las políticas para personas mayores están desarrollándose en nuestro país con un gran despliegue de medios, pero quizá no estén produciéndose los análisis correspondientes sobre el nivel de impacto y la utilidad operativa de las mismas. En este trabajo, y desde la perspectiva del usuario hemos analizado una de las prestaciones más demandadas de dichas políticas: el servicio de ayuda a domicilio, y lo hemos realizado desde planteamientos de búsqueda de la calidad que debe tener dicha prestación y para eso, nada mejor que recoger y evaluar las propuestas de los usuarios desde sus expectativas de satisfacción.

Palabras clave

Ayuda a domicilio, evaluación, calidad asistencial, mayores, satisfacción.

Introducción

A partir de la década de los años setenta todos los países europeos se plantearon -por lo menos desde el punto de vista de las intenciones y el discurso- el desarrollo de políticas en favor de las personas de edad avanzada. España ha dejado constancia de esta voluntad incluso en la Constitución de 1978 puesto que ésta establece, en el artículo 50, que los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos de edad avanzada. Ahora bien, esta protección

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

sanitaria y social de las personas mayores se ha desarrollado con ritmos muy distintos en función de los países, sobre todo entre los del Norte y los del Sur. Y ha adoptado asimismo formas diversas en relación con las peculiaridades de los sistemas de protección social propios de cada país. Aparte de los factores sociopolíticos, el ritmo de envejecimiento demográfico y el grado de maduración de los sistemas de pensiones de jubilación han constituido otros tantos determinantes de peso en el desarrollo de la protección socio-sanitaria de las personas de edad avanzada.

Las respuestas pues, han variado en función de los diferentes países europeos, pero de hecho los objetivos de las políticas de vejez se han unificado progresivamente (Walker, 1996). En la actualidad, la mayoría de estos países coinciden en considerar que el objetivo último de las acciones en favor de las personas mayores es favorecer la inserción social normal durante el mayor tiempo posible. En materia de protección social y sanitaria, esta opción supone conceder preferencias a las acciones de ayuda a domicilio y las soluciones alternativas a la institucionalización y la hospitalización, a fin de mantener a las personas de edad avanzada en su entorno habitual y prevenir los riesgos de desarraigo que implican las separaciones bruscas de su entorno.

El alojamiento de las personas de edad avanzada en estructuras colectivas ya no es un objetivo prioritario en la mayoría de los países europeos. Considerando que todas las colocaciones de personas de edad avanzada en instituciones suponen para ellas un desarraigo de su entorno habitual y considerando que esta medida plantea inevitablemente importantes problemas tanto psicológicos como de inserción social y pérdida de autonomía, las políticas de vejez tienden hoy en Europa a hacer hincapié en las ventajas del mantenimiento a domicilio de estas personas. Además, se suman a este motivo sociopsicológico otras razones de índole económica y financiera, como consecuencia de la esperada restricción del gasto público (INSERSO/Guillemard,1992).

Servicios de atención domiciliaria

Es en este contexto en el que el servicio de ayuda a domicilio (en adelante SAD) se constituye como una posibilidad de intervención, cuya eficacia y nivel de calidad ha sido contrastada repetidamente en diversos países de nuestro entorno (INSERSO, 1988;1993; FNADAR, 1995; Sylvaine Fior, 1997; Colvez *et al.*, 1997) o en Estados Unidos (Peek, Coward, Lee y Zsembik,1997); de aquí que ahora tengamos el interés y la oportunidad de efectuar una evaluación de la calidad del SAD desde la perspectiva de los usuarios que reciben el servicio prestado por un ayuntamiento.

Hoy se acepta de forma general que un ayuntamiento es fundamentalmente una empresa de servicios y se acentúa la idea de lograr una Administración más eficiente, menos burocrática, más orientada hacia el auténtico concepto de servicio público; es decir, aquel que es ofrecido en armonía con las demandas y las expectativas de los ciudadanos. Aunque si esto es cierto para la Administración en su conjunto, cuando nos aproximamos al ámbito de los servicios sociales nos encontramos con dificultades y con estructuras que nunca fueron concebidas para ser “ incluidas” en la lógica de la eficiencia.

Es en este planteamiento en el que debemos ser conscientes de que no es suficiente el objetivo de prestar el servicio que reclama el ciudadano, cumpliendo los procesos de conformidad con las normas administrativas, sino que se deben añadir e incorporar con buen criterio los atributos de calidad que espera el ciudadano. Pero no debemos, asimismo, olvidar que la exigencia de calidad (y su comprobación) no suele estar al alcance de muchos de los ciudadanos usuarios de los servicios sociales, por lo que la Administración contrae un compromiso de gran importancia en la gestación y en la implantación de los procesos que permite prestar servicios con calidad.

La calidad apenas forma parte de la cultura organizativa de los servicios sociales en España, como es fácil comprobar y prueba de ello es la escasa bibliografía que podemos encontrar sobre calidad y servicios sociales.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

A modo de ejemplo señalaremos algunas de las publicaciones que tímidamente van apareciendo y conformando un espacio que deseamos siga creciendo por el bien de los servicios sociales. Desde una perspectiva global aborda Porcel (1997), el difícil entorno de la calidad total en el trabajo social y su aplicación a diferentes ámbitos; la gestión de calidad en los servicios sociales es objeto de reflexión en Sacanell (1996; 2003) y de forma práctica, en relación a la aportación de los círculos de calidad Herrera (1996), presenta una experiencia de implantación en la administración local, en el área de servicios sociales del Ayuntamiento de Jaén.

La calidad desde la óptica de nuestro planteamiento, comienza a tener un importante reflejo en las publicaciones revisadas: el antecedente de este trabajo podemos encontrarlo en (Fernández, Pérez, Medina *et al.*, 1995) en el que se analiza la calidad del servicio de ayuda a domicilio, en la evaluación de la calidad de los servicios sociales contemplada de forma integral (Medina, 1995) o en la garantía de calidad en la aplicación práctica de la evaluación de programas (Medina, 1996) e incluso en el marco teórico para la evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales (Medina, 1996; 1997; 2000; 2003; 2004).

Sin embargo, en donde más se ha desarrollado el interés por la calidad ha sido en los servicios sociales especializados: la atención al cliente y su relación con la calidad del servicio (Elorriaga *et al.*, 1997), la importancia de los recursos humanos y la calidad en las residencias de personas con retraso mental (Forteza, 1996); experiencias de gestión de calidad total (Aguiriano, 1998), la consideración de la calidad organizativa en las instituciones para discapacitados psíquicos (Lacasta, 1998) y el impresionante despliegue sobre implantación de calidad en sus organizaciones realizado por FEAPS, con la publicación de los nueve tomos de sus Manuales de Buenas Prácticas (2000); en el amplio campo de las toxicomanías (SEIT, 1993); la evaluación de la calidad del servicio de teleasistencia (Rodríguez, 1996; IMSERSO, 1997); la evaluación de la calidad de los

Servicios de atención domiciliaria

servicios del programa de termalismo social (INSERSO, 1992b); la evaluación de la calidad en los centros residenciales y de acogida para menores (Fernández del Valle, 1998; 2002); la asistencia de la calidad de las personas mayores, desde una perspectiva general (Ruipérez, 1988), en las residencias (Suarez, Cifuentes y Merchán, 1992), en la elaboración de protocolos de evaluación (Medina, 1993b), en la elaboración de manuales de buenas prácticas de la Diputación de Álava (1996); en los centros de integración laboral (Fernández, 1996), la elaboración de estándares de calidad para la integración laboral de personas con discapacidad (MTAS y Fernández, 1997) y en la adaptación para analizar la calidad de vida a través de la calidad de servicio, en una adaptación de Samuel Fernández (1999) para el IMSERSO. La publicación de *Intress* y el MTAS sobre la *Guía para la implantación de la Norma ONG con Calidad* que es, sin duda, uno de los esfuerzos más singulares por acercar la calidad a las entidades asociativas interesadas. La revista *Documentación Social* dedica el nº 128 de julio monográficamente al tema de la calidad con el sugerente título de “*La calidad como imperativo en la acción social*” en el que se pueden leer algunas de las experiencias de aplicación de la calidad más interesantes y por último, la recopilación realizada por Setién y Sacanell (2003) de los textos presentados a las siempre interesantes Jornadas sobre “*Calidad y Servicios Sociales*” que tenían lugar en la Universidad de Deusto. No cabe duda de que el panorama de la calidad ha evolucionado en los últimos años de forma acelerada, aunque aquí únicamente hayamos presentado unas pinceladas del mismo a lo largo de los últimos años. Y tras este breve marco introductorio desgranaré algunos elementos concebidos para el debate y que conforman el cuerpo de la conferencia..

1. El servicio de ayuda a domicilio

El *Servicio de Ayuda a Domicilio* es una prestación básica recogida en los compromisos del Plan Concertado y sobre la que vamos a investigar, pero antes es preciso que llevemos a cabo una aproximación más detallada, dado que se

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

trata de una de las prestaciones asistenciales más antiguas que se conocen, de las más reconocidas por los ciudadanos, pero al mismo tiempo de las menos estudiadas. Solo muy recientemente han aparecido algunas monografías en español con la pretensión de realizar una aproximación general (Colomer y Rubiol, 1982, Bueno Abad y Estrada, 1989; Fernández del Valle, 1992; Estrada, 1993; Bonet, 1993; Pérez Salanova y Palau, 1995); con el propósito de elaborar una propuesta metodológica para un espacio territorial concreto: en el Ayuntamiento de Barcelona (1982), Colomer (1986), Ayuntamiento de Valencia (Varios, 1986), (Estrada,1985); como un programa de actuación individualizado (Gil Montalbo, 1995); contemplando la historia del SAD, su organización y desarrollo (Malla, 1991; Estivill, 1991; Rodríguez y Sancho Castiello,1996); desde la perspectiva de la necesaria coordinación sociosanitaria entre los servicios sociales y los sanitarios, tema que cada vez atrae a más investigadores (Maravall, 1995; Iturria y Márquez, 1997; Villaverde *et al.*, 1998); elaboración de bases y criterios para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores con un capítulo dedicado a los servicios sociales y a la atención domiciliaria (INSALUD, 1995;1996); Pérez *et al.*, 1998) y una perspectiva que cobra interés cada día, la situación de los familiares que cuidan a los ancianos dependientes (Valderrama *et al.*, 1997; Bermejo *et al.*, 1997; Medina, 1999); la ayuda a domicilio para discapacitados (INSERSO,1988) o específicamente para invidentes (García y Zamora, 1996).

La incorporación, asimismo, de los conceptos de apoyo informal y autoayuda que paulatinamente van situándose en un contexto más próximo a las personas mayores (INSERSO,1995b; Gómez Purón, 1996); con la intención de convertirse en un manual para la formación de auxiliares que trabajen en el SAD (Rodríguez y Valdivieso, 1997) y sin olvidar la perspectiva europea por comparación (Rodríguez, 1993; Bianchi, 1996). Sobre el estudio y la extensión del SAD (IMSERSO,1998). La aprobación del Plan Gerontológico nacional dio una nueva dimensión al SAD, desde el momento que se contemplaba como una prestación integradora (Pineda Soria, 1995). Algunos congresos y/o jornadas se han ocu-

Servicios de atención domiciliaria

pado del tema de la ayuda a domicilio, como las celebradas en Madrid (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, 1987; Ayuntamiento de Madrid, 1991). Además de los diferentes congresos que periódicamente convoca el Consejo Internacional de Servicios de Ayuda a Domicilio, o en las Jornadas de Intervención Social que organiza el Colegio Oficial de Psicólogos y coedita con el IMSERSO.

2. Método

Instrumento, muestra y procedimiento

Se diseñó un cuestionario dirigido a recoger aspectos cualitativos y cuantitativos sobre la percepción del usuario del nivel de satisfacción del servicio prestado que fue sometido a la consideración y consenso del personal del Departamento de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Murcia. Entre los aspectos encuestados se encuentran los de carácter sociodemográfico y del entorno familiar y social, tipo de familia y convivencia, posición en la familia y algunas características de sus miembros, disponibilidad de servicios y características de los servicios recibidos: conocimiento, horarios, disponibilidad, tareas solicitadas y tareas realizadas, adaptación a las necesidades del usuario, valoración de la calidad de la prestación y grado de satisfacción con el SAD, así como el análisis del cumplimiento de expectativas y la opinión de la familia y del propio usuario sobre los beneficios producidos por la prestación; los niveles de accesibilidad; el estudio de los problemas, desajustes y quejas originados en el desempeño del servicio y por último una aproximación al nivel de relación con los auxiliares y su importancia en el proceso de gestión de calidad.

Los escasos estudios sobre análisis de calidad asistencial en el ámbito de los servicios sociales y concretamente sobre el servicio de ayuda a domicilio, nos han impedido que podamos establecer comparaciones relativas a la organización y estructura de los instrumentos de medida. Sin embargo, algunos antecedentes de evaluación de calidad (INSERSO, 1988; 1992; 1997; 1998;

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

FNADAR, 1995; Fernández, Pérez y Medina, 1995; Rodríguez, 1996; Colvez et al., 1997; Lacasta, 1998) nos han permitido verificar algunas de las cuestiones planteadas como objetivos de investigación.

Las preguntas relativas a los aspectos descriptivos, sociodemográficos, al entorno familiar y el nivel que ocupa el usuario en la estructura convivencial quedan bastante bien explicadas en Rodríguez y Sancho (1995), ARARTEKO (1996) y González López (1996), así como las cuestiones sobre los aspectos meramente informativos acerca del contenido y el procedimiento del SAD (ARARTEKO, 1996; Vizcaino, 1997); aunque, son las cuestiones sobre el nivel de satisfacción, las más comunes de encontrar entre los antecedentes señalados (Diputación Foral de Alava, 1988; Ayuntamiento de Oviedo, 1991; INSERSO, 1992b; IMSERSO, 1997;1998; Lebeaupin, 1993; Colvez et al., 1997), pero con un alto nivel de generalidad, sin descender a detalles que identifiquen, qué se entiende por satisfacción; únicamente en FNADAR (1995) e IMSERSO (1998).

Las dimensiones de calidad tal y como se pretenden medir en este trabajo, se aproximan a las planteadas por Vuori (1988), Palmer (1990), Hayes (1995) y Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), y en aspectos más concretos a las descritas en la escala SERVQUAL (Raña et al., 1998).

Las relaciones entre usuarios y auxiliares es otro de los amplios campos en los que existen grandes lagunas, de ahí la importancia que en esta investigación se le ha dado. Hemos encontrado esta inquietud compartida en los trabajos de FNADAR (1995) y ARARTEKO (1996) en los que desde distintas posiciones se ha querido señalar la importancia que para el buen desarrollo del SAD tiene la armonización correcta entre usuario y auxiliar (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1993; Forteza, 1996; Delgado et al., 1997), pero también ha quedado patente que para ello era preciso detectar el nivel de salud y de compromiso de los auxiliares, así como la adecuación de los mismos a los puestos y tareas que debían desempeñar; este aspecto ya había sido señalado en Fernández, Pérez y Medina (1995), aunque en un estudio piloto. Esta cuestión nos conduce a señalar la importancia del análisis de

Servicios de atención domiciliaria

las cuestiones organizativas para poder informar sobre el nivel de calidad que se ofrece (Landon, Wilson y Cleary, 1998).

La medición del nivel de expectativas y la comparación del cumplimiento de lo prometido, tanto en el caso de usuarios, como de sus familiares implicados, ha sido un argumento muy desarrollado en el ámbito sanitario (Alcalde *et al.*, 1997), en el de servicios (Llorens, 1996) y en menor medida en servicios sociales (INSERSO, 1988; Medina, T1c; 1997a; Fior, 1997; Ruipérez, 1998).

El entorno convivencial y relacional del usuario y las posibilidades de cambio que le pueda producir el SAD, es otro de los elementos incluidos (INSERSO, 1992a; Fernández del Valle y García, 1994; FNADAR, 1995; ARARTEKO, 1996; Gené *et al.*, 1997) en la encuesta como variable de interés.

Los aspectos que tienen que ver con los procesos de accesibilidad del usuario a los mecanismos de comunicación, tanto con el Ayuntamiento como con los auxiliares, es un tema que denota un factor importante de calidad percibida, y en este sentido hemos tenido en cuenta algunas observaciones, sobre todo aquellas que se refieren a la comunicación telefónica en sus diferentes posibilidades (INSERSO, 1988; 1992a; Duarte y Godoy, 1997).

El procedimiento de recoger, articular y resolver las reclamaciones, quejas y problemas generados en el transcurso de la prestación del SAD, es un componente singular en la concepción de la calidad, por eso era importante incorporarlo al cuestionario como queda explícito en la bibliografía revisada (ARARTEKO, 1996; Garzón *et al.*, 1998).

El cuestionario se pasó, en dos ocasiones, a los mismos usuarios (con la diferencia de un año). La primera encuesta se realizó utilizando muestreo estratificado con afiliación proporcional a 206 sujetos usuarios del SAD del Ayuntamiento de Murcia, muestra que es representativa de la población de usuarios con un error de $\pm 5\%$ y un margen de confianza del 95%. En el año siguiente la encuesta se pasó a los supervivientes de la primera muestra, un total de 149 usuarios, representativa de la población con un error de $\pm 7\%$ y un margen de confianza del 95%. Los motivos por los cuales la muestra se ha visto reduci-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

da son lógicos dentro de la estructura del SAD ya que a lo largo de un año se producen una serie de circunstancias que provocan la baja de los usuarios.

El procesamiento estadístico de los datos ha sido realizado con el programa SYSTAT, versión 5.0.

3. Resultados

La edad media de los usuarios del SAD es de 78 años (dt= 12; edad mínima 17, edad máxima 96). El 83% son mujeres y el 17% hombres. Esta es una de las características significativas de esta prestación, el altísimo porcentaje de mujeres, destacando que la presencia de hombres es en estado de gran dependencia y que en su mayoría viven solos. Del total de sujetos de la muestra, el 53% están viudos, el 22% casados, otro 22% están solteros y un 3% separados o divorciados. Los usuarios del SAD suelen vivir solos (55%), con su pareja el 18%, con otros familiares el 11%, con los hijos el 10%, y con otras personas el 1%. Tanto respecto al nivel de ingresos económicos como sobre el nivel de estudios, la muestra responde al perfil clásico de los ancianos españoles. La ocupación laboral y profesional de los usuarios, también responde a un perfil característico de la población anciana de España.

Acabada esta primera identificación de las variables demográficas, pasamos a continuación a estudiar algunas de las variables específicas sobre la calidad del SAD.

Disponibilidad y suficiencia de los servicios

Es importante para la investigación de calidad asistencial que conozcamos en profundidad las necesidades y los intereses de los usuarios, de ahí que se les preguntara los motivos por los que solicitaron la prestación. El motivo fundamental fue por enfermedad (79,84%), al que le siguen otros tales como sentirse solos (8,81%) y por no poder pagar a una empleada de hogar (7,76%). Estos motivos se han modificado para el año siguiente con un cierto descenso

Servicios de atención domiciliaria

en el motivo de enfermedad (72,8%) y un leve aumento por soledad (13,34%) o no poder pagar a una empleada (9,92%).

Tipología de las demandas y necesidades de los usuarios

Una vez establecidos los motivos por los que el usuario solicitaba el SAD, nos interesaba averiguar para qué tareas concretas lo demandaba. A tal efecto, se le presentaba al usuario un cuadro con una serie de tareas sobre las que el SAD tiene previsto y está establecido que puede prestar, con el fin de poder determinar la diferencia entre lo que el usuario quería que se prestase y lo que los servicios técnicos del SAD estimaron conveniente prestarle, que es a lo que se refiere la siguiente cuestión. Se comprueba que apenas hay diferencias entre un año y otro, lo que se interpreta como un mantenimiento de la opinión del usuario, bien porque piense que sigue existiendo la necesidad, o bien porque estima que no se presta de la forma, y con el tiempo requerido.

Tareas realizadas a los usuarios por el SAD

La siguiente cuestión de la encuesta pretendía reflejar la realidad de la prestación del SAD, por eso se le preguntaba al usuario que señalase qué tareas le estaban realizando las auxiliares del SAD. Es preciso indicar que nosotros sabíamos las tareas que técnica y administrativamente se había considerado prestar al usuario, por lo que en caso de incurrir en error, podíamos corregirlo. No existió apenas incorrección por parte de los usuarios. Al comparar las tareas demandadas y las realmente prestadas, no existen diferencias, en lo esencial se coincide; pero veamos primero las tareas prestadas: la primera tarea más realizada es la limpieza de hogar, sin diferencia de un año para otro, le sigue la de aseo personal y cuidados personales con un punto de diferencia para el T2; el lavado y planchado de ropa que disminuye su prestación para el T2; las compras y gestiones sin diferencias; la elaboración de comidas que se eleva un poco para el T2; y el resto de demandas como compañía, movilización y otros que no muestran diferencias importantes.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Si observamos los datos de la Tabla nº 1 vemos que no existen diferencias cualitativamente importantes. El orden de las demandas y el orden de las tareas realizadas, debidamente priorizado, coinciden. La intensidad de la demanda de limpieza de hogar (superior al 41%) es compensada con el aumento en elaboración de comidas, planchado, lavado de ropa y gestiones, ya que el criterio de los profesionales que habían diagnosticado el caso, y propuesto su concesión, estimaban que ésas eran las tareas que debían realizarse, puesto que en muchas ocasiones, el usuario únicamente quería que le arreglasen alguna cosa, o por el contrario, pensaban que tenían contratada a una empleada de hogar y debía hacerle todo lo que estimase conveniente; de ahí la importancia que los técnicos, como veremos más adelante, informasen convenientemente al usuario y a ser posible a sus familiares más directos, de lo que significaba el SAD, para evitar incumplimientos de tareas, o la percepción del incumplimiento, lo que necesariamente incidirá en la opinión sobre satisfacción del servicio y sobre la calidad. Puede comprobarse que no existen diferencias con respecto al tiempo 1 y al tiempo 2.

Tabla nº1
Comparación entre las tareas solicitadas
y las tareas que realmente se han prestado

	Tiempo 1		Tiempo 2	
Tipo de tareas	T. Solic/ T. Real en %		T. Solic/ T. Real en %	
Aseo personal/cuidados personales	26,77	26,25	25,71	27,75
Elaboración de comidas	7,85	8,7	9,96	9,92
Compras/gestiones/gestiones médicas	8,67	10,98	9,07	10,05
Lavado/planchado de ropa	9,89	13,8	11,52	11,08
Limpieza del hogar	42,78	38,23	41,74	38,39
Compañía/paseos	1,77	0,88	1,24	1,68
Movilización	1,21	1,13	1,80	1,58
Enseñanza de tareas domésticas	0	0	0	0

Servicios de atención domiciliaria

Nivel de suficiencia del SAD

El 60,68% de los usuarios del SAD opinaba que los servicios que recibían en T1 eran suficientes; para el 39,32% restante, que señalan que los servicios son insuficientes (Tabla nº 2), los motivos fundamentales para mantener esta opinión, que pueden verse en la Tabla nº 3, son por falta de horas de servicio (69,64/70,96), por pocos días de asistencia (24,40/22,57) y por incumplimiento del trabajo de los auxiliares (4,76/3,23). Los porcentajes de este apartado de suficiencia de los servicios, en comparación con los obtenidos en la evaluación de T2, reflejan una leve diferencia sobre la suficiencia del SAD en un 58,78% frente al 41,22% que lo considera suficiente. Respecto a las horas de servicio que actualmente están recibiendo los usuarios y si éstas resuelven sus necesidades, el 56% indica que sí.

Tabla nº 2
Nivel de suficiencia del SAD

Tareas	Tiempo 1	Tiempo 2
Suficientes	60,68%	58,78%
Insuficientes	39,32%	41,22%

Tabla nº 3
**Razones de que el SAD
resulte insuficiente**

Razones	Tiempo 1	Tiempo 2
Faltan horas de servicio	69,64%	70,96%
Faltan días de asistencia	24,40%	22,57%
Incumplimiento tareas del auxiliar	4,76%	3,23%
Otros	1,19%	3,23%

Nivel de satisfacción de los usuarios

Uno de los aspectos importantes para evaluar la calidad asistencial es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con las prestaciones y de manera concreta, una de las variables, a tener en cuenta es la consideración que presentan sobre los auxiliares que son los profesionales que de forma efectiva realizan el SAD y que establecen con los usuarios una relación que se consolida a lo largo del tiempo, de ahí que cuando se cambie un auxiliar por diversos motivos, el usuario se sienta insatisfecho y a veces ni le importe atender a las razones por las que ha sido necesario efectuar un cambio.

A los usuarios se les preguntó por ciertos aspectos de los auxiliares que tenían que ver con su estabilidad. El 47,30% de los usuarios señalan que siempre han tenido al mismo auxiliar durante el último año, esta proporción descendió al 34,50% en T1. Cuando han tenido distinto auxiliar (el 52,70 % restante) éste le ha sido cambiado una vez al 41,98% de los usuarios (34,93% en T1), dos veces al 27,16 %, que supone una leve subida (26,35%) respecto a T1 y más de dos veces a un 30,86% y un 38,36% en T1. (Tabla nº 4)

Tabla nº 4
Número de veces que el usuario ha cambiado de auxiliar

	Tiempo 1	Tiempo 2
Una	34,93%	41,98%
Dos	26,03%	27,16%
Más de dos veces	38,36%	30,86%
NS/NC	0,68%	-

Es posible que desde el punto de vista de los usuarios y sus familiares, la permanencia del mismo auxiliar en el hogar del usuario sea considerado como un factor de calidad percibida, pero al mismo tiempo, cuando un auxiliar no

Servicios de atención domiciliaria

gusta, la rapidez con la que se produzca el cambio, también es considerado como un factor determinante de calidad.

Lo que debe quedar claro es, que los cambios son un parámetro de calidad asistencial, y por lo tanto, la empresa y la administración del SAD tienen la obligación de reducir los niveles de cambio de auxiliar, como así ocurrió en la evaluación al comparar el primer año con el segundo. El cambio de más de dos veces que sería el menos acorde con la calidad, disminuyó en un porcentaje limitado, pero aceptable.

Otro de los parámetros de calidad es la estabilidad en la permanencia de SAD, es decir, que no se produzca variaciones en el servicio comprometido. Cuando se le comunica al usuario que se le va a prestar el servicio se le informa al mismo tiempo de cuántas horas se le va a prestar, durante cuántos días y en que horario se va a efectuar la prestación. Por eso era de sumo interés preguntar a los usuarios sobre el nivel de cumplimiento de la atención recibida durante el último año y se comparase con la del año anterior. Así tenemos (Tabla nº 5) que al preguntarles respecto a los días de atención recibida durante el último año, se han mantenido para el 85% de los usuarios en el T2 y lo fue del 86% en el año anterior; ha disminuido una vez el 13%, (13 en el T1) y dos veces para el 2% en el T2, que en el T1 solo fue para el 1%.

Tabla nº 5
Disminución de días de atención

Variables	Tiempo 1	Tiempo 2
Ninguna	86%	85%
Una	13%	13%
Dos	1%	2%
Tres	-	-
Más de tres	-	-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Si la disminución de días puede considerarse un parámetro de falta de calidad, el aumento de los días podría estimarse que responde a la consideración contraria; es decir, ante la falta de días de atención, si el usuario ve aumentado su nivel de prestación, considerará que se le presta una mejor servicio. Sin embargo, algunos podrían ver en el aumento un síntoma de falta de planificación, o que el diagnóstico no fue el correcto; y otros, también podrían indicar, entre los que nos encontramos, que la estabilidad del SAD es muy difícil, dada su naturaleza, por los permanentes cambios en las circunstancias de los usuarios, y que los técnicos aprovechan para efectuar los cambios que favorezcan a aquellos usuarios que en su momento no pudieron recibir las horas que se estimaba conveniente, dada la difícil articulación de las rutas y los horarios de prestación. No obstante, los aumentos han sido limitados ya que exclusivamente ha afectado al 9% en el primer año y al 10% en el segundo a los que se aumentó una vez, y a un 2% se le aumentó en el T1 dos veces, lo que nos informa de la estabilidad del SAD.

Importante para el estudio de calidad era conocer los razonamientos y las percepciones que los usuarios tenían sobre el por qué de las variaciones: a qué creían que era debido el que se produjesen cambios en la prestación del SAD. Las variaciones que se han producido obedecen (Tabla nº 6), en opinión de los usuarios, fundamentalmente a la conveniencia del servicio (70,37% en T2 y, 64,21% en T1) donde se observa un aumento en el segundo año, se asume que el SAD debe y es conveniente que periódicamente sufra reestructuraciones para su beneficio; por petición expresa de los usuarios (12,17% en T2, frente a un 16,84% en T1) lo que nos da cuenta de que los usuarios están más conformes y satisfechos con la prestación que el año anterior; a petición de los auxiliares (7,41% en T2, frente a 11,58% en T1) también esta variable ha descendido, dándonos información de un sentido de calidad percibida positiva, es decir, los auxiliares tienen menos problemas, porque están más contentos con su trabajo y con la adecuación de sus rutas y horarios.

Tabla nº 6
A que son debidas las variaciones en la prestación

Variaciones	Tiempo 1	Tiempo 2
A petición del usuario	16,84%	12,17%
Por conveniencia del Ayuntamiento	64,21%	70,37%
A petición familiar	11,58%	7,41%
Otros	4,21%	5,05%
NS/NC	3,16%	5%

El horario de prestación del servicio, es decir, el momento exacto en el que debe realizarse la tarea comprometida es una fuente permanente de conflicto, porque no es posible atender y conjugar todos los intereses, los de los usuarios, que quisieran que fuera cuando a ellos y/o a sus familiares les viene bien, como si de un servicio a la carta se tratara, de los auxiliares y su propia organización, la empresa prestadora y las características técnicas que establece el equipo técnico del Ayuntamiento. De aquí que el horario sea un parámetro de calidad percibida importante, ya que unos pensarán que están siendo muy bien atendidos porque el horario coincide con sus demandas y otros lo contrario. Los usuarios opinan que el establecimiento del horario del que disfrutaban es debido básicamente a la conveniencia del servicio (82% en T2, y 79% en T1), mientras que la conveniencia del usuario alcanza sólo el 15 % en T2, y era del 17% en el T1. (Tabla nº 7)

Tabla nº 7
Nivel de conveniencia del horario de prestación

Variables	Tiempo 1	Tiempo 2
A conveniencia del usuario	17%	15%
A conveniencia del Ayuntamiento	79%	82%
NS/NC	4%	3%

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Las puntuaciones obtenidas están reflejadas en la Tabla nº 7, hay prácticamente unanimidad al señalar el peso del órgano administrativo para establecer la conveniencia de los horarios, ya que es el que tiene que armonizar un amplio conjunto de variables e intereses.

Hemos analizado los días de atención, su aumento y/o disminución, los motivos de las variaciones, también se ha analizado el horario de prestación y unido al horario está la cantidad, el número de horas que el SAD proporciona, y si las mismas son o no suficientes para resolver las demandas y las necesidades que presenta el usuario. Puede comprenderse que esta sea una medida de calidad objetiva para el usuario, aunque pueda tener un gran componente subjetivo desde la perspectiva de la Administración Pública que realiza la prestación.

Sobre si las horas de atención que reciben los usuarios resuelven sus necesidades, el 53 % contestan en T2 que son suficientes, en el T1 esta opinión era del 49%; el 42% (en T2) indica que resuelven un poco sus necesidades, cantidad que era del 44% en el año anterior. El 2% son de la opinión que no resuelve nada, en el primer año y únicamente el 1% en la segunda medida y por último, los que opinan que es de gran utilidad y que resuelve mucho, es del 5% en el T1 y desciende un punto, hasta el 4% en el año siguiente. Los datos de la segunda medida, la correspondiente al T2 mejoran considerablemente los obtenidos en la evaluación anterior ya que han aumentado los que opinan que sí son suficientes y que resuelven un poco mejor las necesidades e incluso disminuyen los que opinan que no ha servido para nada en la proporción que disminuyen los optimistas para los que el SAD les resuelve todo. Se trata de un buen síntoma de calidad percibida, las puntuaciones medias son muy estables y tendiendo al alza, lo que significa que el diseño de las intervenciones, la realización de las tareas y el desempeño general del SAD está cumpliendo parte de sus funciones de generar un buen nivel de satisfacción entre los usuarios.

Análisis del nivel de satisfacción con las tareas desempeñadas por los auxiliares

Uno de los pilares esenciales de la prestación del SAD son los auxiliares que realizan las tareas en los domicilios de los usuarios. Nos interesaba destacar y descubrir qué dimensiones de calidad estimaban los usuarios respecto a la prestación efectiva que los auxiliares realizaban en sus hogares y partimos de 9 dimensiones obtenidas de una serie de lecturas sobre análisis de calidad asistencial y de evaluación de servicios públicos asistenciales, así como fruto de las opiniones de los técnicos del Ayuntamiento de Murcia y de miembros de la empresa prestadora del SAD para el Ayuntamiento, todos ellos con larga experiencia en su relación con esta prestación social. Las dimensiones seleccionadas, había algunas más que desechamos con el fin de hacer más comprensible para el usuario la pregunta, fueron las siguientes: puntualidad, cumplimiento de horario, rapidez en la ejecución, complacencia, respeto, comprensión, comunicación, cuidado personal e interés por el trabajo. En la Tabla nº 8 puede verse el cuadro general de cómo han sido las respuestas generales, comparando el año 96 con el siguiente.

Tabla nº 8
Nivel de calidad de atención que presta el auxiliar

	Tiempo 1			Tiempo 2		
	Si	No	A veces	Si	No	A veces
Puntualidad	98,06%	0,49%	1,46%	96,96%	1,67%	1,36%
Agota tiempo	95,12%	2,44%	2,44%	95,97%	2,01%	2,01%
Rapidez	93,20%	0,97%	5,83%	93,28%	2,01%	4,71%
Como sea	86,83%	5,37%	7,80%	87,92%	3,36%	8,38%
Respeto	98,54%	-	1,46%	98,66%	1%	0,33%
Comprensivo	97,57%	-	2,43%	97,99%	-	2,01%
Explica detalles	96,08%	1,96%	1,96%	97,30%	1,35%	1,35%
Aspecto personal	99,51%	-	0,49%	99,64%	-	0,36%
Preocupa trabajo	93,10%	5,42%	1,48%	93,92%	2,70%	3,38%
Medias	95,53%			95,73%		

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

La primera observación que se puede hacer es cómo la media de los porcentajes de lo que podemos considerar calidad percibida en el T1, que es de un 95,33%, sube muy ligeramente que ya es importante, dadas las puntuaciones tan altas que se han producido un año después por lo que podemos concluir que el nivel de calidad es estable. Veamos ahora cada una de las dimensiones.

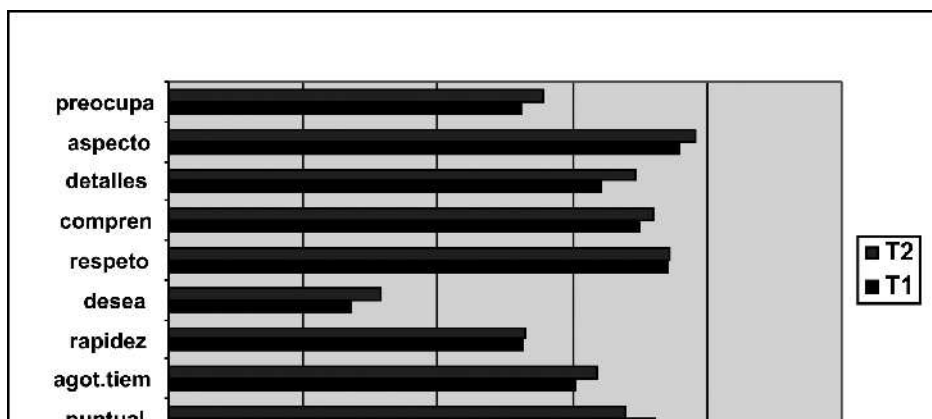
La dimensión de calidad percibida que mayor puntuación obtiene es la relativa al *aspecto personal* de los usuarios 99,51% y 99,64% respectivamente en las dos medidas. Al cuidado personal que implica el uniforme, los utensilios de higiene laboral como guantes, reddecilla y otros, se une la propia imagen de higiene personal que transmiten los auxiliares, tanto si son mujeres, que son la mayoría, como si son varones. No se han presentado diferencias de opinión al respecto como veremos más adelante. Si bien es cierto que, tanto la empresa como el Ayuntamiento hace hincapié en el cuidado de la imagen personal, la estrategia es doble: por una parte dirigida al propio auxiliar para que comprenda la importancia de la imagen que transmite; por otra, hacia el usuario, que en muchas ocasiones vive en un lugar nada saludable y en el que la limpieza y su aspecto personal no son precisamente muy presentables.

La *puntualidad* es una de las variables clásicas en los manuales de calidad y evaluación de servicios, a muchas personas les disgusta que le presten un servicio comprometido tarde, y si además, el/la auxiliar es la única persona que va a ver y con la va a conversar en todo el día, la ansiedad que provoca la espera hace que la percepción de calidad, si la impuntualidad se hace permanente, sea alta. Al menos esto es como se planteaba en el inicio de la investigación, sin embargo, los resultados nos informan que el nivel de cumplimiento de los auxiliares ha sido alto, según la opinión de los usuarios 98,06% en el T1 y un poco mas bajo en la segunda medida 94,96%. Estos datos han sido corroborados por el sistema de supervisión que emplea la empresa y el Ayuntamiento, ya que de una forma aleatoria se va comprobando periódicamente el nivel de puntualidad de los auxiliares, de forma presencial por los supervi-

Servicios de atención domiciliaria

sores de la empresa y presencialmente y/o por teléfono por los técnicos del Ayuntamiento, con el fin de que esta dimensión no pueda ser manipulada.

Grafico 1
Nivel de calidad de la atención que presta el auxiliar



Si la variable puntualidad levanta interés entre los usuarios, la de *agotar todo el tiempo comprometido* todavía les resulta de más preocupación; pero aquí es preciso señalar un detalle que, en ocasiones, provoca una percepción de calidad negativa y es que los auxiliares tienen el mandato de abandonar los hogares unos minutos antes de la hora prefijada para poder llegar al siguiente usuario a su hora, para cumplir la variable puntualidad, y a pesar de que esta circunstancia se explica a los usuarios cuando se presenta el SAD, somos conscientes que para las personas mayores, y estos usuarios lo son, una hora es una hora, y no les parece bien que se produzca un déficit, que muchas veces lo achacan a la actitud no colaboradora del auxiliar. Quizá por esta razón, las opiniones son un poco más bajas un 95,12% para el T1 y 95,97% para el T2 que no está nada mal al tratarse de satisfacción sobre servicios personales, y que será difícil que aumente en otras medidas posteriores.

Si las dos variables anteriores tienen importancia para la prestación cotidiana, cómo no la siguiente dimensión: *realizar las tareas con rapidez*; es

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

decir, que le de tiempo a terminar todo el trabajo, y a ser posible a efectuar otras tareas diferentes en la casa. Esto es muy esencial para las personas mayores que viven solas, y para los familiares de los usuarios. La medida de la percepción, obtenida en esta dimensión, es de las más bajas de todas las dimensiones (93,20% T1 y 93,28% en T2) y nos informa claramente de lo que decíamos anteriormente.

Después de hacer las tareas con un determinado ritmo, a criterio de los auxiliares y despertar cierta incomodidad en los usuarios, se plantea otra dimensión de importancia para medir la calidad del servicio: las *tareas deben hacerse a gusto del usuario*, para lo que hay que tener la preocupación y el interés preciso para que esto sea así. Es necesario destacar que los auxiliares deben lavar, planchar, hacer la cama, limpiar, hacer la comida, etc., a personas que llevaban años realizándolo ellas, a su manera y que a pesar de que algunas son conscientes de la situación de dependencia en la que se encuentran, otras no lo están tanto y convierten la relación con el auxiliar en “un toma y daca” permanente para lo que el auxiliar tiene que tener una preparación determinada, aguantar y saber estar en su sitio.

Por eso, esta dimensión era la más difícil de medir, y prueba de ello es que es la que obtiene la consideración más baja de todas (86,83% T1, que apenas se ve mejorada en T2 con un 87,92%).

Muy unida a la dimensión anterior de realizar las tareas según el interés del usuario, está la siguiente dimensión: el *nivel de comunicación* que el auxiliar establece con el usuario al realizar las tareas, las explicaciones que le proporciona, sobre la forma de actuar, o cómo debería hacerse. Es este un aspecto que al trabajar con personas mayores se debe tener muy presente y no perder de vista. El auxiliar no puede llegar, hacer las tareas y marcharse, los usuarios esperan algo más, esperan comunicación, explicación, conversación, en una palabra, que se establezca relación. Hasta tal punto es esto así, que los auxiliares deben aprender a delimitar los espacios profesionales de los afectivos,

Servicios de atención domiciliaria

como veremos más adelante con otras dimensiones. A pesar de todo lo dicho, las opiniones obtenidas no presentan niveles bajos, como podría esperarse, sino todo lo contrario, muestran un buen nivel de calidad. La medida es un poco más alta en T2 (97,30%) y de 96,08% en T1, lo que está por encima de la media total del conjunto de las dimensiones. (Tabla nº 8).

Con características similares a la dimensión anterior se encuentra la de *mostrar y actuar con respeto y educación ante los usuarios*. Se trata de una de las dimensiones de calidad, más clásicas. La cortesía, sería lo mínimo que pediríamos a una persona que tiene que proporcionar un servicio determinado, pero al tratarse de un servicio público, esta dimensión cobra una importancia singular, y también por el tipo de población hacia la que se dirige: los usuarios del SAD, en el que muchos sujetos han perdido su sentido de autoestima, y en la relación que se establece con los familiares de los usuarios, quienes están, en bastantes ocasiones, estresados y cansados, por lo que un signo de respeto siempre viene bien; por el contrario, el rostro adusto, los malos modos, la intemperancia, el cumplimiento de las tareas a reglamento, etc., en nada contribuye a la percepción de calidad. Comprobamos que la percepción de los usuarios sobre esta dimensión se ha mantenido prácticamente igual en las dos medidas, con una leve subida en el T2 (98,66%) frente a un 98,54% del T1 y a más de tres puntos de la media general.

Como habíamos indicado la dimensión de *actitud comprensiva* se encuentra vinculada a las dos anteriores, pero era conveniente medirla porque a las personas mayores les importa y les consuela más todavía poder comprobar que la palabra comprensión con su situación está presente, no debemos olvidar que más de la mitad de la población del SAD son enfermos crónicos que no pueden valerse por sí mismos. Es importante para un hombre o para una mujer a la que es preciso asear todos los días en la cama que las personas que hay a su alrededor no muestren actitudes distantes, sino todo lo contrario, que sepan entender un poco más allá de lo que se le pide, por lo que está pasando

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

el usuario, y la situación de indefensión y más todavía, de dependencia de los demás, de aquí la importancia de esta dimensión que en otros servicios públicos es posible que no tuviera sentido, pero que en el conjunto de los servicios sociales y de modo particular en el SAD, es de las más importante, al menos para nosotros. Con todo, los niveles de percepción obtenidos no son todo lo buenos que debieran, pero ésta sí es una dimensión que puede evolucionar, si a los auxiliares se les instruye más y con técnicas más apropiadas. T1 la medida de la opinión se situó en un 97,57% que se ha elevado un poco en T2 (97,99%).

La última dimensión es la que mide *la preocupación, el interés del auxiliar por el trabajo que está desempeñando*. Mantiene una doble perspectiva para nosotros: la primera en cuanto nos debe informar cómo ven y perciben los usuarios el manifiesto interés por lo que se está realizando; la segunda, de utilidad para la organización porque nos va a informar del interés que el auxiliar se toma por su trabajo. En la tarea de auxiliar, las posturas hipócritas, ficticias, de actor, no pueden durar mucho tiempo porque la realidad desborda cotidianamente la resistencia humana ante muchas de las tareas que es preciso desempeñar. Era importante evaluar esta dimensión, y no sin razón ya que muestra la segunda percepción más baja, después de la rapidez a la hora de realizar las tareas, con un porcentaje de medida en el T1 (93,10%) y en el T2 (93,92%) (Tabla nº 8).

Cualificación de los auxiliares

Una vez evaluadas las características de algunas dimensiones de calidad, nos parecía de interés preguntar por la opinión y la percepción de los usuarios sobre la preparación y nivel de cualificación de los auxiliares para realizar, precisamente, las dimensiones que anteriormente se les había preguntado. El 97% de los usuarios opinaron que los auxiliares están cualificados y son competentes para realizar las tareas encomendadas, y disminuye a un 96% en la segunda medida, con lo que se desprende que la opinión generalizada es que disponen de un buen nivel de preparación.

Otras variables relacionadas con los auxiliares

Preguntados los usuarios por otras cualidades que valoran en los auxiliares, destacan principalmente tres: “que tengan un trato cariñoso y amable”, “que sean comunicativos y hablen con los usuarios” y “que se preocupen por la salud y sean comprensivos con la situación de los usuarios” (Tabla nº 9).

Tabla nº 9
Cualidades que más valoran en los auxiliares

	Tiempo 1	Tiempo 2
Que tengan trato cariñoso y amable	29,26	47,87
Que sean comunicativos y hable con usuario	39,46	25,70
Que se preocupen por salud usuario y comprendan su situación	19,65	9,04
Que muestren interés por costumbres familiares y personales	0,97	2,01
Que realicen más tareas que las encomendadas	6,23	13,63
Que cuiden su aspecto externo	0,97	1
Que lleven el equipo adecuado	0,48	0
Otros	2,9	0,67

Para cerrar este apartado buscábamos uno de los aspectos significativos de la calidad, es el tema de las quejas y los errores: los fallos cometidos por los auxiliares en el desempeño de su trabajo. Esto se hace necesario para detectar elementos negativos en el proceso de la prestación.

El 90% de los usuarios, 91% en T2, no ha tenido nunca que manifestar queja alguna a los controladores de la empresa que visitan periódicamente los hogares de los usuarios sobre el trabajo de los auxiliares. Cuando los usuarios se han quejado a los controladores, la respuesta que obtuvieron fue generalmente satisfactoria para el 88% de los usuarios en T2, ya que en T1, esta medida fue del 65%. Estos cambios son fruto de un esfuerzo realizado por la empresa

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

por detectar problemas con los usuarios. Podría pensarse, y a veces es así, que los usuarios no denuncian más situaciones por sentirse amenazados por los auxiliares, por miedo a que su denuncia acabe con la prestación, con que lo consideren una persona molesta y especial. Como esto es conocido por la empresa se habilitan procedimientos de intimidad para proteger, en la medida de lo posible, al usuario en su derecho a denunciar. Es preciso, señalar que muchas de las quejas y de las protestas son fruto de la edad de las personas, de sus situaciones personales, de la soledad en la que viven aislados, entre otras razones.

Los errores, al igual que las quejas que pueden considerarse más subjetivas, también forman parte de la evaluación de la calidad. Para el 91 % de los usuarios, los auxiliares realizan su trabajo correctamente, es decir, sin cometer errores o equivocaciones, y este porcentaje se ha mantenido en los dos momentos de la evaluación. Es un dato que no debe pasar desapercibido, porque al preguntarles por el tipo de error, nos señalan aquellos que forman parte de lo negativo de las dimensiones, pero apenas hemos encontrado algo que podamos estimar como error, siendo conscientes que existen.

Si los errores y las quejas forman parte de la calidad asistencial, las felicitaciones también. El 89 % de los usuarios cree que tiene motivos para felicitar a los auxiliares por el trabajo que realizan, aunque no suelen comunicarlo a la empresa ni al ayuntamiento (el 58% no lo comunica frente al 42 % que sí lo hace).

Dificultades, problemas y quejas en la prestación del servicio

Se les ha preguntado a los usuarios si han tenido alguna dificultad o problema con el servicio de ayuda a domicilio con carácter general desde que lo está recibiendo. El 75 % señalan en T1 que nunca han tenido ningún problema, puntuación que desciende al 74% en T2. Para los que señalaban que sí habían tenido problemas se les sugería una lista cerrada con posibilidad de elección múltiple que dio los resultados que pueden verse en las Tabla nº 10.

Tabla nº 10
Principales dificultades y problemas de los usuarios con el SAD (puntuaciones acumuladas)

	Tiempo 1	Tiempo 2
Incumplimiento de tareas	40,74%	28,94%
Incumplimiento de horario	19,44%	9,20%
Dificultad en el trato con auxiliar	29,62%	34,20%
Dificultad en el trato con el personal del Ayuntamiento	1,84%	2,63%
Otras	8,33%	24,99%

Las dificultades y problemas propuestos en la encuesta, como se hizo para las dimensiones, han surgido de la experiencia de los técnicos del Ayuntamiento de Murcia y de la empresa adjudicataria del SAD y están tomados de los diarios que de forma sistemática registran los problemas que plantean los usuarios individualmente.

Nivel de comunicación de los problemas

Como ya dejamos claro al hablar de las dimensiones, la comunicación entre el usuario y el proveedor del servicio es una de las variables clásicas dentro de la evaluación de la calidad asistencial; de ahí que fuera de enorme importancia averiguar qué ocurría cuando surgía un problema y cuál era el itinerario que se seguía para su solución, o al menos para su planteamiento. El cliente, el usuario o el paciente precisa de un nivel de atención para el que se debe estar preparado, al menos deben habilitarse los circuitos comunicativos precisos para que circule la comunicación y la información respecto a la prestación y sus consecuencias lleguen a poder del proveedor.

Descubrimos así que ante la existencia de problemas, el 54% de los usuarios no lo comunicó a nadie, y este porcentaje es el mismo para las dos medidas. Esto ya nos informa de la falta de sintonía entre los usuarios y la

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

estructura administrativa del SAD que no ha establecido los cauces precisos. Las razones aducidas son mayoritariamente fruto de la desconfianza y de la duda de que se pueda resolver, o de que al Ayuntamiento le merezca la pena resolver el problema; algunos de los comentarios pueden ser fruto de la baja autoestima de los usuarios, que se infravaloran, que no creen en la Administración y que por supuesto no creen que se puedan hacer las tareas y las funciones de otra forma.

Los usuarios que han tenido algún problema o dificultad, como ya hemos visto, (entre el 54% y el 55%) no lo comunican; los que sí lo comunican en torno al 45 % lo hacen al ayuntamiento (69 %), a la empresa que presta el servicio (12 %), al mismo auxiliar (8 %), o al trabajador social que hizo la solicitud (7%). En comparación con la evaluación de T1 destaca el aumento de un 25% de las comunicaciones de los problemas al Ayuntamiento (44% en el T1, y 69% en la evaluación actual) y el descenso de un 17% de las comunicaciones al trabajador social que hizo la solicitud (24% en el T1 y 7 % en la evaluación actual). El aumento de las comunicaciones con el Ayuntamiento puede ser debido al incremento de seguimiento y supervisiones que durante ese año realizó la institución, lo que sirvió para reducir las quejas al trabajador social de la zona que es un vehículo privilegiado de información sobre la situación de los usuarios de su demarcación.

Cuando el usuario o los familiares han considerado oportuno comunicar un problema o deficiencia al Ayuntamiento la respuesta obtenida fue clara para el 75,76 % de los usuarios, confusa para el 3,03% y no le solucionaron nada al 21,21%, estos porcentajes del T1 se mejoraron considerablemente en el año siguiente en el que las respuestas fueron claras para el 90% y confusas para el 10% restante, no habiendo obtenido puntuación la pregunta correspondiente a la falta de solución. Esto nos informa de lo que ya hemos dicho sobre la mejora del proceso comunicativo, aunque, en una sola dirección de momento.

Cuando hablamos de comunicación con los técnicos del Ayuntamiento, debe quedar claro que en el 95% de las situaciones nos estamos refiriendo a

Servicios de atención domiciliaria

comunicación telefónica. Aspecto importante para el proceso de evaluación de calidad, y que está en estrecha relación con una de las dimensiones de calidad más estudiadas: la accesibilidad. En este caso la accesibilidad comunicativa, presenta algunas dificultades para la medida de calidad. Cuando los usuarios han tenido que llamar por teléfono al Ayuntamiento para resolver cualquier cuestión en relación con el servicio de ayuda a domicilio, la atención recibida ha sido siempre adecuada (muy buena, para el 49% de los usuarios y buena para, otro 49% de usuarios), superando los porcentajes de T1 situados en torno al 35% y 57% respectivamente. Datos muy positivos que parecen responder a una mejor posición institucional en el proceso de atención a los usuarios.

Cumplimiento de las expectativas

El cumplimiento de las expectativas es uno de los argumentos para medir la calidad asistencial, por eso era indispensable que preguntásemos por las mismas.

El 86% de los usuarios, (85% en el T1) opinan que el servicio que se le está ofreciendo responde a las expectativas que tenían sobre el mismo (o lo que creía que era), el 5 % en el T2, y un 4% en T1 indica que no responde a sus expectativas, y el 9% y el 11% respectivamente no se pronuncia. Apenas hay modificaciones de una evaluación a otra, lo que nos viene informando de la estabilidad del SAD aunque con leve mejoría para el segundo año. Para muchos usuarios la larga espera hasta que se le conceda el SAD, les hace concebir unas esperanzas, y sobre todo a sus familiares, de que les va a resolver la vida, y luego encuentran que no es tanto, pero a pesar de todo, la puntuación que le conceden perceptivamente, para sí la quisieran muchas empresas de servicios

Las expectativas debemos vincularlas, desde un punto de vista práctico, con lo que realmente opinan que el SAD les ha beneficiado. Para el 89% de los usuarios el servicio de ayuda a domicilio ha mejorado su situación personal (86%, en la evaluación anterior), fundamentalmente en el aumento de la limpie-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

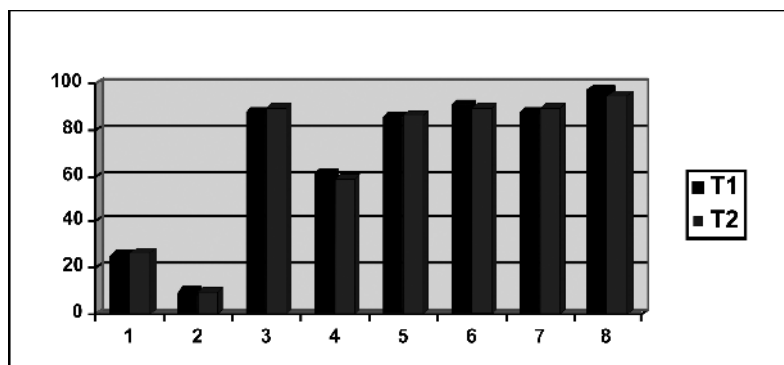
za del hogar (52,4%,) con una disminución (46,69%) en la evaluación posterior, mejora de la higiene personal (26,69%) y ligero aumento (28,27%) en el segundo tiempo de medida y en el aumento de la capacidad del usuario de relacionarse con el entorno (5,43%), también levemente aumentada en la segunda evaluación; al igual que se ha mejorado la alimentación 4,53% en T2 frente a 3,45% en la primera evaluación de T1.

Tabla n° 11
Aspectos en que ha mejorado
la situación personal del usuario

Aspectos de mejora	Tiempo 1	Tiempo 2
Aumento de capacidad de relación en el entorno	5,43%	6,18%
Aumento de higiene personal	26,69%	28,27%
Aumento de limpieza del hogar	52,4%	46,69%
Mejora de su alimentación	3,45%	4,53%
Otros	11,84%	14,27%

Con los datos resultantes de las repuestas de los usuarios a las cuestiones que consideramos clave sobre la calidad del servicio en general y acerca del trabajo de los auxiliares que les atienden, hemos construido un gráfico con indicadores de la calidad que podemos observar a continuación.

Gráfico n° 2
Indicadores de calidad



Servicios de atención domiciliaria

En el gráfico N° 2 podemos observar los indicadores de calidad del servicio de ayuda a domicilio (gráfico comparativo de las evaluaciones de T1 y T2).

- (1) Porcentaje de problemas o dificultades con el servicio
- (2) Porcentaje de quejas del servicio
- (3) Porcentaje de usuarios a quienes el servicio ha mejorado su situación personal.
- (4) Suficiencia del servicio
- (5) Concordancia de las expectativas de los usuarios con la realidad del servicio.
- (6) Porcentaje de satisfacción con el trabajo de los auxiliares
- (7) Porcentaje de usuarios que tienen motivos para felicitar a los auxiliares.
- (8) Competencia de los auxiliares

4. Conclusiones

La mayoría de los usuarios son personas de edad avanzada y esta circunstancia implica una forma de trato diferente, o expresado en otros términos, los usuarios esperan que por ser mayores, se les trate con un estilo determinado de complacencia y reconocimiento de sus años. Esta circunstancia está unida a otra, no menos singular: la prestación se efectúa en el domicilio del usuario y esto le permite tener una dimensión de autoridad, de mando con respecto a los auxiliares de hogar. Y si esta situación es patente con los usuarios que viven solos o con sus cónyuges, todavía es más evidente cuando el usuario es atendido en el domicilio de un familiar directo con quien vive, ya que éste considera la prestación un derecho, por lo que todo cuanto se haga, es poco y la reclamación es permanente. El cuidador de un enfermo dependiente puede presentar un importante nivel de estrés que se agudiza si existe algún tipo de enfrentamiento con el auxiliar, tanto al talante del mismo como respecto a la forma de realizar las tareas.

Otra consideración tiene que ver con el desconocimiento del tipo de

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

prestaciones que pueden recibir los usuarios, o los derechos que les asisten, o las relaciones que pueden y deben mantener con los auxiliares, con los funcionarios del Ayuntamiento o con la empresa prestadora del servicio. Esta circunstancia provoca malas interpretaciones y descontentos con el proceso de prestación del SAD.

La formación y preparación de los auxiliares de hogar, es uno de los elementos que no se debe perder de vista. Se trata de personas con una gran voluntad, pero con escasa formación, que va supliéndose con un considerable esfuerzo, tanto por parte de la empresa como de los propios trabajadores. Sin embargo, la formación no lo es todo, es preciso un especial perfil para el desempeño de algunas de las tareas que deben realizarse, y esta situación, no siempre contemplada por la organización, genera dificultades y disfunciones en el desempeño del SAD.

Existe escasa diferencia entre las tareas que el usuario ha solicitado al SAD para que se preste y las que realmente se le han prestado, y la diferencia, se ha mantenido de la primera a la segunda medida efectuada. Las diferencias se producen en las demandas de limpieza del hogar, que sin embargo son compensadas por otras tareas que resultan beneficiosas para el usuario aunque no las hubiera solicitado.

El cambio de auxiliar que atiende al usuario, producido por diferentes motivos, y en la mayoría de los casos, debidamente razonados, es una interesante medida de insatisfacción, posiblemente producida por el desconocimiento del proceso del SAD, en un sentido negativo, y en el positivo, en cuanto implica, como veremos más adelante, un considerable grado de satisfacción respecto al trabajo que desempeña el auxiliar. Ante los cambios, que necesariamente han de producirse, debe hacerse un esfuerzo importante por parte de la organización para proporcionar las explicaciones posibles y necesarias, sin perder de vista que en ocasiones, se trata de personas mayores. Junto a la variación del auxiliar se añade el cambio del día de la semana, o el aumento y/o disminución

Servicios de atención domiciliaria

de los días comprometidos, o del segmento horario en el que se producen las tareas, aspectos que conforman la estabilidad del SAD en el Ayuntamiento de Murcia.

La calidad de la atención con la que ejecuta el auxiliar las tareas encomendadas se divide en 9 dimensiones. Siendo la dimensión mejor valorada el cuidado del aspecto personal del trabajador y la menos, la forma de realizar las tareas según el criterio del usuario. Podemos concluir que el nivel de calidad es más que aceptable, teniendo en cuenta las especiales características de este tipo de tareas. La puntuación obtenida en dimensiones clásicas como puntualidad, respeto, rapidez o interés por el trabajo, presentan un resultado que nos permite recoger el alto nivel de satisfacción que los usuarios reflejan respecto a los auxiliares que les tratan.

Las principales dificultades que señalan los usuarios para conseguir un grado óptimo de satisfacción se refieren a incumplimientos en la realización de tareas, asociada esta dimensión a que dichas tareas más que no hacerse, no se hacen cómo quiere el usuario, lo que nos conduce a otra dificultad, la relación y trato con el auxiliar que se enrarece cuando el auxiliar se mantiene en las órdenes recibidas y el usuario y/o su familia no lo interpreta así y otra de las dificultades tiene especial relación con el incumplimiento de horario del auxiliar, que no es tal, sino en la percepción del usuario. Sin embargo, estas tres dimensiones que tienen una presencia de dificultad e incumplimiento contienen una considerable carga de subjetividad, debida a la mala interpretación del sentido y del proceso administrativo del SAD. De aumentar los niveles informativos y de relación entre los técnicos del Ayuntamiento y los usuarios, disminuirían con total seguridad lo que aquí hemos considerado dificultades y problemas.

El cumplimiento de las expectativas, es posiblemente una de las medidas de calidad más significativas, ya que se trata de comparar, lo que esperaban con lo que están recibiendo. En este estudio, el nivel de expectativas se ha situado en torno al 86%, medida muy importante de calidad, si consideramos el tipo de servicio y de destinatario a quien se le presta.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Bibliografía

Aguiriano Beitia, A. (1997). Experiencia práctica en la gestión para la calidad total. *Siglo Cero*, 29, 1, 15-22.

Alcalde, G.; Arcelay, A.; Gutiérrez, F.; Pérez, A.; Bacigalupe, M. y Letona, J. (1997). Satisfacción del usuario en urgencias: ¿cuáles son los factores importantes?. En XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 12, 348.

ARARTEKO (1996). *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad autónoma del País Vasco*. Informe del defensor del pueblo vasco. Vitoria.

Ayuntamiento de Barcelona. (1982). *Servicios de ayuda a domicilio*. Barcelona.

Ayuntamiento de Madrid (1991). *Jornadas Internacionales de Ayuda a Domicilio*. Madrid.

Ayuntamiento de Oviedo. (1991). *Valoración del servicio de ayuda a domicilio mediante entrevista personal con los usuarios*. (Documento fotocopiado).

Bermejo, F.; Rivera, J.; Trincado, R.; Olazarán, J.; Fernández, C.; Gabriel, R. (Grupo NEDICES). (1997). Aspectos del cuidado sociofamiliar al paciente con demencia. Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. *Revista de Gerontología*, 7, 92-99.

Bianchi, M. (1996). Anzianità. *Assistenza Sociale*, 4, 189- 198.

Bonet, F. et al. (1993). Servicio de ayuda a domicilio. Documento de Trabajo. *Revista de Trabajo Social*, 131, 148-152.

Bueno, J.R. y Estrada, I. (1989). *El Servicio Social de Ayuda a Domicilio*. Valencia: Nau Llibres.

Servicios de atención domiciliaria

Colomer, M. y Rubio, G. (1982). *Servicios de Ayuda a Domicilio*. Ayuntamiento de Barcelona.

Colomer, M. et al. (1986). *Ayuda a la llar*. (Documento fotocopiado). Ayuntamiento de Barcelona.

Colvez, A.; Belin, M.; Chatelet, M.; Durand, J. y Senault, B. (1997). Analyser les pratiques pour construire un plan d'aide: une "demarché qualite" pour les services à domicile aux personnes âgées dépendantes. *Revue Francaise des Affaires Sociales*. Octubre, 283- 301.

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. (1987). *Servicio social de ayuda a domicilio. I Jornadas Internacionales*. Madrid: Siglo XXI.

Delgado, A.; Marín, I., Reyes, M.C.; Herrero, C.; Hazaña, M.P y Bailón, E. (1997). La calidad de la atención en relación con características del médico. En XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 12, 401-405.

Diputación Foral de Alava. (1988). *Valoración del servicio de ayuda a domicilio*. (Documento fotocopiado).

Duarte, A. y Godoy, S. (1997). La cita previa en un Centro de Servicios Sociales. En M.E.Medina, C.García y A. Romero (Comps.): *La psicología como profesión (2º vol.)*. Universidad de Murcia y Colegio Oficial de Psicólogos.

Elorriaga, J.; Ferrer, R.; Fuentetaja, A.; Garrofe, R.; Rey, F. y Rueda, P. (1997). Atención al cliente y calidad del servicio. *Siglo Cero*, 28,1, 19-44.

Estivill, J. (1991). La ayuda a domicilio entre la reclusión y la itinerancia. Una aproximación histórica. En Ayuntamiento de Madrid: *Jornadas Internacionales de Ayuda a Domicilio*. Madrid.

Estrada Ena, I. (1986). *El servicio de Ayuda a Domicilio*. Delegación Territorial de Servicios Sociales. Valencia.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Estrada Ena, I. (1993). *Autonomía personal y ayuda a domicilio*. Zaragoza: Certeza.

Federation Nationale des Aides á Domicile en Activités Regroupées (FNADAR) (1995). *La qualité de l'aide á domicile*. París: FNADAR.

Fernández, J; Pérez, R. y Medina, M.E. (1995). Análisis de calidad del servicio de Ayuda a Domicilio. En *I Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social, pág.55-71.

Fernández del Valle, J. y García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 1, 39-47.

Fernández del Valle, J. (1998). Los estándares de calidad de los servicios sociales a la infancia y familia. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Fior, S. (1997). Quotidienneté de l'aide professionnelle á domicile auprès des personnes agées á Paris. *Revue Francaise des Affaires Sociales*, octubre, pág. 81-95.

Firth, H. y Britton. P (1989). Burnout, absence and turnover amongst british nursing staff.

Forteza, S.; Ramón, M. y Morey, E. (1996). Evaluación de las interacciones sociales entre los profesionales de atención directa y los usuarios de una residencia de personas con retraso mental. *Siglo Cero*, 27,5, 33-39.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1993). *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas.

Garzón, G., Ortiz, H.; Lázaró, T. y Martínez, M. (1998). ¿Son diferentes las quejas de los usuarios de atención primaria según el modelo de atención?. *Atención Primaria*, 21, 1, 43- 45.

Servicios de atención domiciliaria

Gené, J.; Moliner, C.; Contel, J.C.; Tintoré, I.; Villafáfila, R. y Schorlemmer, C. (1997). Salud y utilización de servicios en anciano, según el nivel de convivencia. *Gaceta Sanitaria*, 11, 214-220.

Gil Montalbo, M. (1995). El servicio de ayuda a domicilio. Un programa de actuación social individualizado. *Sesenta y Más*, 127, 16-21.

Gómez Purón, C. (1996). Líneas de actuación de las Comisión Europea y redes de atención a las personas mayores. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 10-13.

Hayes, B.E. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Madrid: Ediciones Gestión 2000.

Herrera Garrido, F. (1996). Círculos de calidad. Proceso de implantación en la Administración Local. *IV Jornadas de Intervención Social*. Tomo 2, pág.1235-1245. Madrid: Colegio oficial de Psicólogos de Madrid/INSERSO.

IMSERSO (1997). *Teleasistencia domiciliaria. Evaluación del programa INSERSO/FEMP*. Madrid.

IMSERSO (1998). *Evolución y extensión del servicio de ayuda adomicilio en España*. Madrid.

INSALUD (1995). *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.

INSALUD (1996). *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.

INSERSO (1988). *Cuidados sustitutivos*. Madrid.

INSERSO (1990b). *Ayuda a Domicilio*. Madrid.

INSERSO (1992a). *La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales*. Madrid.

INSERSO (1992b). *Evaluación de la calidad de los servicios del Programa de Termalismo Social*. Madrid.

INSERSO (1992c). *Plan Gerontológico*. Madrid.

INSERSO/ Guillermand, A.M. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

INSERSO (1993). *La atención a las personas mayores*. Madrid.

INSERSO (1995b). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid.

IMSERSO (1997). *Teleasistencia domiciliaria. Evaluación del programa INSERSO/FEMP*. Madrid.

IMSERSO (1998). *Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España*. Madrid.

Iturria, J.A. y Márquez, S. (1997). Servicios Sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 281-291.

Lacasta, J. J. (1997). Calidad organizacional: el cambio en las organizaciones no gubernamentales. *Siglo Cero*, 29, 1, 5-13.

Landon, B.; Wilson, I. y Cleary, P. (1998). A conceptual Model of the Effects of health Care organizations on the Quality of medical care. *JAMA*, 279, 17, 1377-1382.

Lebeaupin, A. et al. (1993). Les services de soins á domicile. Enquete S.S.A.D., 1991. *Documents Statistiques*, 168.

Lloréns Montes, F.J. (1996). *Medición de la calidad de servicio*. Universidad de Granada.

Malla, P. (1991). El SAD: historia, organización y perfil de sus trabajadores. *Revista de Serveis Socials*, 17.

Maravall, H. (1995). La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 30, 3, 131-135.

Medina Tornero, M.E. (1993). Análisis de calidad en los centros residenciales para mayores. *En La Cristalera*, 2, 41-49. Murcia: CARM. Dirección General de Bienestar Social.

Medina Tornero, M. E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales. *Intervención Psicosocial*, 5, 14, 23 - 42.

Servicios de atención domiciliaria

Medina Tornero, M. E. (1997). La evaluación, de la calidad de los servicios sociales. *II Congreso de Psicología Profesional. Murcia*: Colegio Oficial de Psicólogos.

Medina Tornero, M. E. (1997). Evaluation of the quality of assistance in social services. *Psychology in Spain*, 1,1, 119-131.

Medina Tornero, M. E. (1998). *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio en el Ayuntamiento de Murcia*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.

Medina Tornero, M. E. (1999). Evaluación del impacto en cuidadores de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Anales de Psicología*, 14, 1, 105-127.

Medina Tornero, M. E. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio en el Ayuntamiento de Murcia*. Depart. Publicaciones Universidad de Murcia.

Medina Tornero, M. E. (2003). La calidad de vida en la gestión de la calidad: el servicio de ayuda a domicilio, en Setién, M.L. & Sacanell, E. (coord.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias.*, pag. 189-199. Valencia: Tirant lo blanch

Medina Tornero, M. E. (2004). *Implantación de la calidad en las ONG*. Murcia: COCEMPE-FAMDIF

Palmer, R.H. (1990). *Evaluación de la asistencia ambulatoria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Peek, C.W.; Coward, R. y Zsembik, B.A. (1997). The influence of community context on the preferences of older adults for entering a nursing home. *Gerontologist*, 37, 4, 533-542.

Pérez, R.; Gea, A. y Soriano, M.M. (1998). El servicio de teleasistencia domiciliaria como experiencia de coordinación sociosanitaria en el municipio de Murcia. *En IV escuela de Verano de Servicios Sociales*. Almuñecar: Diputación de Granada.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Pérez, M. y Palau, N. (1995). Programas y servicios comunitarios de atención: Viabilidad del lema " envejecer en casa". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30, 3, 153-156.

Pineda Soria, R. (1995). Las personas mayores dependientes en el marco del Plan Gerontológico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30, 3, 137-139.

Porcel Mundo, A. (1999). "Calidad Total en los servicios sociales". En *Centros de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid*, pág. 107-117. Ayto. de Madrid.

Rodríguez, M.V. (1993). Situación actual de la ayuda a domicilio en Europa. *Revista de Gerontología*, 3, 1, 29-31.

Rodríguez Rodríguez, P. (1996). Análisis de la calidad de los servicios de teleasistencia en España: un estudio del INSERSO. En *Jornadas Internacionales: Teleasistencia y Nuevas Tecnologías*. (Documento fotocopiado).

Rodríguez, P y Sancho, M.T. (1995). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30, 3, 141-152.

Rodríguez, P y Sancho, M.T. (1996). Nuevos restos de la política social de atención a las personas mayores. *Sesenta y Más*, 135-136, 16-21.

Rodríguez, P y Valdivieso, C. (Coord.). (1997). *El Servicio de Ayuda a Domicilio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana/Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Ruipérez Cantera, I. (1998). Calidad en la asistencia a las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 33, 2, 63-66.

Sacanell , E. (1996). Aportaciones de la gestión de calidad en los servicios sociales. *IV Jornadas de Intervención Social*. Tomo 2, pág.1261-1270. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid/INSERSO.

Sacanell, E. (2003). Calidad y servicios sociales: la experiencia del

Servicios de atención domiciliaria

Ayuntamiento de Getxo, en Setién, M.L. & Sacanell, E. (coord.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias.*, pag. 297-315. Valencia: Tirant lo blanch

Setién, M.L. & Sacanell, E. (coord.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias.* Valencia: Tirant lo blanch

Suárez, F., Cifuentes, R. y Merchán, E. (1991). La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1 (Suplemento).

Valderrama, E.; Ruiz, D.; de Fátima, J.; García, C.; García, P.A. y Pérez, J. (1997). El cuidador principal del anciano dependiente. *Revista de Gerontología*, 7, 229- 233.

Villaverde, C.; Castellón, A.; Oltras, C.M.; Cabezas, J.L.; Cruz, F. y Rubio, R. (1998). Opinión de nuestros mayores sobre la asistencia sanitaria que reciben. *Geriatrka*, 14, 5, 245-250.

Vizcaíno Martí, J. (1997). Aproximación cuantitativa a los usuarios potenciales de los programas de atención social al anciano. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 32, 4, 225- 235.

Vuori, H. (1988). *El control de calidad en los servicios sanitarios.* Madrid: Masson.

Zeithaml, V.A.; Parasuraman, A. y Berry, L.L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios.* Madrid: Díaz de Santos.

4. Servicios domiciliarios y el empleo

4.1 Impacto económico de los servicios de ayuda a domicilio en Madrid.

*Juan Carlos Collado Curiel
David Gago Saldaña
Centro de Estudios Económicos Tomillo (CEET)*

Introducción

La evolución demográfica del municipio de Madrid se caracteriza, en línea con el patrón de comportamiento que acontece en los países desarrollados, por un acelerado proceso de envejecimiento, causado por la confluencia de dos fenómenos diferenciados: el aumento de la esperanza de vida, por un lado, y la importante bajada de la fecundidad que ha constituido el reflejo de la transición demográfica, por otro.

Este fenómeno del envejecimiento de la población plantea una serie de nuevos retos a las políticas sociales ante una serie de necesidades que son emergentes. Así, y aunque los cuidadores informales siguen siendo la fuente básica de asistencia a las personas dependientes, resultan cada vez más relevantes las respuestas que se dan por parte de los poderes públicos, a través de servicios diversos, como los de ayuda a domicilio.

El Ayuntamiento de Madrid no es ajeno a esta realidad, y actúa a través de la Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano fundamentalmente mediante el Programa de Atención a las Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Este programa tiene una dimensión doble: por una parte se encamina a favorecer el mantenimiento de la persona mayor en su entorno (como los

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicios de Ayuda a Domicilio, los Centros de Día para Mayores o el servicio de podología etc.); por otra, utiliza una serie de recursos para facilitar la convivencia para las personas que no pueden permanecer en su domicilio (en forma de apartamentos para mayores, centros integrados especializados o residencias financiadas por el Ayuntamiento, destinadas a personas que carezcan de medios económicos para acceder a una residencia privada).

Además de las iniciativas anteriores, el Ayuntamiento estimula una serie de programas de participación, ocio y tiempo libre, y otorga subvenciones a través de un programa de apoyo a la iniciativa social.

Una cuestión de gran interés que se deriva de todo lo anterior, es el estudio de los efectos que originan sobre la economía de la Ciudad de Madrid , y los recursos necesarios para que estos programas se lleven a efecto. Ello permite justificar que, más allá de los **beneficios de carácter social** que despliega este tipo de iniciativas, existen unos **efectos de carácter económico** los cuales, dado que frecuentemente no se tienen en cuenta, deben hacerse notorios.

En consonancia con todo ello, el objetivo fundamental del estudio que se propone, es la evaluación del impacto que la actividad de los servicios para las personas mayores tiene sobre la economía de la Ciudad de Madrid.

Este informe se organiza a partir de las siguientes secciones. Después de esta introducción, la sección dos describe la metodología utilizada, centrándose en la descripción de los tres efectos analizados: el efecto directo, el efecto indirecto y el inducido. La sección tres, por su parte, contiene los resultados básicos, y se muestran los efectos en términos de las cuatro macro magnitudes de referencia: producción efectiva, Valor Añadido Bruto (VAB), Producto Interior Bruto (PIB) y empleo equivalente a tiempo completo, distinguiendo la aportación de cada tipo de efecto. En la sección cuatro se muestran los resultados anteriores pero en términos de su peso sobre la macro magnitud municipal correspondiente en cada caso para dimensionar la magnitud de los impactos.

Servicios domiciliarios y el empleo

Por su parte, la sección cinco aborda la distribución intra-municipal de los efectos anteriores, para lo cual se han utilizado, como criterios de imputación, los recursos en estos Programas dependientes directamente de las Juntas Municipales de Distrito y la población mayor de 65 años en cada distrito. La sección seis contiene una serie de conclusiones.

1. Metodología utilizada

La evaluación del impacto económico de la actividad de los Programas de Atención a las Personas Mayores llevados a cabo en la Ciudad de Madrid **se ha realizado través de un análisis input-output en base a la última Tabla Input Output** elaborada por el Instituto de Estadística de Madrid **referida al año 2000 (TIOMAD-2000)**. El Centro de Estudios Económicos Tomillo ha publicado un libro con los datos más sobresalientes de esa tabla (ver bibliografía).

1.1 El análisis del gasto en servicios de mayores a través del input-output

Partiendo del conocimiento de los procesos productivos de cada sector, el análisis que se realiza con esta herramienta consiste en **calcular toda la cadena de efectos que producen los gastos en servicios sociales para personas mayores.**

En su proceso de producción, cada uno de estos dos sectores demandará bienes y servicios a todos los demás sectores en la medida que nos indican sus datos input-output.

De este modo, la demanda de algunos sectores se traduce en demandas de otros, los cuales a su vez demandan bienes y servicios a todos los demás, produciéndose así **toda una sucesión de efectos intersectoriales que pueden ser medidos combinando la información input-output con el álgebra matricial.** Esto permite llegar a una expresión matemática que calcula el efecto total y que además se puede descomponer en los efectos directos, indirectos e inducidos que se describen a continuación.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

1.2 Los diferentes tipos de efectos económicos

El impacto económico que provoca el gasto en estos servicios se puede descomponer en **efectos directos, indirectos e inducidos** que, sumados, forman el **efecto total** producido por el evento.

1.2.1 El efecto directo

La ejecución del gasto supone, en primera instancia, un **aumento en la demanda de los sectores que lo ejecutan**. Todos estos sectores, para satisfacer la nueva demanda, deben aumentar su producción. Estos aumentos de producción constituyen **el efecto directo**.

1.2.2 El efecto indirecto

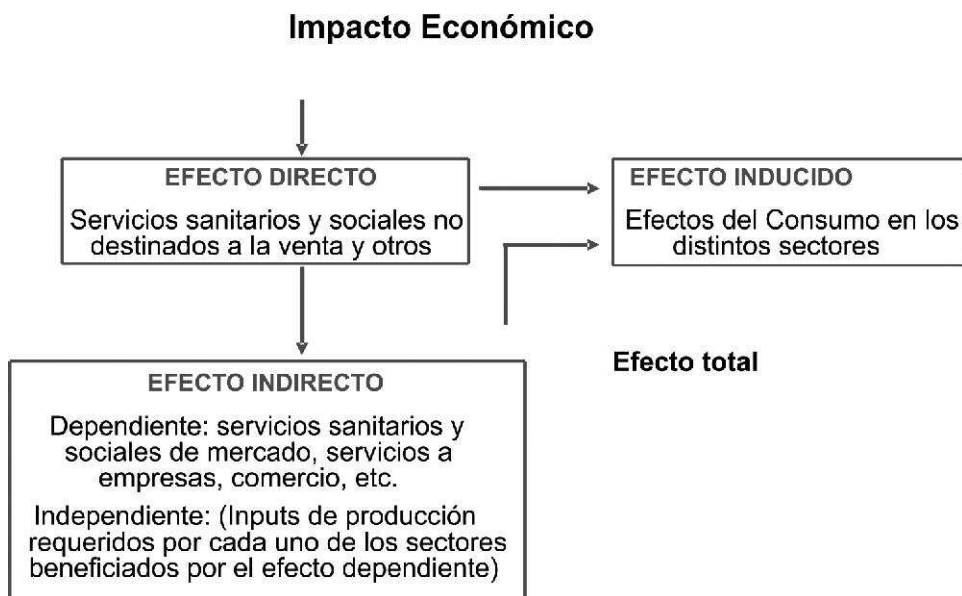
Los sectores directamente afectados por el gasto generan a su vez una serie de efectos indirectos, pues para producir lo que se les demanda compran más a sus proveedores que, a su vez, también **generan nuevas demandas en la economía**. El resultado final de estas **sucesivas rondas de efectos en la producción** de los sectores **es el llamado efecto indirecto**.

1.2.3. El efecto inducido

El efecto suma de los anteriores todavía tiene efectos adicionales. El aumento en la producción genera un **mayor empleo** y esto significa **aumento en las rentas del trabajo que se traduce a consumo** en función de la propensión a consumir de los hogares. El incremento en consumo produce toda una nueva cadena de efectos como los descritos más arriba cuya suma se conoce como **efecto inducido**.

En la Figura 1 se muestra un esquema de los distintos efectos que serán objeto de estudio en este documento.

Figura 1. Esquema de los distintos efectos analizados



1.3. La imputación de los efectos sobre la Ciudad de Madrid

Como se acaba de comentar, la herramienta metodológica para la realización del estudio es la última Tabla Input Output de la Comunidad de Madrid, de la que se obtienen los resultados de impacto para la Comunidad, pero no directamente para la Ciudad de Madrid. Los resultados para la Ciudad de Madrid han de obtenerse necesariamente a partir de una imputación de las cifras obtenidas para la Comunidad. El criterio de imputación que se ha estimado como más adecuado es el porcentaje de personas mayores de 65 años en la Ciudad respecto al total de la Comunidad de Madrid, que en el año 2003 se situaba en torno al 71,1% (Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid). De ahí que las cifras mostradas respondan a ese porcentaje, ya que el resto (un 28,9%), es un efecto que no revierte sobre la Ciudad de Madrid, sino sobre el resto de municipios que integran la Comunidad.

2. El análisis de los impactos

Con el objetivo de ofrecer una visión lo más completa posible del análisis de impacto económico de los Programas de Atención a Personas Mayores, se ha seleccionado un total de cuatro indicadores que caracterizan distintos aspectos de la actividad económica. Se trata de los siguientes:

- Producción Efectiva
- Valor Añadido Bruto
- Empleo
- Producto Interior Bruto (PIB)

A su vez, el efecto total obtenido para cada una de estas variables puede descomponerse en los efectos ya descritos: efecto directo, indirecto e inducido.

2.1 El gasto objeto de análisis

Para la obtención de los efectos económicos es preciso partir de un gasto en Programas de Atención a Personas Mayores, el cual constituye el efecto directo sobre el cual se articula tanto el efecto indirecto como el inducido.

Ese gasto ha sido calculado a partir de varias fuentes. La fuente estadística básica que se ha utilizado han sido los Presupuestos Liquidados del Ayuntamiento de Madrid para 2003 facilitados por la Dirección General de Mayores, del Ayuntamiento de Madrid, que ha permitido distinguir entre gastos corrientes y gastos de capital adscritos a los Servicios de Mayores, tanto de Ayuda a Domicilio, como otros específicos de Atención a personas mayores. Los gastos de capital consisten básicamente en obras de ampliación y acondicionamiento de Centros de Día o Centros de Mayores. El gráfico 1 presenta esta distinción entre gastos corrientes y de capital.

Gráfico 1. La distribución de los gastos corrientes y de capital en Programas de Atención a Personas Mayores. Presupuesto Liquidado de 2003.



Fuente: CEET a partir de datos suministrados por la Dirección General del Mayor del Ayuntamiento de Madrid.

Se ha consultado también la Memoria de Gestión del Programa de Atención a Mayores del año 2003, la cual, por contener información muy desagregada, se ha utilizado para distribuir las distintas partidas de gasto a las ramas económicas de la Tabla Input Output. Además de los gastos que aparecen en los Presupuestos Liquidados de 2003, se han incluido dos partidas adicionales: en primer lugar, las dotaciones económicas destinadas a sufragar las necesidades de movilidad de las Personas Mayores, que suponen unos 8,5 millones de euros más, a los que han de sumarse alrededor de 700.000 euros más derivados del Convenio Caja Madrid.

Con todo, las actividades que integran los Servicios de Atención a las Personas Mayores suponen un gasto para el Ayuntamiento de Madrid (en términos corrientes y de capital) de **62,95 millones de euros**.

2.2 Impacto sobre la producción efectiva

La tabla 1 muestra los efectos del gasto de los Programas de Atención

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

a Personas Mayores de la Ciudad de Madrid sobre la propia Ciudad en términos de producción efectiva. Así, un gasto de 62,95 millones de euros (el ejecutado en 2003) trae consigo, como consecuencia de las interrelaciones productivas y el efecto inducido que se produce vía incrementos de renta, **un aumento de la producción de 114,58 millones de euros exclusivamente sobre la Ciudad de Madrid.**

Ello supone que la economía de la Ciudad de Madrid **recoge en términos de incrementos de producción en diferentes sectores 1,82 veces lo que se gasta.** Como se ha apuntado anteriormente, los efectos mostrados no tienen en cuenta los que revertirían sobre el resto de municipios de la Comunidad de Madrid (un 28,9%).

Tabla 1 Efecto sobre la producción efectiva de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	114.587,4	62.949,9	16.240,5	35.396,9
Fuente: CEET				Miles de euros

Por tipos de efectos, el efecto directo, esto es, el que procede de los sectores responsables del gasto (básicamente servicios sanitarios y sociales no destinados a la venta en terminología input-output), resulta el más importante, con un 54,9% del total. En cualquier caso, la aportación del efecto inducido es muy notable (35,4 millones de euros, o lo que es lo mismo, un 30,89%), lo que evidencia una fuerte transmisión de los efectos a través de los salarios y del consumo, que se integra de nuevo al mecanismo de circulación de la renta incrementando la producción.

Servicios domiciliarios y el empleo

2.3 Impacto sobre el valor añadido bruto

La segunda de las variables relevantes analizadas es el Valor Añadido Bruto a precios de mercado (de ahora en adelante, VABpm). El VABpm difiere en gran medida de la producción efectiva vista en el epígrafe anterior. En concreto, la producción efectiva se obtiene sumando al VABpm los consumos intermedios (esto es, las compras de otros sectores que una rama de actividad utiliza en su proceso productivo), los cuales representan alrededor de un 38% de los recursos totales.

Como muestra la tabla 2, el gasto en Programas de Atención a Personas Mayores ejecutado en el año 2003 implicó un incremento en el Valor Añadido Bruto de la Ciudad de Madrid cifrado en 62,42 millones de euros, de los cuales la mayor parte (un 61,4%) corresponde al efecto directo, mientras que el resto corresponde a los efectos intersectoriales (suma de efecto indirecto e inducido). Dentro de los efectos intersectoriales, el efecto inducido es el que aporta un porcentaje mayor (en torno a un 25,5%), mientras que el efecto indirecto apenas llega al 13,1%.

Tabla 2. Efecto sobre el Valor Añadido Bruto de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	62.424,7	38.323,1	8.200,8	15.900,8
Fuente: CEET		Miles de euros		

2.4 Impacto sobre el producto interior bruto

El PIB es la magnitud más comúnmente usada para evaluar cualquier impacto económico, por lo que, si bien es muy similar al VABpm (de hecho el PIB se define como el VAB al que se le suman los impuestos a la producción y los

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

impuestos netos a la importación), conviene estudiarse de forma separada.

Así, los gastos de los Programas de Atención a las Personas Mayores en la Ciudad de Madrid generaron, en el año 2003, un incremento en el PIB de la Ciudad de Madrid de 67,99 millones de euros, con una estructura de efectos muy similar a la registrada para las macromagnitudes de producción efectiva y valor añadido bruto, esto es, polarizada en torno al efecto directo, y con una aportación del efecto inducido por encima del 25,4%.

Tabla 3. Efecto sobre el Producto Interior Bruto de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	67.993	41.741,5	8.932,3	17.319,2
Fuente: CEET				Miles de euros

2.5 Impacto sobre el empleo

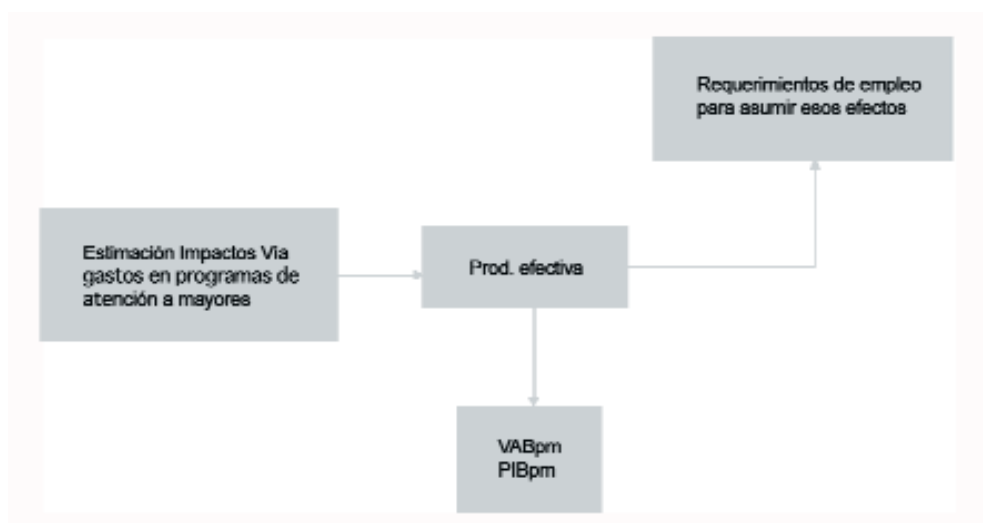
Otra de las variables de estudio obligadas en cualquier análisis de impacto es el empleo, que resulta de vital importancia e interés para los ciudadanos de la Ciudad de Madrid.

Antes de presentar los resultados de impacto sobre el empleo, conviene aclarar la interpretación de los efectos sobre el empleo que se analizan en este documento, para lo cual se ha construido la Figura 2. El esquema de obtención de los efectos sobre el empleo parte de la estimación de los gastos en los Programas de Atención a Mayores, a partir de los cuales, y mediante el tratamiento Input Output, se genera una cifra de producción efectiva. Esa producción efectiva es la base de referencia para el cálculo del resto de los efectos: sobre el PIB, VAB y el empleo. En ese sentido, los efectos sobre el empleo que se analizan aquí deben interpretarse como las necesidades, en términos de ocupación,

Servicios domiciliarios y el empleo

que se derivan directamente de los incrementos de producción efectiva asociados a los gastos en los servicios que integran los Programas de Atención a Personas Mayores.

Figura 2. Los efectos sobre el empleo: justificación conceptual



Fuente: CEET

Tal y como pone de manifiesto la tabla 4, los gastos en Programas de Atención a las Personas Mayores en la Ciudad de Madrid son responsables de la creación de 2.124 puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo como consecuencia del incremento de la producción efectiva a que tales gastos dan lugar.

Tabla 4. Efecto sobre el Empleo de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	2.124	1.497	182	444
Fuente: CEET Ocupados equivalentes a tiempo completo				

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En este caso, el efecto directo (aquél causado por los sectores a los que se ha asignado el gasto), tiene todavía un peso relativo mayor, ya que representa casi el 70,5% del total de empleo creado.

3. Resumen de Impactos: Interpretación en términos porcentuales.

Hasta ahora, los resultados de impacto para las cuatro variables de referencia (producción efectiva, PIB, VAB y empleo), se han mostrado en términos de niveles, esto es, en miles/millones de euros (para las tres primeras), y en ocupados para el empleo. No obstante, resulta de interés obtener una conclusión acerca del peso de esos efectos respecto a la economía de la Ciudad de Madrid para dimensionar los impactos y dotarlos de un marco de referencia.

Con ese propósito se ha construido la tabla 5, donde se muestra el impacto obtenido sobre la Ciudad de Madrid, el valor de cada una de las macromagnitudes en la Ciudad de Madrid para el año 2000 y el peso relativo de estos impactos. Se ha tomado como referencia el año 2.000 por dos circunstancias: primero, porque la Tabla Input Output que se ha utilizado para los cálculos corresponde a ese año, lo que permite preservar la coherencia metodológica. En segundo lugar, porque los últimos datos definitivos de Contabilidad Municipal disponibles para la Ciudad de Madrid hacen referencia al año 2000¹.

Como se puede observar, el mayor de los efectos analizados se corresponde al empleo, ya que los gastos en los servicios que aquí se estudian suponen, en términos de ocupados equivalentes a tiempo completo de la Ciudad de Madrid, un 0,179% para el año de referencia 2003. El peso del VAB y el PIB es muy similar (atestiguando la estrecha relación contable de estas dos macromagnitudes), situándose en un 0,102% en ambos casos. El peso relativo sobre la producción efectiva es menor, y se sitúa en el 0,095%, lo que de nuevo se interpreta en el sentido de un menor peso de los consumos intermedios en la estructura productiva del sector sobre el que básicamente se asignan los gastos, en la medida que los consumos intermedios constituyen una partida fundamental de la producción efectiva.

¹ Existen datos provisionales para 2001, pero al no estar cerrados y ser susceptibles de modificación, se ha optado por utilizar los relativos al año 2.000.

Tabla 5. Peso relativo de los efectos analizados sobre las macromagnitudes de referencia

	Efectos totales sobre Ciudad de Madrid	Valor macromagnitud Ciudad de Madrid (Año 2000)	Peso relativo impactos (en %)
Producción Efectiva (miles euros)	114.587,4	120.542.615	0,095%
VAB (miles euros)	62.424,7	61.285.131	0,102%
PIB (miles euros)	87.993	86.535.412	0,102%
Empleo (ocupados eq. tiempo completo)*	2.124	1.187.488	0,179%

4. La distribución de los efectos por distritos municipales

Otra cuestión de indudable interés hace referencia a la distribución de los efectos hasta ahora estudiados por distritos de la Ciudad de Madrid. Para abordar este análisis, se necesitan de forma prioritaria criterios razonados que permitan llevar a cabo la asignación de los impactos a nivel intra-municipal.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que las Juntas Municipales de Distrito gestionan directamente una parte importante de los Subprogramas de Atención a Domicilio y Mayores. En concreto, en el Programa de Ayuda a Domicilio (del que son beneficiarios en un 92% las personas mayores de 65 años en su modalidad de Auxiliar Domiciliario, que a su vez representa un 90% del total), el porcentaje de gestión directa por parte de las Juntas Municipales alcanza el 92,78%, mientras que en otros programas de Atención a Mayores es del 35,5%. Si se suman todos los recursos debidamente ponderados, el peso total de los dependientes de las Juntas Superior al 75%.

Así, el importe de los Presupuestos en Ayuda a Domicilio y otros Programas de Atención a las Personas Mayores gestionados por cada Junta Municipal de Distrito ha sido el primero de los criterios de asignación utilizados, ponderándose por ese 75% (el importe de los gastos dependientes directamente de las Juntas). Para el 25% restante se ha utilizado como criterio de asignación la población mayor de 65 años en cada distrito, ya que ésta es la que se configura como objetivo de estos Programas.

Mapa 1. Distribución de los efectos por distritos municipales (en %)



- 1- Centro
- 2- Arganzuela
- 3- Retiro
- 4- Salamanca
- 5- Chamartín
- 6- Tetuán
- 7- Chamberí

Siguiendo estos criterios de asignación, el mapa 1 presenta los resultados de la distribución de los efectos por distritos según su importancia relativa (en términos de cualquiera de las cuatro macromagnitudes analizadas), distinguiendo a tal efecto hasta seis estratos: distritos con un peso porcentual de hasta el 2,5%, del 2,5% al 4%, del 4% al 5%, del 5% al 6,5%, del 6,5% al 7,5% y más del 7,5%.

Como se puede observar, existen diferencias apreciables en la percepción de los efectos por distritos municipales. Los distritos más beneficiados por los Programas objeto de análisis son Puente de Vallecas, Carabanchel, Latina, además de Centro.

Servicios domiciliarios y el empleo

En el otro extremo, los distritos donde el impacto es menor son: Barajas, Villa de Vallecas y Vicálvaro.

5. Conclusiones

Este trabajo ha tenido como objetivo fundamental, la obtención de los efectos, que sobre la economía de la Ciudad de Madrid, despliegan los gastos que se derivan de los Programas de Atención a las Personas Mayores de esta Ciudad.

Para determinar tales efectos se ha utilizado la última Tabla Input Output disponible para la Comunidad de Madrid (TIOMAD 2000), Los efectos se han hallado sobre cuatro variables macroeconómicas: la producción efectiva, el Valor Añadido Bruto (VAB), el Producto Interior Bruto (PIB) y el empleo.

Los resultados apuntan a un efecto total que, en el caso de la producción efectiva, supone multiplicar por 1,82 la magnitud de los gastos iniciales (el denominado efecto directo), gracias a dos efectos intersectoriales que se tienen en cuenta: el efecto indirecto, que recoge la activación económica de los sectores proveedores de aquéllos sobre los que se asigna el gasto (básicamente, en la Tabla Input Output la rama de servicios sanitarios y sociales de no mercado), y el efecto inducido que se origina a través del aumento de rentas que esa producción implica, con el consiguiente efecto sobre el consumo y, a través de un mecanismo de retroalimentación, sobre la propia producción.

En general, y aunque el efecto directo es el dominante, se detecta una participación notable del efecto inducido, lo cual se explica en virtud del alto peso del Valor Añadido Bruto en la producción efectiva, y la fuerte polarización que la remuneración de asalariados tiene dentro del VAB (en torno a un 92%).

Cuando se realiza el análisis a nivel intra-municipal, esto es, valorando la magnitud de los impactos por distritos, los resultados indican que son cuatro

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

distritos los que más se benefician de éstos: Puente de Vallecas (9,22% del total), Carabanchel (7,35%), Latina (7,01%) y Centro (6,92%). En el extremo contrario, Barajas (1,08%), Villa de Vallecas (1,67%) y Vicálvaro (2,08%) son los que registran efectos más bajos.

A simple vista, parece que los impactos globales que se derivan de los gastos de estos Programas es limitado; sin embargo, y a este respecto, es preciso tener en cuenta una serie de cuestiones importantes:

Sólo se han analizado los efectos que revierten sobre la Ciudad de Madrid, pero, además de éstos, es necesario computar otros que revierten sobre el resto de la Comunidad de Madrid (un 28,9% de los obtenidos en los cálculos input output). Además de estos efectos sobre la Comunidad, que se hallan a partir de la matriz de consumos intermedios interiores, deberían computarse otros efectos que repercuten fuera de la Comunidad de Madrid, y cuya justificación se encuentra en las importaciones que los sectores sobre los que se ha asignado el gasto inicial efectúan de otras regiones.

Ha de tenerse en cuenta que estos efectos no son estáticos en el sentido de que acontecen en un año determinado y luego desaparecen, sino que están presentes todos los años en la medida que los gastos que integran las medidas de estos Programas se lleven a cabo. Los efectos analizados aquí hacen referencia al año 2003, pero de igual modo pueden obtenerse estos impactos para otros años.

La inclusión de los efectos indirecto e inducido actúa como una caja de resonancia del efecto directo, amplificando la magnitud de los gastos comprometidos en estos programas. Esto reviste a estos programas sociales de un elemento económico que normalmente está ausente en el debate y que se resume en la siguiente afirmación: cualquier Programa de Atención despliega efectos económicos que trascienden el propio gasto comprometido gracias a las interconexiones productivas y a las mayores posibilidades de consumo que tal gasto implica.

Servicios domiciliarios y el empleo

Debe tenerse en cuenta que sólo se han incluido los gastos corrientes y de capital en estos programas, pero se han dejado de lado los consumos de todo tipo que son necesarios para hacer viable la prestación de estos servicios. Ello exigiría la cuantificación de los metros cuadrados de oficinas pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid (incluyendo los de las Juntas Municipales), que se dedican a llevar en esta área, y una imputación de los consumos que de ella se derivan (mobiliario, calefacción, agua, electricidad, mantenimiento general, etc.). La toma en consideración de estos consumos elevaría sustancialmente el gasto final y, por tanto, el impacto. Sin embargo, por razones de rigor se ha optado por incluir exclusivamente los importes vinculados directamente a la ejecución de los Programas.

Bibliografía

Ayuntamiento de Madrid (2002): Programa de Atención a las Personas Mayores-El Corazón de Madrid, Área de Servicios Sociales.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Presupuestos Liquidados 2003, Concejalía de Gobierno de Hacienda y Administración Pública.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Programa de Atención a las Personas Mayores, Memoria 2003, Gerencia de Mayores, Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid, Base 2000. Serie 1998-2000, Madrid Datos, Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública, Dirección General de Estadística.

Ayuntamiento de Madrid (2005): Municipio de Madrid- Pirámides de población de 1975 a 2004, Madrid Datos, Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública, Dirección General de Estadística.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Casado, D. y López G. (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración- Situación actual y perspectivas de futuro, Colección Estudios Sociales, n. 6, Fundación La Caixa.

Ceet (2003): "La economía de la Comunidad de Madrid según la tabla Input-Output de 2000", Comunidad de Madrid, Consejería de Innovación y Tecnología. Ed. Biblioteca Civitas. Economía y Empresa. http://www.madrid.org/cservicios_sociales/index_mayor.htm (Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid 1996-2006).

Leontief, W. (1986): Input-output economics, Oxford University Press, 2ª Ed.

Miller, R. y Blair, P (1985): Input Output Analysis foundations and extensions, Prentice Hall International, Londres.

4.2 Reglamentación de la formación del auxiliar domiciliario

*Genoveva Sánchez Casillas
Responsable Programa Mayores
Centro S.S. Entrevías (Pte. Vallecas)
Ayuntamiento de Madrid*

1. Introducción

Los Servicios de Ayuda a Domicilio, en España, comienzan como tales en torno a la década de los setenta, del siglo XX, aunque hay ejemplos de tales servicios en épocas anteriores. Con el inicio de los mismos, van apareciendo los profesionales que intervienen.

En el SAD, en su modalidad de Auxiliar Domiciliario, intervienen diversos profesionales; el de atención directa que se desplaza al domicilio del usuario es precisamente el Auxiliar de SAD. Como suele ocurrir con muchas profesiones, las demandas sociales van por delante de la regulación por parte de las Administraciones Públicas.

En estas primeras etapas del Servicio de Ayuda a Domicilio, la Administración competente en prestarlo, es el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), y la población a la que va dirigido básicamente es a personas mayores y a personas con discapacidad.

A partir de los años 80, comienza a desarrollarse ideológica y funcionalmente el estado de las Autonomías. A partir de la Constitución de 1978 y en virtud de la distribución competencial que esta atribuye a las Comunidades Autónomas, se dictan las primeras Leyes de Servicios Sociales, la de la CM, Ley 11/1984 de 6 de junio, de Servicios Sociales, (actualmente, derogada por la Ley 11/2003 de 27 de marzo, nueva ley de Servicios Sociales de la Comunidad de

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Madrid) consideraba, el SAD un Servicios Social General dirigido a toda la población, la nueva Ley de Servicios Sociales del 2004 de la CM lo considera como una prestación material. Igualmente se modifica el régimen municipal (Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local), atribuyendo a la Administración Local, competencias en la prestación de Servicios Sociales (Art. 25.2.k) y la obligatoriedad de hacerlo en poblaciones superiores a 20.000 habitantes (Art. 26.1.c).

En la década de los ochenta, coexisten el SAD prestado por el INSERSO y el que prestan las Corporaciones Locales, gestionado el mismo, bien de forma directa, esto es, con auxiliares en la plantilla de la propia administración y/o con una gestión concertada, a través de Contratos de Prestación de Servicios.

En el Ayuntamiento de Madrid, desde el inicio de la prestación del SAD, la gestión ha sido concertada. En estas primeras etapas a través de cooperativas de trabajadores y del movimiento vecinal y posteriormente mediante empresas y asociaciones.

Los Auxiliares Domiciliarios, en estas primeras etapas, son mayoritariamente amas de casa, mujeres que comienzan a incorporarse al mundo laboral, no tienen ningún tipo de formación, ya que se considera que su experiencia en la organización y gestión de sus propios hogares, así como la crianza de sus hijos, además de la buena voluntad de ellas y del resto de profesionales que intervienen, les capacita para ejecutar las tareas que deben realizar en los domicilios de los usuarios de SAD (aseo, limpieza, compra, preparación de comida, etc.). Por otra parte, la formación reglada, ni se plantea, pues, esta categoría profesional, no va a ser reconocida como tal, prácticamente hasta el 2002, aunque en el año 1997, se comienza a hacer, ya que los Servicios Sociales en general y los que van dirigidos a las personas mayores y/o dependientes, en particular, son considerados como un “nuevo yacimiento de empleo”, generador de puestos de trabajo, por tanto el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales dicta, el RD 331/ 1997 de 7 de marzo por el que se establece el Certificado de

Servicios domiciliarios y el empleo

Profesionalidad de la ocupación de de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, pero su desarrollo normativo es prácticamente nulo hasta el citado año 2002, en el que las Cortes Generales españolas aprueban la Ley Orgánica 5/2002 de 19 de junio, de Cualificaciones y Formación Profesional.

2. Marco Legal

La educación, esta recogida en la Constitución española de 1978, como un Derecho Fundamental de todos los españoles, el Art. 27.2 nos dice que “La educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”. Igualmente, en esta misma línea, y dentro de los principios rectores de la política social y económica, de nuestra carta magna, el Art. 40.2, se dedica a la Formación Profesional, recogiendo “.....los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales.....”, herramientas básicas para que el derecho al trabajo sea una realidad, en el mercado laboral actual, así como la libre elección de oficio o profesión y la promoción a través del trabajo.

Por su parte la Ley 8/1980 de 10 de marzo, Estatuto de los Trabajadores, (actual texto refundido del Estatuto de los Trabajadores), recoge como un derecho de los trabajadores, la Formación Profesional.

La Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, en su preámbulo reconoce que nuestra sociedad, esta en un acelerado proceso de modernización y es necesario adecuar la formación a las nuevas exigencias del sistema productivo, además establece la Formación Profesional Superior.

Como ya hemos apuntado en la introducción, desde los inicios de la profesión de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, esta, no es recogida dentro del Sistema

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

de Formación Profesional correspondiente. Existe un intento de reforma del Sistema, propiciado por el **Primer Programa Nacional de Formación Profesional** para el **periodo 1993-1996**, pretendiendo dar respuesta a las demandas de las empresas en la mayoría de los sectores de producción y a su organización, fruto de este programa es el **Real Decreto, 797/1995 de 19 de mayo**, (derogado por el **Real Decreto 1506/2003 de 28 de noviembre**), por el que se establecen las directrices sobre los Certificados de Profesionalidad y los correspondientes contenidos mínimos de formación profesional ocupacional, en el que si está incluida, concretamente, el reglamento que lo desarrolla es el **Real Decreto 331/1997 de 7 de marzo**, por el que se establece el Certificado de Profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, los tres a propuesta del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Sin embargo esta reglamentación legal no se plasma en una formación profesional práctica para esta ocupación.

No es hasta la promulgación de la **Ley Orgánica 5/2002 de 19 junio** de las **Cualificaciones y de la Formación Profesional** y su desarrollo reglamentario posterior, cuando se va plasmar en un Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, donde aparece regulada esta profesión dentro de la Familia Profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad. Por tanto la reglamentación de desarrollo de esta ley es:

El **Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre**, por el que se regula el **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (en adelante CNCP)**, desarrolla parte de lo regulado en la mencionada L.O. 5/2002 de 19 de junio. Este RD a lo largo de su articulado, nos indica, que el objeto del mismo es determinar la estructura y contenido del CNCP, que su ámbito de aplicación es todo el territorio nacional, así mismo, en el se recogen las Familias Profesionales y los Niveles de Cualificación, en los Anexos I y II. Igualmente recoge que el Instituto Nacional de las Cualificaciones es el responsable de elaborar y mante-

Servicios domiciliarios y el empleo

ner actualizado el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y el Catálogo Modular de Formación Profesional, respondiendo siempre a la evolución de las necesidades del sistema productivo y de las demandas sociales. Igualmente en la Disposición Final Segunda, dedicada a las Normas de Desarrollo, recoge que “Se autoriza a los Ministerios de Educación Cultura y Deporte (actualmente Ministerio de Educación y Ciencia) y al de Trabajo y Asuntos Sociales a dictar las normas de desarrollo de este Real Decreto en el ámbito de sus respectivas competencias.”

El **Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo**, por el que se establece la **Ordenación General de la Formación Profesional Específica**, siguiendo con el desarrollo normativo, el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (actualmente de Educación y Ciencia), recoge y define la Formación Profesional Específica , integrada por los Títulos y Ciclos Formativos de Formación Profesional de grado Medio y de Grado Superior, agrupados de acuerdo a las Familias Profesionales recogidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

El **Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero**, por el que se establecen determinadas cualificaciones profesionales que se incluyen en el **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales**, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan **al Catálogo Modular de Formación Profesional**.

El **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre**, por el que se establecen las directrices de los **Certificados de Profesionalidad**. Este deroga el RD 797/ 1995 de 19 de mayo que establecía las anteriores directrices de los Certificados de Profesionalidad. Siguiendo con el desarrollo normativo, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el mismo, define los Certificados de Profesionalidad y que estos deben guiarse por el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y responder a las necesidades del mercado productivo.

Orden TAS/470/2004, de 19 de febrero por la que se desarrolla el **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre**, por el que se establecen las directrices de los **Certificados de Profesionalidad**.

El **Real Decreto 1046/2003, de 1 de agosto**, por el que se regula el subsistema de Formación Profesional Continua, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en la exposición de motivos recoge que desde el año 1993, la formación y el reciclaje profesional de los trabajadores ocupados se viene regulando a través de los Acuerdos Nacionales de Formación Continua, suscritos entre las organizaciones empresariales y sindicales mas representativas, y entre estas y el Gobierno, que ha dado lugar a un sistema de formación continua que ha permitido, por una parte, dotar al sistema de unos recursos financieros para las empresas y sus trabajadores y, por otra, desarrollar un modelo de gestión basado en la concertación social y en el desarrollo de instituciones paritarias sectoriales y territoriales, que han contribuido a mejorar las relaciones de los agentes sociales entre sí y de estos con el Gobierno.

3. Subsistemas de formación

El actual sistema de Formación Profesional español, debemos situarlo en el marco del existente en la Unión Europea, y encuadrado, dentro de las medidas que van a tratar de responder permanentemente a las necesidades del sistema productivo y que en definitiva, se encaminen también, al pleno empleo. Entre los acuerdos adoptados en el Consejo Europeo de Lisboa, celebrado en marzo de 2000, y posteriormente reafirmado en el Consejo de Estocolmo de marzo de 2001, se incluye como un **objetivo estratégico, el aprendizaje permanente a lo largo de toda la vida**, como una herramienta que propicie una economía europea dinámica y competitiva, capaz de crecer de manera sostenible, con mas y mejores empleos y mayor cohesión social en el horizonte de 2010. Este objetivo se puede considerar como el punto de partida que señala el inicio del futuro de la Formación en el espacio de la Unión Europea.

Servicios domiciliarios y el empleo

En este contexto y de acuerdo a estas necesidades, las Cortes Generales españolas, aprueban la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. La exposición de motivos de la mencionada ley, recoge, que el Nuevo Programa Nacional de Formación Profesional, elaborado por el Consejo General de Formación Profesional, debe definir las directrices básicas que han de conducir a un sistema integrado, con las distintas ofertas de formación profesional:

- Formación Profesional Inicial / reglada
- Formación Profesional Ocupacional
- Formación Profesional Continua.

En esta misma línea aparecen los Acuerdos de Formación Continua y los Planes Anuales de Acción para el Empleo.

3.1 Ley orgánica 5/2002 de 19 de junio de las cualificaciones y de la formación profesional

El **principal objetivo** de esta ley es la ordenación de un sistema integral de Formación Profesional, Cualificaciones y Acreditación, que responda con eficacia y transparencia a las demandas sociales y económicas, a través de las diversas modalidades formativas, favoreciendo la formación durante toda la vida, adaptándose esta, a las distintas situaciones y expectativas personales y profesionales.

Los **Principios** que recoge son:

- La FP se orienta al Desarrollo personal, derecho al trabajo, libre elección de profesión, además de satisfacer las necesidades del sistema productivo y del empleo.

- Acceso en igualdad de condiciones de los ciudadanos a las diferentes modalidades de FP

- Participación y cooperación de los agentes sociales con los poderes públicos en las políticas formativas y de cualificación profesional.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Adecuación de la formación y las cualificaciones a los criterios de la Unión Europea.

- Participación de las diferentes administraciones publicas en función de sus competencias.

El **Sistema Nacional de Cualificaciones**, son el conjunto de Instrumentos y Acciones, necesarios para desarrollar la integración de las Ofertas de Formación a través del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, así como la evaluación y acreditación de las correspondientes Competencias Profesionales.

Así mismo, en el Art. 4 de la LO 5/2002, se recoge que:

1.- El Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional está integrado por los siguientes **Instrumentos y Acciones**:

El Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, que ordenará las que se hayan identificado en el sistema productivo en función de las competencias apropiadas para el ejercicio profesional que sean susceptibles de reconocimiento y acreditación. El catálogo incluirá el contenido de la formación profesional asociada a cada cualificación, y tendrá estructura modular.

Un procedimiento de reconocimiento, evaluación, acreditación y registro de las cualificaciones profesionales.

La información y orientación en materia de formación profesional y empleo.

La evaluación y mejora de la calidad del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional, que proporcione la oportuna información sobre el funcionamiento de éste y su adecuación a las necesidades formativas individuales y las del sistema productivo.

2.- A través de los referidos instrumentos y acciones se promoverá la gestión coordinada de las distintas Administraciones públicas con competencia en esta materia.

Servicios domiciliarios y el empleo

Por otra parte, el Art, 5, de la mencionada ley, está dedicado a la **Regulación y Coordinación del SNCFP**, concretándose en que:

1.- Corresponde a la Administración General del Estado, la regulación y la coordinación del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional, sin perjuicio de las competencias que correspondan a las Comunidades Autónomas y de la participación de los Agentes Sociales.

2.- El Consejo General de Formación Profesional, es el órgano consultivo y de participación institucional, de las Administraciones Públicas y de los Agentes Sociales, así como de asesoramiento del Gobierno en materia de Formación Profesional, sin perjuicio de las competencias que el Consejo Escolar del Estado tiene atribuidas en esta materia.

3.- El Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL), creado por Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y modificada su adscripción, Ministerio de Educación y Cultura, (actual Ministerio de Educación y Ciencia) mediante el RD 1326/2002, de 13 de diciembre, es el Órgano Técnico de apoyo al Consejo General de Formación Profesional, responsable de definir, elaborar y mantener actualizado el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y el correspondiente Catálogo Modular de Formación Profesional.

Para el desarrollo del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional han participado las Administraciones Públicas, con la colaboración de las empresas, de las Universidades, Cámaras de Comercio y entidades de formación.

La ley define la Formación Profesional, como un conjunto de acciones formativas que capacitan para el desempeño cualificado de las distintas profesiones, el acceso al empleo y la participación activa en la vida social, cultural y económica, e incluye las enseñanzas propias de la formación profesional inicial, las acciones de inserción y reinserción laboral de los trabajadores, así como las

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

orientadas a la formación continua en las empresas, que permitan la adquisición y actualización permanente de las competencias profesionales.

Como venimos diciendo, con la finalidad de facilitar el carácter integrado y la adecuación entre la formación profesional y el mercado laboral, así como la formación a lo largo de la vida, la movilidad de los trabajadores y la unidad del mercado laboral, se crea el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, aplicable a todo el territorio nacional, que estará constituido por las cualificaciones identificadas en el sistema productivo y por la formación asociada a las mismas, que se organiza en módulos formativos, articulados en un Catálogo Modular de Formación Profesional.

La LO 5/2002 de 19 de junio, hace las siguientes definiciones conceptuales:

Cualificación Profesional: el conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral.

Unidad de Competencia: el agregado mínimo de competencias profesionales, susceptibles de reconocimiento y acreditación.

Competencia Profesional: el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo.

Catálogo Modular de Formación Profesional: es el conjunto de Módulos Formativos, asociados a las diferentes Unidades de Competencia de las Cualificaciones Profesionales.

El Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, está integrado por las cualificaciones más significativas, identificadas en el sistema productivo. Así mismo en él, se recogerá la formación asociada a las cualificaciones profesionales que configuren el Catálogo Modular de Formación Profesional.

Servicios domiciliarios y el empleo

Las Cualificaciones Profesionales, se ordenan por familias y por niveles de acuerdo a lo recogido en el Anexo I y Anexo II, del Real Decreto 1128/2003 de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

3.2 Familias Profesionales:

- Agraria
- Marítimo-pesquera
- Industrias alimentarias
- Química
- Imagen personal
- Sanidad
- Seguridad y medio ambiente
- Fabricación mecánica
- Instalación y mantenimiento
- Electricidad y electrónica
- Energía y agua
- Transporte y mantenimiento de vehículos
- Industrias extractivas
- Edificación y obra civil
- Vidrio y cerámica
- Madera, mueble y corcho
- Textil, confección y piel
- Artes gráficas
- Imagen y sonido
- Informática y comunicaciones
- Administración y gestión
- Comercio y marketing

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicios socioculturales y a la comunidad

- Hostelería y turismo
- Actividades físicas y deportivas
- Artesanías

3.3 Niveles de Cualificación:

Nivel 1 Competencia en un conjunto reducido de actividades de trabajo relativamente simples, correspondientes a procesos normalizados, siendo los conocimientos teóricos y las capacidades prácticas a aplicar, limitados.

Nivel 2 Competencia en un conjunto de actividades profesionales bien determinadas, con la capacidad de utilizar los instrumentos y técnicas propias, que conciernen principalmente a un trabajo de ejecución que puede ser autónomo en el límite de dichas técnicas. Requiere conocimientos de los fundamentos técnicos y científicos de su actividad y capacidades de comprensión y aplicación del proceso.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 3 Competencia en un conjunto de actividades profesionales que requieren el dominio de diversas técnicas y puede ser ejecutado de forma autónoma, comporta responsabilidades de coordinación y supervisión de trabajo técnico y especializado. Exige la comprensión de los fundamentos técnicos y científicos de las actividades y la evaluación de los factores del proceso y de sus repercusiones económicas.

Servicios domiciliarios y el empleo

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 4 Competencia en un amplio conjunto de actividades profesionales complejas, realizadas en una gran variedad de contextos, que requieran conjugar variables de tipo técnico, científico, económico u organizativo para planificar acciones, definir o desarrollar proyectos, procesos, productos o servicios.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 5 Competencia en un amplio conjunto de actividades profesionales de gran complejidad realizadas en diversos contextos a menudo impredecibles que implica planificar acciones o idear productos, procesos o servicios. Gran autonomía personal. Responsabilidad frecuente en la asignación de recursos, en el análisis, diagnóstico, diseño, planificación, ejecución y evaluación.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

3.4 Proceso de elaboración del Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP)

La metodología utilizada en el proceso de elaboración y actualización del Catalogo Nacional de Cualificaciones, asignado como hemos apuntado mas arriba, al INCUAL, sigue las siguientes fases:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

a) Preparación de Datos y conformación del Grupo de Trabajo

En esta etapa, del proceso metodológico, se prepara la información básica, en el Campo de Observación, que permitirá al grupo de trabajo, identificar las competencias profesionales de la cualificación, para ello el INCUAL aportará datos y estudios, la profundidad y extensión de estos estudios se determinará de acuerdo a las necesidades.

Además se identifican los perfiles de los expertos, que deben constituir el Grupo de Trabajo, de manera que cubran las áreas de competencia del campo, los procesos productivos, las tecnologías inherentes, así como los procesos formativos, dichos perfiles se envían a las instituciones representadas en el Consejo General de Formación Profesional para que formulen las propuestas de los mas idóneos.

Igualmente se procede a identificar las administraciones competentes, así como a las organizaciones empresariales, sindicales o profesionales que participarán en la etapa de contraste.

b) Diseño de la Cualificación

La determinación de las competencias de una cualificación y de la formación asociada, parte del análisis y del estudio del sistema productivo y del mercado de trabajo, que permita identificar las funciones que tienen que desarrollar los profesionales para satisfacer los objetivos de una organización en este contexto productivo.

En esta primera aproximación se obtendrán unas especificaciones de la competencia de la cualificación, estructuradas en unidades de competencia y en un entorno profesional, se tendrán en cuenta los criterios de realización de los actuales títulos y certificados de profesionalidad, siempre que den respuesta a las necesidades del sistema productivo.

c) Definición de la Formación Asociada

En esta etapa el grupo de trabajo determinará la formación asociada a la cualificación, que se estructurará en módulos formativos, también, se identificarán aquellas capacidades cuya adquisición deba ser, en su caso, complementada en un entorno real de trabajo.

d) Contraste Externo

El resultado del trabajo realizado por el grupo en las etapas precedentes, debe ser sometido a un contraste externo con las organizaciones empresariales, sindicales y administraciones, y en su caso, con los organismos y asociaciones profesionales más significativas del sector, a través de profesionales cualificados.

Si la cualificación es aceptada, con valor y significado en el sector productivo, se recogen las observaciones aportadas en el contraste y el grupo de trabajo ajusta la especificación de la competencia definida y de la formación asociada a la misma.

e) Aprobación de las Cualificaciones

La cualificación profesional con la formación asociada, se someterá al Consejo General de Formación Profesional, acompañada de una ficha-informe en la que se describa, en líneas generales, los trabajos desarrollados y las entidades que han participado en la identificación y contraste de la cualificación.

Por tanto para determinar las cualificaciones de cada familia profesional, se formarán grupos de trabajo, que utilizarán la misma metodología, que se usó en la elaboración del Catálogo de Títulos de Formación Profesional y de los Certificados de Profesionalidad.

Los Grupos de Trabajo, en el proceso de definición de una cualificación, están compuestos por expertos tecnológicos y expertos formativos de las mate-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

rias de que se trate, propuestos por las instituciones representadas en el Consejo General de Formación Profesional (administraciones, central y autonómicas, las organizaciones empresariales y las organizaciones sindicales), además de los coordinadores metodológicos de grupo, propuestos por el Instituto Nacional de las Cualificaciones.

Así pues el Catalogo Modular de Formación Profesional, está integrado por:

- **Formación Profesional Inicial/Reglada:** es competencia de las Administraciones Educativas, se obtienen mediante los Ciclos Formativos y su reconocimiento es a través de los Títulos Formativos emitidos por el Ministerio de Educación y Cultura.

- **Formación Ocupacional:** es competencia de las Administraciones Laborales y su reconocimiento se realiza a través de los Certificados de Profesionalidad, emitidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- **Formación Continua:** se encuadra dentro del marco de los Acuerdos Tripartitos de Formación y al igual que la Formación Ocupacional puede ser reconocida a través de los Certificados de Profesionalidad.

Por tanto a continuación vamos a exponer brevemente los Títulos Formativos y los Certificados de Profesionalidad, deteniéndonos en los que corresponderían a la ocupación de Auxiliar de Ayuda Domicilio.

4. Títulos Formativos

La Formación Profesional Inicial/Reglada, se certifica a través de los Títulos Formativos, la administración competente, es la Educativa.

El entonces Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (actual Ministerio de Educación y Ciencia) en virtud de las competencias atribuidas, para el desarrollo normativo, dicta el Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo, por el que se establece la ordenación de la Formación Profesional específica, el mencionado RD en su preámbulo, recoge:

Servicios domiciliarios y el empleo

“La Ley Orgánica 5/2002 de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, tiene por objeto, la ordenación de un sistema integral de Formación Profesional, Cualificaciones y Acreditación, que responda eficazmente y con transparencia a las demandas sociales y económicas a través de diversas modalidades formativas. Con este fin, se crea el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional y en cuyo marco se orientan las acciones formativas programadas y desarrolladas en coordinación con las políticas activas de empleo y de fomento de la libre circulación de los trabajadores.

Formación Profesional Específica

Por tanto para revisar la Formación Profesional Específica y los títulos de Técnico y Técnico Superior a los que conduce la misma, como hemos dicho, en el ámbito del Sistema Educativo, vamos a realizar un análisis de cómo se recoge en el RD 362/2004, de 5 de marzo, por el que se establece la ordenación general de la Formación Profesional Específica

En el Art. 1 de este Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo, se define esta Formación Profesional Específica, como aquella que “(...) comprende un conjunto de acciones formativas que en el **ámbito del sistema educativo**, capacitan para el desempeño cualificado de las diversas profesiones, el acceso al empleo y la participación activa en la vida social, cultural y económica. Incluye las enseñanzas propias de la formación profesional inicial, las acciones de inserción y reinserción laboral de los trabajadores, así como las orientadas a la formación continua en las empresas, que permitan la adquisición y actualización permanente de las competencias profesionales”.

El mencionado RD en el Art. 2 señala que la Formación Profesional Específica, recoge las enseñanzas que conducen a los **Títulos de Técnico** y de **Técnico Superior**, y tendrán por finalidad:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Adquirir la competencia profesional característica de cada título y de las cualificaciones que lo integran y capacitar para el ejercicio de las actividades profesionales inherentes a aquellas.

Comprender la organización y las características del sector socioproductivo correspondiente, así como la realidad socioeconómica del territorio de cada Administración en el que se ubique la actividad de dicho sector, de modo que estas enseñanzas respondan siempre a las necesidades del entorno.

Adquirir las competencias lingüísticas específicas y necesarias para el ejercicio profesional en idiomas de países de la Unión Europea.

Adquirir la competencia requerida para el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación.

Adquirir competencias para integrarse en equipos de trabajo y los conocimientos y habilidades necesarios en materia de prevención de riesgos laborales, de acuerdo a las normas vigentes.

Conocer las oportunidades de aprendizaje y los mecanismos de acceso al empleo o a la reinserción laboral, conforme a las expectativas personales y profesionales, así como la legislación laboral básica y los derechos y deberes que se derivan de las relaciones laborales.

Fomentar el espíritu emprendedor y proporcionar la formación necesaria para el desempeño de actividades por cuenta propia y empresarial, en especial en empresas de economía social.

Fomentar la formación a lo largo de toda la vida y motivar futuros aprendizajes a través de vías formativas que se adapten a las situaciones personales y profesionales de los ciudadanos.

El Capítulo II del RD que venimos analizando, dedicado a la ordenación de la Formación Profesional Específica, comprende los artículos 3 y 4.

Servicios domiciliarios y el empleo

En el Art. 3 se especifica que las enseñanzas conducentes a la obtención de los Títulos de Técnico y Técnico Superior, se ordenarán en ciclos formativos de formación profesional específica de Grado Medio y de Grado Superior, agrupándose en Familias Profesionales, de acuerdo al Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. En el Art. 4 se recoge que estos Ciclos Formativos se organizarán en Módulos.

Así mismo se señala que estos Ciclos Formativos contarán con unas enseñanzas específicas, asociadas a cada una de las Cualificaciones Profesionales y otras comunes a todos ellos, correspondientes a los módulos de Orientación y Relaciones Laborales, Prevención de Riesgos Laborales, Tecnologías de la Información y la Comunicación, Idiomas de los Estados miembros de la Unión Europea, Autoempleo y Creación y Gestión de Empresas.

De acuerdo con el RD 362/2004, de 5 de marzo, conforme al CNCP y a la Familia Profesional: **Servicios socioculturales y a la comunidad**, a través del **RD 496/2003 de 2 de mayo se establece el Título de Técnico en Atención Sociosanitaria** y las correspondientes enseñanzas comunes. Este es un Ciclo Formativo de Grado Medio, con una duración de 2000 h, los profesionales con esta titulación, podrán desarrollar su puesto de trabajo en una institución residencial, para personas mayores o con discapacidad, en diferentes Instituciones y en su propio domicilio. El contenido modular es amplísimo y su puesta en marcha ha sido bastante escasa, en dos o tres Institutos en 2004 y 2005.

5. Certificados de profesionalidad

Siguiendo con del desarrollo normativo previsto en la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, aprueba el **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.**

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El mencionado RD 1506/2003, en su preámbulo, de acuerdo con la competencia reglamentaria atribuida a la Administración, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, ha publicado 130 Reales Decretos que constituyen el repertorio de Certificados de Profesionalidad

Los certificados de profesionalidad acreditan las competencias profesionales adquiridas mediante acciones de formación profesional ocupacional y continua, programas de formación y empleo, contratos de aprendizaje y para la formación, la experiencia laboral u otras vías no formales de formación”

El certificado de profesionalidad, que se regulará por real decreto, tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y definirá las competencias profesionales características de las ocupaciones y los contenidos de formación asociados a ellas.

El contenido de los Certificados de Profesionalidad es:

- Perfil profesional de la ocupación
- Itinerario formativo modular
- Duración total
- Requerimientos personales y materiales

Así mismo, el artículo 8 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, establece que la evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, tendrán como referente el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y que el reconocimiento de las competencias así evaluadas, cuando no completen las cualificaciones recogidas en algún Certificado de Profesionalidad, se realizará a través de una acreditación parcial acumulable con la finalidad, en su caso, de completar la formación conducente a la obtención del correspondiente certificado.

Servicios domiciliarios y el empleo

Siguiendo lo regulado en el RD 1505/2003 de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices sobre los Certificados de Profesionalidad y los correspondientes contenidos mínimos de formación profesional ocupacional, y conforme al CNCP la profesión de Auxiliar Domiciliario, pertenece a la Familia Profesional: **Servicios socioculturales y a la comunidad**, y se desarrolla a través el **RD 331/ 1997 de 7 de marzo, por el que se establece el Certificado de profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio.**

Tiene una duración total de 445 h, repartidas en conocimientos prácticos 290 h, conocimientos teóricos 130 y evaluaciones 25, el Itinerario Formativo se desarrolla en 7 Módulos que son:

- Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales
- Nutrición, dietética y alimentación
- Higiene y seguridad personal
- Limpieza y cuidados del hogar
- Prevención y atención socio-sanitaria
- Recursos sociales e integración social
- Técnicas y soportes de gestión y administración básica.

Las pruebas de certificación, serán convocadas anualmente por las diferentes Comunidades Autónomas.

Para acceder a las pruebas se necesitan una serie de requisitos:

- Ser español o nacional de los países de la Unión Europea o nacional de otro de los estados signatarios del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o extranjero con permiso de residencia y de trabajo o con la habilitación administrativa correspondiente, según la normativa aplicable a su situación específica.

- Tener 16 años cumplidos.
- Abonar las tasas para participar en las pruebas oficiales.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Que se hayan superado positivamente dentro de los cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de la convocatoria todo o parte del itinerario formativo correspondiente al certificado de profesionalidad solicitado, por medio de acciones de formación profesional ocupacional, continua, programas de formación y empleo, contratos de aprendizaje y para la formación.

Que mediante la experiencia laboral u otras vías de aprendizaje no formales, y debidamente acreditadas, haya logrado todas o parte de las competencias profesionales al perfil que solicite.

Poseer una experiencia laboral mínima, en el caso de Auxiliar de Domiciliario, es de dos años.

Actualmente este RD no se ha plasmado en ninguna actuación concreta, estando pendientes de que las respectivas Comunidades Autónomas, en nuestro caso la de Madrid convoque anualmente pruebas de convalidación de los diferentes módulos que integran el itinerario formativo y los correspondientes contenidos mínimos, en general de todos los Certificados de Profesionalidad y en particular del de la ocupación objeto de esta ponencia que es el de Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Ley 8/1980, de 10 de marzo, Estatuto de los Trabajadores (Texto Refundido).
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- Programa nacional de Formación Profesional (1998-2002).
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo.

Servicios domiciliarios y el empleo

- Real Decreto 1128/2003 de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

- Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo por el que se establece la ordenación general de la Formación Profesional Específica.

- Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero, por el que se establecen determinadas cualificaciones profesionales que se incluyen en el Catálogo nacional de cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan al Catálogo Modular de Formación Profesional.

- Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.

- Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.

- Orden TAS/470/2004, de 19 de febrero, por la que se desarrolla el Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.

- Real Decreto 1046/2003, de 1 de agosto, por el que se regula el subsistema de Formación Profesional Continua.

- Fondo Documental de Ministerio Educación y Ciencia.

- Acuerdos Nacionales de Formación Continua.

4.3 Perfil actual del auxiliar de SAD Incidencia de la inmigración

*Soledad Palos Triguero
Responsable de Coordinación
Ayuda a Domicilio. ASISPA*

Introducción

ASISPA inició su actividad en el Servicio de Ayuda a Domicilio en el año 1981, en un Distrito Municipal de Madrid.

Desde entonces, el Servicio ha experimentado una notable evolución a la par que un espectacular aumento del número de usuarios y un fuerte incremento presupuestario, que se ha producido sobre todo en los últimos años.

En la actualidad, tenemos adjudicada por el Ayuntamiento de Madrid la cobertura de seis de los veintidós Distritos en los que está dividida la capital.

Durante el año 2004, y bajo ese contrato, desde nuestra entidad se prestó atención a 8.592 usuarios diferentes. Y sólo en el cuatrimestre comprendido entre 1 de enero y 30 de abril de 2005 a 7.817 usuarios, también diferentes.

Como es fácil suponer, paralelamente ha ido creciendo la plantilla de Auxiliares dedicadas a la prestación del Servicio en los distintos domicilios.

Durante los primeros años de funcionamiento las personas que accedían a este trabajo, mayoritariamente, eran amas de casa de mediana edad, nivel de estudios primarios, con deseos de incorporarse o reincorporarse al mundo laboral, tras haber pasado un largo período cuidando a los hijos, y con grandes dificultades para conseguirlo porque las nuevas realidades laborales, su falta de reciclaje, edad, etc., en época de alta tasa de desempleo eran obstáculos poco o nada superables.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Años después, entre las demandantes de empleo había numerosas Auxiliares de Clínica que, ante la falta de puestos de trabajo –entonces- en los sectores hospitalario o residencial, se incorporaban a la Ayuda en Domicilio.

Hasta mediada la década de los 90 era muy frecuente que estudiantes universitarios estuvieran integrados en SAD durante dos / tres años, bien durante los años de estudios o concluidos éstos, mientras preparaban oposiciones, o conseguían un puesto de trabajo adecuado a su preparación.

Sin embargo, al final de dicha década, comienza a descender paulatinamente la demanda de empleo para este sector por parte del personal español, mientras aumenta progresivamente el número de domicilios atendidos.

Incidencia de la Inmigración

Aunque desde 1982 habíamos incorporado a algunas personas procedentes de otros países, el porcentaje siempre estuvo situado por debajo del 1% hasta 1996.

Sin embargo, es desde 1997 cuando se produce un alto crecimiento que, a partir de 2001 se convierte en una incorporación masiva disparando los índices porcentuales, como se observa en la siguiente tabla:

AÑOS	Nº TOTAL AUXILIARES	PORCENTAJE EMIGRANTES
1988	444	1.80%
1999	487	2.50%
2000	785	3.38%
2001	922	12.7%
2002	1082	15.8%
2003	979	26.5%
2004	1272	33.8%
30 de abril 2005	1380	44%

Servicios domiciliarios y el empleo

Por tanto, a 30 de abril de 2005 es poco más de la mitad de la plantilla (56%) la ocupada por personal de nuestro país.

La expectativa es que ese 56% seguirá decreciendo, según los datos de que disponemos, puesto que de los trabajadores incorporados en el primer cuatrimestre de este año, sólo el 23% eran españoles.

Asimismo de las solicitudes de demanda de empleo que a diario se reciben en nuestra oficina, cada vez es menor el número de mujeres de nuestro país y, prácticamente inexistente el de varones.

En este último caso, tampoco de personas inmigrantes, que prefieren incorporarse como peones en el sector de la construcción, aunque tengan un nivel de estudios superior.

La tendencia, pues, a que el yacimiento de empleo generado por el Servicio de Ayuda a Domicilio sea copado mayoritariamente por personas procedentes de otros países no sólo se consolida año a año, sino que parece irreversible en un próximo futuro.

Lugares de procedencia

Nos parece interesante aportar datos sobre los países de procedencia de la inmigración.

Por ello, seguidamente se inserta una tabla con los datos globales de 2004. Y aunque se trata de datos parciales por referirse sólo a un período de cuatro meses, se intenta establecer una comparativa con los datos sobre el año actual de que ya disponemos a la hora de redactar este tema:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

PROCEDECENCIA	TOTAL AUXILIARES 2004	TOTAL AUXILIARES 30 DE ABRIL 2005
AMÉRICA		
ECUADOR	55%	57%
PERU	27%	26%
COLOMBIA	12%	10%
OTROS*	2%	4%
EUROPA		
RUMANIA	1.1%	0.7%
BULGARIA	0.8%	0.7%
UCRANIA	0.5%	0.6%
OTROS#	1.6%	1%
ÁFRICA		
GUINEA	0.6%	0.6%
MARRUECOS	0.6%	0.4%

* Rep. Dominicana, Bolivia, Cuba, Brasil, Paraguay, Chile

Polonia, Rusia, Serbia, Italia

Perfil

Ante esta panorámica cabe preguntarse cuál es la evolución del perfil de Auxiliar SAD desde que la inmigración comienza a tener una incidencia mayor en el Servicio.

Para ello hemos elegido las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios y tiempo de permanencia en las prestaciones domiciliarias.

Hemos recabado datos de 1998, año en el que como ya hemos consignado, el porcentaje de inmigración era del 1,80% para poder compararlos con los datos del pasado año, en el que ya estábamos cerca del 34%, obviando los años intermedios para no hacer excesivamente prolijo este texto.

Sexo

Con referencia al sexo, los varones en 1998 suponían el 5%, porcentaje que ha descendido hasta el 2% en 2004.

Servicios domiciliarios y el empleo

Es de reseñar que en ASISPA se han incorporado hombres al SAD desde 1985, época en la que había bastante demanda de empleo por parte de varones, pero era complicado convencer a los usuarios para que los recibieran en su casa.

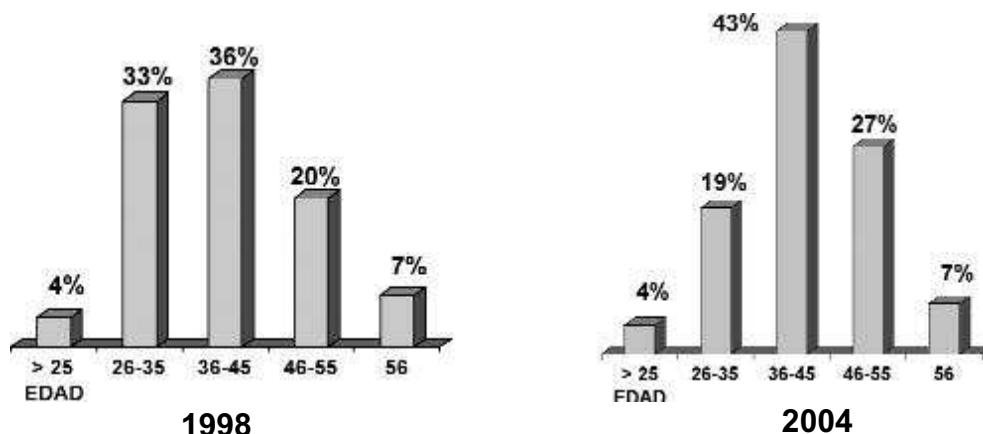
Durante varios años el porcentaje se mantuvo por encima del 15%, y después comenzó la reducción paulatina, hasta el momento actual en el que son los propios usuarios quienes lo solicitan en muchos casos, pero es difícilísimo encontrar candidatos aptos, para el desempeño de las prestaciones de atención personal entre los escasos solicitantes.

Edad

En los gráficos que recogen los datos relativos a edad, es curioso observar que los intervalos extremos (menores de 25 y mayores de 56) se mantienen en los mismos porcentajes en ambos años (4 y 7%).

En 2004 el grupo de edad comprendido entre 26 y 35 años ha bajado sustancialmente (del 33 al 19%), mientras crecen en siete puntos tanto el intervalo de 36-45 años como el de 46-55 años.

Lo cual representa un envejecimiento importante de la plantilla, en parte natural puesto que la permanencia en el puesto durante bastantes años es alta como se mostrará más adelante pero que, por otra parte, se debe a que muchas de las nuevas incorporaciones se producen entre los 40/50 años de edad.



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Nivel de Estudios

En cuanto al nivel de estudios, habría que hacer la salvedad de que no siempre son totalmente comparables los oficiales de aquí con los establecidos en los diversos países de procedencia, por lo que los datos agrupados en el gráfico siguiente pueden ser más aproximativos que reales.

Un argumento más para poner en cuestión los datos que aportamos es que, por razones obvias, en la mayoría de los casos los Auxiliares que se incorporan carecen de la homologación que hay que tramitar en el Ministerio de Educación y Cultura, aunque dispongan de certificaciones expedidas en su lugar de origen.

Teniendo en cuenta todo ello, observamos que los niveles inferiores (primarios y graduado escolar) disminuyen considerablemente, y más el segundo que el primero lo cual parece indicar una tendencia favorable.

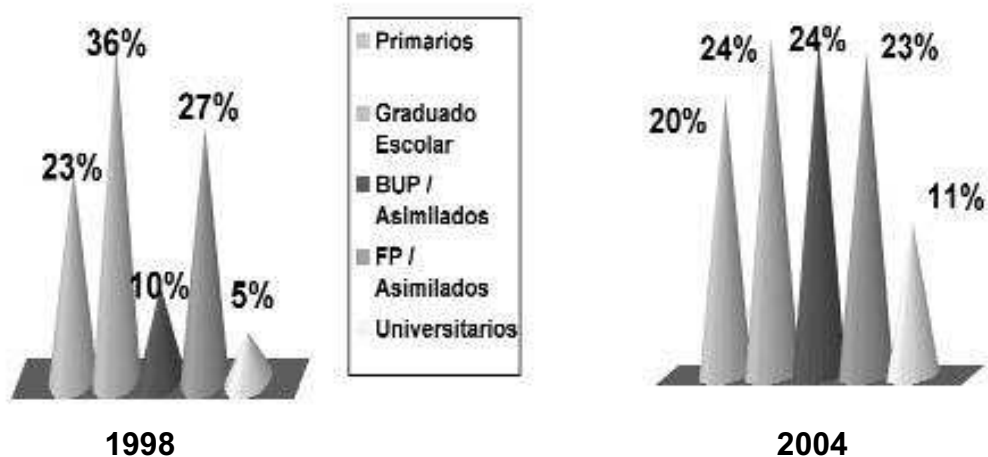
Se reduce también del 27 al 23% el grupo cuyos estudios son FP I - II y asimilados. Suponemos que –entre otras causas- puede deberse al crecimiento de puestos en Residencias y Centros de Día, que dan salida a ese colectivo de profesionales.

Por el contrario, se elevan enormemente tanto el porcentaje de Auxiliares con BUP y asimilados (que pasa del 10 al 24%), como el de quienes tienen estudios universitarios que duplica porcentaje, pasando del 5 al 11%.

Esta aparente mejora en el nivel de estudios, no lleva aparejada una mejor preparación para el puesto a desempeñar, pero si parece indicar una base sólida para que la formación impartida por las empresas prestatarias, pueda tener una buena respuesta.

Sin embargo, es innegable que se están produciendo distorsiones en la prestación del Servicio. Y, sin duda, una de ellas –tal vez la más importante- es la producida por la diferencia de cultura y costumbres.

Servicios domiciliarios y el empleo



En este sentido, está dando buenos resultados la labor de las Asociaciones de Acogida así como de los Mediadores Interculturales que sería conveniente potenciar.

Permanencia en SAD

Por lo que respecta a la Permanencia o Antigüedad en la prestación del Servicio, la situación actual en ASISPA es que en el período 1998-2004 ha crecido, lógicamente, en porcentaje (del 1 al 5%) el número de Auxiliares que llevan más de 15 años.

Sin embargo, el porcentaje de Auxiliares que permanecen entre 10 y 15 años se ha reducido a la mitad. Independientemente de las bajas voluntarias, jubilaciones, etc., que se hayan producido en estos seis años, esta reducción se debe también a que en ese período se han producido subrogaciones, por cambios de distritos en sucesivas adjudicaciones.

Y, por otra parte, ha habido numerosas promociones a Teleasistencia, Centros de Día, y Residencias tanto de la Red Pública como propios de nuestra entidad, en consonancia con la política de promoción interna que llevamos a cabo en ASISPA.

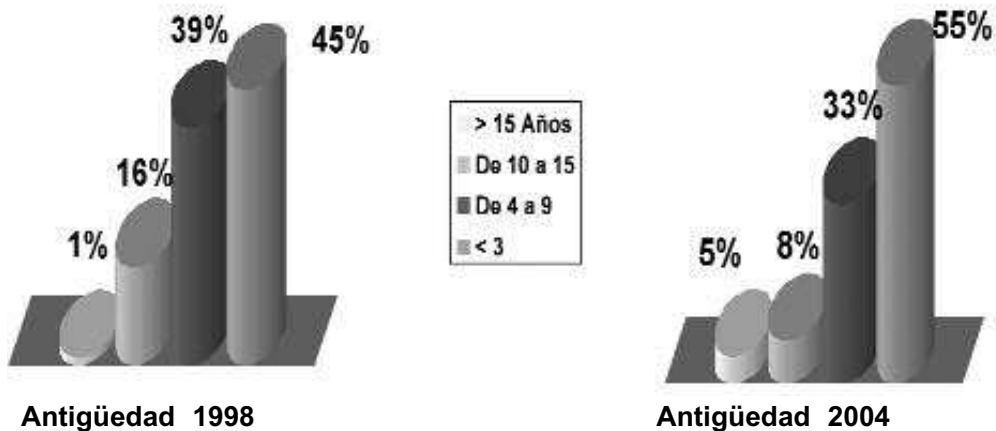
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

También decrece, aunque en menor medida, la permanencia entre 4 y 9 años que pasa del 39 al 33%.

Por el contrario aumentan en 10 puntos (del 45 al 55%) las personas cuya antigüedad es inferior a 3 años, siendo uno de los motivos –aunque no el único- el aumento tanto en número de usuarios como en horas de prestación que se está produciendo en SAD en los últimos años.

Esta última cifra también hace suponer que se haya incrementado la rotación de personal auxiliar por diferentes causas.

Cuestión que se pondrá de manifiesto con datos incorporados en páginas siguientes.



En cuanto al tipo de contratación, el sector de Ayuda a Domicilio tiene la ventaja sobre otros, de contar con un alto volumen de contratos indefinidos. En ASISPA, al 30 de abril el porcentaje de contratos indefinidos de Auxiliares SAD asciende al 76,3%.

Sin embargo, este sector tiene un grave inconveniente que es la necesidad de tener mayor volumen de jornadas parciales, que en otro tipo de trabajo.

Como todos sabemos, los horarios de atención más demandados se

Servicios domiciliarios y el empleo

concentran en unas cuantas horas de la mañana. Concretamente en nuestro caso el 50,1% de las jornadas de auxiliares están en 27,5 horas semanales.

La jornada completa establecida por el Convenio Colectivo actualmente vigente es de 37 horas. El porcentaje de estas jornadas es del 14,7%.

Rotación

Como hemos dicho anteriormente, a continuación incluimos una tabla comparativa entre los años 2003 y 2004 de las causas más frecuentes de baja definitiva de Auxiliares, dato que resulta de interés, porque refleja la rotación que se está produciendo en la plantilla.

Por otra parte, conocidas las causas que motivan las bajas, se podrán establecer fórmulas para incidir en la eliminación de algunas de ellas.

El porcentaje mayoritario se encuentra en la característica “No renovación / fin de contrato”. Dado que en cualquiera de los dos períodos que se citan estábamos en situación de crecimiento de usuarios y, por tanto, con necesidad de personal, si al finalizar el contrato establecido no se ha pasado a indefinido, ha sido por déficit de funcionamiento en muchos de los casos puesto que, incluso las suplentes contratadas para cubrir las vacaciones de verano, bajas por maternidad, etc., han tenido en ambos años la posibilidad de prórroga de contrato o han sido llamadas de forma casi inmediata, para su reincorporación.

La incidencia de las bajas voluntarias es también muy alta, aunque ha descendido un 8% en 2004.

En tercer lugar aparece “No superado período de prueba” que baja un punto.

Suben sin embargo alrededor del 5% más en el último año las peticiones de “Excedencia”.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

BAJAS DEFINITIVAS DE AUXILIARES		
MOTIVOS	AÑO 2003	AÑO 2004
NO RENOVACIÓN / FIN DE CONTRATO	41.3%	40.2%
VOLUNTARIA	36.4%	27.6%
NO SUPERADO P. PRUEBA	9.0%	8.0%
EXCEDENCIA	3.6%	8.0%
ABANDONO	4.5%	3.4%
PROMOCIÓN	2.6%	1.6%
DESPIDO	0.4%	1%
JUBILACIÓN	0.7%	0.4%

Dichas peticiones, en general por cortos períodos de tiempo, responden a problemas familiares graves que les obligan a viajar a su país. Años atrás las excedencias eran prácticamente inexistentes en SAD.

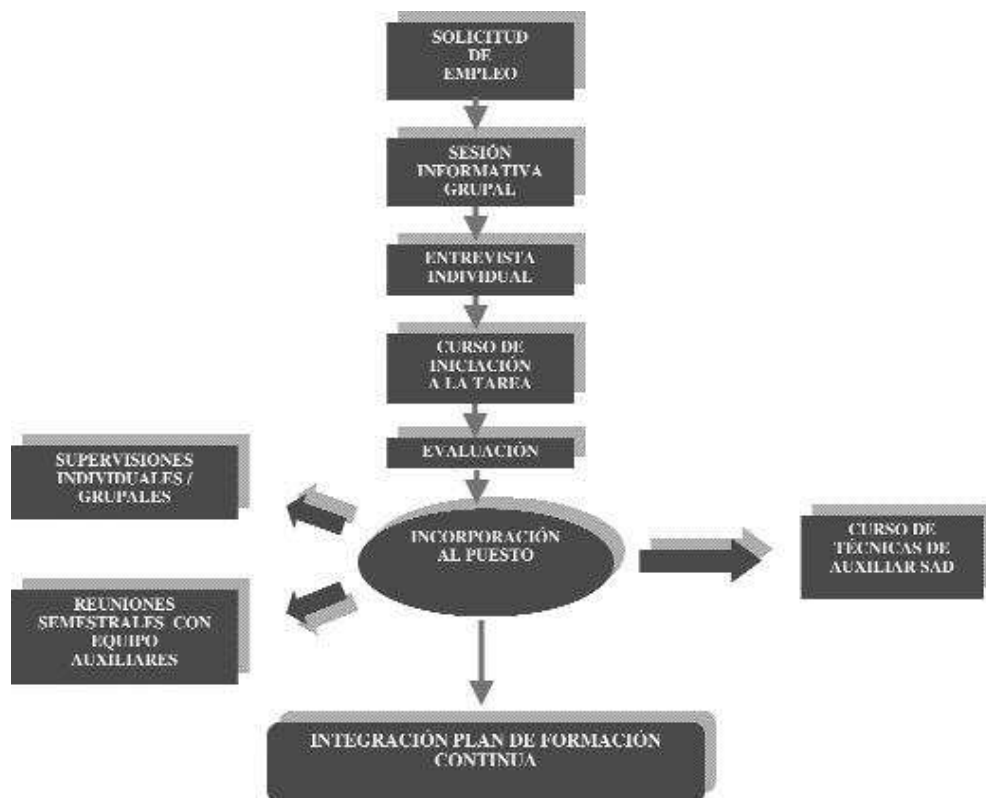
Disminuye ligeramente el “*Abandono del puesto de trabajo*” sin previo aviso, pero habrá que esperar a datos de años posteriores para ver si la tendencia a la baja se mantiene.

Sin embargo se ha *incrementado el porcentaje de despidos disciplinarios*.

Tanto la “*Promoción*” como la “*Jubilación*” u otros motivos minoritarios tienen una causalidad diferente. Al igual que la subrogación, circunstancia que se produjo en 2003 con un 23.4% y un 7,8% de las bajas en 2004.

Para intentar reducir la incidencia en algunos de estos porcentajes, hemos profundizado en el proceso de selección, incorporación y formación previa, sobre la base del esquema siguiente:

Proceso de selección e incorporación de auxiliares



El primer paso en el proceso es la cumplimentación de un impreso de solicitud que tenemos diseñado. Sobre dichas solicitudes se procede a realizar la primera selección, eliminando a aquellas personas que no reúnen los requisitos establecidos.

Posteriormente se procede a una sesión informativa grupal de alrededor de tres horas de duración, en la que se explican pormenorizadamente objetivos del SAD, funciones y tareas, jornadas, salarios etc. (algunas solicitantes se auto eliminan en esta fase).

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Tras la sesión grupal, se mantiene entrevista individual con los candidatos restantes y se rellena un cuestionario que permite una valoración de cada uno de ellos.

Posteriormente acuden al “Curso de Iniciación a la Tarea”. El personal formativo evalúa a los participantes y emite listado de los más aptos que pasan a ser contratados, según necesidades.

Este proceso se sigue siempre aún cuando los candidatos hayan recibido cursos sobre el Servicio o acrediten tener experiencia, con el fin de asegurarnos de que tienen información suficiente.

Con posterioridad a la contratación participan en el curso “Técnicas de Auxiliar” y, finalmente, se integran en el Plan de Formación.

Rotación de usuarios

Un deseo profundamente sentido por los usuarios es el de que no se produzcan cambios de Auxiliares y se mantengan constantes los días y horas de atención.

Deseo que se ve muy frecuentemente frustrado no sólo por las bajas definitivas de auxiliares que hemos mencionado sino porque, a éstas, hay que añadir las ausencias temporales bien para disfrutar de sus derechos laborales (vacaciones, cuatro días de asuntos propios, etc), bien por enfermedad común, accidente laboral, permisos por maternidad, y otras incidencias producidas a diario.

Buscar un punto de equilibrio entre las necesidades/deseos de los usuarios y los derechos/incidencias de los trabajadores es una de las tareas más arduas a las que se enfrentan los Equipos de Coordinación del SAD.

Y un tema que se tiene poco en cuenta, en general, es la otra cara de la medalla, es decir la alta movilidad de usuarios y las disfunciones que ella origina.

Servicios domiciliarios y el empleo

A modo de pincelada, damos algunos datos sobre los movimientos de usuarios habidos en los cuatro meses comprendidos entre el 1 de enero y el 30 de abril:

- Las altas de usuarios fueron 1.160. Muchas de ellas urgentes, para inicio del SAD antes de 48 horas.
- Las bajas definitivas por defunción, ingreso en Residencia u otros motivos, 484.
- Las bajas temporales con posterior reanudación de prestaciones ascendieron a 1.393.
- Los reinicios de servicio fueron 1.691, puesto que en algunos casos el mismo usuario ha tenido varios periodos de baja provisional.

En 1.086 ocasiones ha habido que realizar modificaciones, generalmente por mayor volumen de días y horas de atención al haberse agravado la situación inicial del usuario

Retos

No queremos dejar pasar la oportunidad de apuntar algunas de las dificultades con las que el SAD se encuentra a diario, y que no se refieren sólo a cuestiones del personal que realiza las prestaciones, sino también a otros temas:

El alto número de domicilios en los que se atiende a Mayores con grave deterioro psíquico que viven solos y que, en muchas ocasiones, carecen de familiares directos. Para ellos, el SAD no es la respuesta más adecuada.

Los enfermos mentales procedentes de la desinstitucionalización que ya han entrado en el colectivo Mayores, cuya atención debería ser muy específica.

Los Mayores que por su edad estarían integrados en la “vejez de la vejez” que conviven con hijos enfermos mentales, drogodependientes, etc., sufriendo una grave problemática y en ocasiones sujetos a un trato inadecuado.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de Mayores que han superado los 95 años que están siendo atendidos por algún hijo, hermano o cónyuge que, a su vez, tiene una edad avanzada.

Al haber aumentado la longevidad, y mantenerse la permanencia en su domicilio de los mayores, crece cada año el porcentaje de bajas definitivas por defunción, previamente, a veces, con una larga fase en situación terminal que genera sufrimiento en el entorno familiar.

Se observa un fuerte aumento de “abuelos golondrina” que rotan, generalmente por meses, en los hogares de varios hijos. Evidencia de que, pese a los cambios sociales y a la incorporación masiva al mundo laboral de la mujer, se mantiene una positiva integración familiar. Sin embargo tiene algunas connotaciones que el mayor vive negativamente, como la desestabilización por los frecuentes cambios y la sensación (a veces objetiva) de que en cada domicilio se deja para el siguiente la resolución de determinados problemas, desencadenando un cuidado no muy correcto en algunos casos.

El aumento de los niveles de dependencia, las barreras arquitectónicas y la carencia en los domicilios de ayudas técnicas idóneas que palien las dificultades que presentan el aseo personal y la movilización, está suponiendo un riesgo laboral de primer orden para los auxiliares que, con mayor frecuencia sufren lesiones y accidentes de trabajo. La sensibilización sobre ayudas técnicas tanto a usuarios como a sus familiares, es un tema prioritario.

Con respecto a esas barreras arquitectónicas domésticas –dado el aumento constante no sólo de la longevidad sino también de personas afectadas por secuelas de politraumatismos originados en accidentes de tráfico u otras circunstancias- sería interesante iniciar una labor de mentalización a través de los organismos públicos que tienen a su cargo temas relacionados con la vivienda (Ministerio, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales, Colegio de Arquitectos,...etc) para que en los diseños de nueva construcción introduzcan medidas que, fácilmente y sin coste añadido, reduzcan esas barre-

Servicios domiciliarios y el empleo

ras (puertas más anchas, bidé e inodoro de pared que permitan mayor altura, duchas planas en lugar de bañeras, rampas en escaleras de portales...etc) algunas de las cuales serían aprovechables por la generalidad de la población (mejor movilización de carros de la compra, coches de bebés, etc.).

La casi inexistente demanda de empleo por parte de personal español para la atención directa en domicilio, pese a los numerosos cursos que desde la Administración y las entidades privadas se realizan habitualmente.

Tal vez una fórmula adecuada para resolver esta situación en el futuro, sería la puesta en marcha de los módulos de FP que ya están diseñados en el Ministerio de Educación y Cultura, para que nuevas generaciones de jóvenes se preparen y conciencien de la satisfacción personal que produce trabajar con y para personas. Así como de las posibilidades del SAD como yacimiento de empleo estable.

Por otra parte y como en la actualidad los demandantes de empleo proceden en su mayoría de la inmigración, habría que plantearse soluciones a través de un programa de actuación conjunto de la Administración y los Agentes Sociales, para que al menos una mínima preparación previa se diera en los países de origen con compromiso por parte de las empresas en cuanto a la contratación.

Las numerosas peculiaridades de este servicio tanto respecto a los usuarios y su problemática, como al personal que les atiende, deberían tener reflejo en la legislación.

El aumento de la inmigración en nuestro país está suponiendo, también, su incorporación como usuarios a los Servicios Sociales. En SAD se da esta circunstancia especialmente en el colectivo "Menores". Hacer flexibles las prestaciones respetando su idiosincrasia, al mismo tiempo que potenciando sus responsabilidades y el cumplimiento de sus obligaciones, es una tarea en la que las entidades privadas debemos colaborar con los Servicios Sociales Municipales.

5. Servicios sociosanitarios de atención en domicilio: experiencias, retos y posibilidades

5.1 Estructuras de coordinación sociosanitaria comisiones y equipos

*Milagros Marcos Ortega.
Directora General de Planificación y Ordenación.
Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.*

Introducción

La relación entre la salud y las variables sociales del entorno próximo a las personas está establecida hace muchos años. Se trata de una relación bidireccional, porque la salud repercute en la situación social, laboral, familiar, y económica, y a su vez esta situación influye en la salud.

La coordinación socio sanitaria supone dar un paso más en la **atención integrada** a estas personas que presentan problemas complejos, problemas que interactúan y se intensifican mutuamente, y acaban afectando a todas las parcelas de la vida.

La atención integrada ha sido y está siendo objeto de estudio y análisis en los países miembros de la Unión Europea en cuanto que experiencia novedosa y necesaria en la prestación de servicios dirigidos a resolver necesidades interrelacionados y complejas. El modelo de atención socio sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, basado en la coordinación de los Sistemas de Acción Social y Sanitario, adopta los principios básicos de la atención integrada.

El término “integración” posee muchos significados e interpretaciones 6. En este caso, se define la atención integrada como un conjunto de servicios y procesos asistenciales coordinados en un plan integrado dirigido a las necesidades y los problemas multidimensionales de una persona en particular, o de una categoría de personas que comparten unas necesidades o problemas similares.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

El objetivo de la atención integrada es doble. Primero: la intervención sobre problemas sanitarios y sociales entrelazados e interdependientes demanda una atención social y sanitaria entrelazada e interdependiente. En caso contrario, la atención será insuficiente. Segundo: los servicios prestados según un plan integral se solapan y se potencian, lo que produce el mejor uso de los recursos disponibles.

Las estructuras de coordinación en Castilla y León

Las estructuras de coordinación son la conexión entre el Sistema de Acción Social y el Sistema Sanitario. Están constituidas por profesionales de ambos sectores que, manteniendo su vinculación con sus Instituciones de procedencia, configuran un sistema virtual, que se hace real cada vez que se reúnen para la coordinación socio sanitaria, y por lo tanto, para la prestación integrada de servicios.

Tienen diferentes niveles y responsabilidades, y se regulan normativamente por vez primera en el año 2000, estableciéndose unas estructuras de carácter directivo de ámbito regional y provincial (el Consejo de Dirección y la Comisión de Dirección del Área Sanitaria) y otra estructura, provincial, de carácter técnico – consultivo, (la Comisión de Coordinación Socio sanitaria del Área de Salud) formada por profesionales designados por las Instituciones con competencias en materia de sanidad y servicios sociales de cada una de las provincias.

En el año 2003 se publica un Decreto (49/2003) que modifica al anterior y que contempla la creación de los Equipos de Coordinación de Base. Estos son la estructura estable y formalizada de relación entre los servicios sociales y sanitarios más próximos al ciudadano.

Las dos últimas, Comisiones de Coordinación y especialmente los Equipos de Coordinación de Base (ECB), son las que interesan en esta exposición.

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Para mantener estas estructuras, la Junta de Castilla y León cuenta con el Servicio de Coordinación Socio sanitaria de la Dirección General de Planificación y Ordenación, de la Consejería de Sanidad. El Servicio elabora instrumentos de trabajo, guía y asesora a las Comisiones de Coordinación, y coordina los grupos de trabajo que en la administración central elaboran programas coordinados.

Las Comisiones de Coordinación

Las Comisiones está formada por profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada, y de los servicios sociales dependientes de la Junta de Castilla y León y de las Corporaciones Locales. Dos son las características de las Comisiones que las hacen imprescindibles. Primero: se conforman como grupo de expertos en la organización y prestación de servicios. Segundo: su marco de actuación, básicamente la provincia, es el marco donde garantizar la gran mayoría de los servicios.

La Comisión tiene funciones en dos direcciones. Por un lado debe actuar como apoyo y asesoramiento de los ECB, proporcionando información, contactos y experiencia. Por otro lado, debe recoger la incidencia de problemas en la atención de las personas atendidas en los ECB, analizar sus causas e importancia, y elaborar propuestas de mejora. Estas propuestas, relativas a la suficiencia de recursos o a la adecuación de procesos, son transmitidas a las Comisiones de Dirección, que tienen capacidad ejecutiva.

La formación de ECB de la Comunidad ha estado organizada por las Comisiones de Coordinación (CCSS). Las CCSS han elaborado su plan de trabajo anual, incluyendo la tutorización de los ECB, actividades formativas, y la implantación de programas autonómicos de coordinación interinstitucional. Además, empiezan a surgir planes de mejora provinciales, que empiezan a formar un catálogo de mejores prácticas.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Los miembros de las Comisiones de Coordinación asumen la responsabilidad de tutorizar a los ECB. Cada tutor hace el seguimiento de las actividades de determinados ECB, a los que sirve de referencia para ofrecer información, asesorar técnicamente y transmitir problemas o consultas a la Comisión.

Los Equipos de Coordinación de Base

El Decreto 49/2003 establece que un ECB está formado al menos por un profesional de cada centro de Acción Social, un profesional sanitario del equipo de Atención Primaria (EAP) y el trabajador social del EAP. La mayoría de los ECB incorporan sin embargo, dos profesionales sanitarios: un médico y una enfermera, para facilitar la difusión de su labor y la participación de todos los colectivos profesionales. Pueden formar parte otros profesionales relevantes para los problemas de la persona atendida.

La creación de los ECB ha supuesto la delimitación previa del territorio y la población a la que atiende cada uno. Se han definido 178 zonas en Castilla y León, y se han creado 145 ECB, prácticamente todas durante 2004.

La función básica e insustituible de los ECB es detectar los casos que precisen una actuación conjunta, simultánea o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas. Para ello el Servicio de Coordinación diseñó una metodología de trabajo conjunto. La segunda función de los ECB es aportar información para la planificación de recursos, contrastando recursos disponibles utilizados con recursos considerados idóneos. También aportan información para el diseño de procesos de atención coordinada, sea entre niveles asistenciales (atención primaria o básica con atención especializada) o entre sectores (sanitario y social).

La creación de ECB ha exigido una labor formativa por parte de las Comisiones de Coordinación Sociosanitarias y por parte del Servicio de Coordinación Sociosanitaria.

Seguimiento de los ECB.

Tanto las Comisiones de Coordinación correspondientes como el Servicio de Coordinación de la Dirección General de Planificación y Ordenación, realizan un seguimiento continuado de los ECB, a través de sus actas. Este seguimiento incluye en la actualidad básicamente la actividad asistencial a personas y la actividad comunitaria. Además, los ECB remiten una copia de las guías de los casos tratados a la Comisión de Coordinación, que a su vez lo remite al Servicio de Coordinación. El Servicio evalúa el grado de cumplimentación de los apartados de la Guía y su adecuación a la estructura definida.

Resultados más destacables

Los ECB tienen de momento una experiencia corta. En estos primeros meses de actividad, los ECB han tratado en muchas ocasiones a las personas con problemas más complejos, con frecuencia, problemas de varios años de evolución. Es prematuro valorar las repercusiones del trabajo de los ECB en la salud y en la calidad de vida, en comparación con lo que ocurriría sin su existencia. Los resultados que se pueden valorar, recogidos por el Servicio de Coordinación, se refieren a:

1. Satisfacción profesional

Muchos profesionales, tanto del sector sanitario como del sector social, han expresado su satisfacción por estructurar su coordinación y por la orientación que ofrece la Guía de Gestión Compartida.

2. Dificultades relacionadas con las culturas de las organizaciones:

Los profesionales refieren síntomas, de que sus correspondientes organizaciones no han asumido todavía de manera extensiva la coordinación socio-sanitaria como tarea propia. Por ejemplo, refieren dificultades para liberar tiempo y reunirse, poco reconocimiento, o incomprensión de la necesidad de coordinarse por parte de algunas instancias.

3. Cuantificación de problemas:

Empezamos a conocer los rasgos fundamentales de las personas tratadas en los ECB. A modo de orientación, en la tabla siguiente se muestran los datos relativos a los problemas de salud y situación familiar de los primeros 93 casos:

Problemas de salud	
Enfermedad mental	37%
Neurológica (ACV, demencias, ...)	22%
Limitaciones sensoriales	12%
Aparato locomotor	25%
Drogodependencia	8%
Pluripatología orgánica	17%
Malos tratos	2%
Otros	28%
Situación familiar	
Vive con familia cuidadora	15%
Vive con persona similar a él / ella	18%
Vive solo	25%
Es cuidador	18%
Multipatología familiar	15%

En una cuarta parte de los casos se ha reseñado la evolución de los problemas en la guía. De los casos recogidos, en el 43% de los casos los profesionales valoran que está mejor, que está igual en el 21%, y peor en el 36%.

Es de suponer que la proporción de los casos que hubieran evolucionado a peor sería mucho mayor sin la intervención del ECB, pero una conclusión al respecto necesita un número más amplio de casos, la comparación con un grupo control, y comprobar la fiabilidad de las valoraciones.

Discusión

Las estructuras de coordinación son el núcleo de la primera línea estratégica del II Plan Socio sanitario de Castilla y León. En su corto período de funcionamiento se han establecido los cauces para que su impacto en la coordinación socio sanitaria y en la atención integral sea efectivamente clave, como enuncia el II Plan.

Una coordinación efectiva necesita conseguir acuerdos entre dos administraciones, adecuar la normativa, establecer procedimientos, y trabajar juntos en la atención a determinadas personas. En nuestra experiencia, esta coordinación está siendo más fácil allí donde la presión de los problemas es más acuciante, es decir, entre los profesionales de base de los ECB y de las CCSS. Por ello, las estructuras de coordinación han demostrado la importancia de su rol. Son estos profesionales los que nos deben enseñar cuales son los problemas reales de las personas, y en ese papel son insustituibles.

Bibliografía

Johannes Siegrist. (2000), The Social Causation of Health and Iones. En: Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw (eds.), Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage Publications, London. 100-114.

Stephanie A. Robert, James S: House. (2000), Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research. En: Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw (eds.), Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage Publications, London. 115-135.

Arno van Raak, Ingrid Mur-Veeman, Brian Ardi, Marijke Steenbergen, Aggie Paulus. (2003), Integrated Care in Europe. Elsevier gezondheidszorg. Maarsen, the Netherlands.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Hnek Nies, Philip C. Berman (eds.). (2004), Integración de servicios para personas mayores: un libro de recursos para gestores. European Health Management Association. Disponible en: <http://www.ehma.org>.

Kai Leichsenring, Andy M. Alaszewski (eds.). (2004) Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake. Ashgate, Hampshire.

Dennis L. Kodner. Cor Spreeuwenberg, Integrated Care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002. Online: <http://www.ijic.org>.

Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCL nº 77, 19/04/2000.

Decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL nº 81, de 30/04/2003.

Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. BOCyL nº 95, de 21/05/2003.

5.2. Comisión socio sanitaria de Villa de Vallecas, una apuesta por la coordinación en la atención integral del mayor

Santiago Buitrón Ruiz

Directora del Centro Social de Villa de Vallecas

Introducción

El objetivo de esta ponencia dentro de la Mesa redonda “Servicios socio sanitarios de atención en el domicilio: Experiencias, retos y posibilidades”, es mostrar como desde el año 1.996 existe en el municipio de Madrid, y concretamente en el Distrito de Villa de Vallecas, una plataforma de coordinación socio sanitaria, nacida en el marco de una voluntad política y técnica, de afrontar los retos de una nueva necesidad emergente en ese momento como era LA DEPENDENCIA, relacionada directamente con el fenómeno del envejecimiento de la población y con la ineludible incorporación de la mujer al mercado laboral, desde una visión integradora de la intervención, en la que para dar respuesta a las necesidades de los mayores y sus familias, es imprescindible coordinar los diferentes ámbitos de competencia e intervención social y sanitario.

Para entender la implantación y posterior evolución de la Comisión socio sanitaria en Villa de Vallecas es necesario conocer las características sociodemográficas del distrito, y la coordinación interinstitucional previa a su implantación.

1. Características Sociodemográficas de Villa de Vallecas

- Se trata del tercer distrito menos poblado de los 21 distritos del municipio de Madrid. En 1.996 tenía 60.383, la última cifra de población es de 65.162 habitantes a 1 de enero de 2005. Sigue una tendencia de incremento poblacional distinta a la del municipio.

- La tasa de envejecimiento de la población es del 12,55%, más de 6 puntos

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

por debajo de la media del municipio, que se encuentra en el 18,76%. Es de destacar que el peso del subgrupo de edad entre los 75 y 84 años supone actualmente el 59.70% de toda la población mayor del distrito, y los mayores de 85 años el 8.38% por lo que más del 68% de la población mayor se encuentra en los grupos de edad en los que los problemas de salud y dependencia son más importantes.

- Aunque se trata de un distrito territorialmente muy extenso la población se concentra en dos barrios geográficamente unidos, las distancias son escasas y el acceso a los recursos, salvo para las zonas de asentamientos ilegales y marginales, es fácil.

- El crecimiento demográfico del distrito coincide con las corrientes de emigración interna, del mundo rural al urbano, de los años 60 y primeros de los 70. Ha sido habitual que las segundas generaciones hayan mantenido su propio domicilio familiar en el distrito, produciéndose una cercanía entre los padres y los hijos que ha favorecido el apoyo mutuo.

- Existe un importante apoyo vecinal que viene de la idiosincrasia rural que tuvo el distrito y que se ha mantenido tras el desarrollo demográfico y económico del mismo.

Coordinación Interinstitucional previa a la Comisión Socio sanitaria

La Sección de Servicios Sociales del Distrito, mantenía una coordinación fluida y periódica con la Trabajadora Social del INSALUD de los dos Centros de Salud ubicados en el mismo y con las dos Trabajadoras Sociales del Centro de Mayores del INSERSO transferido a la CAM el 1 de enero de 1.996.

En la coordinación habitual de casos, se detectaba como una dificultad constante la falta de implicación del sistema sanitario, que se limitaba a la derivación de casos a los profesionales de la intervención social, con el objetivo de

resolver problemas, que en la mayoría de las ocasiones necesitaban una atención integral que abarcara los aspectos sociales y sanitarios de la problemática.

Los aspectos introductorios expuestos, como ya he señalado anteriormente, creo que pueden ayudar a entender el contenido de la ponencia y sobre todo su objetivo principal, que es mostrar la Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas como un modelo de coordinación Socio Sanitario en la atención integral del mayor.

Antecedentes y origen de la CSS de Villa de Vallecas

Como ya había avanzado en el punto introductorio la CSS de Villa de Vallecas es posible gracias a la voluntad política y técnica surgida en un determinado momento, por lo que vamos a buscar los antecedentes normativos y programáticos limitándolos temporalmente con la siguiente secuencia cronológica:

1. Acuerdo marco entre los ministerios de asuntos sociales y sanidad y consumo en materia de coordinación socio sanitaria, firmado el 14 de diciembre de 1.993.

En el que se declara; que teniendo en cuenta la dimensión social de lo sanitario y la dimensión sanitaria de lo social, la colaboración, la corresponsabilidad, y la coordinación interministerial, son absolutamente decisivas para ofrecer respuestas integradas en orden a la eficacia de los respectivos servicios y acordando en lo que se refiere a la población mayor; impulsar y desarrollar, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinados entre otras en las áreas de atención a las personas mayores, fundamentalmente las de edad avanzada o que hayan llegado a la situación de dependencia o semidependencia y que demandan atención socio sanitaria.

2. Convenio de colaboración interministerial para la atención socio sanitaria de las personas mayores, firmado el 14 de diciembre de 1.993.

Supone una apuesta por concretar las actuaciones socio sanitarias dirigidas a las personas mayores del Acuerdo Marco, que tiene entre sus priorida-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

des desarrollar una Estrategia de Coordinación Socio Sanitaria en la atención de las Personas Mayores. El tercer acuerdo del Convenio tenía prevista la constitución de Comisiones Socio Sanitarias en cada ámbito territorial que actuaran como instrumento de coordinación en el marco del Convenio y estarían integradas paritariamente por responsables del Instituto Nacional de Salud y del INSERSO.

3. Taller de coordinación socio sanitaria para la atención a las personas mayores

Impartido por el INSERSO-INSALUD en octubre de 1995 y en el que participan profesionales de la atención directa de ambos institutos y cuyo objetivo es sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de la coordinación socio sanitaria para la eficacia de los recursos y de la atención que se le da al mayor.

4. El 1º Taller de coordinación socio sanitaria

Realizado en el Área 1 del INSALUD en el que participan los Servicios Sanitarios y Sociales con representación técnica y política y las organizaciones de voluntariado y de ayuda mutua de la zona, realizado en enero de 1.996 y cuyo objetivo fundamental fue la sensibilización de las diferentes instituciones ante la implantación del “Programa Socio sanitario para la atención de las Personas Mayores”, consensuando la participación de todas las entidades e instituciones participantes en el Taller en las Comisiones de Primer nivel y/o Distrito que el Programa tenía previsto implantar.

5. Programa socio sanitario para la atención de las personas mayores del area 1 del Insalud.

Implantado en el Área durante todo el año 1.996. Surge fundamentado en el envejecimiento de la población, la aparición de la dependencia como una nueva necesidad que requerirá la adaptación de los diferentes sistemas de atención y unido todo ello a la crisis de los tradicionales sistemas de apoyo informal

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

(familia, apoyo vecinal), introduciendo la coordinación socio sanitaria como estrategia de intervención y en el que se plantea la creación de la Comisión de Área y las Comisiones distritales como los órganos encargados de desarrollar y llevar a cabo esa estrategia.

La Sección de Servicios Sociales de Villa de Vallecas, participo en el 1º Taller de Coordinación Socio Sanitaria y se integró como miembro fundador de la Comisión Distrital desde febrero de 1.996.

Objetivos del programa socio sanitario de atención a las personas mayores del area 1 del Insalud

Teniendo en cuenta que finalmente la CSS se plantea desde un Programa de origen Sanitario en el que decidimos incluirnos los Servicios Sociales me parece necesario al menos conocer los objetivos del programa para justificar aún más nuestra decisión de ser parte del mismo a través de nuestra incorporación en la CSS.

El objetivo general del Programa es:

- Mejorar la calidad de la atención socio sanitaria que prestamos a los Ancianos de Alto Riesgo desde nuestra Área de Salud, teniendo siempre presente el énfasis en aumentar más la calidad de vida que su duración”.

El objetivo específico al que responde la creación de las Comisiones es:

- Mejorar la coordinación y eficiencia de los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención socio sanitaria”. Para ello el Programa propone:

1. Facilitar y Potenciar la creación de una Comisión de Coordinación Socio sanitaria de Área.
2. Facilitar y Potenciar la creación de Comisiones Socio sanitarias de primer nivel (distrito).

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Objetivos de la Comisión Socio sanitaria de Villa de Vallecas

Para responder al objetivo específico del Programa Socio sanitario que da origen a la CSS y que es "mejorar la coordinación y eficiencia de los diferentes recursos socio sanitarios implicados en la atención socio sanitaria", los miembros de la CSS definen sus propios objetivos:

- Objetivo General

"Mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en el distrito de Villa de Vallecas.

- Objetivos Específicos

1. Realizar una atención integral (médico y social) del mayor.
2. Apoyar a las familias en la atención de sus mayores.
3. Informar y sensibilizar a la sociedad sobre los problemas de las personas mayores.
4. Coordinar las actividades de atención a los mayores entre las diferentes administraciones e instituciones del distrito.
5. Representar ante las diferentes administraciones y el resto de instituciones los intereses de los mayores y sus familias.
6. Detectar las necesidades de los mayores y sus familias y trasladarlas a la Comisión de Área.
7. Profundizar en la medida de lo posible en el estudio de la población mayor del distrito.

Población Diana - Anciano Frágil. Coordinación de casos

Como la CSS de Villa de Vallecas nace en el marco del "Programa Socio sanitario para la Atención de las Personas Mayores", se establece la población

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

diana a la que va dirigido el Programa como la población prioritaria de ser objeto de la coordinación y que queda definida como todos los Ancianos de Alto Riesgo, entendiéndose por ello al Anciano Frágil con mayor riesgo de institucionalización y por regla general en la franja de edad a partir de los 75 años, con los siguientes criterios de inclusión en el Programa:

- Edad avanzada. Mayores de 85 años.
- Viven solos sin apoyo familiar.
- Viudedad reciente (menos de 9 meses) sobre todo en ausencia de familia.
- Pacientes con patología crónica invalidante (artropatías, ACV, demencias, depresión, hipoacusias severas, déficit visuales importantes etc....).
- Pacientes con alta hospitalaria reciente, (menos de tres meses).
- Pacientes con algunos de los llamados Síndromes Geriátricos: caídas repetidas, cuadros confusionales agudos, incontinencia urinaria, malnutrición etc...).
- Pacientes con visitas repetidas a un Servicio de Urgencias o reingresos.
- Poli-medicación.
- Cambio de domicilio reciente y con frecuencia, más de tres veces al año.
- Problema social con incidencia grave sobre la salud.
- Los menores de 75 años para ser incluidos en el Programa tienen que presentar al menos dos de los criterios de inclusión en el Programa.

El Programa establece dos niveles de coordinación de casos:

Nivel básico de coordinación. Cuando desde cualquier institución y/o entidad que conoce el Programa se detecta un Anciano Frágil se debe poner en marcha el proceso de coordinación, para ello se establece un documento de derivación Inter-servicios (DDI), se trata de un documento autocopiativo que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

recoge los motivos de la derivación y la resolución por parte del servicio receptor, debe ser utilizado para la coordinación diaria y no ha conseguido sustituir a otros medios de coordinación como el telefónico.

El DDI ha tenido una implantación irregular entre las distintas instituciones y entidades implicadas en la coordinación, ha sido la Trabajadora Social de los EAPs del Servicio Madrileño de Salud, quien los ha incorporado como documento habitual de coordinación con otros servicios y niveles de atención y principalmente con los Servicios Sociales. Los Servicios Sociales hemos sido habitualmente más receptores que emisores y no hemos conseguido asumir el documento como propio prefiriendo la utilización de nuestra propia documentación técnica (informe-propuesta) y el teléfono como los medios más habituales para la coordinación básica.

Nivel especializado de coordinación. Cuando un caso tras ser objeto de la coordinación básica no es posible la resolución de su problemática, se lleva a la CSS, donde se produce una valoración colegiada y se plantean nuevas estrategias de intervención, el caso suele permanecer en seguimiento en la CSS hasta su resolución. Los casos presentados en la CSS no requieren de DDI y quedan registrados en las actas.

Los casos presentados pertenecen al perfil de anciano frágil, pero ante la ausencia de otras plataformas de coordinación socio sanitaria para otros colectivos de población se han asumido casos que no cumpliendo con el criterio de edad (menores de 60 años) presentaban una problemática social derivada de una situación sanitaria que requería una intervención coordinada de los recursos sociales y sanitarios, nos estamos refiriendo a casos con problemática de Salud Mental y frecuentemente generadores de alarma social. A lo largo de los últimos 9 años han sido dos los casos que se ajustan a esta excepcionalidad.

La CSS de Villa de Vallecas no estableció un registro de los casos presentados quedando registrados en las actas con las iniciales de los nombres,

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

ello dificulta aportar datos sobre el número de casos trabajados en la CSS, tomando como fuentes fiables 2 informes de evaluación de la CSS y la revisión de las actas del 2004, se pueden facilitar los siguientes datos:

Hasta 1.998 se habían visto 12 casos, 8 se habían resuelto y 4 quedaban pendientes.

En 2.002 se habían tratado 13 casos, 4 se habían derivado a Fiscalía, 2 se habían cerrado por ingreso en residencia y 7 permanecían en seguimiento.

En 2004 se han tratado 6 casos, 1 se cerró por no valorarse de competencia de la CSS y los otros 5 continúan en seguimiento.

Constitución y participantes de la Comisión Socio sanitaria de Villa de Vallecas

Tras la realización del 1º Taller de Coordinación Socio sanitaria las instituciones y los profesionales del Distrito de Villa de Vallecas consensuaron poner en marcha la Comisión Socio sanitaria de Distrito quedando constituida el 12 de febrero de 1.996 y habiendo funcionado de forma ininterrumpida hasta la actualidad.

A continuación vamos a presentar una comparativa de los primeros miembros de la CSS con los que la componen actualmente, este dato nos permitirá avanzar algunas reflexiones en el último punto de la ponencia.

En 1.996 los participantes de la CSS de Villa de Vallecas eran:

- Servicios Sociales Municipales. Trabajador Social del Programa de Mayores.

- Servicios Municipales de Salud. Médico del Programa Preventivo para mayores de 65 años del Centro Integrado de Salud, en la reunión de Constitución de la Comisión también estuvo presente la Responsable del

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Programa de Mayores del Área de Salud.

- INSALUD. Trabajadora Social del EAP, y la presencia continua de un médico/a y enfermera/o del mismo equipo.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Centro de Día de Personas Mayores, ubicado en el Distrito.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Servicio de Urgencias del Hospital de referencia del distrito (Gregorio Marañón).

- Cáritas. Con la participación de la representante de coordinación interinstitucional de la Vicaría IV.

- AFAL. Responsable del Programa de Voluntariado.

- CRUZ ROJA. Responsable del Programa de Ayuda a Domicilio Complementaria.

En 2.005 los miembros de la CSS de Villa de Vallecas son:

- Servicios Sociales. Trabajador Social del Programa de Mayores.

- Servicio Madrileño de Salud. Trabajadora Social de los dos EAP del distrito, 2 doctoras, una de cada uno de los equipos y una enfermera de uno de los equipos.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Centro de Día de personas mayores, ubicado en nuestro distrito.

- Salud Mental. Trabajadora Social del Centro de Salud Mental.

- Cáritas. Trabajador Social de la Vicaría IV.

- AFAL. Trabajadora Social.

A finales de 1.999 abandonaron la CSS, la representante del centro hospitalario de referencia, y el médico del Programa Preventivo para mayores de 65 años del Centro integrado de Salud.

Cruz Roja tuvo una asistencia muy esporádica y dejó de asistir el primer año ya que en el distrito no existían casos incluidos en su programa.

El Centro de Salud Mental se incorporó ante la demanda de todos los miembros ya que su ámbito de competencia engloba una parte importante de la atención de los mayores.

Metodología de funcionamiento

La CSS de Villa de Vallecas desde su inicio estableció los siguientes criterios metodológicos para su funcionamiento:

Periodicidad de las reuniones

El Programa establecía al menos 6 reuniones anuales, pero desde su inicio se consensuó una reunión mensual exceptuando dos o tres meses al año que coinciden con el periodo estival.

Las reuniones coinciden con el segundo miércoles de cada mes. En la primera reunión del año se establece el calendario anual de las reuniones evitándose con ello las convocatorias mensuales.

Se recoge acta de todas las sesiones a través de un turno rotatorio previamente establecido y en el que participan todos los miembros de la CSS.

Duración

Esta establecida en una hora y media, de 9:30 horas a 11:00 horas, aunque es habitual que se alarguen en al menos media hora.

Lugar

Siempre se realiza en una sala del Centro de Atención Primaria de Villa de Vallecas, no se ha valorado el cambio de lugar ya que entre otras razones se facilita la asistencia del personal sanitario del Centro de Salud.

Contenidos

Los contenidos habituales de las reuniones de la CSS son:

1. Informaciones varias de interés para todos los miembros y relacionadas con la población mayor.
2. Planteamiento de casos problemáticos y diseños de intervención conjuntos.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

3. Programación de actuaciones propias de la Comisión. Evaluaciones, Grupos de Cuidadores, elaboración de informes, etc...

4. Otros...

Funciones

La CSS de Villa de Vallecas desde una perspectiva histórica ha cumplido con las siguientes funciones:

1. Ha favorecido la comunicación entre todas las instituciones y entidades que la forman.

2. Ha facilitado el conocimiento mutuo de los recursos.

3. Ha resuelto problemas concretos de coordinación de casos.

4. Se ha establecido como plataforma de análisis y seguimiento de casos problemáticos.

Se han programado y realizado tres grupos dirigidos a los cuidadores de la población mayor, durante los años 2.000, 2.001 y 2.003. Los grupos surgieron de una necesidad detectada por la Comisión y se han programado y llevado a cabo por dos miembros de la Comisión, la Trabajadora Social de los Equipos de Atención Primaria y por la Trabajadora Social del Centro de Día de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, con la colaboración puntual de otros miembros.

Los grupos han tenido una media de asistencia de 15.5 personas, en 12 sesiones de 2 horas con una periodicidad semanal.

Ante la detección de déficit o ausencia de algunos recursos necesarios para la población mayor del distrito y sus familias se han elaborado cartas dirigidas a las instituciones competentes para su subsanación o implantación, como por ejemplo solicitar a la Comunidad de Madrid plazas en Centro de Día Especializados para el Distrito y solicitar el aumento del plazo de solicitud de residencias de verano etc.....

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Sensibilizar sobre la cultura de lo Socio Sanitario tanto a los profesionales sanitarios como a los de ámbito de competencia social.

Logros

Para desarrollar este punto vamos a tener en cuenta sobre todo los logros valorados por los propios miembros de la CSS y que a pesar de tener un componente de subjetividad se pueden comprobar objetivamente.

Se ha creado un espacio permanente de encuentro interinstitucional en el que participan también las entidades de apoyo informal que intervienen con el colectivo de mayores en nuestro distrito.

Se ha facilitado y mejorado la comunicación interinstitucional.

Se ha mejorado el conocimiento de recursos sociales y sanitarios reflexionando sobre algunos de ellos.

Se han revisado casos problemáticos, creando un espacio para los profesionales sanitarios y sociales donde compartir los casos a través de una valoración e intervención conjunta, paliándose con ello situaciones de stress profesional ante las dificultades de afrontamiento de casos multiproblemáticos. Se han elaborado informes conjuntos.

Ante la detección de algunas deficiencias en los recursos de la zona se han elaborado cartas conjuntas a los organismos competentes.

Se han puesto en marcha los grupos de cuidadores por miembros de la propia CSS y utilizando todos los recursos disponibles por las entidades e instituciones representadas en la Comisión para llevarlos a cabo.

Se han elaborado tres informes de Evaluación de la Comisión Socio sanitaria, que han ayudado a introducir las mejoras valoradas como necesarias.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Dificultades

La CSS de Villa de Vallecas no ha estado exenta de dificultades durante estos nueve años, siendo las más persistentes en el tiempo y las que más han influido en su desarrollo las siguientes:

Falta de apoyo y reconocimiento institucional. Esta dificultad es general por parte de todas las instituciones pero tiene mayor incidencia en los profesionales de los equipos de atención primaria teniendo en cuenta que el programa nace desde el ámbito sanitario.

La Comisión de Área nunca ha sido un referente ni un apoyo para nuestra comisión de distrito. Desde 2002 no se reúne, nuestra Comisión no ha sido informada de los motivos.

El abandono a lo largo de los años del representante del hospital de referencia y del médico del Programa Preventivo para Mayores de 65 años del Centro Municipal de Salud ha provocando un excesivo peso de las instituciones de competencia social sobre las de los sanitario.

Desconocemos la repercusión real que han tenido algunas de nuestras acciones, como la elaboración de informes conjuntos para residencias, solicitud de incapacitaciones etc., así como las recomendaciones enviadas a la Comunidad de Madrid sobre determinados déficits del distrito o procedimientos de tramitación de determinadas prestaciones.

Conclusiones y propuestas de futuro

Tras más de nueve años de implantación el “Programa Socio Sanitario para la Atención de las Personas Mayores”, que dio origen a la Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas, se encuentra en proceso de Evaluación por parte de un Equipo Evaluador formado por todos los agentes implicados en el

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Programa y con el apoyo técnico de dos expertas evaluadoras del Servicio Madrileño de Salud, a la espera de tener los resultados definitivos sobre la CSS de nuestro distrito, mi presencia en el equipo evaluador y mi participación en la CSS durante los dos primeros años de existencia y durante el último año me permiten avanzar las siguientes conclusiones con propuestas de futuro:

Las necesidades de coordinación entre los ámbitos de competencia social y sanitaria siguen existiendo y aumentando ante la realidad de una población mayor cada vez más numerosa y envejecida, con mayores necesidades de atención. En Villa de Vallecas el 68% de la población mayor tiene más de 75 años.

Aunque se ha mejorado la comunicación interinstitucional, esta queda limitada en parte a los participantes de la CSS, que tienen una imagen más positiva de la misma que los profesionales que no participan directamente.

La Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas ha conseguido tener entidad propia al margen del Programa Socio Sanitario, su existencia actualmente no dependería de la continuidad del Programa. Solo durante los primeros años se tuvo como referencia el Programa posteriormente y ante la falta de apoyo y presión institucional su continuidad y las acciones llevadas a cabo se han debido a la creencia de sus participantes en la eficacia de la coordinación socio sanitaria para el afrontamiento de casos y la programación de acciones y servicios para mejorar la calidad de vida de los mayores y sus familias.

Con el abandono de la representación del Hospital de referencia y la parte sanitaria de competencia municipal, ha perdido peso, la presencia de lo sanitario produciéndose a mi juicio una socialización de la coordinación.

Ha llegado el momento de que la Coordinación Socio Sanitaria se articule desde el nivel más alto de toma de decisiones, garantizando los medios necesarios para llevarla a cabo y vencer las dificultades que han obligado a la ausen-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

cia de algunos de los primeros participantes, y con las que nos encontramos los profesionales cuando no existen los suficientes apoyos institucionales y su continuidad depende de la voluntariedad de los distintos profesionales.

Los contenidos de las reuniones de la Comisión socio sanitaria son muy ambiciosos y sería necesario a mi juicio diferenciar los contenidos informativos, programáticos y evaluadores de los que se refieren a la presentación y seguimiento de casos, articulando 2 tipos de reuniones:

Reuniones con contenidos informativos, programáticos y evaluadores, con la participación como miembros permanentes de todos los participantes actuales de la Comisión más la incorporación de un representante del Centro hospitalario de referencia y del Centro Municipal de Salud.

Reuniones de Casos, se establecerían como miembros permanentes por parte del Servicio Madrileño de Salud la Trabajadora Social de los dos Centros de Atención Primaria del Distrito, un medico/a responsable del programa de mayores de uno de los centros y un enfermero/a del programa de mayores del otro Equipo y por parte del Departamento de Servicios a la Ciudadanía el Trabajador Social del Programa de Mayores y como miembros puntuales todos los profesionales sociales sanitarios y de las entidades de apoyo informal implicados en la intervención del caso.

Recordar que estamos refiriéndonos a casos que no pueden abordarse desde el nivel básico de coordinación.

A lo largo de estos años se han elaborado informes conjuntos firmados por todos los miembros de la Comisión para la tramitación de Residencias, la solicitud de incapacitaciones, etc, pero desconocemos la influencia real que han tenido sobre la resolución de los casos. Por lo que si se implantara un modelo como el descrito anteriormente sería necesario el reconocimiento de la Comisión como entidad capaz de valorar y proponer actuaciones.

Bibliografía

Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo en Materia de Coordinación Socio-sanitaria. Firmado el 14 de diciembre de 1993.

Convenio de Colaboración Interministerial para la Atención Socio-sanitaria de las Personas Mayores. Firmado el 14 de diciembre de 1993.

Programa Socio-sanitario para la Atención de las Personas Mayores del Área 1 del INSALUD.

Informes de Evaluación de la Comisión Socio-sanitaria de Villa de Vallecas de 1.998, 1.999 y 2.002.

Actas de la Comisión Socio-sanitaria de Villa de Vallecas.

6. Complementariedad de los recursos en la atención domiciliaria

*Henk Nies, PhD
Director de la División de Atención.
Instituto de Atención y Bienestar de los Países Bajos
Utrecht, Países Bajos*

Introducción

Para las personas vulnerables, afectadas de discapacidades físicas, sociales y/o mentales, la asistencia domiciliaria es un servicio muy valioso e importante. Su valor supera al de las tradicionales funciones de gobierno de la casa y de autoayuda. La asistencia domiciliaria tiene un umbral relativamente bajo; en particular, para personas vulnerables de más edad; y en general, en el caso de las personas que tienen necesidades de atención múltiples y complejas. Muchas de ellas presentan síntomas psiquiátricos leves o graves y se enfrentan a problemas derivados de una sintomatología más o menos 'liosa': los síntomas están entremezclados, numerosas enfermedades, discapacidades y desventajas, combinadas con problemas sociales, se influyen recíprocamente. Rara es la vez en que sólo haya una solución o tratamiento que pueda facilitar la solución final.

Un buen número de estas personas no resultan muy accesibles a la asistencia: tienen una comprensión distinta de su propia situación, se encuentran desatendidos por los demás o por ellos mismos y, en numerosos casos, se hallan sumidos en la pobreza. A menudo conciben la atención psiquiátrica u otras formas de atención profesional como estigmatización e intrusión en sus vidas privadas, que alteran algún tipo de equilibrio que han alcanzado (según su propia opinión personal).

No obstante, y de forma especial para estas categorías de clientes (o perceptores de asistencia), la asistencia domiciliaria es un servicio que puede

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

abrir puertas que permanecen cerradas para otros. También, para muchas personas de edad, la asistencia domiciliaria puede ayudar a restablecer el equilibrio. Para países como España, uno de los más envejecidos y de los que más rápidamente envejecen entre los estados miembros de la Unión Europea (Eurostat, 2004), un desarrollo armónicamente integrado de los servicios de asistencia domiciliaria puede ser de vital importancia para el desarrollo de un sistema sostenible de atención social y sanitaria. Ello resulta especialmente pertinente, ya que las estructuras sociales tradicionales están reduciéndose y, en especial, las estructuras de atención familiar se debilitan. La atención por parte de familias, vecinos y voluntarios es, con gran ventaja, la mayor fuente de asistencia a personas de edad (Rico, 2003; Mestheneos y Triantafyllou, 2005).

La asistencia domiciliaria puede respaldar a estas estructuras sociales informales de forma relativamente sencilla. Son numerosas las personas de edad que aceptan ayuda en el gobierno de la casa a medida que envejecen o cuando sufren problemas. Ello brinda al asistente domiciliario una oportunidad excelente de comunicarse con la persona necesitada, de comprender sus carencias, de observar cómo las redes familiares y sociales funcionan (todavía) y de evaluar cómo una asistencia hecha a la medida puede proporcionar un apoyo que realmente suponga una diferencia. Este apoyo bien pudiera ir más allá de las necesidades diarias del gobierno de la casa y la atención personal; podría guardar relación con intervenciones médicas, sociales o psíquicas. Pudiera, además, hacer frente a necesidades de movilidad, de participación en la población activa, escolares y educativas, y de ocio.

Esta amplia gama de necesidades es importante para un gran número de personas que exigen atención a largo plazo, y debe ser tratada adecuadamente. Si así no se hiciera, tales necesidades pudieran presentarse como síntomas médicos y llevar a una intervención médica, mientras que las necesidades reales permanecen invisibles. De esta forma, la atención domiciliaria puede desem-

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

peñar una función de importancia inestimable, no sólo en cuanto a sus funciones primarias, sino también a la hora de señalar y evitar futuros problemas; puede atender necesidades que de otra forma no saldrían a la superficie. A ese respecto, tiene una función complementaria de otros muchos servicios. Esto quiere decir que ha de ser un elemento de un sistema integrado de servicios (Carrier, 2002).

El concepto de atención integrada

Esta escuela de pensamiento no es exclusiva de España. El concepto de 'atención integrada' ha recibido enorme atención en época reciente por parte de grupos de clientes diversos pero semejantes (van Raak et al., 2003; Leichsenring y Alaszewski, 2004; Nies y Berman, 2004; Kümpers, 2005; Vaarama y Pieper, 2005). Parece que el concepto de atención integrada resulta de especial utilidad para el servicio a clientes que presentan:

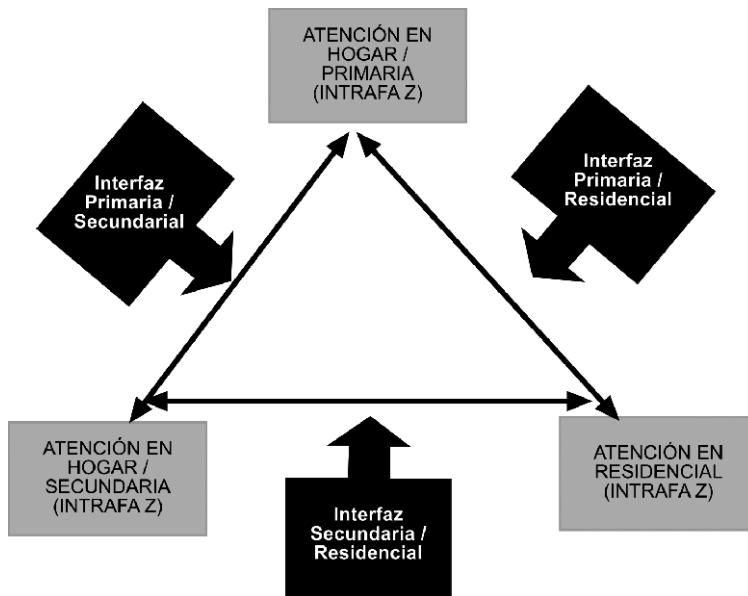
- Problemas complejos, múltiples y 'liosos'.
- Niveles importantes de dependencia.
- Estados inestables e impredecibles, o que carecen de un sólido equilibrio.
- Necesidad de una gama de servicios.
- Necesidad de una elevada intensidad en la prestación de servicios.
- Necesidades a largo plazo o terminales.
- Un débil sentido de autodirección.
- Una estructura social débil.

Lo fundamental de la atención integrada es que no sólo brinda apoyo a los clientes, sino que también - cuando resulta necesario - afecta a todo el sistema social de un cliente. Como se ha indicado anteriormente, la atención informal resulta esencial para apoyar a personas que tienen problemas que datan de mucho tiempo atrás, por lo que las necesidades de quienes que prestan dicha atención familiar deben también tenerse en cuenta.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Con el fin de examinar la integración de la asistencia domiciliar en el sistema de atención sanitaria y social, es necesario aclarar más el concepto de 'atención integrada'. En otro lugar lo hemos definido como 'un conjunto de servicios y procesos de atención, bien planificados y bien organizados, dirigidos a las necesidades/problemas multidimensionales de un cliente en particular, o de una categoría de personas que presentan necesidades/problemas semejantes (Nies y Berman, 2004, p. 12). Ello implica que los servicios deben estar bien dirigidos a objetivos claros, conectados y coordinados para satisfacer las necesidades de los clientes (Pieper, 2004; 2005).

Tradicionalmente, estas conexiones se establecerán entre y dentro de la atención primaria, la atención secundaria y la atención residencial.



Las personas que necesitan atención pueden pasar de la atención primaria a hospitales o a la atención residencial y viceversa, de acuerdo con el desarrollo de su patrón de necesidades. Sin embargo, resulta a menudo mucho más adecuado que sean los servicios los que acudan a los clientes.

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

Integración de los servicios

En la mayoría de los países de Europa, los servicios están desarrollándose en nuevas direcciones, rebasando sus áreas de actuación tradicionales: los hospitales proporcionan atención dentro de la comunidad y/o de carácter intermedio; las organizaciones de atención domiciliaria la prestan en entornos residenciales, y la atención residencial puede ser accesible a residentes que vivan en la comunidad o proporcionar igualmente actividades más allá de los límites físicos de las instituciones. En cualquier caso, lo esencial es que las organizaciones están siguiendo o adelantándose a las necesidades de sus clientes. Ello significa que tales organizaciones tengan que establecer conexiones entre sus servicios y los de sus colegas dentro de su región.

Muchos son los modos como ello puede lograrse. Leutz (1999) distingue tres formas principales de integración:

- Vinculación

En la que, por ejemplo, se disponen cadenas secuenciales de servicios; lo que se manifiesta importante en la organización de los servicios de emergencia y atención después de sufrir un ataque.

- Coordinación

Cuando las redes de prestadores de atención prestan simultáneamente atención y servicios, estando bien adaptadas para satisfacer las múltiples necesidades de sus clientes.

- Integración completa

Cuando son necesarias intervenciones conjuntas y se requiere colaboración cotidiana para lograr óptima coherencia.

Mientras que se integran los servicios, tienen que establecerse conexiones que garanticen el intercambio de la información, el conocimiento, la pericia

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

y la experiencia que se requieren para hacer frente a las necesidades de los clientes (o de las categorías de clientes). Ello exige confianza y respeto entre los distintos socios. Que deben ser capaces de confiar los unos en los otros; de saber que las disposiciones tomadas y las citas concertadas se cumplirán, que se suministran los datos informático adecuados y que las diferencias de poder no se utilizan indebidamente (Van Dalen, 2000; Kümpers, 2005). Si bien todo esto puede parecer palmario, es más fácil decirlo que hacerlo.

En la puesta en práctica de la atención integrada, la mayoría de los países Europeos contemplan obstáculos similares a los de España (Rico, et al., 2003; Nies, 2004). Los más importantes son:

- Financiación pública insuficiente para ofrecer servicios en cantidad adecuada.

Toda escasez en una parte del sistema puede resultar en listas de espera, lo que dificulta las adecuadas remisiones y la prestación de atención. La integración, así como los sistemas que funcionen sin dificultad, con adecuada gestión de la capacidad, resultan entonces de difícil puesta en práctica.

- Sistemas legislativos y de financiación que no se corresponden

Servicios diferentes pueden estar regidos por organismos u organizaciones diferentes cuyos regímenes sean incompatibles.

- Acceso desigual

Mecanismos de comprobación de recursos económicos y copagos que se contrarresten, pueden influir sobre el acceso de las personas a la atención a largo plazo en direcciones opuestas; tal y como lo hacen los criterios específicos para tener derecho a la atención social de una autoridad local y/o región a otra.

- Sistemas desequilibrados

Los cambios producidos en una parte del sistema, como cortes presupuestarios o racionamiento, pueden no verse compensados en otras partes del sistema.

- Complejidad del sistema

Numerosas partes interesadas pueden tener papeles, tareas, intereses y posiciones de poder diferentes. Los obstáculos para la sincronización de procesos entre los sectores y los organismos participantes comprenden factores como el contexto social, económico y político, circunstancias locales, legislación y vías de financiación diferentes, así como disposiciones procedimentales y estructurales en diferentes niveles del sistema.

- Responsabilidad

En la mayoría de los sistemas, no hay nadie dentro del sistema profesional, administrativo ni directivo que tenga la responsabilidad global de la prestación integrada de los servicios y de la atención, ni de los resultados de la misma. Esto supone un obstáculo para la toma de decisiones.

- Problemas de interrelación

Las fricciones que surgen en la colaboración entre organizaciones y profesionales reflejan habitualmente la fragmentación de los diversos sistemas involucrados. Las fricciones entre profesionales pueden estorbar la cooperación debido a las diferencias existentes entre sus culturas y opiniones profesionales.

- Sistemas impulsados por el suministro

A pesar de la ideología de las políticas y sistemas impulsados por el consumidor o el cliente, la práctica cotidiana continúa estando predominantemente determinada por el suministro actual y los intereses de los proveedores.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

- Recursos humanos

La escasez de plantilla, las deficiencias de calidad del personal y, al revés, la excesiva capacitación del personal pueden dificultar la puesta en práctica de la atención integrada.

- Culturas que no se corresponden

Existen señaladas diferencias entre los sectores de la atención social y la sanitaria; por ejemplo, en capacitación, métodos y sistemas.

- Desigual distribución del poder

Habitualmente, el sector de atención sanitaria aguda es mucho más poderoso que el sector de atención a largo plazo, que, a su vez, tiene una posición dominante sobre el sector de atención social. Esta desigual distribución del poder puede obstaculizar la introducción de disposiciones nuevas e imaginativas entre los prestadores de atención.

- Gestión de la calidad

Es más frecuente la carencia de sistemas y políticas de calidad en los servicios sociales que en los servicios sanitarios. Las definiciones de calidad producen, en ocasiones, conflictos entre las partes, por lo que con frecuencia no se alcanza acuerdo sobre aquéllas. La gestión integrada de la atención carece casi por completo de definiciones o criterios relativos al control de calidad. Y los que existen, no prestan atención a control de consumidores, opciones de clientes ni clientes bien informados. Son escasas la planificación, la supervisión y la evaluación de la calidad de vida, y lo mismo ocurre con las interacciones de los profesionales de la atención con los parientes de los clientes y con quienes prestan atención informalmente.

Sistemas que poner en servicio

Aunque pueda haber una amplia gana de obstáculos, abundan los buenos ejemplos de integración a lo largo y ancho de Europa, así como en España

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

(consultar: Van Raak et al., 2003; Leichsenring y Alaszewski, 2004). Pueden distinguirse varios rasgos comunes: mecanismos e instrumentos o sistemas que es necesario poner en servicio con el fin de lograr la integración (para descripciones más amplias, ver: Nies y Berman, 2004):

- Clientes dotados de poder

Poder de compradores para clientes bien informados. En un sistema impulsado por los consumidores, el poder y la responsabilidad deben pertenecer a los clientes. Sus necesidades y opiniones deben dirigir la provisión de servicios. En numerosos países de la UE, sistemas de pago a las personas necesitadas de atención se encuentran en proceso de puesta en práctica o ya lo han sido, tales como presupuestos personales, empleo o asistencia dirigidos por los consumidores o pagos directos (subsidios de asistencia) (Lundsgaard, 2005).

- Participación de los prestadores (familiares) de atención

Puesto que, en su gran mayoría, la atención la prestan quienes se dedican a ello informalmente, este extremo debería quedar reconocido en la prestación integrada de atención. Ello significa que es necesaria una gama bien desarrollada de servicios de moratoria, así como medidas políticas para garantizar la participación del mercado de trabajo y la concesión de licencia laboral temporal a los prestadores de atención, así como sobresueldo (Lundsgaard, 2005; Mestheneos y Triantafillou, 2005).

- Sistemas únicos y claros de acceso

Se necesitan sistemas de acceso que permitan realizar todas las gestiones en un solo lugar para evitar que las personas mayores anden investigando en diferentes servicios, lo que puede llevar a una prestación de servicios incoherente y mal dirigida (Vg.: Hébert et al., 2003).

- Necesidad de evaluación

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Se necesita una evaluación integrada del cliente que cubra todos los aspectos de la vida que sean relevantes para él (Jedeloo et al., 2003).

- Planes integrados de atención y servicio

Éstos resultan de la evaluación global del cliente y resumen los servicios y los objetivos prescritos. Deben incluir el plan de intervenciones de cada uno de los profesionales y deben revisarse periódicamente (Vg.: Hébert et al., 2003).

- Vías de acceso a la atención o estrategias de atención integradas para usos específicos de usuarios basadas en pautas y pruebas, en la medida en que estén disponibles

Las vías de acceso a la atención son una respuesta en el nivel de grupo a evaluaciones realizadas dentro de un cierto campo.

- Gestión de casos

Hay una amplia variedad de modelos, que tienen en común el hecho de seguir a una persona después del descubrimiento y evaluación del caso, de coordinar la planificación de la atención, la puesta en práctica de la prestación de la atención, la supervisión y evaluación de las necesidades comparándolas con la atención y los servicios que se prestan.

- Equipos multiprofesionales integrados

Éstos son necesarios para facilitar atención y prestar servicios de forma coherente con el fin de satisfacer las múltiples necesidades del cliente. Los equipos son especialmente pertinentes en palabras de Leutz (1999) - a las formas de integración completa.

- Se requieren estructuras organizativas integradas en el nivel organizativo, pudiendo incluir empresas conjuntas y fusiones

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

- Se necesitan logística y gestión de la capacidad para asegurar el puntual de pliegue de los recursos

Si los servicios no estuvieran disponibles a tiempo, la integración puede fracasar con consecuencias de daño para el cliente. Por ejemplo, después del tratamiento de un ataque, la rehabilitación debe comenzar sin dilación; en caso contrario, a la larga, los problemas del paciente pueden hacerse irreversibles.

- Personal profesional y voluntarios cualificados

No sólo deben tener una buena formación en sus técnicas profesionales, sino que también deben dominar la colaboración interprofesional. En general, esto no forma parte de ningún curso educativo o de formación.

- Sistemas de supervisión e información

Los clientes y los resultados deben ser supervisados en cuanto a su estado, pero también en términos logísticos y financieros.

- La evaluación y la gestión de la calidad tienen importancia a la hora de evitar errores, pero también para mejorar el sistema de forma ininterrumpida

Existe un cierto consenso acerca de los sistemas que son necesarios. Pero, probablemente, lo más importante para lograr la integración sea el factor humano. La integración de servicios es tarea humana, y las relaciones humanas entre proveedores de atención, profesionales y gestores, formuladores de políticas y clientes, determinan, en gran medida, el éxito de la integración.

Gestión de la integración

La gestión de la integración exige, por tanto, unas fuertes dotes de mando; ello implica la gestión de las ambigüedades (Carrier, 2002). En la atención integrada, los gestores tienen que hacer frente a muchas lealtades: a su

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

propia organización, a sus empleados, a sus clientes, al sistema de políticas y a las otras organizaciones de su red (que en ocasiones son sus competidores).

Igualmente exige equilibrio entre valores y normas diferentes; por ejemplo, respecto de la calidad de la atención, la continuidad de la misma, la satisfacción de la clientela, la rentabilidad, la ética, la legislación y los principios de la buena gobernanza. Tales requisitos, a menudo, no se encuentran juntos. Para hacer frente a estas ambigüedades y a objetivos que no son convergentes, se necesitan dotes de mando que son propias de esta época, cuando se están desarrollando más redes. Quiere ello decir que el liderazgo moderno es distinto a los tipos tradicionales. Los anteriores estilos heroicos de dirección, basados en tradiciones castrenses, son menos idóneos. Estilos más orgánicos, que hagan hincapié en cultivar y fomentar la competencia del personal, en negociar con ellos mediante un diálogo productivo, parecen responder mejor a los requisitos de los tiempos actuales y resultan más idóneos para la atención integrada (Reed, 2004). La gestión también requiere un tipo específico de subordinados: los empleados deben ser mucho más autodependientes, aceptar sus propias responsabilidades y no esperar instrucciones de la planta noble. Ello acarrea un cambio radical de cultura en muchas organizaciones (Defever, 2004).

El liderazgo debe distinguirse de la gestión: El liderazgo se ocupa de establecer dirección y objetivos, de definir un concepto y unos valores viables y de articular y transmitir valores convincentes. La gestión se ocupa de las estrategias de puesta en práctica (Reed, 2004). No puede decirse que el uno pueda prescindir de la otra o que la otra sea mejor que el uno. Un líder que no tenga vista para los aspectos de la gestión pierde el contacto con la organización y con la realidad. Un gestor sin visión a largo plazo será incapaz de lograr innovaciones sustanciales.

Examinando la escasa investigación de que disponemos, y nuestras propias experiencias en los Países Bajos, parece poder afirmarse con seguridad

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

que no contamos con planes detallados para gestionar con éxito la integración. Cada gestor o líder adopta un estilo propio, ajustado a sus características personales. Lo que estos estilos tienen en común es un fuerte componente narrativo. Los líderes exitosos y persuasivos emplean un pequeño número de relatos que demuestran sus opiniones y la dirección en la que quieren moverse. Tales relatos se derivan de la práctica cotidiana y son aplicables en la misma. Pueden ser comprendidos por todo el personal de la organización y ser reproducidos con facilidad. Los relatos y las declaraciones (Vg.: ‘el cliente es lo primero’ o ‘la palabra ‘no’ no existe en nuestra organización’) ejemplifican las opiniones del líder y, por ello mismo, las de la organización.

Además de ello, un líder sólido demuestra su opinión a través de su propia conducta. En realidad, funciona como una conducta modeladora. Estos líderes transmiten estructuras y valores claros mediante sus relatos, mediante su conducta y a través de las medidas que toman. Además, otorgan poderes a su personal. Líderes sólidos tienen sólidos seguidores y (como se ha mencionado anteriormente) clientes sólidos y con poderes. Promueven el diálogo dentro y fuera de su organización, valoran la toma de decisiones y el espíritu emprendedor.

Habitualmente son visionarios y, al mismo tiempo, flexibles y pragmáticos. Saben cómo lograr situaciones en las que siempre se gana, cómo enfrentarse a riesgos que se comparten y cómo gestionar el contexto político. En general, manifiestan una actitud de servicio y apoyo, no sólo hacia sus clientes sino también hacia el personal a su cargo. Esto no es un signo de debilidad sino de fortaleza.

Conclusiones

La idea de la integración tiene una excelente aplicación a la asistencia domiciliaria. Ésta debe consistir en mucho más que en un mero gobierno de la casa y en una atención personal. De no ser así, carece de cualquier valor añ-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

dido comparada con los servicios que pueden ser subcontratados a empresas privadas de limpieza. Pero para lograr dicho valor añadido, debería formar parte de un sistema de atención bien integrado. No quiere ello decir que la integración sea una panacea. Cuando los problemas tienen una única causa y no hay circunstancias concomitantes que los compliquen, debe optarse por soluciones sencillas. Los sistemas integrados son costosos y, en consecuencia, debe dirigirse a objetivos claros.

Además de ello, la atención integrada debe tomar en cuenta la atención profesional y la no profesional. En especial, las tareas de los que ejercen la atención en el hogar están muy próximas a las de los cuidadores informales. Ésta es una enorme ventaja para afinar ambos tipos de atención y ayudar a quienes los ejercen a sustentar sus tareas durante tanto tiempo como sea posible y - lo que es incluso más importante - tal y como lo desean los clientes y sus parientes.

Asimismo, aunque puede parecer patente, debemos darnos cuenta de que nuevas estructuras organizativas no implican forzosamente integración. Numerosos esfuerzos se hallan en curso para integrar organizaciones en el nivel más alto, pero, a menudo, persiste la fragmentación en la base (también puede observarse el caso contrario). Esta integración por la cumbre puede servir a fines estratégicos o beneficiar a carreras individuales, pero tal no es, naturalmente, su finalidad primaria. La atención integrada debe centrarse en resultados beneficiosos para clientes que tienen necesidades complejas y múltiples; también debe tratar a los clientes como coautores. Debe aplicar sus capacidades de autogestión y autodirección. Aunque muchos clientes están delicados y se hallan en una posición de debilidad, puede conseguirse mucho más cuando pueden actuar de una forma verdaderamente responsable y cuando su opinión realmente cuenta.

No existe receta para la integración; es un proceso de desarrollo progresivo que emplea las herramientas y los recursos adecuados. Es una cuestión de

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

dirigir y seguir de forma responsable y responsiva, con respeto mutuo. En ese caso, la integración de la atención domiciliaria en un sistema total es una perspectiva muy prometedora.

Bibliografía

Carrier J. Integrated services for older people. Building a whole system approach in England. London: Audit Commission, 2002.

Dalen J van. Ketens en condities. In: Duivenboden H van, Twist M van, Veldhuizen M, Veld R in 't. Ketenmanagement in de publieke sector. Utrecht: Lemma, 2000: 39-55.

Defever M. Cultural change. In: Nies H, Berman P (eds). Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 143-154.

Eurostat Yearbook 2004. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. International Journal of Integrated Care, 2003, 3: 1-10 (online)

Jedeloo S, Witte LP de, Schrijvers AJP. Quality of Regional Individual Needs Assessment Agencies regulating access to long term-care services: a client perspective. International Journal of Integrated Care, vol. 2, May 2002 (online).

Leichsenring, K, Alaszewski AM. Providing Integrated Health and Social care for Older Persons. A European overview of Issues at Stake. Abingdon: Ashgate, 2004.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Millbank Quarterly* 1999; 77 (1): 77-110.

Kümpers S. *Steering Integrated Care in England and The Netherlands: The Case of Dementia Care*. Maastricht: University of Maastricht, 2005 (thesis).

Lundsgaard J. *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* Paris: OECD, 2005.

Mestheneos L, Triantafillou J. *EUROFAMCARE. Pan-European Background Report*. Hamburg: University of Hamburg, 2005.

Nies H. *Integrated care: concepts and backgrounds*. In: Nies H, Berman P (eds).

Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 17- 32.

Nies H, Berman P (eds). *Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience*. Dublin: European Health Management Association, 2004.

Pieper R. *Integrated organisational structures*. In: Nies H, Berman P (eds). *Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience*. Dublin: European Health Management Association, 2004: 33-53.

Pieper R. *Integrated Care: Concepts and Theoretical Approaches*. In: Vaarama M., Pieper R (eds.). *Managing Integrated Case for Older Persons*. Helsinki/Dublin: Stakes/EHMA, 2005: 26-53.

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

Raak A van, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (eds). Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU Countries. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Reed J. Leadership. In: Nies H, Berman P (eds). Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 155-165.

Rico, A, Casado D, Sabés R. Situation in Spain. In: Raak A van, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (eds). Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU Countries. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003: 97-120.

Vaarama M,. Pieper R (eds.). Managing Integrated Case for Older Persons. Helsinki/Dublin: Stakes/EHMA, 2005.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa. _____

7. Protección municipal de la dependencia, implicaciones de la Ley a nivel autonómico y local

José María Alonso Seco

Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid

Para este tema, se me ha pedido que trate sobre las implicaciones que la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia tiene a nivel Autonómico y Local. Intentaré ceñir mi exposición a esa solicitud, para lo cual, después de mencionar algunas cuestiones previas, desgranaré algunas anotaciones sobre cuáles pueden ser las implicaciones de la Ley en tanto en aspectos generales, como en cuestiones concretas, para terminar con algunas conclusiones.

1. Cuestiones previas

Cualquier análisis que quiera hacerse sobre el asunto propuesto padece la limitación de no conocer todavía el borrador de la citada Ley. Habrá que tomar como referencia el Libro Blanco sobre la Dependencia elaborado por el IMSERSO, así como los debates parlamentarios que han existido en el Congreso, en especial la resolución adoptada en el Debate sobre el Estado de la Nación de 2005.

a) El Libro Blanco sobre la Dependencia

Creo que todos los que asistimos a estas Jornadas, sea de forma extensa o al menos somera, hemos leído este documento, especialmente su último capítulo de síntesis. No es, ciertamente, el primero que se escribe sobre la situación de la dependencia en España. Le han precedido otros estudios más breves, realizados desde distintos ámbitos institucionales y profesionales. Pero me complace manifestar, y más aún conociendo el buen quehacer profesional de

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

sus autores, que se trata de un importante esfuerzo de síntesis diagnóstica y de planteamiento de futuro. Quizá su mayor mérito consista en que no ofrece sólo una visión estática al uso, de carácter informativo, sobre la situación de las personas dependientes, recursos existentes o necesidades a cubrir, sino que se adentra en la exposición de los distintos modelos, de prestación de servicios y de organización gestora, que pueden servir para atender la dependencia. Es un libro cuya lectura estimula de inmediato la inquietud intelectual, quizá porque, aun manteniendo una tesis central rectora, deja al lector suficiente espacio para la reflexión. En este sentido, con independencia de que se esté en acuerdo o desacuerdo con los postulados que contiene, lo considero una referencia necesaria para el debate actual sobre la dependencia.

Quiero dejar bien claro, ya desde el inicio, este punto. Porque, aunque en páginas sucesivas ofrezca mi visión personal sobre la materia solicitada, no siempre coincidente con los criterios expuestos en el Libro Blanco, ello no significa, en modo alguno, que deje de valorar de forma muy positiva el esfuerzo que ha supuesto su elaboración y el resultado concreto obtenido.

b) Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Se anunció primeramente la elaboración de una Ley de Atención a la Dependencia, que reconocería derechos subjetivos sobre prestaciones a quienes se encontraran en situación de dependencia¹. El Libro Blanco constituyó, en definitiva, la antesala de dicha Ley, pues tuvo como finalidad principal diseñar los posibles modelos de atención a la dependencia y quiso establecer las líneas básicas por las que podría discurrir el contenido de la Ley. Más adelante, con ocasión del debate de política general en torno al estado de la Nación del año 2005, el inicial proyecto de Ley de Atención a la Dependencia se transformaría en proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

¹ Los anuncios en la presente Legislatura sobre la promulgación de una *Ley de Dependencia* han sido múltiples, y reiterados profusamente en los medios de comunicación. Aunque los antecedentes al respecto se remontan al *Acuerdo para la mejora y el desarrollo del Sistema de Protección Social*, de 9 de abril de 2001, tomado en el marco de las *Recomendaciones del Pacto de Toledo sobre Seguridad Social*, donde se afirma que “es necesario abrir un periodo de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a la dependencia en nuestro país y el papel que ha de jugar el *Sistema de Protección Social en su conjunto*”, la referencia más cercana debe hacerse al Debate de Investidura de 15 de abril de 2004, en el que el Presidente del Gobierno anunció formalmente que “el Gobierno abordará un ambicioso plan (el subrayado es nuestro) de atención y ayuda a las personas dependientes, que constituirá la primera atención en materia de servicios sociales concebidos como derechos de ciudadanía”. Unos meses después, el 30 de junio de 2004, el propio Presidente dirá en el Pleno del Congreso de los Diputados que “en el primer semestre de 2005 el Gobierno remitirá a la Cámara un proyecto de ley (subrayado nuestro) para la atención a la dependencia”, proyecto de ley que tendrá la consideración de ley estatal de carácter básico y cuyo fin será articular un sistema nacional de dependencia, según manifestación del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales en el Pleno del Congreso de los Diputados el 20 de abril de 2005.

Protección municipal de la dependencia

Personas en Situación de Dependencia, y el sistema nacional de atención a la dependencia que instauraría aquella Ley se quedaría en sistema de atención a la dependencia. Es evidente que el cambio no es sólo nominativo, pues a tenor de la dicción literal del último proyecto de Ley mencionado, su contenido parece abarcar tanto las situaciones de autonomía de la persona como las de dependencia.

Más aún, en el Debate del Estado de la Nación citado, no se habla ya de una sola Ley, sino de otra nueva Ley que va a reconocer el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios a todas las personas en situación de dependencia². Desconozco, si al final, se hará una sola Ley o serán dos. Dejo constancia de la incertidumbre que este hecho me produce porque, si al final se promulgan dos Leyes, y se deja para la segunda el reconocimiento al acceso a un catálogo de prestaciones y servicios, que es lo verdaderamente importante, me pregunto cuál va a ser el contenido de la primera y más anunciada de las Leyes, y si verdaderamente va a reconocer derechos subjetivos a los ciudadanos en situación de dependencia.

Personalmente comparto el cambio de denominación de la Ley inicial, pues la noción de dependencia, aun estando ampliamente extendida y reconocida en el ámbito europeo, no deja de tener una connotación negativa. Y sobre todo porque, dado el gran alcance que se quiere dar a esta Ley como cuarto pilar del Estado del Bienestar (dejo ahora al margen cuestiones ajenas a la argumentación, tales como si debe ser el tercero o cuarto pilar, o si debe hablarse de Sociedad del Bienestar en lugar de Estado de Bienestar), estimo más procedente no circunscribir ese pilar sólo a la dependencia, por el riesgo que supone identificar dependencia con servicios sociales, que indudablemente tienen un alcance mayor que la atención a situaciones de dependencia.

Se quiere otorgar a esta Ley el carácter de básica. Una breve considera-

² Esta nueva orientación se contiene en el Acuerdo nº 39 del Pleno del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el estado de la Nación, que literalmente dice así: "El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Desarrollar y profundizar el proceso de negociación con los agentes sociales sobre el sistema de atención a la dependencia (subrayado nuestro), en el marco de la declaración para el diálogo social sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión Social. 2. Concluido el proceso de negociación con los agentes sociales, las Comunidades Autónomas y los Municipios, se presentará un Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (subrayado nuestro). 3. Establecer que la cobertura de las prestaciones y servicios destinados a las personas en situación de dependencia, en el marco de las competencias de las Comunidades Autónomas, y, en su caso, de las Corporaciones Locales, podrá acordarse a través de la concertación de Planes en los que la Administración General del Estado impulse la red de servicios destinados a la atención de las personas dependientes. Este impulso se realizará sobre la base de una nueva Ley (subrayado nuestro) en la que se reconozca el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios a todas las personas en situación de dependencia..." (Boletín Oficial del Congreso de los Diputados, Serie D, núm. 206, de 20 de mayo de 2005, pág. 32).

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

ción al respecto. A mi juicio existe suficiente fundamento constitucional para que sea ley básica si su contenido se enmarca en el ámbito de la Seguridad Social, sobre la base del artículo 149.1.17^a de la Constitución, o de la sanidad, con fundamento en el artículo 149.1.16^a. Ahora bien, en puridad de términos, es dudoso afirmar que pueda entonces la Ley establecer un nuevo sistema de atención a la dependencia, pues los sistemas de Seguridad Social y de sanidad ya se encuentran estructurados; sería, más bien, un subsistema dentro de ellos o una nueva prestación dentro de esos sistemas.

Existe la pretensión, contenida explícitamente en el Libro Blanco (Pág. 745), de fundamentar la Ley en el artículo 149.1.1^a de la Constitución, según el cual el Estado tiene competencias exclusivas en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Dejemos ahora a un lado esa afirmación del Libro Blanco “el artículo 149.1.1^a de la Constitución atribuye al Estado la competencia para aprobar una Ley general de igualdad de oportunidades de las personas dependientes” (Pág. 745), interpretación que me parece extensiva, entre otras porque dicho artículo no menciona ni la expresión “Ley general” ni a las personas dependientes. Me interesa ahora resaltar que, si la Ley se fundamenta en dicho artículo, no estaríamos, propiamente hablando, ante una Ley básica, sino ante una Ley general del Estado de aplicación para todo el país. Una Ley básica hace referencia, dado que lo básico ha de ser completado con lo complementario, a competencias compartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y el último de los preceptos mencionados de la Constitución no se refiere a competencias compartidas, sino exclusivas del Estado. Estaríamos, por tanto, ante una Ley general del Estado que regula condiciones básicas.

Estimo que esta última precisión no es sólo formal. Una ley básica afecta al ámbito competencial de las Comunidades Autónomas, hasta el punto de que condiciona su legislación, que ha seguir fielmente la legislación básica del

Protección municipal de la dependencia

Estado.³ Una Ley general del Estado, por el contrario, ha de respetar el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas. Y es aquí donde puede presentarse algún problema de implicación competencial, y será necesaria la búsqueda de un equilibrio ponderado, porque no es fácil para el Estado legislar sobre las mismas materias que ya son competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, ni creo que pueda imponer a éstas, sobre la base del artículo 149.1.1ª CE, prestaciones cuya regulación, organización y gestión corresponde a ellas mismas.⁴

No seré yo quien deje de insistir sobre la conveniencia de que los ciudadanos españoles, con independencia de la Comunidad Autónoma donde residan, deban tener igualdad de derechos y obligaciones en el disfrute de derechos y condiciones básicas que afectan a su bienestar; pero tampoco puedo olvidar que, en materia de asistencia social básica (no creo que puedan escapar a esta noción las pensiones no contributivas de la Seguridad Social), el Tribunal Constitucional ha admitido que puedan existir diferencias territoriales, al admitir que las Comunidades Autónomas puedan establecer complementos de cuantía indeterminada a las pensiones no contributivas de la Seguridad Social.⁵

No sólo el Tribunal Constitucional, incluso el Legislativo estatal ha dado carta de naturaleza a la posibilidad de esas diferencias entre Comunidades Autónomas, en materia de asistencia social, mediante la promulgación de la Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, y con independencia de las consideraciones anteriores, quiero afirmar explícitamente que, siempre que la Ley venga acompañada de financiación suficiente para la atención de las personas con dependencia, hemos de darle la bienvenida. Porque el primer problema con que nos encontra-

³ Véanse, entre otras, S.T.C. 37/1981, de 16 de noviembre, STC 1/1982, de 28 de enero, STC 5/1982 de 8 de febrero.

⁴ La jurisprudencia del Tribunal ha sido, en este sentido, bastante reiterada. Sirvan al respecto las siguientes referencias. En primer lugar la STC 37/1978, de 26 de marzo: "el artículo 149.1.1ª de la norma fundamental, como este Tribunal ha venido declarando desde la STC 37/1981, de 16 de noviembre, no puede interpretarse de tal manera que pueda vaciar el contenido de las numerosas competencias legislativas atribuidas a las Comunidades Autónomas cuyo ejercicio incida, directa o indirectamente, sobre los derechos y deberes garantizados por la norma (F.J. 9). O también el fundamento jurídico 10 de la STC. 239/2002, de 11 de diciembre: "En relación con el alcance del art. 149.1.1ª CE hemos declarado que "sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario (...) quedaría desbordado el ámbito y sentido del art. 149.1.1ª CE, que no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento". Sobre este presupuesto, el art. 149.1.1ª CE "permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico", lo que conlleva que dicho título competencial "no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica" [STC 61/1997, FJ 7 b)].

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

mos las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos –algunas Comunidades Autónomas, como Cantabria y Madrid, tienen ya promulgada legislación sobre atención a la dependencia, no es la ausencia de normas, sino la falta de recursos financieros suficientes. El Estado tiene una mayor capacidad de gasto que las Comunidades Autónomas, mientras que éstas han adquirido un evidente protagonismo y responsabilidad en la prestación y gestión de los servicios.

En síntesis, si el Estado promulga una Ley cuya finalidad sea regular en su conjunto el sector de la dependencia, creo que surgirán problemas de implicaciones competenciales con las Comunidades Autónomas y con los Ayuntamientos, referidas tanto al ámbito legislativo como al de organización y gestión. Si, por el contrario, la Ley se orienta al establecimiento de prestaciones nuevas y su necesaria financiación, o al reforzamiento de las prestaciones actuales, será un acierto y constituirá un hito decisivo en la evolución de nuestro sistema de protección social.

2. Implicaciones de la Ley en cuestiones generales

A efectos metodológicos, y en aras de una mayor claridad en la exposición, efectuaré una doble subdivisión en este apartado: aspectos que no presentan problemas, y aspectos en los que pueden existir implicaciones.

a) Aspectos que no presentan problemas

Antes de hablar de posibles incidencias, es preciso mencionar aquellos aspectos contenidos en el Libro Blanco, de previsible incorporación a la Ley, en los que no tienen por qué producirse implicaciones. No son pocos. Entre ellos se citan los siguientes:

Noción de dependencia. El Libro Blanco adopta la del Consejo de Europa, que es unánimemente reconocida y se encuentra incorporada en las legislaciones autonómicas que han legislado sobre atención a la dependencia (Cantabria,

⁵ Véase la STC 239/2002, de 11 de diciembre, fundamento jurídico 9: “Importa hacer constar que las Comunidades Autónomas disponen de autonomía financiera para poder elegir sus “objetivos políticos, administrativos, sociales y económicos” (STC 13/1992, FJ 7), lo que les permite “ejercer sin condicionamientos indebidos y en toda su extensión, las competencias propias, en especial las que figuran como exclusivas” (STC 201/1998, FJ 4), pues dicha autonomía financiera “no entraña sólo la libertad de sus órganos de gobierno en cuanto a la fijación del destino y orientación del gasto público, sino también para la cuantificación y distribución del mismo dentro del marco de sus competencias” (STC 127/1999, FJ 8, con cita de la STC 13/1992). Es decir, la Comunidad Autónoma de Andalucía puede libremente, en virtud de su competencia exclusiva en materia de “asistencia social” y de su autonomía financiera (art. 54 EAA), dedicar fondos de su presupuesto a la finalidad de mejorar la situación de estos pensionistas (los perceptores de pensiones no contributivas de la Seguridad Social) y, al hacerlo, realiza una opción, entre otras posibles que se pudieran proyectar sobre los distintos ámbitos de su competencia, que está en consonancia con el principio de autonomía política inscrito en el art. 2 CE.”

Protección municipal de la dependencia

Madrid). [Nota: Dependencia es “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” (Libro Blanco, Pág. 725.).]

Grados y niveles de la dependencia. En este punto no existe unanimidad en las distintas reglamentaciones autonómicas, pero el criterio general, adoptado por el Libro Blanco, es clasificar la dependencia en tres grados (dependencia moderada, severa y gran dependencia), con posibilidad de establecer niveles en cada grado. La diferenciación existente en la actualidad entre Comunidades Autónomas sería fácilmente reconducible, y podrían adoptarse los grados propuestos en el Libro Blanco, que ofrece la ventaja, por otra parte, de una mayor simplicidad de cara al establecimiento de prestaciones.

Distintos modelos en la protección de la dependencia. Se trata de uno de los capítulos más sintéticos y claros del Libro Blanco, necesario porque la atención a la dependencia puede hacerse de muchas formas. Analizar el mejor modelo que se quiere utilizar, en consonancia con las circunstancias y posibilidades reales de aplicación, me parece tarea imprescindible.

Sistema mixto de prestaciones de servicios y económicas. En nuestro país el sistema de prestaciones directas de servicios es el más consolidado, quizá por la influencia que, al efecto, ha ejercido el sistema sanitario. Ello no obsta para que también existan prestaciones económicas, generalmente sustitutivas de los servicios. La postura adoptada por el Libro Blanco, de optar por un sistema mixto, si bien dando preferencia a las prestaciones de servicios, es acertada, y no me parece que presente ningún problema para ser asumido por las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, pues el criterio seguido por éstos ha sido el mismo.

Inclusión de la atención sociosanitaria. Dependencia y atención sociosanitaria no son nociones equivalentes, en sí mismas, pero es evidente que un alto por-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

centaje de las personas que se encuentran en situación de dependencia requieren atención sociosanitaria, en mayor o menor medida. Que la atención sociosanitaria deba formar parte de la atención a la dependencia es un asunto que nadie discute, sino todo lo contrario.

b) Aspectos en los que pueden existir implicaciones

Quiero referirme ahora, en primer lugar, al sistema nacional de atención a la dependencia que propugna el Libro Blanco. Quiero advertir ya desde ahora que las consideraciones siguientes no serían las mismas si dicho sistema pasa a denominarse sistema de atención a la dependencia, tal como se afirma en el mencionado Acuerdo del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el Estado de la Nación de 2005.

Estimo que sería conveniente deslindar la promulgación de una Ley estatal y la creación de un sistema nacional de atención a la dependencia, actuaciones que en el Libro Blanco van parejas, en el sentido que la primera crea el segundo; la Ley no ha de tener necesariamente por finalidad la creación de un sistema nacional, pues puede tratarse de una Ley que introduzca nuevas prestaciones en un sistema preexistente. Una Ley estatal, si respeta el bloque constitucional de competencias, no tiene por qué presentar problemas. La creación de un sistema nacional de dependencia, plantea, sin embargo, un difícil equilibrio de competencias constitucionales entre Administraciones Públicas.

Un sistema jurídico prestacional se define, a mi entender, por la existencia de normas que guardan compatibilidad entre sí, y de una organización uniforme en la aplicación y ejecución de las prestaciones. Nada que objetar si la dependencia fuera una noción constitucional, sobre la que el Estado retuviera competencias, exclusivas o concurrentes. Pero no lo es; ha de insertarse en las nociones constitucionales de Asistencia Social, Sanidad o Seguridad Social. Respecto de la asistencia social, las Comunidades Autónomas poseen, en virtud de la Constitución y de sus Estatutos de Autonomía, competencias exclusivas, en el orden legislativo y de ejecución de servicios. En sanidad y Seguridad

Protección municipal de la dependencia

Social, la ejecución de los servicios corresponde también a las Comunidades Autónomas, en virtud de los traspasos de competencias. ¿Puede hablarse, por lo mismo, de “sistema nacional” cuando la organización y gestión, y en muchos casos también la ordenación normativa, de los servicios de atención a la dependencia no corresponde al Estado sino a las Comunidades Autónomas? Estoy exponiendo una duda razonable. No quiero que se interprete en el sentido de que el Estado carezca en absoluto de competencias en materia de dependencia. Incluso si ésta se inserta en la noción de asistencia social, en la que la competencia del Estado es residual, el Tribunal Constitucional le ha reconocido explícitamente competencias.⁶

Cuestión diferente, sería, que se concibiera el sistema nacional de atención a la dependencia del mismo modo como se define el sistema nacional de salud en el artículo 44.2 de la Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad, (“conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”). La cuestión debatida sería distinta, sencillamente porque no quedaría absorbida en una globalidad jerárquica la idiosincrasia de los sistemas autonómicos. Si se opta por definir al sistema nacional de dependencia como conjunto de los sistemas, estatal y autonómicos, de atención a la dependencia, no perderían su peculiaridad ni el uno ni los otros, y los problemas de confluencia de competencias quedarían bastante minorados.

Las implicaciones de competencias también se pueden dar en el ámbito municipal, en virtud de lo establecido en la legislación básica del Estado sobre Régimen Local. Las competencias de los municipios en la asistencia al desvalido tienen un marcado carácter histórico, razón por la que en las Leyes de Beneficencia de 1822 y 1849 a los municipios se les atribuye un protagonismo destacado. La Ley 7/1985, de 2 de abril reguladora de las Bases del Régimen Local, confiere competencias a los Ayuntamientos en servicios sociales, de conformidad con lo que establezca la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas (artículo 25.2.K razón por la que éstas, en sus respec-

⁶ Vease la STC 13/1992, 6 de febrero.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

tivas Leyes de Servicios Sociales, han desarrollado ampliamente las competencias municipales sobre la materia. Sin embargo, cuando los Ayuntamientos tienen una población superior a 20.000 habitantes, la Ley les confiere competencias propias, no derivadas como en el supuesto anterior, en servicios sociales (artículo 26.1.d). Innecesario es decir que la dependencia, en cuanto prestación o sistema de prestaciones, forma parte también de los servicios sociales. La Ley de la Dependencia que se quiere promulgar habrá de tomar en consideración este hecho.

Otra importante implicación de la Ley en relación con los municipios se refiere al llamado Pacto Local, del que ya existe legislación específica en alguna Comunidad Autónoma (Madrid). No es del caso referirme ahora con carácter general a las implicaciones que tiene el Pacto Local en las políticas sociales⁷, pero sí conviene apuntar que la promulgación de una Ley estatal debe tener muy en cuenta el sentido profundo que tiene el Pacto Local, que no es otro sino el de una constante y reiterada reivindicación de los Ayuntamientos por la asunción de competencias hasta ahora atribuidas a las Comunidades Autónomas; entre ellas figuran en orden prioritario las referidas a servicios sociales. ¿Es lo mejor para el bienestar de los ciudadanos, dando por supuesto que los servicios sociales constituyen uno de los mejores barómetros de medición de ese bienestar, que las competencias estén tan repartidas, cuando no concomitantes o superpuestas, entre el Estado, las Comunidades Autónomas, y los Ayuntamientos?

El tiempo lo dirá, pero bueno sería que se intentase poner la mayor racionalidad en la evolución de este asunto.

Otra cuestión a anotar es la oportunidad de crear un sistema de atención a la dependencia diferenciado de los sistemas de sanidad, Seguridad Social y servicios sociales. No es fácil disociar a la dependencia de la sanidad, de la Seguridad Social en su vertiente asistencial, ni de los servicios sociales. El Libro Blanco no contiene manifestaciones explícitas al respecto. Sin embargo, en las múltiples noticias que han aparecido en los medios de comunicación, [NOTA: La última de ellas, al redactar estas páginas, la he leído en El País, de 31 de agosto, Pág. 21] se habla del sistema de atención a la dependencia como cuarto

⁷ Léase ALONSO SECO, J.M. "La atención a la dependencia y el Pacto Local" en *Respuesta a la Dependencia*, CCS, Madrid, 2004".1

Protección municipal de la dependencia

pilar del Estado de Bienestar, unido a los sistemas de educación, salud y Seguridad Social, con lo cual aquél se está diferenciando de estos últimos, al menos implícitamente, dejando al margen el sistema de servicios sociales, indudable subsistema jurídico del sistema de protección social. No voy a extenderme en este punto, por no exceder el contenido de la ponencia asignada. Pero séame permitido expresar mi preocupación, nacida sin duda de los años dedicados a la gestión y estudio de los servicios sociales, por el hecho de que, con el fin de dar la importancia que sin duda merece la atención a la dependencia, se la sobredimensione en perjuicio de nociones, como la de servicios sociales, más consolidadas social y jurídicamente, cuyo *status* actual ha sido fruto de un esfuerzo sostenido de años, de contenido más amplio y que engloban mejor que la dependencia esa atención social a las personas que nuestra sociedad exige.

En los últimos años, en efecto, se ha producido un extraordinario avance en la consideración de los servicios sociales como sistema jurídico público, o mejor, como sistemas jurídicos públicos, pues son varios al residir en los distintos ámbitos competenciales autonómicos. La noción de servicios sociales es más amplia que la de dependencia; y a la inversa, la dependencia tiene una magnífica cabida dentro del sistema de servicios sociales, sin que se altere el contenido prestacional que la quiere dar. Se corre el peligro, por otra parte, de hacer a la dependencia sinónima de servicios sociales, lo cual restringiría la noción y la dimensión universal de éstos como servicios públicos de muy diversa índole que se ofrecen a todos los ciudadanos, no sólo a los socialmente vulnerables o vulnerados.

Estimo, por lo mismo, que sería más oportuno hablar de Ley de Dependencia sin asociarla a cuarto pilar de del Estado de Bienestar; o mejor aún, incluirla dentro de los servicios sociales y hablar de éstos, con verdadera propiedad, de ese cuarto pilar de la sociedad del bienestar.

Aunque el aspecto que se señala a continuación deba esperar a que se conozca el articulado de la Ley, habrá que referirse al mayor o menor grado de aceptación que pueda tener entre las Comunidades Autónomas. No observo en

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

éstas predisposición alguna frente a la Ley; todo lo contrario. Pero tampoco pueden olvidarse los numerosos conflictos de competencia planteados por las Comunidades Autónomas ante el Tribunal Constitucional, sólo en materia de asistencia social, frente a disposiciones del Estado, en los que es característica común la reclamación de mayores cuotas de autogobierno, resueltos favorablemente para las Comunidades Autónomas en gran parte de las cuestiones sometidas a la jurisdicción constitucional. No digo, con las afirmaciones anteriores, que la Ley vaya a ser objeto de recurso, sino simplemente que, en el proceso de su elaboración y aprobación, se harán visibles probablemente esas quejas de las Comunidades Autónomas.

Existe, por último, una cuestión de fondo, que, por razones de brevedad, voy a dejar de momento sólo enunciada. El Libro Blanco fundamenta la creación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en la competencia que tiene el Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Y lo hace moviéndose en un terreno difícil, por la confluencia de competencias con las Comunidades Autónomas. Buscar la igualdad de todos los ciudadanos en el disfrute de sus condiciones básicas de bienestar, con independencia del territorio donde residan, es una tarea muy loable, o mejor aún, exigible. Ahora bien, llama la atención que, desde otro ámbito del sistema de protección social, el de Seguridad Social, competencia de la Administración General del Estado, se camine en dirección opuesta, posibilitando la diferenciación de los ciudadanos en función de la Comunidad Autónoma donde residan.

Me estoy refiriendo a la reciente Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas, que posibilita a éstas la complementación de pensiones no contributivas del sistema estatal de Seguridad Social, lo cual conlleva el establecimiento de diferencias en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles. Mi pregunta, al respecto, es la

siguiente: ¿por qué el Estado, si quiere igualar las condiciones básicas de los ciudadanos en materia de atención a la dependencia, sobre la que las implicaciones de competencias con las Comunidades Autónomas pueden ofrecer problemas, abre la puerta de la diferenciación en unas prestaciones, de Seguridad Social, sobre las tiene competencia específica y poder de gasto propio?

3. Implicaciones de la Ley en cuestiones concretas

En este apartado me voy a detener, sin ser exhaustivo, en cuatro cuestiones que pueden tener implicaciones tanto a nivel Autonómico como Local. Son las siguientes: valoración de la dependencia, catálogo de prestaciones y servicios, organización y gestión del sistema, y financiación de éste.

a) Valoración de la dependencia

En el Libro Blanco se dice que habrá de regularse un baremo único estatal para el acceso a las prestaciones de dependencia, a través de un Reglamento de desarrollo de la Ley.

Si la dependencia va a ser considerada como una situación, al modo por ejemplo como en la actualidad es concebida la condición de minusválido para tener derecho al acceso a determinadas prestaciones, no parece que pueda existir ninguna implicación razonable sobre este asunto, ni a nivel Autonómico ni Local. Al revés, sería muy bien visto que existiera un único sistema de valoración, como ya lo existe para la minusvalía. Por otra parte daría uniformidad a un aspecto sobre el que, en los últimos años, no se ha hecho la insistencia que debiera, pues es elemento esencial e imprescindible para el establecimiento de un sistema de atención a la dependencia, dado que las prestaciones que se determinen sólo se concederán si existe un instrumento que valore debidamente a sus posibles perceptores.

Han existido aproximaciones de gran interés en varias Comunidades Autónomas –Madrid es una de ellas- pero ha faltado la conveniente generalización. Que nadie se extrañe, por otra parte, porque en países de nuestro entorno

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

la situación no ha sido muy diferente. Sin duda es debido a la dificultad de concretar, que en ocasiones significa simplificar y reducir, las múltiples variables que intervienen en la consideración de lo que deba entenderse por dependencia. En esta materia, como en otras muchas, pienso que lo mejor es enemigo de lo bueno, y lo importante es establecer un baremo, que será más o menos perfecto, pero que, si es uniforme, siempre será útil para la finalidad que se pretende. Por otra parte, no me parece que deba acertarse a la primera, y cualquier sistema que se implante siempre adolecerá de imperfecciones dada la complejidad de medir una variable que, a pesar de su fácil definición, no es todavía lo suficientemente precisa en su contenido.

Algunas implicaciones pueden existir, especialmente en las normas autonómicas vigentes, que regulan el ingreso de personas mayores y de personas con discapacidad en centros residenciales o de día. Dichas normas contemplan baremos para objetivar los criterios de acceso, que siempre contemplan, con mayor o menor ponderación, según los casos, las variables de “incapacidad física y psíquica”, “aspectos orgánicos y funcionales”, y denominaciones similares. A través de ellos se trata de medir el grado de autonomía, o de limitaciones funcionales si se contempla en sentido inverso, que tiene la persona. No necesariamente las valoraciones mediante estos baremos han de coincidir con la que se establezca para la dependencia, del mismo modo que, en la actualidad, el grado de minusvalía no interviene en las valoraciones que se realizan para ingreso en centros de personas con discapacidad. Pienso, no obstante, que debería hacerse un esfuerzo para que un mismo instrumento sirva para valorar tanto la situación global de dependencia de la persona como la situación concreta de dependencia que se pide para el acceso a recursos concretos. Se introduciría mayor racionalidad.

Es evidente que el establecimiento de ese baremo único estatal conllevaría implicaciones en el ámbito autonómico, pues habrían de modificarse los actuales baremos en algunos de sus contenidos, los que corresponden precisamente a la situación de dependencia de la persona. Pero este hecho no plan-

tearía problemas jurídicos mayores, aunque sí de gestión; según se encuentra concebido en la actualidad en todas las Comunidades Autónomas, el ingreso en los recursos residenciales comporta amplias listas de demanda que deben ser nuevamente baremadas. En cualquier caso, no deja de ser una cuestión instrumental que no debe oscurecer la bondad de la existencia de un único baremo.

En lo que sí se debe insistir es en la conveniencia del carácter unitario que debe darse al sistema de valoración. Si lo que se pretende es la igualdad en el disfrute de las condiciones básicas por todos los ciudadanos, por mucha uniformidad que quiera darse al catálogo de prestaciones y servicios, mientras el sistema de acceso a éstos no sea el mismo, difícilmente podrá conseguirse la igualdad pretendida.

Quizá también, en este aspecto, pueda ser conveniente establecer la equiparación de la valoración en los criterios básicos o esenciales, y dejar a criterio de las Comunidades Autónomas, o en su caso de los Ayuntamientos, determinados aspectos complementarios y, por supuesto, los de procedimiento.

b) Catálogo de prestaciones y servicios

Según el Acuerdo nº 39 del Pleno del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el Estado de la Nación, más arriba citado, el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios de las personas en situación de dependencia se realizará a través de una nueva Ley, distinta a la que en el propio Acuerdo se llama Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Mientras no se conozca el contenido de este catálogo, no es fácil pronosticar cuáles pueden ser sus implicaciones con las prestaciones para la dependencia que, en la actualidad, se dispensan por las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos. Se hace esta afirmación porque, si la Ley establece prestaciones nuevas, no existirán implicaciones sino complementaciones.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Cuestión distinta es si la Ley ofrece un elenco de prestaciones iguales o similares a las que ya conceden las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, que es lo más presumible. De ser así nos podríamos encontrar con que una misma situación puede ser protegida por la Administración General del Estado, por la de la Comunidad Autónoma o por la municipal, hecho que obviamente debe evitarse con el fin de concentrar los esfuerzos de manera efectiva en la solución de los problemas a los ciudadanos.

Estimo que, aun en este último caso, no debiera plantearse ningún tipo de problema. Habría que diferenciar muy claramente quién es la Administración gestora de la prestación y quién o cuáles las responsables de su financiación. Tenemos amplia experiencia en este sentido, desde que, en 1988, se instauró el Plan Concertado, fórmula que ha resultado eficaz para financiar los servicios sociales municipales de manera conjunta por el Estado, las Comunidades Autónomas y los municipios, mediante los correspondientes convenios administrativos de colaboración. Esta fórmula se ha ampliado en la actualidad a mayor número de prestaciones. Puede servir de ejemplo para la financiación conjunta de las prestaciones para la dependencia, manteniendo, la unidad del ente gestor que corresponda en función de la naturaleza de cada ayuda, sea el Estado, la Comunidad Autónoma o el Municipio.

Pudiera también la Ley optar por la determinación de un catálogo básico de prestaciones y servicios, dejando otras de carácter complementario para las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos; de hecho, así se contempla en los Acuerdos del Gobierno y agentes sociales sobre la Ley de Dependencia.⁸ Opción más teórica que práctica, pues las distintas prestaciones para la dependencia se otorgan ya por las Comunidades Autónomas. No me parece que esta opción difiera sustantivamente de la apuntada en el párrafo anterior; lo que importa es dejar bien establecidas las fuentes de financiación.

c) Organización y gestión del sistema

He individualizado esta cuestión porque la considero esencial para la eficacia de un sistema de prestaciones. Tan esencial como en ocasiones comple-

⁸ En el apartado 6 de dichos Acuerdos se menciona expresamente lo siguiente: “El catálogo de prestaciones y servicios que se establezca en la ley tendrá carácter básico, aunque las administraciones autonómicas y locales podrán, exclusivamente con cargo a sus presupuestos, mejorar dichas prestaciones y servicios”.

ja y difícil. Pero sólo un sistema aparece verdaderamente como tal si existe una organización de personal, medios, métodos de trabajo, evaluación de la actividad, distribución de competencias y procedimientos de gestión bien determinados. Es en ella donde observo que pueden existir mayores implicaciones entre competencias de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, ya que las nociones de organización y gestión hacen referencia directa a ejecución de servicios, y ésta es competencia de las Administraciones territoriales, por derecho propio (asistencia social) o habiendo mediado traspaso de competencias (sanidad y pensiones no contributivas de la Seguridad Social).

Lo ideal sería que la legislación del Estado se limitara a la introducción de prestaciones, financiadas por el Estado, de cuya organización y gestión se encargaran las Comunidades Autónomas. Pero a nadie se le oculta que, por lo general, una legislación de estas características tiende también a contener aspectos organizativos y de gestión. Y si la finalidad de dicha Legislación, como todo apunta, es establecer un sistema de atención a la dependencia, abordará con toda probabilidad dichos aspectos.

Por el momento, y hasta tanto no se conozcan más detalles sobre el borrador de la Ley, cabe apuntar que, en este punto, es donde se pueden reflejar más las “tensiones” competenciales entre las distintas Administraciones, y donde será precisa la búsqueda del mayor equilibrio, con el fin de atribuir a cada Administración aquello que le es más propio. Las mayores fricciones de competencias se producen generalmente en el ámbito organizativo, quizá porque en la gestión se hacen visibles el resto de competencias.

d) Financiación del sistema

Digamos, ya de entrada, que la financiación es el asunto esencial, y el más complejo de todos, sobre el que pivota la atención a la dependencia; con el que más dificultades se encontró en su día, y se encontrará ahora, la elaboración de una Ley de atención a la dependencia. Las prestaciones de las que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

estamos hablando son muy costosas, y elevado el número de personas que pueden acceder a ella. Si a ello le añadimos que el verdadero interés es reconocerlas en calidad de derechos subjetivos del ciudadano, cuando hasta ahora no lo han sido de manera plena, la dificultad se acrecienta al querer establecerlas en un momento determinado.

Asunto difícil, ciertamente, pero que habrá de acometerse de forma decidida, pues responde a una imperiosa necesidad social. También lo fue, en su día, el establecimiento de los sistemas de Seguridad Social y de Sanidad, por citar dos ejemplos. Y sin embargo, después de una planificación y esfuerzo de años, el resultado satisfactorio ahí lo tenemos.

El sistema que se quiere implantar, como de todos es sabido, se articula en torno a tres ejes: la elaboración de una Ley de Dependencia, el establecimiento de una Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, y la creación de un Fondo para la Atención a la Dependencia, previsto en 8.000 millones de euros para un período de ocho años.

Este fondo no se ha constituido todavía⁹. A la hora de escribir estas líneas estamos aún a la espera de si será incluido dicho Fondo, del que repetidamente se dijo que existiría una aportación inicial de 1.000 millones de euros. Se han sucedido diversas manifestaciones de responsables políticos, en el sentido de que la financiación de la dependencia no se realizará mediante el establecimiento de nuevos impuestos, ni con cargo a cotizaciones sociales, tampoco con cargo al Fondo de Reserva de la Seguridad Social, sino que vendrá determinada por excedentes del crecimiento económico. Se dice también que el sistema de la dependencia no será financiado únicamente por el Estado, sino por las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, aunque ni a unas ni a otros se les ha planteado todavía consulta formal al respecto. También se afirma, como premisa que no debe ser objeto de discusión por su carácter evidente, que los usuarios han de contribuir al coste de las prestaciones que reciban.

Todo lo anterior refleja, a mi juicio, que los responsables políticos se encuentran ante el gran problema de la dependencia, la búsqueda de su modo

⁹ La dotación de 50 millones de euros para la atención a la dependencia, en los Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2005, no me parece que pueda considerarse como dotación inicial de ese Fondo.

Protección municipal de la dependencia

de financiación. Este hecho no tiene por qué extrañar, pues constituye el núcleo del debate sobre la dependencia: la posibilidad financiera de las distintas Administraciones Públicas para establecer prestaciones con el carácter de derecho subjetivo.

¿Cuáles son las implicaciones de esta cuestión en el ámbito autonómico y municipal? Sirvan, al respecto, los siguientes apuntes:

- Las Administraciones Autonómicas y Municipales, como es lógico, siempre serán reacias, como ha sucedido en otros ámbitos de la acción social, a que el Estado les imponga por Ley prestaciones que ellas deban autofinanciarse. Postura que debe considerarse razonable, pues los costes que están asumiendo en los servicios que, en su día, les fueron traspasados por el Estado, han experimentado un notable crecimiento.

- A la inversa, las Administraciones Autonómicas y Municipales no tendrán inconveniente ninguno en que el Estado aumente o participe en la financiación de la dependencia, pues su gestión está necesitada, y cada día más, de mayores recursos económicos para atender las demandas crecientes que se les presentan.

- Es preciso destacar que las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales están haciendo un gran esfuerzo por atender las situaciones de dependencia, pero no es suficiente. Se hace necesaria la aportación del Estado, al tener éste un mayor poder de gasto.

- El sistema legal que se establezca, al exigir financiación compartida entre distintas Administraciones, con independencia de las del usuario, debe determinar nuevos modelos de financiación de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales. El asunto cobra especial relieve para los Ayuntamientos de población menor, cuyo poder de gasto es muy limitado para las necesidades que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

se pretenden cubrir. Esta última cuestión se encuentra íntimamente entroncada, como es lógico, con la del Pacto Local al que hicimos breve mención líneas más arriba.

A la hora de establecer y repartir competencias, es preciso recordar la jurisprudencia consolidada del Tribunal Constitucional, según la cual la facultad de gasto público del Estado no es título competencial autónomo que pueda desconocer, desplazar o limitar las competencias materiales que corresponden a las Comunidades Autónomas según la Constitución y los Estatutos de Autonomía. Este asunto me parece de especial relevancia, porque comporta la obligación para el Estado de efectuar la distribución territorial de los créditos que correspondan entre las Comunidades Autónomas, En este sentido la línea seguida por la importante STC 13/1992, de 6 de febrero, y otras posteriores en el mismo sentido, debe ser tenida muy en cuenta.¹⁰

Aunque resulte ocioso, y poco tenga que ver con las implicaciones de competencias a que esta ponencia me hace restringir, es preciso insistir en que sólo con una adecuada financiación serán efectivos los derechos que las Leyes reconozcan. Sin ella las Leyes quedan, en la práctica, vacías de contenido.

Recordar, por último, que ningún sistema de protección social, de carácter universal o de atención a sectores concretos, se ha implantado en toda su extensión en un solo momento, precisamente por las dificultades de financiación. Pretender que la atención a la dependencia siga un camino distinto es más un *desideratum* que una posibilidad real. Son siempre preferibles las vías medias y, comenzar por la atención de las necesidades más perentorias; la propia dinámica social las hará progresar en intensidad y paulatina extensión.

4. Conclusiones

Siempre es arriesgado establecer conclusiones sobre una materia cuando ésta es desarrollada como fruto de una mera reflexión personal. Alguien puede fijarse en las conclusiones como el núcleo central del trabajo, y no es

¹⁰ He analizado con detenimiento esta sentencia, así como las posteriores STC 16/1996, de 1 de febrero y STC 68/1996, de 18 de abril, en el libro *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*, BOE, 2ª edición, Madrid, 2000, Págs. 139 a 149. A su contenido me remito.

Protección municipal de la dependencia

éste ciertamente el supuesto. Valgan, no obstante, algunas ideas, esbozadas a modo de cierre conclusivo.

Se hace necesaria una mayor y más precisa definición del modelo de atención a la dependencia que se quiere establecer, en sus distintos componentes, para poder efectuar un análisis más riguroso de las implicaciones de competencias que comporta para las Comunidades Autónomas y las Entidades locales.

Antes de resolver los posibles problemas competenciales, es preciso definir el sistema de financiación que tendrá el sistema de atención a la dependencia, con especial acento en la aportación que correrá a cargo de la Administración General del Estado. Concretado el modo de financiación, las cuestiones de competencias se verán más diluidas, si es que no están resueltas ya antes de establecerlo.

Estimo que el Estado ostenta título competencial suficiente, por una u otra vía, para legislar sobre prestaciones de atención a la dependencia. Sin embargo, en cuanto a la instauración de un sistema nacional de atención a la dependencia, tengo dudas sobre la posibilidad jurídica de que pueda hacerlo, pues entran en litigio competencias de las Comunidades Autónomas nacidas de la misma Constitución.

Mi apuesta es, más bien, por un sistema nacional de servicios sociales, en el que se dé plena cabida a la atención de la dependencia, concebido del mismo modo que el sistema nacional de salud (Ley General de Sanidad, art. 41.2): “conjunto de los servicios sociales de la Administración General del Estado y de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas”.

Si el Pacto Local sigue adelante en su formulación y contenido, convendría que la regulación de la dependencia tuviera en cuenta sus posibles consecuencias. No se trata tanto de implicar a las Entidades locales en la atención a la dependencia, que ya lo están en buena parte, sino de esa implicación en el contexto más amplio, Pacto Local.

8. Comunicaciones:

8.1 Techfilter: filtro de temblor para ratones de ordenador

*J.A. Miranda, E. Rocón y J.L. Pons.
Technaid S.L.*

Premio a la mejor comunicación

Objetivo

El principal objetivo del proyecto TechFilter es aplicar los conocimientos adquiridos dentro de un proyecto europeo de investigación del movimiento tembloroso humano, a un dispositivo capaz de reducir las limitaciones de una persona con temblor al manejar el ratón de un ordenador.

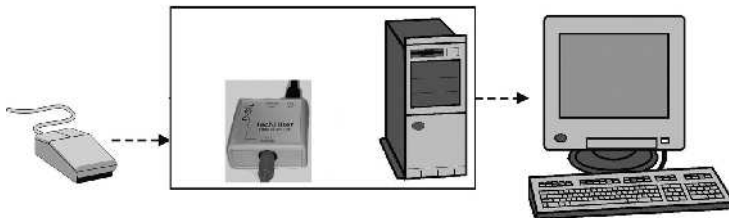


Fig.1. Esquema de aplicación directa del dispositivo TechFilter.

Como objetivos sociales a conseguir, señalamos una mayor integración de la personas con discapacidad en las nuevas tecnologías, lo que proporcionará una mayor independencia a la hora de realizar tareas comunes con el ordenador, y una vejez más activa ¹, donde puedan los usuarios ocupar una parte de su tiempo de ocio y mejorar sus destrezas mediante, por ejemplo, programas de ordenador específicos de ejercitación de la memoria.

[1] Gabinete de prensa, Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, Instituto Nacional de Estadística, 2002.

Material y método

El desarrollo de TechFilter comienza con el Proyecto DRIFTS: Dynamically Responsive Intervention for Tremor Suppression ², en el Instituto de Automática Industrial, en la búsqueda de un sistema capaz de evaluar el concepto de supresión ortésica ³ del temblor patológico en el miembro superior.

El diseño de TechFilter se realizó con dos premisas fundamentales: por una parte, no debía requerir ningún aprendizaje en su uso. Por otra, debía ajustar su funcionamiento de forma automática, incluso cuando lo utilizara una persona sin ningún tipo de temblor.

Gracias a esta importante característica, puede ser utilizado como dispositivo para la accesibilidad personal en casa, y también en ordenadores de uso público en bibliotecas, aulas o residencias de mayores, constituyendo una verdadera aportación a la reducción de las barreras de accesibilidad tecnológica por razones de discapacidad física.

El dispositivo identifica qué parte del movimiento de la persona es involuntaria y lo resta del movimiento global. De esta manera, lo único que permanece es la parte voluntaria de su acción, facilitando el movimiento del puntero del ratón y el acceso a los programas. Su funcionamiento es totalmente transparente para el usuario.



Fig. 2. Simulación de filtrado de señales temblorosas en tiempo real.

[2] M. Manto, M. Topping, M. Soede, J. Sanchez-Lacuesta, W. Harwin, J.L. Pons, J. Williams, S. Skaarup, and L. Normie, "Dynamically responsive intervention for Tremor Suppression", *IEEE Eg. In Med. and Biol. Magazine*, vol.22(3), pp. 120-132, 2003.

[3] J. Kotovsky and M.J. Rosen, "A wearable tremor suppression orthosis", *J. Of Rehabilitation Research and Development*, vol. 35(4), pp. 93-99, 1998.

Resultados

Durante la etapa de valoración y validación del funcionamiento y de las características de TechFilter, se desarrollaron pruebas en dos prestigiosos centros europeos. En una primera fase, se valoró el funcionamiento del algoritmo principal de filtrado, con una muestra de más de 30 pacientes de Parkinson y Temblor esencial principalmente 4, mientras que en una segunda fase se probó la adaptación del dispositivo al usuario de manera directa, mediante la realización de pruebas cotidianas en valoraciones clínicas del temblor, con ayuda de un programa de ordenador diseñado al efecto.

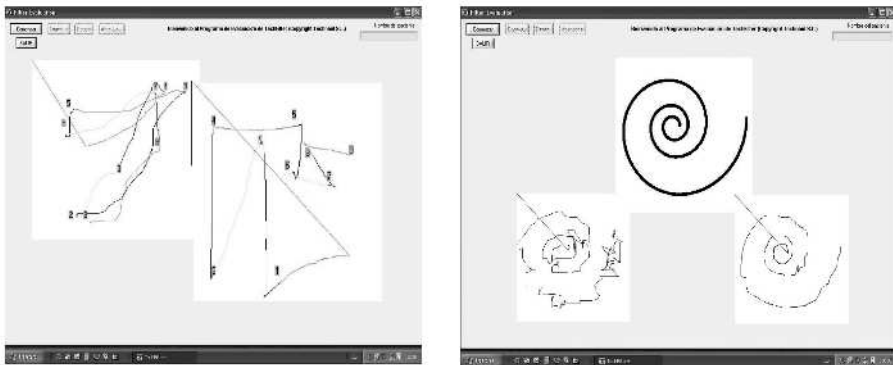


Fig.3. Software de evaluación del temblor mediante pruebas de carácter clínico.

Estos resultados de diseño y de ensayo concluyen que TechFilter consigue reducir el temblor en más de un sesenta por ciento, y reduce también el tiempo empleado en realizar una tarea concreta, como leer el correo electrónico o navegar por internet, por una persona con movilidad reducida o temblor en sus manos, sin necesitar de un aprendizaje previo.

[4] E. Rocón, A. Ruiz, L. Bueno, R. Ceres, L. Calderón, J.L. Pons, "Un nuevo sensor para medida del movimiento tembloroso basado en giroscopios", *XXIV Jornadas de Automática, León, España, 2003*.

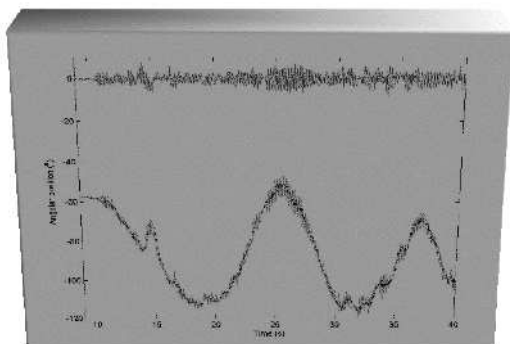


Fig. 4. Extracción del temblor (en la parte superior) de la señal introducida en el ordenador.

Conclusiones

Las conclusiones extraídas del proyecto se resumen en la utilidad, contrastada en las pruebas anteriormente descritas, que representa TechFilter en pacientes que sufren Parkinson y Esclerosis Múltiple, y en general, cualquier tipo de temblor, y que tengan dificultades para manejar el ratón debido a su edad, disminuyendo los errores al ejecutar órdenes con los botones y el tiempo en ejecutar una tarea concreta con el ordenador.

El algoritmo de filtrado y el funcionamiento interno del dispositivo es aplicable a otros elementos de control, tal como los mandos de una silla de ruedas eléctrica, y en general a todos aquellos que tengan posibilidad de ser controlados mediante una interfaz de control eléctrica o electrónica, ampliando los horizontes de este proyecto de investigación e innovación tecnológica en el futuro.

8.2.- Mejoría del bienestar psicológico subjetivo, tras la estimulación cognitiva global, en un grupo de mayores con problemas de memoria.

*García Carpio, MS; Romero Chaparro, R; Serrano Garijo, P; Tena Dávila-Mata, MC.
Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

En los mayores, la salud cognitiva se puede considerar como un componente esencial para envejecimiento satisfactorio. La pérdida de función mental es una de las grandes preocupaciones de los ancianos. El Ayuntamiento de Madrid tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los mayores, por ello, potencia actividades encaminadas a prevenir o enlentecer los procesos de deterioro, en distintos ámbitos destinados a personas mayores, tanto sanas, como en casos de deterioro o demencia.

Este es el caso de los grupos de estimulación cognitiva para personas con trastornos de memoria, destinados a mantener las capacidades cognitivas, con el fin de evitar la pérdida en la calidad de vida de este colectivo.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que se refiere a la disfunción física, el dolor y el malestar que provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día, así como la calidad de vida global juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001).

En la población mayor, los dominios que se incluyen en la CVRS son la satisfacción vital, el nivel de depresión y ansiedad, la capacidad funcional, el funcionamiento cognitivo y los apoyos sociales.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Una de las escalas diseñadas de manera específica para mayores es la escala de satisfacción vital de Filadelfia, desarrollada por Lawton. Identifica factores de actitud hacia el propio envejecimiento, agitación, insatisfacción, aceptación de la situación personal, optimismo y tranquilidad.

Parece importante incluir estos conceptos de calidad de vida en cualquiera de las actividades diseñadas en este campo ya que estos grupos han demostrado, al menos a corto plazo, su eficacia en términos cognitivos. Es necesario destacar que es muy poco lo publicado en este otro concepto.

Objetivo

Se pretende conocer si las técnicas grupales de estimulación, además de mejorar en los aspectos cognitivos, tienen algún efecto en la percepción subjetiva sobre la calidad de vida y en la sensación psicológica de bienestar.

Material y método

Se estudian los registros de 20 personas (2 hombres y 18 mujeres con una edad media de 80 años) incluidas en un programa de estimulación cognitiva grupal. Como criterio de inclusión se exige una puntuación de MEC ≥ 24 . La actividad tiene una duración de tres meses y medio, con sesiones semanales de una hora. Se realizan diversos test antes del realizar el programa y una vez finalizado el mismo.

- Quejas de memoria: Rivermead Behavioural Memory test (RBMT)
- Funcionamiento cognitivo: Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Nivel de depresión: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)
- Satisfacción vital : Escala de Filadelfia.

Para la evaluación de la escala de Filadelfia se realiza un nuevo control transcurridos nueve meses desde la finalización de la actividad grupal.

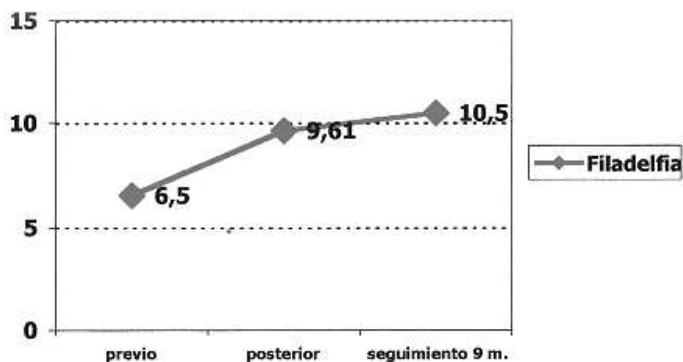
El análisis se realiza con SPSS (t-test y prueba no paramétrica de Friedman).

Resultados

	Media	N	DS	p
RBMT	7,20	20	2,726	,000
RBMT	8,70	20	2,774	
MEC	28,90	20	2,845	,018
MEC post	29,65	20	2,254	
GDS	6,85	20	2,739	,030
GDS post	6,25	20	2,613	

- Los resultados obtenidos, tras el análisis de los datos, ponen en evidencia que la estimulación cognitiva grupal consigue mejorar, en los mayores sin deterioro, las capacidades cognitivas, memoria y estado de ánimo, encontrando diferencia significativa en las puntuaciones de todos los test realizados.

- El análisis de la calidad de vida identifica una mejoría en prácticamente todos los items, especialmente en aquellos relacionados con la autoestima. Cabe señalar que en estos casos la ganancia se mantiene nueve meses después de finalizada la terapia grupal.



Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

La estimulación cognitiva grupal se considera una intervención eficaz en los mayores. Mejora de manera significativa la percepción subjetiva de calidad de vida y el bienestar psicológico, así como el rendimiento cognitivo, la capacidad de memoria y del estado de ánimo. La mejoría en relación a la calidad de vida se mantiene en el tiempo.

Bibliografía

Métodos de medición de la salud mental en la tercera edad, Teresa Mora, Mariví Martínez y Jesús Rosel. Facultad de Ciencias humanas y Sociales. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Metodología y Social.

Calidad de vida y diferencias en función del sexo. Ramona Rubio, Manuel ALEXANDRE Y José Luis Cabezas. Catedrática de psicogerontología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Intervenciones psicosociales y calidad de vida. Dr. Javier Yanguas. Director de I+D. INGEMA MATIA FUNDAZIOA.

La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Ignacio Montorio, Maria Izal Fernández de Trocóniz.

Prevención en Geriatría: ¿Es posible?. Jose Manuel Rivera Casado. Pedro Gil Gregorio.2004

Valoración Cognitiva. John R. Hodges.

Escala de bienestar subjetivo de Filadelfia, Lawton 1972.

8.3.- Espacios deportivos y salas polivalentes publicos destinados a ejercicio físico para personas mayores del municipio de Madrid

*M^a Cruz Tena Dávila Mata, Esperanza Molina Díaz,
Pilar Serrano Garijo, Florencio Martín Tejedor.
Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

El ejercicio físico es uno de los recursos preventivos y terapéuticos que favorece el mantenimiento de la autonomía personal y conduce a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos. Por ello, es competencia municipal potenciar los recursos destinados a su fomento y realización. Con este fin, a iniciativa de la Dirección General de Mayores con fecha de diciembre de 2003, se constituye un grupo de trabajo que tiene como primer objetivo conocer la Oferta de las diferentes administraciones en el municipio de Madrid.

Objetivos

Con el Objetivo General de realizar un Diagnostico de Situación de la practica de ejercicio físico por los mayores en el municipio de Madrid, el grupo de trabajo se propone:

- Catalogar el tipo de recursos existentes: instalaciones deportivas y espacios de actividad física destinados por la administración municipal y autonómica.
- Conocer los tipos de actividades que se realizan: actividades normalizadas de ejercicio físico para mayores (gimnasia, actividad acuática, tai-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

chi, yoga, baile,..).

- Cualificar los recursos y su distribución geográfica.
- Averiguar el ratio de las diferentes actividades en cada uno de los 21 distritos madrileños, según la población mayor referente de cada distrito, para identificar un ratio medio.

Metodología

Se tuvieron en cuenta:

- Las instalaciones deportivas municipales de la Dirección General de Deportes con programas específicos, tanto en actividad física tipo gimnasia como en actividad acuática.
- Los Centros de Mayores, tanto municipales como de la comunidad autónoma, donde se recogen las actividades normalizadas de tipo gimnasia, tai-chi, yoga, baile...
- Los Grupos de Fisioterapia Preventiva y de Mantenimiento, actividad que utiliza las instalaciones de los centros de día, centros de mayores o centros integrados.

Se lleva a cabo una cuantificación de los recursos y de las actividades desarrolladas en cada uno de ellos, así como su distribución geográfica en el mapa del municipio de Madrid y se establecen los ratios de plazas ofertadas de las distintas actividades en relación a la población mayor de 65 años residente en cada distrito según datos poblacionales de 2004.

Resultados

Existen 167 espacios destinados al ejercicio en todo el municipio, distribuidos de manera irregular en los distintos distritos. Se disponen de 7.929 plazas en instalaciones deportivas municipales y 784 de la comunidad; 11.135 en centros de mayores municipales y 3.974 en los de la comunidad, finalmente, hay 784 plazas de fisioterapia de mantenimiento, también municipales. La oferta total es de 4 plazas por cien personas mayores de actividad física, (con un rango entre 2,0 y 7,4) repartidas de manera muy irregular entre los distritos; y de 0,3 plazas de fisioterapia preventiva, con un mínimo de 0,0 y un máximo de 0,9. (Ver Tabla a continuación)

Distritos	Espacios	Usuarios												RATIO Act. Física	RATIO GP
		Dirección General de Deportes		C. Mayores Municipales		C. Mayores Comunidad de Madrid			IMDER*		Grupos Prevent.	Poblac. Mayor 65	Total Plazas		
		GIM.	Acuática	GIM.	Otras	GIM.	Otras	Otras	GIM.	Acuá					
1. Centro	5	85	280	120	155	93	68	0	0	0	129	26850	801	3.0	0.5
2. Arganzuela	8	410	240	175	49	0	0	0	0	0	101	25222	874	3.5	0.4
3. Retiro	6	170	125	0	100	0	0	16	618	29	25270	1029	4.1	0.1	
4. Salamanca	4	150	150	0	0	121	251	0	0	68	33895	672	2.0	0.2	
5. Chamartín	6	240	200	150	400	0	0	0	0	41	28810	990	3.4	0.1	
6. Tetuán	6	195	280	0	20	149	138	0	0	116	31682	782	2.5	0.4	
7. Chamberí	7	0	0	225	100	167	46	150	0	55	34859	688	2.0	0.2	
8. Fuencarral El Pardo	11	190	262	630	40	142	46	0	0	39	33291	1310	3.9	0.1	
9. Moncloa Aravaca	11	282	590	130	0	0	0	0	0	203	21460	1002	4.7	0.9	
10. Latina	8	485	294	720	660	0	232	0	0	0	51673	2391	4.6	0.0	
11. Carabanchel	7	150	25	1170	118	525	120	0	0	16	47622	2108	4.4	0.03	
12. Usera	12	190	100	201	250	515	316	0	0	79	25546	1572	6.2	0.3	
13. Pte. Vallecas	12	170	310	1464	249	220	142	0	0	67	44558	2555	5.7	0.2	
14. Moratalaz	5	200	90	160	249	0	0	0	0	113	21299	699	3.3	0.5	
15. Ciudad Lineal	10	460	250	360	255	0	0	0	0	34	46826	1325	2.8	0.1	
16. Hortaleza	12	170	60	948	111	0	0	0	0	207	22744	1289	5.7	0.9	
17. Villaverde	15	130	214	1125	20	230	74	0	0	76	24131	1793	7.4	0.3	
18. Villa Vallecas	6	50	20	325	36	102	32	0	0	9	8179	565	6.9	0.1	
19. Vicálvaro	5	160	157	0	100	0	0	0	0	68	7488	417	5.6	0.9	
20. San Blas	6	210	65	0	120	245	0	0	0	43	27547	640	2.3	0.2	
21. Barajas	5	40	80	160	40	0	0	0	0	19	4355	320	7.3	0.4	
Total parcial		4137	3792	8063	3072	2509	1465	166	618	1512	593372	23822	Media 4.0	Media 0.3	
Total	167	7929		11135		3974			784		23822		Media 4.0		Media 0.3

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

El mayor número de recursos es ofertado por la corporación municipal por su carácter de cercanía, observándose diferencias interdistritales tanto cualitativas como cuantitativas.

Un factor importante a tener en cuenta es la situación y accesibilidad de los recursos a la hora de programar nuevos equipamientos, ya que el modo de desplazamiento deseado por la población mayor es ir andando a la instalación.

Bibliografía

Effect of exercise on blood pressure in older person (Kerry J. Steward; Anita C. Bacher) Arch. Intern. Med. 2005; 165:756-762- April 11 2005

Physical Activity Reduces the risk of subsequent depression for older adults (William J. Strawbridge; Stephone Deleages; Robert E Roberts) Am J. Epidemiol 2002; 156:328-334

Exercise capacity and mobility among men refereed for exercise testing (Jonathan Myers; Ph D. Manish; Prakash M.D) N. Engl J. Med. 2002 March 14 2005. Volume 346: 793-801

Relatoristhy of changes in physical activity and mobility among older women (Edward W. Gregg Phd; Jane A. Carley Dr. PA) Jame 2003, 289:2379 – 2386 CDC

A Program prevent functional decline in physically frail. Elderly persons who live at home. (Tomas M. Grill; M.D. Dorothy Baker Ph D). N. Engl J. Med. Volume 347: 1068 – 1074. October 3, 2002 number 14

La salud de las personas mayores. (Elena Gonzalo; M^a Isabel Pasarín) Gaceta sanitaria 2004; 18: 69 – 80

Ejercicio físico en el anciano (C. De Pablo Tarzosc) Rev. Lat. Cardiología. 2000; 21: 94 – 102

Características antropométricas y funcionales de individuos activos mayores de 60 años participantes en un programa de actividad física. (B.H. Viana; J.R. Gómez; M.V. Paniagua) Revista Geriátría y Gerontología 2004. 39 : 297 – 304

Actividades y prácticas en actividad física: Situación en España respecto al conjunto europeo. (J.J. Varo Cenarruzabestis; M.A. Martínez González) Aten. Primaria 2003; 31: 77 – 85

8.4.- Perfil del usuario de ayuda a domicilio: Evolución y perspectivas

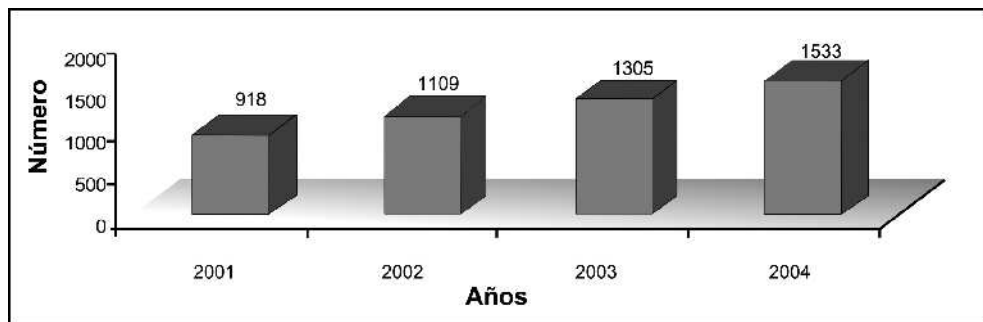
T. Gascón Rodríguez, E. García López
ASISPA.

En el presente estudio, hemos querido analizar, cual ha sido la evolución en el perfil del usuario de los servicios de ayuda a domicilio, en los últimos cuatro años (del 2001 al 2004) en un distrito de Madrid, el de Fuencarral-El Pardo (como referencia, indicar que la población total según datos del 2004 asciende en ese distrito a 210.000 habitantes, de los cuales, 33.500 son mayores de 65 años, un 16% de la población).

Para ello hemos analizado los datos obtenidos durante ese periodo de tiempo en 5 variables, que son:

1. El numero de usuarios por año.
2. La media de edad en esos años.
3. El numero de usuarios que viven solos.
4. La prestación que reciben.
5. El grado de dependencia de los usuarios.

1. Número de usuario por año



Es una variable fundamental ya que va a ser el punto de referencia a la hora de interpretar los datos. Llama la atención el aumento de usuarios de este servicio que se ha producido en estos cuatro años, pasando de 918 altas en el 2001, a 1533 altas en el 2004. Lo cual supone un incremento de un 67%. Éste es un indicador claro de la consolidación y desarrollo de los servicios de ayuda a domicilio.

2. Media de edad

Respecto a esta variable, es interesante observar, que la edad se mantiene en torno a los 81 años, siendo previsible que sea un dato estable, si tenemos en cuenta que en la actualidad la esperanza de vida se sitúa alrededor de los 82 años.

3. Número de usuarios que viven solos

Los datos nos hablan de un porcentaje alto de usuarios, más de la mitad, que se encuentran en esa situación, habiéndose producido un aumento en 4 puntos en ese periodo de tiempo.

En el 2001 hablamos de un 54% de personas que viven solas,

En el 2002: 56%

En el 2003: 57%

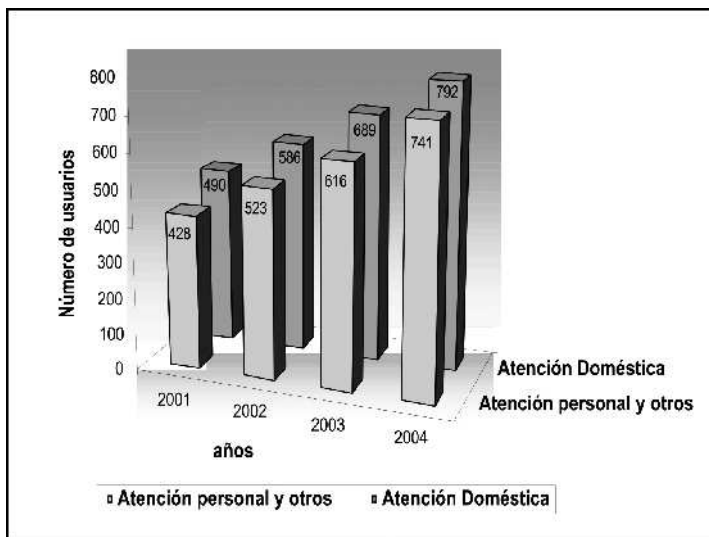
En el 2004: 58%

4. Prestaciones que reciben

La interpretación en lo que se refiere a las prestaciones que reciben, nos indica que:

La prestación mas demandada en términos absolutos es la atención domestica, pero en términos relativos el incremento mayor se produce en el aseo personal.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.



5. Niveles de dependencia

Los resultados indican que:

- La dependencia leve, considerada como inicio de falta de autonomía, es la única que ha experimentado un incremento, de un 6%, mientras que la dependencia moderada, la dependencia severa y la gran dependencia bajan respectivamente en un 1%, 3,5%, 1,5%.
- La dependencia moderada (requieren ayuda para el desarrollo de alguna de las AVD), baja un 1%.
- La dependencia severa (aislamiento social por limitación físicas y/o cognitivas), baja un 3,5%.
- La gran dependencia (necesidad de tercera persona), baja un 1,5%.

6. Conclusión

Una vez analizadas estas variables podemos concluir lo siguiente:

El aumento en la esperanza de vida, hace que los servicios de ayuda a domicilio sean unos servicios consolidados y en continuo crecimiento y desarrollo.

Comunicaciones

Los datos apuntan a un perfil de **persona mayor, en torno a los 81 años, que vive sola, con dependencia leve (inicio de falta de autonomía física y/o cognitiva) y demandante de atención doméstica.**

8.5. El absentismo en auxiliares del servicio de ayuda a domicilio.

*López Fernández, MS; Rodríguez García, E; Izquierdo Riezu, E.
EULEN Servicios Sociosanitarios*

Introducción / justificación

La continuidad y estabilidad del auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio en la prestación de sus servicios asignados es un indicador de calidad en tanto que el usuario acusa fuertemente los cambios en su rutina así como los cambios del auxiliar que le atiende diariamente, o en la frecuencia que tenga asignada. Por lo tanto, conocer el nivel de absentismo de los auxiliares del SAD y analizar las causas o factores que lo provocan se convierte en una tarea importante de cara a la mejora de la calidad del servicio prestado a los usuarios.

Objetivos

El estudio analiza dos factores que se presumen está relacionados con el nivel de absentismo de los auxiliares: los complementos retributivos en caso de Incapacidad Temporal (I.T.) y la nacionalidad de origen del trabajador/a. Paralelamente, se analiza también las diferencias existentes entre tres Comunidades Autónomas: Madrid, Castilla y León, y País Vasco.

Material y Método

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, de Julio a Diciembre de 2004 en Madrid, Castilla y León, y País Vasco . La herramienta estadística utilizada ha sido el análisis de frecuencias, comparando los complementos a las

Comunicaciones

prestaciones de la Seguridad Social según Convenios y la nacionalidad de origen con el nivel de absentismo por I.T. Los datos de absentismo han sido recogidos de la población total de trabajadores del servicio en estas comunidades en Eulen Servicios Sociosanitarios.

Madrid	n= 1.042
Castilla y León	n= 359
País Vasco	n= 305

Se establecen tres periodos de carencia para las I.T.: Breve = de 1 a 3 días; Media = de 4 días a 15 días; y Larga = de 16 días en adelante.

Resultados

Los resultados más destacados son los siguientes:

- Las retribuciones complementarias en caso de I.T. difieren notablemente según los periodos de carencia en las tres Comunidades Autónomas. Mientras que País Vasco y Madrid retribuyen progresivamente en función de la carencia, Castilla y León mantiene el mismo complemento en los tres periodos.

- El porcentaje de bajas sobre la plantilla total en el periodo estudiado es similar en las tres Comunidades Autónomas: Madrid = 29%; Castilla y León = 36%; País Vasco = 35 % ∂ ? = 33,33% ; ? = 3,8

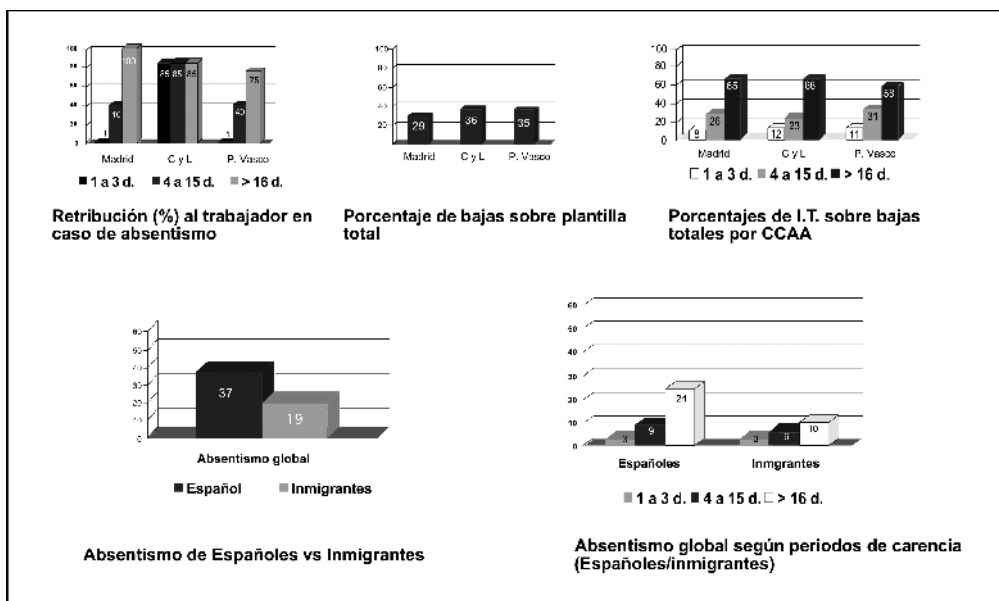
- Igualmente, el porcentaje de bajas por I.T. por cada Comunidad Autónoma, no varía significativamente, mientras se observa una progresión según los tres periodos de carencia:

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

	Madrid	Castilla y L.	P. Vasco
1 a 3 d.	8	12	11
4 a 15 d.	26	23	31
más 16 d.	65	66	58

Respecto a la comparativa de inmigrantes versus nacionales, los trabajadores españoles muestran un 39% de absentismo frente a un 19 % de los trabajadores inmigrantes, lo que indica un mayor nivel de absentismo en los auxiliares españoles.

Siguiendo la pauta general, existe una progresión según el periodo de carencia en el absentismo entre la población española y la inmigrante, aunque se observa que el nivel de absentismo de la población inmigrante, es menor en el periodo de carencia largo (más de 16 días); españoles = 24, inmigrantes 10, siendo muy similares en los periodos breves y medios, breve 3 vs 3 y medio 9 vs 6.



Conclusiones.

La diferencia en el pago de los complementos retributivos no influye en el porcentaje de absentismo en los periodos de carencia analizados. En las tres Comunidades Autónomas el 60% de los procesos se sitúan en el mayor periodo de carencia (>16 días), coincidiendo con la mayor cuantía en el pago de complementos en Madrid y País Vasco.

Existe mayor absentismo en los trabajadores españoles en periodos de carencia de > 16 días, mientras que en otros periodos son similares.

Con el fin de mejorar la calidad del servicio, habría que analizar otros factores que incidan en el porcentaje de absentismo ya que los datos obtenidos arrojan conclusiones definitivas.

Referencias y Bibliografía.

Archivo de personal de Eulen Servicios Sociosanitarios. Base de Datos de Absentismo.

Convenio Colectivo Del Sector De Ayuda A Domicilio De La Comunidad De Madrid.

Resolución de 10 de abril de 2002, de la Dirección General de Trabajo de la Consejería de Trabajo. BOCM. 109.

Convenio Colectivo para la actividad de Ayuda a Domicilio en Castilla y León. Resolución de 5 de julio de 2002, de la Dirección General de Relaciones e Intermediación Laboral. BOCyL. 141.

8.6. Demanda del SAD (auxiliar domiciliario): conocimiento, necesidad y expectativas

*Urquiza R., Serrano P, Giménez P., Frías S, Martín F
Dirección General de Mayores.
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía.
Ayuntamiento de Madrid,*

La ayuda a domicilio puede contribuir al mantenimiento del mayor dependiente en el domicilio, en actuaciones preventivas para el desarrollo de ciertas actividades y puede contribuir, cuando el dependiente dispone de apoyo familiar, a mitigar la sobrecarga que conlleva la evolución de los estados dependientes.

La Dirección General de Mayores (Ayto. Madrid) ha realizado una encuesta con el fin de conocer tres variables que inciden en la gestión del servicio: cómo conoce el servicio el usuario, porqué lo solicita y que espera del servicio.

En los meses de marzo y abril de 2005 se ha realizado 206 encuestas, en 7 distritos (Moncloa, Vicálvaro, Fuencarral, San Blas, Salamanca, Usera y Moratalaz) y previas a recibir atención por el TS de primera atención de servicios sociales. El estudio se analiza con el paquete estadístico SPSS, realizando X2

Resultados

Persona que demanda el servicio: 47,6% interesado, 34,5% hijos, 8,7 % cónyuge y 9,2% otros.

Conoce la existencia del servicio: Por los vecinos 42,6%, salud 22,6% Ayuntamiento 32,8% y otros 2,6 %.

Por qué solicita el servicio: enfermedad, dificultad AVD, en tareas domésticas, soledad, movilidad y sobrecarga del cuidador han sido por orden las necesidades expuestas.

Qué espera del servicio: Ayuda doméstica, inespecífica, apoyo / supervisión, atención mixta, personal..., son por este orden lo más reseñado.

Estos resultados obtenidos se analizan teniendo en cuenta quien es el solicitante del servicio, puesto que manifiesta la necesidad de forma diferente y el resultado final esperado también difiere, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

El conocimiento de la existencia del servicio varía según el demandante, y las necesidades también:

- El interesado ve mayor necesidad en la ayuda del quehacer cotidiano. No ve necesidad de ayuda a su persona.
- El cónyuge ve más necesidad en atención personal: no necesidad de acompañamiento, pues éste se efectúa mutuamente en la pareja.
- Los hijos ven soledad y puntúan por encima la atención mixta.

Conclusiones

El SAD es visto de modo distinto si quien lo solicita es el propio interesado o sus familiares, algo que debemos tener en cuenta para la planificación futura.

Bibliografía

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología “El Servicio de Ayuda a

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Domicilio. Programación del servicio : manual de formación para auxiliares 2". (1997).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) "Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España".(1998)

Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Mayores Circular 2/2005 "Los Servicios de Ayuda a Domicilio (auxiliar de hogar) : actualidad , tipologías y criterios a aplicar con personas mayores

Explotación datos aportados en encuesta pasada a demandantes del servicio

Modelo de encuesta

Fecha en la que se rellena: _____
¿Quién rellena el cuestionario?:
● Interesado (+ de 65 años): <input type="checkbox"/>
● Conyuge: <input type="checkbox"/>
● Hijo / a: <input type="checkbox"/>
● Nuera / yerno: <input type="checkbox"/>
● Otros familiares: <input type="checkbox"/>
1) ¿Como se enteró usted de la existencia del Servicio de Ayuda a Domicilio?
● Por vecinos: <input type="checkbox"/>
● Por el Ayuntamiento: <input type="checkbox"/>
● Por la Parroquia: <input type="checkbox"/>
● Por el Centro de Salud: <input type="checkbox"/>
● Otros: <input type="checkbox"/>
2) ¿Por qué viene a solicitar la Ayuda a Domicilio?

3) ¿Qué espera que el servicio le dé?

8.7. Perfil de los mayores de 80 años solos que rechazan el servicio de teleasistencia.

*Benito Pecharromán, Pilar; Serrano Garijo, Pilar;
Romero Chaparro, Rosario; Martín Tejedor, Florencio.
Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción:

La teleasistencia es un servicio de ayuda a domicilio que el Ayuntamiento de Madrid viene prestando desde el año 1990. Como tal servicio, tiene por finalidad facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno el mayor tiempo posible, en condiciones de seguridad y con la garantía de disponer de atención inmediata por profesionales especializados, ante cualquier necesidad de carácter sociosanitario. El servicio es gratuito para todos los mayores de 80 años y los de la franja entre 65 y 79 años que no superen la pensión máxima contributiva.

Un servicio de estas características (preventivo, accesible, gratis...), que proporciona seguridad y que se dirige a un colectivo a priori vulnerable (mayores de 80 años que viven solos), hizo pensar en un gran índice de aceptación del mismo, a pesar de lo cual hubo un importante número de personas (20,8 %del total de la población de estas características) que rechazaron el ofrecimiento telefónico. Cabe pensar que el rechazo a un recurso, y por tanto al apoyo social, puede llevar a esta población a una situación de fragilidad y/o de riesgo sociosanitario.

Objetivo

Conocer el perfil de las personas mayores de 80 años que viven solas y

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

no admiten el servicio de Teleasistencia, con el fin de saber si realmente cumplen criterios de fragilidad, según se presupone.

Material y método

Se aislaron los expedientes de las 10.784 personas mayores de 80 años solos, que rechazaron el servicio durante los años 2003 y 2004, población diana de nuestro trabajo .Se intentó el contacto con 8.327 de los que fue imposible localizar a 5.985, estableciendo contacto con el resto.

Se diseñó un cuestionario específico con variables sociodemográficas, datos de riesgo social (cuestionario de Barber), de fragilidad (caídas, memoria, tristeza, abandono...) y de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria(cuestionario de Lawton).

Dicho cuestionario fue cumplimentado por un equipo de trabajadores sociales en los domicilio de los mayores o bien telefónicamente en los casos que rechazaban dicha visita.

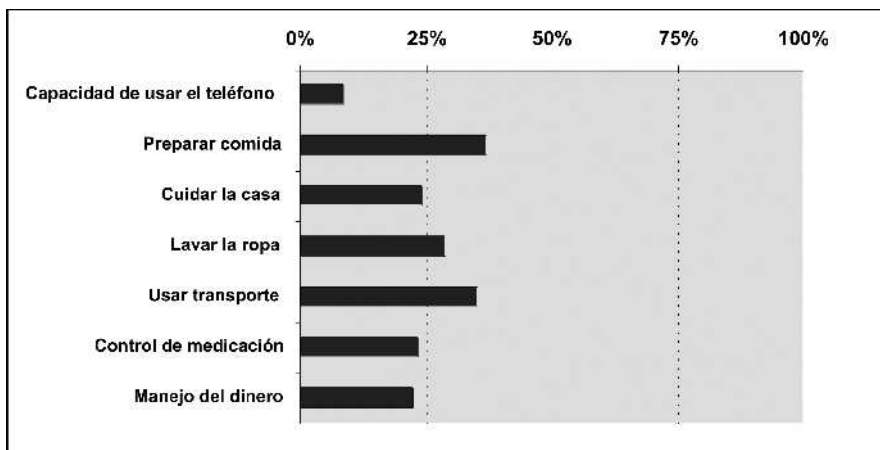
Resultados

La muestra está compuesta por 423 mujeres (85,5%) y 72 varones, siendo la edad media 85,66 años (SD 3,9) y estado civil mayoritariamente viudo o soltero.

En cuanto a datos de fragilidad destaca el hecho de que el 30,8% tiene problemas de memoria, el 33,7% se siente triste y un 20% se siente solo, lo que contrasta con el rechazo a un servio que ante todo le ofrece compañía.

El cuestionario de Barber muestra una población de riesgo (media 2,02, SD 1,48) .

El índice de Lawton (media 4,86, SD 2,59) se aprecia dependencia en AIVD en la inmensa mayoría (solo el 7,6% de la muestra es independiente para dichas actividades).



Conclusiones

Los mayores que rechazan el servicio de Teleasistencia son realmente una población dependiente, con factores de riesgo, que por diversos motivos no admite la ayuda que se le puede prestar desde este recurso municipal a pesar de que, como se sospechaba, tienen un perfil idóneo para beneficiarse del servicio.

Bibliografía.

E. Maestro Casterblanque, V. Albert Cuñat. ¿Quiénes son ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio de Mayores de 65 años del Área de Guadalajara (1). MEDICINA GENERAL 2002.

F. Duch Campodarbe, L. Ruiz de Porras Rosselló, D. Gimeno Ruiz de Porras. Recursos Psicométricos utilizables en atención primaria.

Instituto de Salud Pública. El anciano frágil. Detección, prevención e intención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud.

Pliego de Prescripciones Técnicas que habrán de regir el Contrato de Servicio Público de Teleasistencia en el Municipio de Madrid.

8.8. Ayudas técnicas y nuevas tecnologías en atención domiciliaria

Martínez Díez V y Martín Olmos P
ASEPEYO

Introducción

En los últimos años hemos podido ver como a nuestro alrededor se han ido creando residencias para atender las necesidades de nuestros mayores, unas gestionadas por los ayuntamientos u otros estamentos oficiales y otras por entidades privadas.

A pesar de ello siempre es mayor el número de solicitantes que las plazas residenciales, ¿A qué se debe esto, si 82 de cada 100 mayores no desea abandonar su hogar y lo que quiere es envejecer en el, dándose el caso de cuanto mayor es la edad menos deseos tienen de ir a una residencia?.

Si preguntamos a nuestros mayores todos consideran que el hogar es “ese sitio íntimo en el que tienen todos sus recuerdos y desde el cual mantienen relaciones sociales con la comunidad”, situación que a su entender no se cumple en las residencias. Estos planteamientos hacen que en nuestro pensamiento aparezca inmediatamente esta pregunta: ¿No sería mejor invertir los recursos económicos en mejorar su calidad de vida dentro de sus hogares?.

En España, por el concepto tradicional que tenemos de familia, la atención de los “abuelos” recaía en la familia y especialmente en la mujer dentro del papel de los cometidos del “ama de casa”. En la actualidad esta situación ha ido cambiando, a tenor de la evolución experimentada en nuestra sociedad, como consecuencia de la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral, por el reducido tamaño de las viviendas, por su precio elevado, las grandes distancias y el estrés al que nos someten las grandes ciudades, etc.

Por esto son muchos los casos en los que son los propios hijos los que solicitan el ingreso de los padres ancianos en las residencias, por creer que es donde van a estar mejor atendidos, sin que se den requerimientos de atención médica especial que puedan justificar este ingreso.

Y, a pesar de todo ello, sigue existiendo un grado de insatisfacción tanto de nuestros mayores como de sus familiares y siguen aumentando las listas de espera.

¿Por qué seguimos construyendo residencias donde aparcar a nuestros mayores?

¿Por qué es lo mejor para ellos?.

¿Por qué es lo mejor para nosotros?.

¿Por qué no pueden vivir solos?.

¿Por qué la familia no tiene ni tiempo ni ganas de atenderlos?.

¿Por qué es la mejor y única solución?.

Algunos de los servicios sociales anteriores a la residencia son:

- Teleasistencia: de gran interés para las personas que viven solas.
- Ayudas a domicilio: mejora la calidad de los mayores en sus AVDs.
- Centros de día: esta atendido durante el día en el centro.
- Otros servicios: comida a domicilio, lavandería, programas formativos hacia familiares, etc.

En el momento actual la atención domiciliaria, parece ser insuficiente, en muchos casos se limita únicamente a pequeñas tareas domésticas y de higiene personal, dándose la particularidad de que en la mayor parte de las ocasiones es el usuario el que se adapta al horario de esta ayuda y no al revés. El cúmulo de estas circunstancias hace que nuestros mayores no puedan sentir la satisfacción que la sociedad busca para ellos con estos cuidados ya que no cubre sus necesidades reales.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Método

Por ello, y para aumentar las posibilidades de mantener a nuestros mayores en su domicilio de forma satisfactoria para la sociedad y especialmente para ellos, deberían estudiarse las siguientes propuestas.

Asistente personal: a través de él se cubrirían

- Las actividades básicas de la vida diaria, las cuales son imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, como las actividades de autocuidado (asearse, vestirse, desnudarse), de funcionamiento básico físico (desplazamientos dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas.

- Las actividades instrumentales de la vida diaria, estas son más complejas y requieren para su realización una mayor autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la necesidad de tomar decisiones (administración del hogar, utilizar el teléfono, acordarse de tomar una medicación, coger un taxi).

- El asistente personal es la figura clave, ya que su actividad no se reduce sólo al ámbito del domicilio, sino que abarca actividades de ocio, de acompañamiento, compras y viajes y la vida familiar. Por ello deberá estar bien preparado y formado adaptándose a las necesidades y horarios del usuario de forma que sea este quien dirija las actuaciones y no al revés. Y, por supuesto la figura del asistente personal deberá estar regulada tanto jurídica como laboralmente.

Pago directo

El pago del asistente personal podría hacerse como en la actualidad (a través de los servicios sociales) o bien entregado al usuario, de modo que pueda decidir cómo emplear el dinero asignado (elegir al asistente personal, distribuir el tiempo, etc.). De este modo se consigue que,

el mayor y su familia, tengan que adoptar una posición activa en las decisiones sobre su propio cuidado al hacerles responsables de la administración de la prestación económica concedida.

Ayudas técnicas

Necesarias como medida de compensación funcional y específicas para cada persona. Son los terapeutas ocupacionales los profesionales formados en el conocimiento de las ayudas técnicas y en las necesidades de las actividades básicas e instrumentales del paciente geriátrico.

La puesta en conjunto de ambos conocimientos es lo que hace que se consiga la relación óptima coste/eficacia de la prescripción de estas ayudas. Por ejemplo, es frecuente asociar este concepto: “Adaptación geriátrica: sustituir la bañera por un plato de ducha de fácil acceso”. Se trata de algo casi establecido como norma básica en cualquier paquete de prestaciones técnicas geriátricas. Sin embargo, no discutiendo que en ocasiones sea la única opción, en muchos casos con un asiento giratorio o una tabla de bañera se conseguirían mejores resultados y evitaríamos costes tan altos como los ocasionados por la reforma de un baño.

Es imprescindible que el terapeuta realice un estudio de la situación del mayor, forma de vida, características funcionales, evolución, nivel cognitivo, etc., y posteriormente de las ayudas técnicas, procurando que se adapten a sus necesidades y evitando que puedan ser desechadas por resultar complejas, poco efectivas e incluso peligrosas. Igualmente será el encargado de realizar el entrenamiento con las mismas y supervisar de forma periódica que la ayuda técnica sigue siendo efectiva.

Accesibilidad

La nueva Ley 51/2003 sobre igualdad de oportunidades, no-discriminación y accesibilidad universal, de ámbito estatal, considera discriminatoria la

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

falta de accesibilidad y fija plazos para hacer obligatorias las que denomina "condiciones básicas de accesibilidad y no-discriminación".

Diseños universales

Lo ideal es construir espacios y diseñar productos y servicios que puedan ser utilizados por todos los ciudadanos con independencia de su capacidad funcional.

Bibliografía

Futuro de la independencia: Foro de vida independiente. Madrid. 2003.

Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas: Madrid. IMSERSO. 2005.

8.9. Perfil Sociodemográfico de los usuarios del servicio de ayuda a domicilio

*Casado García P; García Villameriel L; López Fernández, M. S.
EULEN Servicios Sociosanitarios*

Introducción / justificación.

El conocimiento de las características sociodemográficas de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) nos permite conocer si se cumple el carácter preventivo del servicio y el objeto de éste de lograr la permanencia de los usuarios en sus domicilios y retrasar o evitar la institucionalización.

Objetivos.

Analizar el perfil sociodemográfico de usuarios de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en el municipio de Madrid.

Material y Método.

Estudio descriptivo de naturaleza primaria con una muestra de 212 expedientes seleccionados aleatoriamente de una población de 1.100 usuarios. (n = 212). Hemos elaborado una base de explotación de datos con los expedientes y fichas de los usuarios para proceder al cruce de variables.

Se han tomado las siguientes variables para el análisis, y sus correspondientes categorizaciones:

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Sexo: Mujeres/varones	Estado físico: Deterioro leve / moderado / grave
Edad: 65-69 / 70-74 / 75-79 / más de 80	Estado Psíquico: Deterioro leve / moderado / grave
Unidad de convivencia: Vive solo / con persona válida / con persona similar / con persona más deteriorada	Frecuencia de visitas: Diaria / semanal / quincenal / mensual
Red Familiar Presta apoyo / NO presta apoyo	Permanencia del apoyo familiar desde que recibe el servicio: Se mantiene / NO se mantiene

Resultados.

- Sexo

Se observa una distribución de 81,6 % mujeres frente a 18,4 % varones.

- Edad

El 62,8 % de los usuarios son mayores de 80 años, el 20,9 % tiene entre 75 y 79, el 10% entre 70 y 74, y el 6,2 % entre 65 y 69.

- Unidad de Convivencia

El 62,7% de los usuarios viven solos, el 18,9% conviven con una persona válida, el 17,5% conviven con una persona de características similares a las del usuario, el 0,9% conviven con una persona más deteriorada y que necesita más atención que el usuario.

- Estado físico

52,4% dependencia leve, 34,4% moderada, 13,2% grave.

- Estado psíquico

75,9% dependencia leve, 15,6% moderada, 8,5% grave.

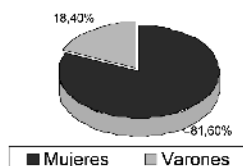
- Red familiar

78% su familia le presta apoyo, 22% no tiene apoyo familiar.

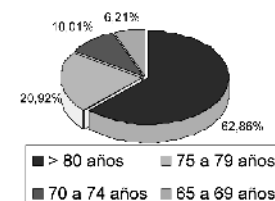
- Frecuencia de visitas

31,5% diariamente, 34,9% semanalmente, 21,1% quincenalmente, 12,6% mensualmente.

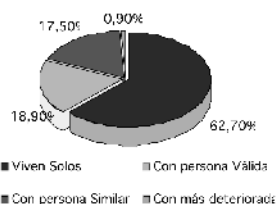
- **La permanencia del apoyo familiar** desde que recibe el SAD se mantiene en un 67,4% de los casos estudiados. La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%.



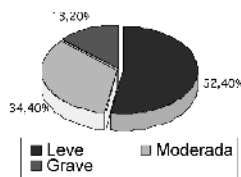
Distribución por Sexos



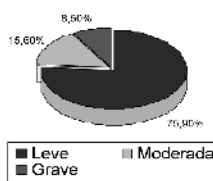
Distribución por Grupos de Edades



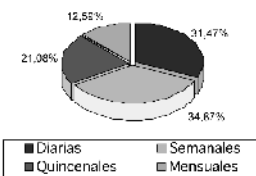
Por Unidades de Convivencia



**Estado Físico:
Nivel de Dependencia**



**Estado Psíquico:
Nivel de Dependencia**



Frecuencia de Visitas

Permanencia del Apoyo Familiar

La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%.

Conclusiones.

Perfil sociodemográfico de usuarios: muestra una demanda más intensiva en mujeres, mayores de 80 años que viven solas.

El 62,7% de mayores que reciben el SAD viven solos. En cuanto al estado de autonomía: el 52,4% presentan una dependencia física leve frente al 75,9% de psíquica leve. Estos datos revelan que la dependencia psíquica en escasas ocasiones es atendida por el SAD cuando el nivel de deterioro aumenta, probablemente por la pronta institucionalización para los casos de dependencia psíquica. Se podría inferir que la dependencia psíquica grave lleva a la institucionalización de la persona más rápidamente que la dependencia física grave. La dependencia está relacionada con la edad: un porcentaje elevado de usuarios con dependencia física grave son mayores de 80 años y un 77,8% presenta dependencia psíquica.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

La permanencia del apoyo familiar desde que reciben el SAD se mantiene en un 67,4%, lo que indica que el servicio no suplanta el apoyo familiar. Las mujeres reciben más apoyo familiar que los varones (80,9% frente a 66,7%). Los varones reciben visitas familiares con una mayor frecuencia que las mujeres (39,3% frente al 29,9%). Creemos que factores culturales influyen en estos resultados ya que los varones son percibidos como más necesitados para la permanencia en el hogar.

La edad condiciona la necesidad de apoyo familiar: 81,4% de los mayores de 80 años tienen familia que les apoye y sólo 18,6% no tienen apoyo familiar. Lógicamente, y cuando el deterioro con la edad es más evidente el apoyo familiar se hace más necesario.

Bibliografía.

BERMEJO JOSE CARLOS. Cuidar a las personas mayores dependientes. Editorial Sal Térrea, Santander 2002.

ENTORNO SOCIAL. El servicio de Ayuda a Domicilio: Programación del servicio. Manual de formación. Madrid 1997-2003.

IMSERO. Las personas mayores en España. "Datos estadísticos estatales. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación". 2002.

MORAGAS MORAGAS RICARDO. El reto de la dependencia al envejecer. Editorial Herder. Barcelona 1999.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Plan de acción para las personas mayores 2003-2007.

RODRIGUEZ RODRIGUEZ PILAR, VALDIVIESO SANCHEZ CARMEN. Servicio de Ayuda a Domicilio: programación del servicio manual de formación para auxiliares/ coordinadoras. Madrid. Editorial Panamericana. 1998.

8.10. Intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio y grado de dependencia

*Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC, Gimenez Díaz-Oyuelos P,
Urquiza Berganzo R, Martín Tejedor F.
Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

Uno de los servicios para mayores más desarrollados en la actualidad y que posiblemente más contribuye a la permanencia en su domicilio de las personas dependientes, es la atención en domicilio con auxiliar de hogar, con la ayuda de otras múltiples prestaciones domiciliarias y comunitarias.

Parece razonable que así sea y también que quienes más necesidad tienen, reciban este tipo de ayuda con mayor intensidad. Además, en una ciudad como Madrid, para garantizar la equidad, es necesario que exista igualdad de acceso e igualdad de atención en todos los Distritos ante una misma necesidad.

La valoración de esa necesidad pasa por conocer el grado de dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la situación socio-familiar, sirviendo la capacidad económica únicamente para determinar la aportación del usuario.

Siendo este el propósito de la DGM, se realizó un documento orientativo para la asignación de horas a los usuarios, basado en la aplicación de escalas de dependencia.

Se usó la escala de Barthel para las AVD básicas, y la de Lawton para las instrumentales, haciendo hincapié en alguna de las actividades de la vida

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

diaria que se consideraron de mayor interés para este propósito.

Paralelamente se hizo formación específica a los trabajadores sociales municipales en el uso de escalas, acudiendo un equipo bien formado en esta disciplina a todos los distritos municipales.

Con estas premisas, cabe esperar que tanto la formación como la instrucción hayan surtido su efecto y los servicios se asignen en relación a la dependencia detectada.

Objetivo

Conocer la relación existente entre la dependencia de los usuarios del SAD y las horas asignadas al servicio, tras aplicar las medidas descritas.

Material y método

Se recogieron los datos de tres distritos de Madrid.

Del total de usuarios del servicio, se estudiaron aquellos a los que se había realizado la valoración con las escala de Barthel y Lawton (854).

La intensidad horaria se midió en horas/mes.

Se hizo una correlación bivariada con el programa SPSS. Como recordatorio, es preciso señalar que con este método estadístico se obtiene el valor de la "r" de Pearson y que los valores de este coeficiente oscila entre menos uno y uno, habiendo de interpretarlo de la siguiente forma.

- **Si "r" > 0**, la correlación lineal es positiva, tanto más fuerte cuanto más se aproxime a 1. **Si "r" < 0**, la correlación lineal es negativa, tanto más fuerte cuanto más se aproxime a -1. **Si "r" = 0**, no existe correlación lineal entre las variables.

Se admite que una correlación (de signo positivo o negativo) es buena cuando alcanza un nivel = 0,6-0,7, las inferiores a 0,5 pueden indicar una ten-

Comunicaciones

dencia, aunque una correlación real escasa. Dado que tanto en el Barthel como en el Lawton, a menor puntuación mayor dependencia, una puntuación baja en las escalas debería corresponderse con una intensidad horaria mayor, es decir debería haber una correlación negativa.

Resultados

Los tres distritos mostraron resultados semejantes, los recogidos en la tabla, con una significación estadística a nivel 0,01 para todas las correlaciones.

Todas ellas son cercanas a -0,4, lo que indica, según las especificaciones propias de la prueba, una tendencia a la correlación, aunque escasa correlación real, ninguno de los valores de r superó el -0,5 y quedó muy lejos del -1 ideal.

Distrito Escala	1	2	3
Barthel	- 0,379	- 0,498	- 0,435
Lawton	- 0,484	- 0,426	- 0,451

Conclusiones

La intensidad horaria es mayor en quienes presentan un grado de dependencia más elevado, no obstante, a pesar de que la correlación existente es significativa desde el punto de vista estadístico, es escasa, lo que nos hace considerar la necesidad de mejorar en la aplicación de los criterios.

Posiblemente es preciso una mayor intensidad formadora para conseguir el propósito.

Dada la simplicidad de la aplicación de este método estadístico, la monitorización de este coeficiente puede ser de gran utilidad para conocer la adecuación de los usuarios a la intensidad del SAD.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Bibliografía

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología “*El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del servicio: manual de formación para auxiliares 2*”. (1997).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) “*Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*”.(1998)

Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Mayores Circular 2/2005 “*Los Servicios de Ayuda a Domicilio (auxiliar de hogar): actualidad, tipologías y criterios a aplicar con personas mayores*”.

Serrano P, de Tena-Dávila MC: “Criterios de fragilidad en los usuarios del SAD. social”. *Revista española de Geriátría y Gerontología*. 39, 1:9-18. 2004.

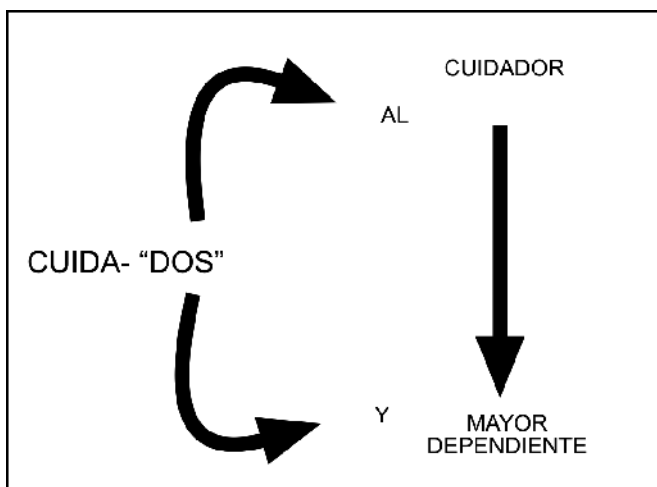
8.11. Cuida- “Dos” a cuidador y mayor dependiente

*Concepción Martínez De La Torre
Coordinadora de Servicios Sociales. Programa de Mayores.
Consejo Municipal de Bienestar Social de Torrejón de Ardoz.*

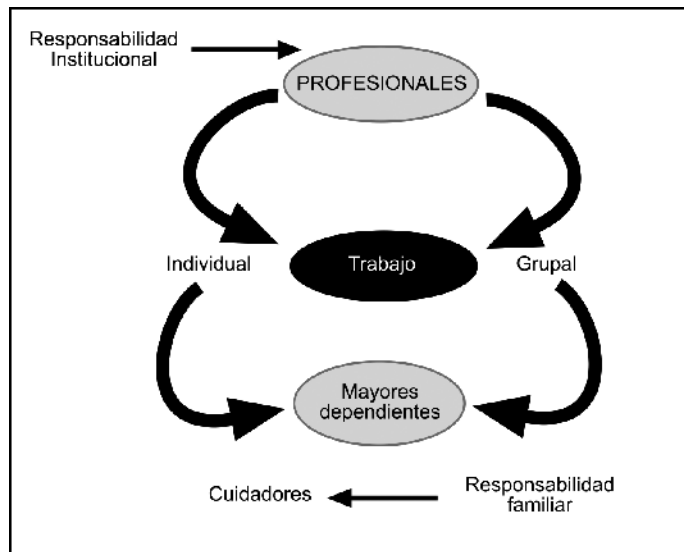
Introducción

En los años que venimos trabajando con mayores consideramos que el apoyo individualizado a los cuidadores es importante, pero se evidencia la necesidad de un trabajo grupal que permita a los mismos compartir experiencias, soluciones, inquietudes, miedos, etc.. y nos permita abordar la corresponsabilidad familiar y la institucional.

Partiendo de la premisa de que el cuidado al cuidador revierte en una mejor atención a los mayores dependientes, alarga la permanencia de los mismos en su domicilio habitual y permite el reconocimiento de la persona olvidada en todo este proceso “el Cuidador”, quien suele cuidar sin encontrar espacio para cuidarse él mismo. Nos planteamos la elaboración de un proyecto que conjugue aspectos preventivos, formativos, asistenciales y de cooperación social.



Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.



Objetivos

- Ofrecer a los cuidadores de personas mayores dependientes un espacio formativo en el que a su vez puedan compartir experiencias, miedos, angustias y les ayude en el rol que han asumido como cuidadores habituales.

- Asegurar la atención de la persona mayor dependiente proporcionando una atención especializada por parte de las auxiliares de ayuda a domicilio que cumplan la tarea de acompañamiento y/o asistencial, mientras que su cuidador habitual acude a las sesiones formativas.

- Favorecer la permanencia de la persona mayor dependiente en su entorno habitual prestando apoyo a los cuidadores.

- Posibilitar la creación de grupos de autoayuda.

- Proporcionar herramientas personales para evitar situaciones de stress, sobrecarga y agotamiento. Asegurar la atención de las personas mayores dependientes en su ambiente habitual, para evitar situaciones de desajuste emocional y/o desorientación.

Resultados

Si analizamos la situación en la que se encuentran los cuidadores de mayores dependientes obtendremos que:

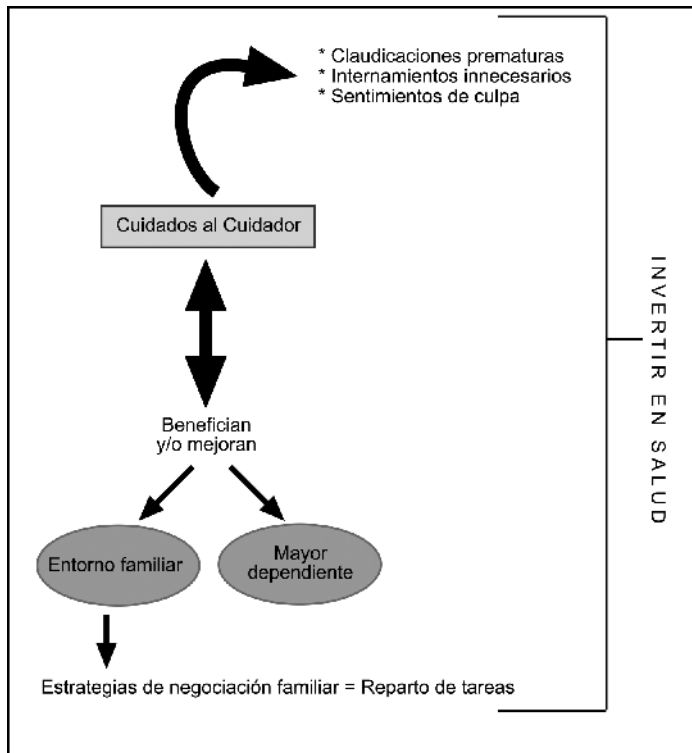
- Sufren una serie de efectos negativos en su desarrollo personal, profesional y de salud.
- Un porcentaje muy alto de cuidadores tienen más de 65 años y se ven obligados a asumir cargas desmedidas en relación a su estado de salud, sus habilidades y capacidades.
- El sistema de protección social continúa “castigando” a las familias que asumen el cuidado de mayores en lo relativo al acceso a recursos y prestaciones.
- Los cuidadores se ven obligados a reducir o suprimir su tiempo de ocio, su autocuidado y sus relaciones sociales.
- Los cuidadores demandan contar con la supervisión de su tarea y con apoyo de profesionales adecuados.
- Se necesita flexibilizar la actual aplicación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Conclusiones

La experiencia realizada en casos a nivel puntual, de cuidados al cuidador, proporciona de una manera indirecta grandes beneficios en su entorno familiar, así como en los mayores dependientes, por lo que el favorecer al cuidador espacios en los que puedan compartir todas las particularidades de su rol, mejora la calidad de vida de todos los sujetos o núcleos inmersos en este proceso de intervención.

Los programas de intervención con familias cuidadoras evitan claudicaciones prematuras, mejoran las estrategias de negociación familiar para compartir tareas, en definitiva invierten en salud.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.



Durante las ponencias de las jornadas “ La dependencia en casa” se ha hablado de la calidez en la atención a los mayores dependientes. Esto me ha hecho recordar el título de un libro dedicado a los cuidadores de enfermos de Alzheimer: “La memoria está en los besos”. Desde la práctica profesional observamos como en ocasiones el agotamiento que sufren los cuidadores hace que pongan especial atención en cuestiones básicas como es el aseo, nutrición, cuidados sanitarios, pero se descuida la importancia de una mirada ,una sonrisa, una caricia o un beso. Con los espacios dedicados a los cuidadores intentaremos recordar que la **memoria está en los besos**.

8.12. Impacto del programa “Cuidando al cuidador” en la calidad de vida de los cuidadores

*Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC,
Romero Chaparro R, Martín Tejedor F.
Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción:

La atención que requieren las personas mayores dependientes, más estudiada en los casos de cuidadores de mayores con demencia, suponen intensas jornadas de trabajo diario, realizadas por lo general en solitario. Aunque esta ayuda se presta mayoritariamente en una relación afectiva de solidaridad, tiene unos “costes invisibles” que suelen repercutir negativamente sobre el bienestar de las personas cuidadoras en ámbitos muy diversos, desde el deterioro de las relaciones familiares y sociales, hasta consecuencias negativas sobre la salud física y mental, en suma en la calidad de vida.

En las últimas décadas se ha prestado especial atención a este proceso y sus posibles soluciones, habiéndose propuesto diversos medios para conseguir el alivio de la sobrecarga y sus consecuencias, entre los que cabe destacar el abordaje de los problemas mediante actividades grupales, educativas o terapéuticas, alternativa esta última elegida por el Ayuntamiento de Madrid, para su programa “CUIDAR AL CUIDADOR” dirigido a aquellas personas que son cuidadores principales de personas mayores dependientes.

Es una actividad psicoterapéutica grupal, estructurada en 15 sesiones semanales de hora y media, dirigidas por dos psicólogos y destinadas a unos 14 cuidadores principales seleccionados por los trabajadores sociales del distri-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

to, en las que se abordan estrategias de afrontamiento y reconocimiento de la sobrecarga emocional.

Se asegura la permanencia a estas sesiones con apoyo de SAD o voluntarios formados, en caso necesario. Para orientar en la selección se utiliza el test del informador, cuyo punto de corte está en 7.

Objetivo

Dado que desde un inicio el programa fue diseñado para ser evaluado, el presente trabajo forma parte de esa evaluación y en él se pretende medir el impacto del programa en el bienestar de los cuidadores.

Metodología:

Se atienden 75 cuidadores. Los mayores atendidos presentaban las siguientes características: edad media 81 años, dependencia Cognitiva 11,7 %, Funcional 20,6 y Mixta 67,6.

Se utiliza el GHQ (General Health Questionnaire), como indicador de calidad de vida antes y al finalizar la actividad terapéutica. El test GHQ 28 o test de Golber es un instrumento diseñado para detectar cambios en la función normal del cuidador. Explora dos tipos de fenómenos: incapacidad de “Funcionar”, desde un punto de vista psíquico, a nivel normal y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psicosocial. Monitoriza los cambios “recientes” en el tiempo. Es un cuestionario auto administrado, que consta de 28 items agrupados en cuatro subescalas de 7 items cada una: Subescala A (síntomas somáticos), B (Ansiedad e insomnio), C (Disfunción social), D (Depresión grave). Puntuaciones superiores a 5 en cada apartado del GHQ afectación somática, de ansiedad e insomnio, disfunción social, o/y depresión.

Se analizan los datos mediante SPSS (t-test).

Resultados

Las características de los cuidadores eran las siguientes:

- Mujeres 78%
- Edad media 64,2
- Tiempo de cuidado 7,8 años
- Horas dedicadas al día 15
- Test del informador >7: 70%

Parentesco	%
Esposa	18,5
Esposo	18,5
Hija	42,8
Hijo	1,43
Nuera	2,8
Yerno	1,43
Hermana	4,29
Madre	4,29
Sobrina	2,86
NC	2,86

De los 75 usuarios del programa en su primera edición, sólo 60 de los cuidadores cumplimentaron el cuestionario inicial y el final se obtuvo en 31 de ellos.

Los resultados del GHQ de quienes cumplimentaron los cuestionarios en ambas fases se muestran en la tabla.

GHQ		Media	N	SD	P
Síntomas somáticos	Previos	9,9459	37	5,22	,000
	Posteriores	5,7838	37	5,20	
Ansiedad	Previa	11,9355	31	5,55	,000
	Posterior	8,1290	31	5,53	
Disfunción social	Previa	9,0000	30	4,63	,029
	Posterior	6,7667	30	3,84	
Depresión	Previa	6,0333	30	5,54	,052
	Posterior	4,6667	30	5,04	

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Conclusiones

Este programa demuestra su efectividad en el estado de bienestar, la percepción somática y el estado de ánimo así como en la actividad social del cuidador principal.

Aunque es necesario disponer de un número mayor de casos que nos permitan un estudio más específico del impacto del programa sobre la calidad de vida y relacionarlo con características de los cuidadores o el cuidado y sobre todo del grado de sobrecarga, la mejoría obtenida invita a continuar desarrollando el programa y a analizar los resultados de futuras ediciones.

Bibliografía

J. Yanguas Lezaun, J Leturia Arrazola, M.Leturia Arrazola. Apoyo informal y cuidado de las personas dependientes. Matia Fundazioa. Octubre 2001.

I.Montorio Cerrato, I. Fernandez. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología, 1998, vol.14,nº 2 229-248.

A. Losada Baltar y colab. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. Rev. Neurología . abril 2004, 38(8). 701-708.

Manuel Martín Carrasco. La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Instituto de investigaciones Psiquiátricas. Fundación Josefa Recio. Hospital Aita Menni Mondragón Guipuzcoa. 2001.
www.scn.es/cursos/demencias/aspfam/alzhfam.htm

Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.

Comunicaciones

Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979;(1): 139-45.

Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de general health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979;42:139-58.

Badia X, Gutierrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Qual Life Res* 1996 Feb;5(1):101-108.

Lobo A, et al. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986 Feb; 16(1): 135-140.

Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Rev. Atencion primaria*. 2004, 33(2):61-66.

8.13. Diagnóstico de enfermería en atención domiciliaria. La medida del cuidado en el paciente dependiente

*Ochandorena Juanena MS, Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM,
García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M.
Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid
C/ Alberto Palacios 22, 28021 Madrid*

Objetivo

Los actuales patrones epidemiológicos (envejecimiento de la población, incremento de enfermedades crónicas y discapacidades...) están generando un incremento en las necesidades de cuidados¹ La domiciliación de la asistencia sanitaria condiciona que muchos de los cuidados se presten en el domicilio del paciente². La enfermera comunitaria o de familia es el profesional responsable de la gestión eficiente de estos cuidados de salud³. El proceso de enfermería, es el método sistemático de organizar y prestar los cuidados, siendo el diagnóstico de enfermería una etapa básica del proceso, ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base del plan de cuidados⁴.

En la actualidad, el Servicio Madrileño de Salud tiene en su cartera de servicios al ciudadano, un servicio específico de Atención al Paciente Inmovilizado⁵.

Objeto: Conocer indicadores de utilización; de los diagnósticos de enfermería en particular, y del proceso enfermero en general, como parte fundamental de la atención que prestan las enfermeras de AP del Área 11 de Madrid a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, realizado en los 39 Equipos de Atención Primaria del Área 11 de Madrid (460 enfermeras; 821000 habitantes).

El periodo de estudio comprendió desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2004.

Proceso de Evaluación

La evaluación se ha estructurado en dos fases:

1.- Evaluación cuantitativa

Indicadores de Evaluación: Frecuencia de Diagnósticos de Enfermería (Frecuencia absoluta y Distribución por patrones funcionales de salud⁶. Fuente de datos: Registro Específico de Diagnóstico de Enfermería en la H^aC^a informatizada (OMI-AP) de Pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

2.- Evaluación cualitativa

Consiste en la evaluación de las distintas etapas del Proceso Enfermero para cada Diagnóstico de Enfermería.

Indicadores de Evaluación: Calidad Global (Cumplimentación de las distintas etapas del proceso enfermero):

[Valoración + Diagnóstico + Objetivos + Intervenciones + Evolución]/5

Fuente de datos: Muestreo de H^aC^a aleatorio, estratificado y proporcional, representativo a nivel de Área (NC=95%;e=0.12), sobre el total de pacientes Inmovilizados (n=60).

Resultados

El total de diagnósticos de enfermería realizados en pacientes incluidos

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado ha sido de 4221, utilizando 113 etiquetas diagnósticas NANDA⁷ diferentes.

Las Áreas de Cuidados (patrones funcionales) dónde mayor frecuencia de Diagnósticos de Enfermería se identifican son en el “Nutricional/Metabólico”, “Actividad/Ejercicio”, “Percepción/Mantenimiento de la Salud” y “Eliminación”.

En la Tabla 1 se observa las 10 etiquetas mas frecuentes en el conjunto del Área.

Tabla 1: Etiquetas diagnósticas mas frecuentes en paciente inmovilizado

Codigo NANDA	Etiqueta diagnóstica	Frecuencia
00046	Deterioro de la integridad cutánea	1048
00085	Deterioro de la movilidad física	365
00088	Deterioro de la deambulación	244
00047	Riesgo de deterioro de la integridad	208
00004	Riesgo de infección	181
00044	Deterioro de la integridad tisular	169
00155	Riesgo de caídas	129
00021	Incontinencia urinaria total	117
00011	Estreñimiento	111
00122	Trastorno de la percepción sensorial	89

Cabe reseñar el elevado porcentaje de problemas identificados por las enfermeras pertenecientes a la esfera biológica de la persona, posiblemente debido a que es en este campo dónde las enfermeras han trabajado habitualmente en Atención Primaria. De hecho, esta situación se repite en la mayoría de los estudios revisados⁸⁻¹⁰, siendo los Diagnósticos de Enfermería de las Áreas o Patrones más “fisiológicos” (nutrición, actividad, eliminación...) los que más frecuentemente se identifican.

Por lo que respecta al indicador de Calidad global se ha alcanzado un cumplimiento del 69.6 %, mostrándose en la Tabla 2 el porcentaje de cumplimiento alcanzado en cada una de las etapas del proceso.

Tabla 2: Indicador de Calidad Global

Criterios de evaluación	% Cumplimiento
Valoración	83.3%
Diagnóstico	45%
Objetivos / intervenciones	85.7%
Seguimiento	64.3%
Calidad Global = 69.6%	

Consideramos que los resultados obtenidos son bastante satisfactorios y nos informan de un elevado grado de utilización de las distintas etapas del proceso enfermero. Como área de mejora, destacaríamos el dato negativo de que en un 35,7 % de las historias revisadas con algún Diagnóstico de Enfermería, no figura la “Evolución o seguimiento”, ya que si no se realiza el seguimiento de los problemas identificados y de los cuidados planificados todo el proceso pierde efectividad al no poder conocer datos de posible resolución.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación (tanto cuantitativos como cualitativos) podemos considerar que los profesionales de enfermería del Área 11 han integrado el proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en su práctica asistencial a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente Inmovilizado.

Las enfermeras de Atención Primaria están liderando el papel fundamental, que como profesional experto en la prestación del cuidado le corresponde, de gestor de cuidados en ámbito domiciliario.

La utilización de un lenguaje unificado (Taxonomía NANDA) y el disponer de un sistema de información específico de planes de cuidados son factores fundamentales que nos permiten conocer aspectos fundamentales de la atención que se presta a la población en Atención Primaria y que nos ayuda a ges-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

tionar los cuidados de manera eficiente.

Bibliografía

IMSERSO. Envejecer en España. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid: IMSERSO; 2002.

Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria 2000; 25(8): 22-8

OMS. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso. 4ª edición. Barcelona: Springer; 1998.

Servicio Madrileño de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Sermas; 2003.

Gordon M. Patrones funcionales de salud: una estructura para la valoración. En: Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 74-109

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.

Clavería M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliaria socio-sanitaria. Enferm. Cient. 1997; 182-183: 49-54.

Alvarez I, Ohara R, Casado E, Castañeda E, Galán JM, Morilla JC. Diagnósticos aplicados a población incapacitada. Rev. Rol Enferm 1997; 226: 25-8.

Frías Trigo VM, Anguera Manrique M, Rius Toledo MM, Martínez Masegosa E. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia psicosomática. Enferm Clin. 2005; 15(2): 71-5.

8.14. Calidad de los planes de cuidados en el servicio de inmovilizados de la Comunidad Autónoma de Madrid

*Ferrer Arnedo, MA; Sarrion Bravo, JA
Dirección de Enfermería de A.P. Área 2 Madrid*

Introducción

La reforma de la Atención Primaria, que se establece en el año 1984, cuando se publica el Real Decreto de Estructuras Básicas, pone en marcha el desarrollo de una nueva manera de entender los servicios de salud bajo diferentes premisas: Los servicios que se ofertan desde Atención Primaria entendiéndose que debe hacerse de manera integral con intervenciones de promoción prevención y recuperación, reinserción, una provisión que se realizará desde equipos interdisciplinarios y una actividad apoyada en una sistemática que está proporcionada por los programas de salud convirtiéndose en una herramienta de trabajo adecuada.

En el año 1991 aparece la cartera de servicios que busca homogeneizar la oferta de servicios de los Equipos de Atención Primaria en el territorio gestionado por el Insalud.

Esta cartera de servicios predeterminó lo que serán criterios de buena atención basados en la evidencia científica. La cartera de servicios ha supuesto para las instituciones sanitarias públicas una herramienta de gran valor tanto desde la perspectiva de la calidad como desde la gestión.

Las enfermeras/os de los equipos de AP han tenido una alta implicación en su desarrollo constituyendo la cartera el elemento clave alrededor del cual se

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

han desarrollado gran parte de su actividad. Esta actividad ha tenido que ver con el trabajo interdependiente, sin embargo las enfermeras y enfermeros de AP, reivindicaron la casi total ausencia de evaluación de las intervenciones independientes, que las enfermeras llevaban adelante, en base a la evidencia científica, generada desde el conocimiento disciplinar de enfermería.

En el año 1997, por esta razón y dado que se estaba diseñando la historia clínica informatizada, se constituye un grupo de trabajo de enfermería con la misión de definir planes de cuidados estandarizados, para ser integrados como normas técnicas, en algunos de los servicios de la cartera, siendo priorizados, aquellos que se consideraban de especial responsabilidad de la enfermera, donde los cuidados enfermeros constituían un elemento clave del servicio.

El grupo parte de la ideas de Alfaro, quien define el proceso de Enfermería como: “El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar, que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud, reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería”. Los problemas de salud con los que se enfrenta Enfermería implican la necesidad de una sistematización científica, que comienza desde el mismo momento en que estos se observan; La manera de abordarlos será a través del método, que intenta solucionar el problema detectado. Mediante un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Comunicaciones

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Con este marco, la dirección general del INSALUD determinó, que cinco fueran los servicios en los que se estandarizarían los planes, y propuso al equipo: Atención al Climaterio, Atención al Anciano, Atención al Inmovilizado, Atención al paciente Terminal y Atención al paciente con VIH-SIDA.

El grupo se constituyó por enfermeras clínicas, representantes de las distintas corrientes, directivos y enfermeras del grupo técnico de cartera.

A partir de este paso, se realizó una revisión bibliográfica y se acordó emplear, como metodología de valoración, los patrones funcionales de salud de M. Gordon, como taxonomía diagnóstica, la propuesta por la NANDA, si bien se admitieron el uso de formato PES, y planes con objetivos y actividades y fecha de revisión.

A partir del trabajo elaborado se propuso al grupo técnico de cartera la incorporación de una norma técnica relacionada con planes de cuidados, se realizó una publicación institucional, denominada “Desarrollo de planes de cuidados en cartera de servicios de Atención Primaria”, que vio la luz en el año 2001, publicación que pretendió la incorporación de una sistemática de planificación y de evaluación así como un reconocimiento a una forma de hacer avalada por la evidencia científica.

El Servicio de Inmovilizados, que fue de los servicios en los que se estandarizaron los planes de cuidados de enfermería, se evaluó en el año 1999 y en el año 2000, antes de que se incorporasen los planes de cuidados, esta

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

evaluación de la calidad del servicio en el caso de Madrid supuso la evaluación de 3705 historias clínicas en el año 1999 obteniendo un cumplimiento del 72% y en el caso del año 2000 se evaluaron 5116 con un resultado correspondiente a un 77% de la calidad. Sin embargo, con estos resultados no se conocía la correspondencia a la calidad en la aplicación sistematizada de la metodología del proceso de atención enfermera.

Desde entonces y tras las transferencias a las comunidades autónomas y concretamente a la de Madrid, las direcciones de enfermería han realizado un gran esfuerzo por normalizar la aplicación de una sistemática de intervención de cuidados mediante la definición de los planes de cuidados estandarizados, tal y como quedó de manifiesto en el documento “ Mirando al futuro “ de líneas estratégicas, elaborado por la comisión de directores de enfermería de Madrid en el año 2001, y a partir del cual se elaboró por encargo de la Directora General del Instituto Madrileño de la Salud, el documento “Avanzando en la enfermera de AP”, documento fruto de los grupos de trabajo establecidos por el instituto, con la participación de directores de enfermería, gerentes de área y técnicos del Instituto Madrileño de la Salud, bajo la coordinación de la dirección técnica de atención sanitaria. Consensuaron las líneas de futuro del trabajo enfermero, tales como la promoción del autocuidado, o la enfermera como gestora de casos, papel para el que la sistematización es imprescindible.

Por ésta razón, la comisión de directores de enfermería, decidió realizar la evaluación de la norma técnica NT 313.5, referente a valoración y la norma técnica 313.6 referente a plan de cuidados del servicio de atención a inmovilizados de la cartera de servicios del Servicio Madrileño de la Salud, utilizando para ello, los criterios que en su momento fueron consensuados y aprobados por la dirección general, y que se encuentran definidos en la publicación de desarrollo de planes de cuidados, en la cartera de servicios de Atención Primaria, con el fin de evaluar en profundidad, la normalización de la aplicación sistemática del proceso de atención de enfermería por parte de las enfermeras de AP de Madrid.

Material y método

Estudio observacional transversal de los registros de la historia clínica realizados por las enfermeras de pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados en el año de evaluación correspondiente al periodo de 1 de Octubre de 2003 a 30 de Septiembre de 2004, siendo el número de paciente incluidos de 45.515. Se realizó una muestra estratificada, a fin de garantizar el equilibrio en la representatividad de las áreas, en función de la parte proporcional de N aportada. Para la selección de la muestras se pidió a todas las direcciones de enfermería de la 11 áreas de Atención Primaria de Madrid que enviaran los datos del número total de pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados en cada una de ellas, obteniéndose un total de 45515 usuarios incluidos.

Utilizando datos obtenidos en cartera de servicios de años anteriores, se estimó un resultado esperado del 50% de cumplimiento. A partir de aquí, se realizó un cálculo de muestra, para un error de precisión del 5% y una p del 95%. La muestra supuso un total de 387 historias a evaluar.

Con la muestra obtenida, se hizo un reparto proporcional al número de usuarios incluidos en servicio, en cada una de las áreas según cuadro adjunto.

Área	Nº de historias evaluadas
1	56
2	28
3	14
4	47
5	42
6	29
7	50
8	23
9	15
10	23
11	60

Este dato se envió a cada una de las direcciones, para que procedieran a la selección aleatoria de la muestra que les corresponde, para su posterior evaluación según las normas recogidas en el Anexo I. Se dieron instrucciones

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

para que los evaluadores fuesen profesionales previamente entrenados, haciéndose cargo los grupos de evaluadores de cartera de servicios, así mismo se distribuyeron las instrucciones escritas con la metodología y los criterios de evaluación.

Las dos normas técnicas básicas correspondientes a cartera de servicios se reconvirtieron en cuatro con un nivel mayor de exigencia.

Resultados

En el año 2004 estaban incluidas en el servicio de Inmovilizados 33.739 personas, lo que supone el 34,93% de la población diana (11% de los mayores de 65 años), generándose un total de 724.345 visitas domiciliarias de enfermería, lo que supone unas 1,2 visitas por enfermera / día.

Los resultados de la evaluación de las Normas Técnicas arrojaron los siguientes resultados:

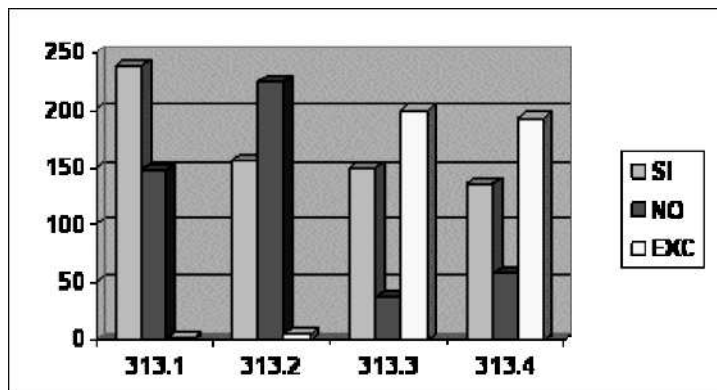
SERVICIO 313: Atención a pacientes inmovilizados					
	Global Evaluadas	EXC. NTM 1	EXC. NTM2	EXC. NTN3	EXC. NTM4
	387	1	5	200	193
Normas Técnicas				Número total de "SI"	% Cumplim. sobre HA evaluadas
Valoración 313.1				238	61,66+-4,84
Diagnóstico 313.2				157	41,10+-4,90
Plan 313.3				150	80,21+-4,43
Seguimiento 313.4				136	70,10+-4,56
Resultado suma total (%) / 4:					63,27

Conclusiones

En el año 2000 se reevaluó la calidad de las norma del servicio de inmovilizados con un resultado global de cumplimiento del 77%, en el caso de la evaluación de la calidad del plan de cuidados corresponde al 63, 23%, sin embargo

Comunicaciones

si se compara con el apartado que corresponde a la calidad del plan de cuidados este ítem se encuentra en un 80,20%.



El criterio de valoración, que explícitamente orienta a los patrones a evaluar y al número mínimo, lleva consigo un nivel de exigencia que se traduce en un cumplimiento del 61,6%.

El criterio más bajo corresponde al de la etiqueta diagnóstica con la relación causal, estos dos elementos deben de estar presentes para dar por válido el criterio, siendo por ello el cumplimiento del 41,1%.

Llama la atención el grado de cumplimiento del seguimiento de los planes de cuidados encontrándose este criterio en el 70% de las historias evaluadas.

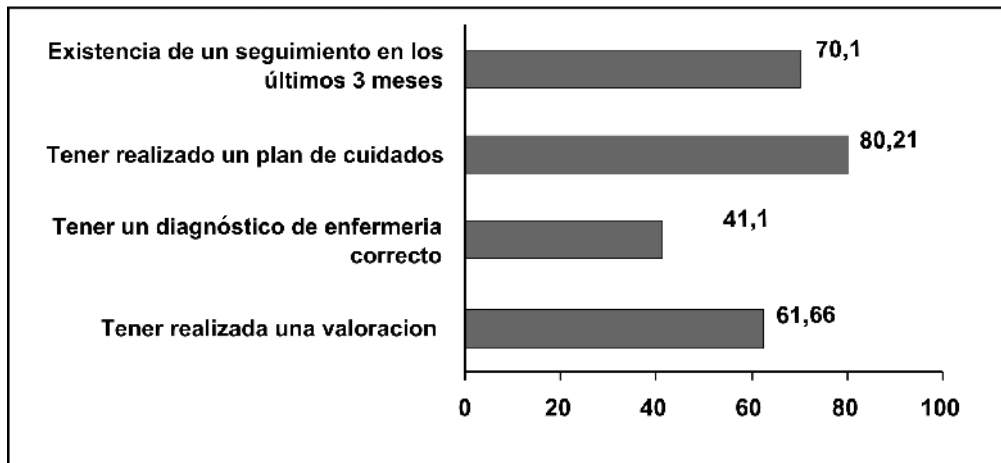
Podemos concluir que los pacientes tienen una enfermera que trabaja con método científico apoyándoles en su capacidad de autocuidado, y que a pesar de que los criterios de evaluación fueron muy estrictos, el seguimiento del plan de cuidados en aquellos pacientes que tenían identificado un diagnóstico enfermero era alto.

El grupo priorizó en el año 1999 seis etiquetas diagnósticas a partir de los cuales se diseñaron y estandarizaron. En la evaluación actual aparecen cinco

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

de las seis como diagnósticos más frecuentes, el sexto es el de cansancio en el desempeño del rol del cuidador, diagnóstico y plan que se registra en las historias de los cuidadores, por lo que no ha podido ser evaluado.

Calidad del Plan de Cuidados



Código	Diagnóstico de la enfermería más habituales
00046	Deterioro de la integridad cutánea
00085	Deterioro de la movilidad física
00011	Estreñimiento
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00155	Riesgo de caídas
00133	Dolor crónico
00044	Deterioro de la integridad tisular
00088	Deterioro de la deambulación
00095	Deterioro del patrón de sueño
00103	Deterioro de la deglución
00108	Déficit de autoc. baño/higiene
00016	Deterioro de la eliminación urinaria
00011	Estreñimiento
00040	Riesgo de síndrome de desuso
00074	Afrontamiento familiar comprometido

9. Conclusiones- Jornadas “Servicios de Ayuda a Domicilio: La dependencia en casa”

1.- El envejecimiento es un nuevo arco productivo, motor de servicios. El 83% de los mayores dependientes no reciben aún ninguna ayuda formal. La sociedad actual tiene la oportunidad de organizar, con eficacia y sentido ético, dichos servicios, favoreciendo una mayor cohesión social.

2.- Se impone un cambio terminológico que refleje el abanico completo de recursos y servicios que comprende la ayuda a domicilio, de modo que en adelante hablaremos de “Servicios de ayuda a domicilio”

3.- Este cambio de denominación implicará simultáneamente una mayor flexibilidad en los propios servicios que se han de prestar; con el objetivo final de ofrecer respuestas eficaces a las nuevas necesidades que la dependencia plantea.

4.- La Coordinación sociosanitaria se revela como un auténtico garante para la atención integrada e integral a las personas mayores.

5.- Los servicios de ayuda a domicilio deben prestar simultáneamente ayuda a los familiares y cuidadores principales de las personas mayores como cuestión de estricta justicia social.

6.- El sistema de atención a la dependencia debe ser eficiente, sostenible y de calidad; dando prioridad a las unidades familiares y a las personas mayores dependientes más débiles.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

7.- La función principal de los auxiliares de hogar es hacer patente y concreta la solidaridad que el Estado está obligado a promover con los ciudadanos más vulnerables.

8.- Los recursos económicos destinados a servicios de ayuda a domicilio, no son sólo un gasto, sino también una inversión con importantes tasas de retorno. En concreto, cada recurso dedicado a estos servicios genera 1´82 en riqueza a la economía madrileña.

9.- El futuro de los servicios de ayuda a domicilio exige incorporar criterios rigurosos en la planificación, y desarrollo de los sistemas que se implantan.

10.- Es urgente hacer aflorar las necesidades de servicios de ayuda a domicilio existentes en la población dependiente. Para ello, se propone, entre otras medidas:

1. Disminuir las aportaciones de los usuarios.
2. Agilizar la tramitación necesaria para la asignación de recursos.
3. Adoptar una actitud proactiva.
4. Favorecer la implicación de familiares y buenos vecinos que conocen las situaciones de mayor necesidad.

Madrid 25 de junio de 2005
Dirección General de Mayores