

GUIA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

S A D



Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región



RESPONSABLE DE SU ELABORACIÓN

Jesús Norberto Fernández Muñoz

Consejero Técnico de la Dirección General del IMSERSO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación	8
---------------------	----------

- **El marco de actuación** 8
- **El catálogo de servicios y centros para personas mayores** 9
- **La Guía de Servicios de Atención a Domicilio** 10

1.- Introducción a la Atención a Domicilio	11
---	-----------

1.1. Recursos sociales históricos	11
1.2. Nuestro punto de partida	12
1.3. Conceptos clave de atención en el hogar con relación a la necesidad de atención sociosanitaria	13
1.3.1 Definiciones	13
1.4. Descripción funcional de los servicios domiciliarios	14
1.5. Breve referencia a los usuarios	15
1.6. Contexto sociodemográfico y sociosanitario del SAD	15
1.7. Aspectos éticos: seguridad, privacidad y calidad de vida	16
1.8. Beneficios del SAD	17

2.- El servicio de Atención a Domicilio. Objetivos del SAD. Derechos y obligaciones de los usuarios.	18
---	-----------

2.1. Objetivos del SAD y de las prestaciones	18
2.2. Derechos y obligaciones de los usuarios	19
2.3. Participación del usuario en el coste de los servicios	20

3.- Las prestaciones del SAD, la determinación de las intensidades y ámbitos de intervención	21
---	-----------

3.1. El acceso y la valoración de las necesidades	21
3.2. Las intensidades de las prestaciones	22
3.3. La determinación de las intensidades	22
3.3.1. Baremo de valoración de la situación del solicitante	22
3.4. Las prestaciones del SAD	28
3.4.1. Las de carácter doméstico	28
3.4.2. Las de atención personal	29
3.4.3. Las de apoyo psico-social	30
3.5. El enfoque preventivo de las prestaciones	32

4.- Medios personales. Formación y cualificación profesional.	34
--	-----------

4.1. Acogida y apoyo al personal	34
4.2. Funciones y perfiles profesionales	34
4.3. La cualificación de los profesionales	36
4.4. Los procesos de formación en el puesto de trabajo.	37
4.4.1. La formación específica de los Auxiliares de Hogar	37

5.- Organización del Servicio.	39
---------------------------------------	-----------

5.1. Gestión del Servicio	39
5.2. La incorporación al Servicio	39
5.2.1. Información al usuario	40
5.2.2. Contenido de la información	41
5.2.3. Soporte de la información	41
5.3. Suspensión del Servicio	42
5.4. Informes periódicos	43
5.5. Relaciones entre la Administración y la Empresa Gestora del Servicio	43

6.- Supervisión y calidad del Servicio**44**

6.1. La protección de los datos	44
6.2. La Calidad del Servicio	44
6.3. Cartas de Servicio, sugerencias y reclamaciones	46
6.4. Satisfacción del usuario e indicadores de calidad	46
6.5. Evaluación del Servicio	48
6.5.1. Otras actuaciones en la evaluación del Servicio	49

7.- Documentos de referencia**50**

Esta guía forma parte de las actividades del “**Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación del Adulto Mayor en la Región**”, aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, en el que participan las siguientes instituciones:

ARGENTINA

- Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio Desarrollo Social – Presidencia de la Nación)

BRASIL

- Ministerio de Salud
- Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República
- Ministerio de Previsión Social
- Ministerio de Desarrollo Social y Combate contra el Hambre
- Instituto Nacional del Seguro Social (INSS)

CHILE

- Instituto de Previsión Social (IPS)
- Secretaría Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

ECUADOR

- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

ESPAÑA

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

MÉXICO

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Instituto Nacional de Geriátría
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

URUGUAY

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Desarrollo Social
- Instituto de Seguridad Social (BPS)

PARAGUAY

- Instituto de Previsión Social (IPS)

Con el apoyo de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) como unidad técnica del programa.

El marco de actuación.

El envejecimiento de la población y el crecimiento del número de personas mayores (y de la proporción que suponen sobre el total de la población) tienen y tendrán aún más en el futuro un importante efecto sobre nuestras sociedades, en todos los órdenes, económico, social, familiar y político.

Este fenómeno demográfico es hoy una evidencia a nivel mundial y tiene también su reflejo en la comunidad iberoamericana, en la que ya en la actualidad en torno a 50 millones de personas tienen 65 o más años, lo que representa cerca de un 8% de la población, con una clara tendencia a aumentar situándose las previsiones alrededor del 20% de la población total hacia el 2050.

Esta tendencia se da igualmente en cuanto a la prolongación de la vida hacia edades más altas, de manera que se calcula que más de 11 millones de personas superan hoy los 80 años y unos 5 millones los 85 años.

En ese contexto la situación de las personas de edad y la garantía de unas condiciones de vida dignas para este importante colectivo, se configura como una de las necesidades de primer orden. Esta garantía de vida digna supone, por tanto, un importante reto que nuestras sociedades tienen necesariamente que afrontar y que, sin duda, tendrá también gran influencia en su propia conformación, ya que de cómo seamos capaces de afrontar este reto dependerán cuestiones tan esenciales como los niveles de cohesión social, la capacidad de generación de crecimiento y desarrollo o la solidaridad intergeneracional.

Es importante tener en cuenta que actualmente la ciudadanía está en proceso de cambio y transformación: cambios sociodemográficos, epidemiológicos, económicos y de valores. Estos cambios afectan también a los centros y servicios que atienden a las personas mayores, porque generan nuevas necesidades y demandas de atención: mayores con pluripatologías de carácter crónico, personas en situación de dependencia, personas afectadas por procesos de demencia y otros problemas de salud mental, etc.

Desde esta perspectiva y con el objetivo de mejorar la protección de los Adultos Mayores en la región, la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, a través del Programa de Acción de Asunción, acordó la puesta en marcha del **Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de los adultos mayores en la región** -como continuación del Encuentro y el Estudio llevados a cabo por la SEGIB y la OISS- en el que participan una veintena de instituciones responsables de las políticas dirigidas a adultos mayores en ocho países de la región.

El catálogo de servicios y centros para personas mayores

Esta Guía responde al compromiso operativo de España, a través del IMSERSO, según lo establecido en el Programa Iberoamericano de Atención a Adultos Mayores, aprobado por su Comité Intergubernamental y que tiene como objetivo proponer la definición y desarrollo del siguiente catálogo de servicios:

- Servicios de teleasistencia
- Cuidados domiciliarios
- Centros de día para personas mayores
- Residencias/Centros de larga estancia

La tarea que se acomete resulta un reto especialmente complejo ya que los países destinatarios de estas aportaciones, no sólo están llamados a crecer en cantidad y diversidad de centros y servicios, sino que es especialmente relevante poner también el foco de interés en la calidad de la atención y, en este caso, en la manera en que se definen y se desarrollan los procesos de atención a las personas mayores en los distintos centros y servicios dirigidos a las satisfacción de sus necesidades.

Las Guías de servicios y centros para personas mayores tienen como enfoque estratégico, el intentar situar a la persona en el centro de la prestación de los servicios, partiendo de la comprensión y la valoración de sus circunstancias y de su situación de dependencia, y promoviendo en todas sus actuaciones el mayor grado posible de desarrollo de sus capacidades y de su propia autonomía personal.

Este enfoque tiene una cierta complejidad a la hora de materializar todas las actividades, pero tiene el valor de diseñar un modelo de referencia que oriente a los centros y servicios de cara a establecer sus propios criterios organizativos en la prestación de los servicios.

Otro objetivo de este trabajo es el conjugar la definición de horizontes con una buena dosis de realismo y un análisis de la situación actual de los centros y servicios para mayores, abriendo razonables expectativas de futuro y señalando algunas tendencias que se están empezando a descifrar en el ámbito de la coordinación sociosanitaria y de la percepción integral de las necesidades de la persona mayor.

Todo ello conduce inevitablemente, a establecer espacios de salud y bienestar social, así como estructuras organizativas orientadas al logro de la mayor eficacia, la mejor eficiencia y, sobre todo, la atención más adecuada y más satisfactoria para las personas mayores y sus familias.

La Guía de Servicios de Atención Domicilio

Esta nueva realidad está contemplada en el enfoque de esta Guía, que ofrece una mirada integradora de lo social y lo sanitario en un nuevo escenario que será diseñado para atender las nuevas necesidades y tiene como visión esta atención integral de la persona, en consonancia con la orientación estratégica de los Planes Internacionales de Naciones Unidas

El desarrollo actual y futuro de los servicios en el hogar, es una preocupación de enorme interés en nuestros días tanto para los actores implicados en su provisión (Administraciones Públicas (en adelante AP), entidades sociales y sanitarias, entidades o empresas gestoras de servicios (en adelante EGS), suministradores de tecnologías, fabricantes de productos de apoyo, etc.), así como para sus posibles usuarios (ciudadanos en situación de dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, enfermos, cuidadores, familiares, asociaciones de ayuda mutua, etc.).

Por este motivo, esta GUÍA surge como respuesta a la identificación de tendencias y retos en el desarrollo de los servicios de atención domiciliaria, que hacen viable el poder seguir viviendo a lo largo de la vida en el propio hogar, en el mismo entorno y con los apoyos necesarios, para satisfacer las necesidades derivadas de la pérdida o limitaciones de la autonomía personal en la realización de las actividades de la vida diaria, especialmente cuando se vive solo.

En consecuencia, la estructura y contenidos de la Guía se han planteado centrándose inicialmente en la definición de un marco conceptual de la atención en el hogar suficientemente amplio para abarcar la diversidad de servicios y modelos de atención vigentes así como las tendencias actuales y futuras.

Posteriormente se analizan desde un enfoque más operativo, cómo implementar un Servicio de Ayuda a Domicilio, definiendo las prestaciones, los usuarios y el acceso a los servicios, los medios personales, la organización del servicio y otros aspectos relacionados con el seguimiento, la calidad y la satisfacción de los usuarios.

***Programa Iberoamericano de Cooperación sobre
la Situación de los Adultos Mayores en la Región***

1.- Introducción a la Atención a Domicilio

Antes de entrar en el contenido concreto de esta Guía, 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 nuestro contexto cultural.

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”

La ayuda a domicilio es un servicio social de tipo general, que está dotado de una singular calificación por las prestaciones que otorga a un gran número de personas: personas con discapacidad, familias con problemas, enfermos convalecientes, toxicómanos y especialmente personas de edad avanzada.

Como hemos señalado, no es un programa nuevo. Sería un error afirmar que la ayuda a domicilio es una novedad actual. Un simple repaso 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 exteriores.

1.1. - 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, las personas han 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 o de vida) es insuficiente para la complejidad y la magnitud de las necesidades que se derivan de los riesgos derivados de las situaciones de dependencia, o pérdida de la autonomía personal.

Debemos resaltar la importancia que, en el momento actual, para el mantenimiento en sus domicilios de las personas dependientes 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 viniendo 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 determinados casos 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 y ciudades de nuestras geografías.

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. 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 nuestra historia común de la previsión social, han tenido gran importancia instituciones y asociaciones que bajo diversas denominaciones, creadas por particulares o diversos colectivos sin ánimo de lucro venían a configurar una protección social cuyos antecedentes fueron las cofradías y hermandades.

En consecuencia, podemos hablar de antecedentes de la Ayuda a Domicilio que fueron utilizados para socorrer remotamente a una persona en una situación de aislamiento o para dar apoyo médico o social ante una determinada demanda.

1.2. Nuestro punto de partida

Así pues, en esta Introducción, nos planteamos los objetivos operativos siguientes:

- Especificar los **conceptos y servicios del SAD**. teniendo en cuenta su dimensión social, sanitaria y asistencial.

- Analizar grupos de **población susceptibles de uso de estos servicios**, considerando la dimensión ética y los beneficios de su provisión.
- Presentar aspectos relacionados con la seguridad y la satisfacción del ciudadano, ante los servicios domiciliarios.

1.3. Conceptos clave de asistencia o atención en el hogar con relación a la necesidad de atención sociosanitaria.

¿Ayuda o asistencia?

¿Qué es *ayuda*? El DRAE define *ayuda* como la “acción de cooperar o prestar socorro o favor”. Esta definición es demasiado amplia, no restringida a ningún ámbito en particular, e implica acciones de intervención puntual.

Sin embargo, si buscamos a continuación el término *asistencial* en el DRAE entonces nos encontramos, de modo más concreto, la siguiente definición: “Pertenciente o relativo a la asistencia, especialmente la médica o la social”.

Con el fin de concretar con mayor precisión a qué nos referimos cuando hablamos de asistencia o atención domiciliaria, cuáles son sus posibles servicios, y beneficios potenciales, revisemos en este apartado algunas definiciones, algunas referencias al contexto sociodemográfico y sanitario así como ciertos aspectos éticos de gran trascendencia como la demanda de seguridad, privacidad y calidad de vida.

1.3.1 Definiciones

En la definición del SAD, entendida como servicio de atención social y/o sanitaria en el hogar, convergen conceptos con enfoques interrelacionados

a) El término SAD fue originariamente acuñado en la década de los 70 como un sistema de atención en la casa a la persona necesitada de ayuda en una situación de soledad y desvalimiento, y por tanto había de ser un servicio fácilmente disponible basado en los apoyos personales de una Auxiliar de Hogar.

En la medida en que la asistencia domiciliaria comienza a incorporar, a mitad de los años 90, modelos de atención centralizada y suministrada por colectivos de profesionales ubicados en un entorno físico común (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales psicólogos, etc.) surge un tipo de SAD más especializada, no circunscrita a las tareas del hogar, sino que va incorporando los cuidados personales y otras tareas más avanzadas.

Además empieza trabajarse las alianzas y coordinaciones con el sistema sanitario para que aquellas personas que requieran simultáneamente o de manera integral, reciban cuidados sociales y sanitarios, especialmente de enfermería.

La casa, el hogar, pasa a ser el medio idóneo, el más normalizado para afrontar las múltiples necesidades de las personas mayores o con discapacidad.

De este modo, se plantea un servicio de atención continuada, que puede estar personalizado según el tipo de necesidad social, situación de dependencia o discapacidad y contexto sanitario de la persona.

Esta aproximación a la Atención Sanitaria A Domicilio, engloba finalmente al la atención social o sanitaria al ciudadano, desde un centro primario de salud, aprovecha todas las posibilidades de esa coordinación, incluida la familia y la sociedad civil organizada en asociaciones y voluntariado de forma integrada con el fin de favorecer una mejor calidad de vida y autonomía personal del individuo que requiere este tipo de atención).

La convergencia del modelo sociosanitario, con otras formas de atención con finalidad esencialmente clínica para, seguimiento o tratamiento del estado de salud de un paciente evoluciona desde principios del siglo XXI hacia la telemedicina en la que ciertos servicios se complementan, a su vez, con la teleasistencia social, más convencional.

1.4.- Descripción funcional de los servicios domiciliarios

Si abordamos una revisión detenida de artículos e informes relacionados con el SAD, fácilmente nos encontramos con variados planteamientos de partida para la clasificación de estos servicios.

a) Comenzando por el **enfoque asistivo** de las modalidades de servicio SAD, se observan básicamente dos alternativas: las centradas en las tareas del hogar y las centradas en los cuidados personales.

Esta diferenciación recoge de algún modo el debate planteado de manera recurrente, de si el SAD es la tradicional ayuda domiciliaria o visita a domicilio o si se trata de una auténtica atención en el hogar como fórmula estable y claramente alternativa a otras opciones asistenciales.

Puesto que la respuesta a este interrogante depende de las necesidades de atención social o sanitaria para cada individuo en particular, la alternativa propuesta por el IMSERSO recoge ambas posibilidades.

b) Otro factor diferencial en el **enfoque organizativo** para una clasificación global de la asistencia domiciliaria es la diferencia entre la monográfica y el paquete múltiple de servicios (SAD, teleasistencia domiciliaria (TAD), comidas, y lavandería a domicilio, reparaciones en el hogar, acompañamientos, etc.).

Pues bien, teniendo en cuenta las diferentes aproximaciones ya vistas para posibles clasificaciones de los servicios SAD, se propone en esta Guía, a modo de conclusión, un enfoque global centrado fundamentalmente en la necesidad del servicio requerida por el ciudadano la cual tiene influencia directa en el

modelo organizativo del proveedor del servicio y en la CONFIGURACION requerida para facilitararlo.

1.5.- Breve referencia a los usuarios del SAD.

Las modalidades citadas anteriormente, concretan los grupos potenciales de usuarios o clientes susceptibles de usar un servicio SAD, como por ejemplo las personas que:

- Viven solas o pasan gran parte del día sin compañía.
- Tienen un aislamiento geográfico o desarraigo social.
- Sufren los riesgos causados por la avanzada edad.
- Personas con discapacidad.
- Personas con enfermedades graves o parcialmente dependientes.
- Personas en situación de dependencia severa o de gran dependencia
- Familiares cuidadores que requieren el servicio SAD como “servicio de respiro”.

1.6.- Contexto sociodemográfico y sociosanitario del SAD

El contexto sociodemográfico y sociosanitario de uso del SAD suele estar ligado principalmente a tres sectores de la población susceptibles de recibir atención en su casa, por presentar algún grado de dependencia: las personas mayores, las personas con discapacidad y los que precisan simultáneamente atención social y sanitaria por procesos agudos o crónicos.

a) Las personas mayores

En diversos estudios europeos, cuando se pregunta acerca de la solución más adecuada para hacer frente a las situaciones de dependencia de las personas mayores, un tercio de los ciudadanos suelen opinar que lo mejor es la mudanza al domicilio de los hijos o de otros familiares, frente a un casi 50% de ellos que señalan como opción preferente el mantenimiento de los mayores en el domicilio.

En consecuencia, el modo de asistencia y cuidado a las personas mayores es de esencial importancia no sólo por la promoción de su calidad de vida sino también por su estrecha relación con la utilización de servicios sociales y sanitarios. No debemos olvidar que la mayoría de estos colectivos de población, potenciales beneficiarios del SAD, presenta enfermedades crónicas e invalidantes que han determinado una creciente atención sociosanitaria a domicilio.

b) Las Personas con discapacidad

Los servicios del SAD tienen una importante misión que cumplir como apoyo a las personas con discapacidad en la medida en que pueden servir de ayuda a las limitaciones de estas personas en su vida diaria en la casa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya hizo una referencia directa a este enfoque de la discapacidad en su definición más actualizada recogida en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) [OMS 2001]: *“Deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y restricciones en la participación social del ser humano.”*

Así pues, aquellas deficiencias en las funciones del individuo, limitaciones para realizar actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales o avanzadas) en la casa, implican áreas potenciales de aplicación de estos servicios y apoyos domiciliarios.

c) Demanda de atención sociosanitaria

Los conceptos directamente referidos en el término “atención sociosanitaria” están esencialmente ligados a la prestación simultánea de “cuidados sociales y sanitarios de larga duración a personas que no pueden ser autónomas”.

Este conjunto extenso de necesidades abarcan tanto los aspectos de salud asociados con enfermedades y su tratamiento como las demandas sociales relacionadas con los cuidados necesarios para realizar las actividades de la vida diaria que puedan facilitar la vida independiente.

En la mayoría de los casos, las dimensiones clínica y social confluyen en un conjunto interrelacionado de necesidades asistenciales de cada individuo.

Hay tres grupos de patologías que crean dependencia y, en consecuencia, demanda de asistencia sociosanitaria:

1. Alteraciones motoras
2. Alteraciones cognitivas
3. Alteraciones sensoriales

En los tres tipos de alteraciones referidas, la forma más extendida de atención sociosanitaria son los cuidados domiciliarios. Se estima que por cada persona mayor internada en una Residencia Asistida, hay entre tres y cuatro en el domicilio en similares condiciones de necesidad de atención.

1.7.- Aspectos éticos: seguridad, privacidad y calidad de vida

El contexto social y sanitario de aplicación del SAD está estrechamente vinculado a preocupaciones éticas, legales, y políticas principalmente relacionadas con la autorización, obligación, y responsabilidad profesional sobre la atención e información gestionada.

En consecuencia, la prestación de un servicio de atención domiciliaria a un ciudadano debe garantizar fiablemente la protección de la persona beneficiaria ante accesos no autorizados por personas ajenas al proceso de atención sociosanitaria específico de cada individuo.

Los métodos y procedimientos para el análisis de calidad, las normas asistenciales y las decisiones de confidencialidad pueden variar según los puntos de vista de las instituciones lo cual exige un marco legal común para la provisión genérica de los servicios de Atención en el hogar.

1.8.- Beneficios del SAD

Desde la perspectiva de calidad de vida percibida por el usuario, se ha constatado en las experiencias existentes, nacionales e internacionales, que el SAD reduce el sentimiento de, soledad, aislamiento y desprotección, ofrece seguridad a las personas en situación de dependencia y promueve una atención socio-sanitaria más continuada y conectada con el entorno asistencial.

Los beneficios potenciales esperados del SAD, social o médica, han de analizarse siempre desde la perspectiva conjunta de los usuarios finales en el hogar (personas en situación de dependencia, discapacidad o mayores y familiares), los profesionales (asistentes sociales, médicos de familia, especialistas, psicólogos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, auxiliares de hogar) y los proveedores del Servicio.

Desde el **enfoque del ciudadano** (paciente o persona en situación de dependencia), uno de los principales beneficios demostrados del SAD es el aumento de su capacidad de permanecer viviendo en casa y en no tener que plantearse el internamiento en centros residenciales.

Por último, para las Administraciones Públicas supone un ahorro en los gastos de atención a la dependencia y en los cuidados de larga duración.

2.- El Servicio de Atención a Domicilio. Objetivos del SAD. Derechos y obligaciones de los usuarios.

Tal como hemos señalado, el servicio de Atención a Domicilio, lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función. Comprende servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar, con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria, con el desarrollo de hábitos saludables y con actividades preventivas y de atención y apoyo psicosocial.

2.1. Objetivos del SAD y de sus prestaciones.

El objetivo básico de este servicio es incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia o unidad de convivencia para que la persona pueda permanecer en su propio domicilio el mayor tiempo posible, manteniendo el control de su propia vida.

Para ello los objetivos que fundamentan y a los que se debe dirigir el servicio, dentro de las posibilidades reales de cada persona son:

- Estimular y potenciar la autonomía personal.
- Facilitar atenciones de carácter doméstico que supongan un apoyo personal o social necesario.
- Prevenir situaciones de necesidad y deterioro personal y social.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables.
- Potenciar un marco de convivencia saludable y una relación positiva con el entorno, promoviendo vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Desarrollar la adquisición de hábitos y habilidades que mejoren su seguridad, autoestima personal, condiciones y calidad de vida.
- Facilitar la adecuación de la vivienda a las necesidades de la persona atendida.
- Mantener a las personas en su medio habitual, sirviendo como apoyo a cuidadores y previniendo o evitando internamientos innecesarios o no deseados.

- Asegurar la intervención en caso de crisis personales, sociales o sanitarias.

Los **objetivos específicos** de las prestaciones son los siguientes:

- Ofrecer una atención periódica y adecuada ante las necesidades diarias, a través de personal especializado.
- Proporcionar atención presencial a la persona usuaria cuando esta sea necesaria.
- Prevenir, detectando precozmente las situaciones de riesgo que puedan darse como consecuencia de la edad, la discapacidad, enfermedad o aislamiento social.
- Proporcionar seguridad y tranquilidad a las personas usuarias y sus familiares garantizando la atención y cuidados diarios e incorporando a la prestación del servicio todas aquellas tecnologías útiles y disponibles para la detección de situaciones de riesgo y para la protección personal y doméstica
- Dar seguridad y tranquilidad al usuario fuera de su domicilio, cuando se trate de realizar compras o hacer gestiones o sustituirla parcial o totalmente en la realización de estas actividades.
- Ofrecer compañía al usuario, mediante la articulación de otros profesionales o personas voluntarias que les de conversación, les lea libros o periódicos, etc.

2.2. Derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios.

Los derechos de los usuarios en un servicio de calidad, son los siguientes:

- A ser informado, antes del inicio del servicio de sus derechos y obligaciones y de las características y normativa del servicio.
- A recibir el servicio sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- A su intimidad y a la confidencialidad de los datos conocidos, de manera que cualquier información obtenida se mantenga bajo secreto profesional.
- A recibir un trato correcto y respetuoso por parte de los profesionales que intervienen en los servicios.
- A recibir adecuadamente las prestaciones con el contenido y la duración que se establece en el PIA

- A que se respete, en la medida de lo posible, la continuidad del personal asignado, salvo situaciones de necesidad o ajustes organizativos.
- A ser informados de las modificaciones que pudieran producirse durante los servicios.
- A solicitar la suspensión de los servicios por ausencia justificada del domicilio.
- A presentar quejas, sugerencias y reclamaciones o desacuerdos.
- A ser orientado hacia los recursos alternativos que, en su caso, resulten necesarios.

Por otra parte, los usuarios deben estar obligados a:

- Adoptar una actitud colaboradora y correcta en el desarrollo de las prestaciones.
- Mantener un trato correcto y cordial con las personas que prestan los servicios, respetando su competencia profesional.
- Informar de cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar, y social, que pudiera dar lugar a modificaciones en la prestación.
- Comunicar con suficiente antelación cualquier ausencia temporal del domicilio, que impida la prestación del servicio.
- Comunicar que no desea continuar recibiendo el servicio.
- No exigir tareas o actividades no incluidas o excluidas en el Plan Individual de Atención (PIA).
- Poner en conocimiento del Coordinador del servicio cualquier anomalía o irregularidad que detecte en la prestación.

2.3.- Participación de los usuarios en el coste de los servicios.

Los usuarios del SAD, deben participar en su coste liquidando las cantidades correspondiente al copago mensual fijado en su PIA, de acuerdo al procedimiento establecido por la AP., o por la EGS, si se tratara de un servicio privado.

3.- Las prestaciones del SAD: Acceso, determinación de las intensidades y ámbitos de intervención

El servicio de Atención a Domicilio debe contribuir a atender las necesidades de la vida diaria de los usuarios e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible.

Este servicio comprende la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas, mediante los servicios que se mencionan más adelante.

El SAD debe contener las siguientes actuaciones:

- Las relacionadas con la atención de las necesidades domésticas o del hogar que incluye tareas domésticas o de atención en el hogar.
- Las relativas al cuidado y la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria, así como el desarrollo de hábitos saludables y actividades preventivas.
- Los apoyos psicosociales en relación con el fomento de las relaciones familiares y sociales.

3.1.- El acceso y la valoración de las necesidades

El sistema de acceso estará definido por la AP. o por la EGS. que señalarán los procedimientos de solicitud y los puntos de información y tramitación.

Para definir correctamente las prestaciones y la intensidad de las mismas, es preciso arbitrar, previamente, una correcta valoración gerontológica y multidisciplinar completa de la persona mayor, así como de los factores de riesgo, de las capacidades funcionales, médicas y psicosociales, para diseñar un Plan Individual de Atención , (en adelante PIA) .

La valoración comienza desde el momento en que se solicita la ayuda a domicilio. En la entrevista es muy importante que esté presente además de la persona demandante de la ayuda a domicilio, el cuidador principal.

a) La valoración sanitaria. Se basa en la historia clínica, con antecedentes personales, enfermedades activas y tratamientos que sigue.

b) La valoración funcional y ocupacional. Se hace con las escalas de valoración. Las escalas de valoración más utilizadas son:

- Katz.- se utiliza para hacer una valoración sobre la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

- Pfeiffer.- se utiliza para hacer una valoración del deterioro cognitivo
- Norton.- se utiliza para hacer una valoración del riesgo de úlceras por presión.

c) La valoración social tendrá en cuenta, sobre todo:

- La situación sociofamiliar
- La situación económica
- La situación de la vivienda habitual
- Situación del entorno.

d) La evaluación psicológica. Evaluará las patologías más importantes como factor de riesgo: delirium, deterioro cognitivo, trastorno amnésico, depresión y alteraciones del comportamiento.

3.2. Intensidad de las prestaciones

La intensidad del SAD en cuanto a los protocolos y tareas a prestar vendrá determinada por el citado PIA), elaborado por los técnicos que determinen las Administraciones Públicas o la Empresa Prestadora del Servicio (EGS) en los términos que ellas definan, para cada uno de los grados de dependencia y en sus diferentes niveles.

Así, la intensidad de este servicio puede determinarse en número de horas mensuales de servicios asistenciales, mediante intervalos horarios en función del grado o nivel de dependencia, de conformidad con los baremos que se determine.

No obstante estas intensidades horarias pueden ser inferiores cuando el SAD se compatibilice con otros servicios del catálogo de servicios sociales (Teleasistencia o Centro de Día).

Con carácter general la prestación del servicio, se suele desarrollar entre las 8 y las 22 horas, en base a la programación personalizada para cada usuario de acuerdo con las especificaciones establecidas en su PIA.

3.3.- La determinación de las intensidades de atención

A título de ejemplo, se propone este Baremo que se puede aplicar en los casos susceptibles de atención doméstica y/o personal, siendo el Trabajador social quien valore su concesión.

3.3.1. Baremo de valoración de la situación del solicitante.

El Baremo tiene como objetivo determinar el grado de limitación que tiene una persona en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), así como las circunstancias socio-familiares y económicas y conocer por tanto, si se trata de una persona autónoma o no en el desarrollo de las mismas y si dispone de los apoyos familiares necesarios, aplicando así el tipo de recurso más idóneo acorde con la situación valorada. El Baremo se aplica bajo los siguientes ítems:

Áreas de valoración

1.-Valoración de la situación económica

2.-Valoración de la situación socio-familiar

- 2.1.-Capacidad para desenvolverse en su medio.
- 2.2.-Red de apoyo vecinal o familiar del entorno.
- 2.3.-Apoyo para tareas que recibe el usuario.
- 2.4.-Necesidad de descanso temporal de los cuidadores.

3.-Valoración de la situación de la vivienda.

- 3.1.-Accesibilidad de la vivienda.
- 3.2.-Condiciones de higiene y/o conservación
- 3.3.-Entorno de la vivienda.
- 3.4.-Distancia respecto a otros familiares.

4.-Valoración de la situación físico y psíquica

- 4.1.-Valoración de la situación física.
- 4.2.-Valoración de la situación psíquica.

5.-Otros factores

- 5.1.-Circunstancias especiales del interesado

6.-Determinación de los Niveles de Atención.

1.-Valoración de la situación económica (Puntuación máxima 4 puntos)

Se considerarán ingresos de la unidad computables la/las renta/s per cápita de la unidad convivencial del solicitante y que se deriven de: -las pensiones, incluidas las pagas extraordinarias -las nóminas, incluidas las pagas extraordinarias -las rentas derivadas de bienes inmuebles y los rendimientos de bienes muebles, -intereses bancarios y ayudas otorgadas por instituciones públicas o privadas.

- Renta inferior al 75% del Salario Mínimo: 4 puntos
- Renta del 75% al 100% del S.M.: 3 puntos
- Renta del 100% al 120% del S.M. : 2 puntos
- Renta del 120% al 140% del S.M. : 1 punto
- A partir de 140 % del S.M. : 0

Se debería excluir del cómputo de la unidad convivencial el 50% de gastos de vivienda, (alquiler y/o hipotecas) así como otros gastos extraordinarios (medicamentos, etc.), que puedan ser justificados documentalmente.

2.-Valoración de la situación socio-familiar (Puntuación máxima 43 puntos)

2.1.-Capacidad para desenvolverse en su medio (hasta 10 puntos)

- Capacidad de autocuidados (aseo, imagen, etc.), .0 1 2 *
- Capacidad de autoprotección (buscar ayuda, usar el teléfono, etc.). 0 1 2
- Capacidad para realizar las tareas domésticas (limpieza, elaboración de comidas, compras, etc.). 0 1 2
- Capacidad de comunicación social (relaciones con vecinos amigos, con el entorno, etc.). 0 1 2
- Capacidad de gestión de recursos (sociales, sanitarios, etc.). 0 1 2

(Siendo: 2 Alta dependencia. / 1.Precisa ayuda. / 0. Independiente)

2.2.-Red de apoyo vecinal o familiar del entorno. (Hasta 3 puntos)

- Con familia y/o vecinos que apoyan. 0
- Con familia y/o vecinos que apoyan esporádicamente. 1
- Con familia y/o vecinos que no prestan apoyo. 2
- Sin familia y sin vecinos. 3

2.3.-Apoyo para tareas que recibe la persona mayor (hasta 15 puntos)

- Para la higiene personal (ayuda para bañarse). 0 1 2 3
- Para la alimentación (ayuda para la elaboración de las comidas). 0 1 2 3
- Para tareas domésticas (ayuda para limpieza del hogar). 0 1 2 3
- Para gestión de recursos (compras, acudir al médico, solicitud de ayudas económicas, prótesis, etc.). 0 1 2 3
- Relaciones sociales (visitas, compañía, etc.). 0 1 2 3

(Siendo 3.- escaso: muy poca frecuencia. Algún que otro día. Sin Regularidad.
2.- esporádico: una vez a la semana o menos. 1.- frecuente: casi todos los días o varias veces a la semana. 0.- constante: diariamente o en cualquier momento del día).

2.4.-necesidad de descanso temporal de los cuidadores y/o familiares (hasta 15 Puntos)

- Conflictos familiares por situaciones de crisis. 0 1 2 3 4 5
- Malas relaciones con la persona dependiente originadas por la atención a sus necesidades. 0 1 2 3 4 5
- Otras cargas familiares: niños, discapacitados, drogodependientes, enfermos mentales, etc. 0 1 2 3 4 5

3.-valoración de la situación de la vivienda. (Puntuación máxima 14 puntos)

3.1.-Accesibilidad de la vivienda (hasta 5 puntos)

Barreras arquitectónicas que dificultan la autonomía de la persona dependiente. 0 1 2 3 4 5

(Siendo: 5- Barreras dentro y fuera de la vivienda. 4- Barreras en espacios de uso habitual de la persona dependiente. 3- Barreras en el baño. 2- Algunas dificultades para los desplazamientos dentro de la vivienda. 1- Barreras sólo para acceder a la vivienda. 0- Sin barreras dentro, ni para acceder a la vivienda).

3.2.-Condiciones de higiene y/o conservación (hasta 5 puntos)

Existencia de humedad, suciedad en suelos o paredes, falta de equipamiento básico, etc.: 0 1 2 3 4 5

Siendo:

- 5.- pésimas. Vivienda muy deteriorada.
- 4.- muy malas. Humedad y suciedad.
- 3.- malas. Falta de equipamiento básico.
- 2.- aceptables. Falta de espacio.
- 1.- buenas. Mejorable.
- 0.- muy buenas.

3.3.-Entorno de la vivienda, ubicación de la misma (hasta 2 puntos)

- El solicitante accede caminando a los lugares necesarios de la vida diaria. 0
- El solicitante tiene que utilizar un medio de transporte Para acceder a los lugares necesarios. 1
- Es una vivienda aislada. 2

3.4.-Distancia respecto a los familiares (hasta 2 puntos)

- Algún familiar o persona allegada vive en la misma finca pero en otro piso. 0
- Algún familiar puede personarse en la vivienda del solicitante, utilizando cualquier medio de transporte, en menos de media hora desde un aviso. 1
- Algún familiar puede personarse en la vivienda del solicitante, utilizando cualquier medio de transporte, en más de media hora desde un aviso. 2

4.- Valoración de la situación física y psíquica. (informe médico)

4.1.-valoración de la situación física (puntuación máxima 20 puntos)

a) Movilidad:

- Camina con normalidad 0
- Camina con dificultad 1
- Camina con ayuda 2
- En silla de ruedas 3
- En silla de ruedas dependiente 4

b) Vestido

- Se viste solo y correctamente 0
- Se viste solo pero incorrectamente 1
- Precisa supervisión 2
- Precisa ayuda de otra persona 3
- Incapaz de vestirse 4

c) Aseo/ducha

- Se asea/ducha solo 0
- Lo realiza sólo pero mal 1
- Precisa supervisión 2
- Precisa ayuda 3
- Incapaz 4

d) Alimentación

- Se alimenta correctamente y sin ayuda 0
- Se alimenta con la mínima ayuda 1
- Precisa supervisión 2
- Precisa ayuda de otra persona 3
- Incapaz de alimentarse 4

e) Continencia de esfínteres

- Continencia completa 0
- Incontinencia ocasional 1
- Incontinencia con frecuencia 2
- Incontinencia vesical total 3
- Incontinencia completa (vesical y fecal) 4

4.2.-valoración de la situación psíquica (puntuación máxima 20 puntos)

a) Memoria

- Normal 0

- Alteraciones leves 1
- Alteraciones moderadas 2
- Alteraciones graves 3
- Alteraciones muy graves 4

c) Orientación temporo-espacial

- Normal 0
- Alteraciones leves 1
- Alteraciones moderadas 2
- Alteraciones graves 3
- Alteraciones muy graves 4

d) Comunicación (capacidad de comprensión y/o expresión)

- Normal 0
- Alteraciones leves 1
- Alteraciones moderadas 2
- Alteraciones graves 3
- Alteraciones muy graves 4

e) Percepción y pensamiento (delirios, ideas paranoides, alucinaciones)

- Normal 0
- Alteraciones leves 1
- Alteraciones moderadas 2
- Alteraciones graves 3
- Alteraciones muy graves 4

Situación emocional

- Normal 0
- Alteraciones leves 1
- Alteraciones moderadas 2
- Alteraciones graves 3
- Alteraciones muy graves 4

5.-Otros factores.

En este apartado, que no es de necesaria aplicación, se tendrán en cuenta, si procede, otras situaciones no reflejadas suficientemente en apartados anteriores.

Entre las situaciones contempladas, se pueden considerar las circunstancias especiales del interesado no valoradas anteriormente:

- Necesidad de apoyo puntual mientras se resuelve el ingreso en centro residencial.

- Necesidad de apoyo puntual mientras se trabaja con la familia la asunción de responsabilidades familiares.

6.-Determinación de la necesidad de atención

Para determinar la atención requerida, en función de los parámetros anteriormente descritos, se propone la siguiente tabla:

Puntuaciones y Niveles de Atención
<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 50 PUNTOS: Atención personal TOTAL. De 10 a 15 horas/semana. • De 35 a 50 PUNTOS: Atención personal y doméstica PARCIAL. De 5 a 10 horas/ semana. • De 20 a 35 PUNTOS: Atención doméstica LIGERA. De 2 a 5 horas/semana. • De 0 a 20 PUNTOS: INDEPENDIENTE. Ningún servicio.

La situación idónea donde debe aplicarse el recurso SAD. en todas sus acepciones es la establecida en el nivel de dependencia parcial (de 35 a 50 puntos) o leve (de 20 a 35 puntos). Respecto a la inexistencia de nivel de dependencia (de 0 a 20 puntos), en principio, no procederá tramitar recurso alguno salvo valoración técnica en casos excepcionales y mediante informe fundamentado del técnico que lo proponga.

Cuando la puntuación obtenida sea superior a 50 puntos en la valoración de la situación física, psíquica y sociofamiliar, el recurso idóneo a la necesidad planteada será ingreso en Centro Residencial debido al elevado nivel de dependencia que supone esta situación y a la necesidad de contar con un recurso de carácter permanente. No obstante, y si el/la Trabajador/a Social lo considera oportuno y procedente, se le prestará el Servicio de Atención Personal mientras recibe plaza en Centro Residencial.

3.4. Las prestaciones del SAD.

La atención que se presta por el servicio vendrá configurada por las siguientes modalidades y condiciones:

3.4.1.- Prestaciones relacionadas con la atención de las necesidades domésticas o del hogar.

Incluye:

a) Tareas domésticas o de atención en el hogar, y consisten en realizar, con la participación o ayuda de la persona usuaria, si puede hacerlo, tareas como las siguientes:

- Limpieza de vivienda general y cotidiana (barrer, fregar el suelo, limpiar muebles, puertas, ventanas,...).
- Fregado de vajilla.
- Lavado, repasado y planchado de ropa.
- Hacer las camas.
- Realización de compras domésticas a cuenta del usuario.
- Determinación de menús, conjuntamente con la persona dependiente y/o con su cuidador.
- Cocinado de alimentos en el domicilio.
- Apoyo a la organización y orden domésticos.
- Otras labores propias de la vida cotidiana para el normal funcionamiento del domicilio para las que la persona dependiente se vea o esté incapacitada.

3.4.2. Prestaciones relacionadas con la atención personal

Son los relativos a la realización de las actividades de la vida diaria así como el desarrollo de hábitos saludables y actividades preventivas.

Incluye:

a) Tareas de Atención personal en las actividades básicas, e instrumentales de la vida diaria (en adelante AVD), que consisten en ayudar a la persona, estimulándola para que realice todo aquello que pueda por sí misma, en las siguientes AVD.:

- Tareas de apoyo en la higiene personal y alimentación incluyendo: asearse, bañarse/ ducharse, peinarse vestirse, calzarse, afeitarse/maquillarse y todo lo requiera la higiene persona, comer y tomar medicamentos.
- Tareas de apoyo en la movilización en el hogar incluyendo, levantarse/acostarse, deambular por la casa, subir y bajar escaleras.
- Tareas de cuidados especiales a realizar con las personas valoradas con gran dependencia (grado III nivel 1 y 2), de acuerdo con el PIA, incluyendo:

○

- Aseo personal, incluyendo cambio de ropa, lavado de cabello y todo aquello que requiera la higiene habitual de personas inmobilizadas e incontinentes.
- Cambio de bolsas, colectores y pañales.
- Ayuda y apoyo a la movilización en casa a fin de prevenir la formación de escaras o úlceras.
- Transferencias (de la cama a la silla, de la silla al WC, etc.), utilizando los productos de apoyo adecuados y movilizaciones en el hogar.
- Ayuda para la ingestión de medicamentos. Se excluye la administración de medicamentos que requieran intervención de especialistas en enfermería.
- Ayuda para comer y/o alimentación especial, excluida, quedando totalmente prohibida, la realización de curas que requieran la intervención de especialistas en enfermería, así como la administración de medicamentos por vía intravenosa o similar).
- Tareas que implican información y adiestramiento en hábitos saludables, detección de cambios situacionales, observación de relaciones familiares y sociales y otras acciones preventivas.

3.4.3. Servicios de atención y apoyo psicosocial.

Están en relación con el apoyo y fomento de las relaciones familiares y sociales.

Incluye tareas como:

- Supervisar la toma de medicamentos prescritos.
- Acompañar a realizar compras.
- Acompañar y ayudar en asistencia a consultas médicas, visitas terapéuticas, gestión de recetas y documentos relacionados con la vida diaria.
- Acompañar en salidas de paseo o a lugares de reunión, centro social, actividades de ocio, culturales, etc. El transporte será por cuenta del usuario.
- Conversar, hablar y dialogar con la persona atendida.
- Manejo de productos de apoyo.
- Informar sobre recursos y servicios de la Comunidad para la participación social.

Las tareas señaladas en estos tres apartados se deben realizar por la Auxiliar de Hogar, sin invadir, ni entorpecer las competencias reservadas a profesionales con titulación específica, tales como licenciados en medicina y psicología, diplomados en enfermería, Trabajo Social o Terapeuta Ocupacional.

El SAD **excluyen** los siguientes servicios:

- Atención a otros miembros de la familia o allegados que habiten en el mismo domicilio y no sean beneficiarios del servicio.
- La atención a animales de compañía.
- La prestación del servicio más allá de las horas estipuladas.
- La realización de aquellas tareas domésticas que supongan un riesgo físico para el Auxiliar y/o un peligro para la salud, de acuerdo con la legislación vigente en materia laboral.
- Los de carácter sanitario, rehabilitador y, en general, todos aquellos que impliquen por parte del Auxiliar una especialización profesional que no tiene.

3.5. Enfoque preventivo en los cuidados personales.

Queremos subrayar el carácter preventivo del servicio. Para ello, el contacto periódico con los usuarios del servicio, permite hacer un seguimiento permanente, y mantener o instaurar mejores niveles de autocuidado personal, en ámbitos tales como la dieta, la movilidad dentro y fuera del domicilio, la higiene de la piel y del cuerpo, etc., .

Una de las medidas clave, por ejemplo, es evitar las caídas. Las caídas son más frecuentes a partir de los 65 años, son también más frecuentes en mujeres y es importante tener en cuenta que a mayor edad, las lesiones que se producen son más invalidantes. Pensemos por ejemplo en las fracturas de cadera.

A mayor nivel de dependencia, mayor riesgo de caídas. cuando se sufre una caída, aumenta el riesgo de tener más caídas por la pérdida de autoconfianza (síndrome postcaída).

También, tras el ingreso en un centro sanitario o residencial, son más habituales las caídas los primeros días por no controlar el entorno en el que están.

Como hemos señalado, en la exploración médica del usuario del SAD, la exploración física es muy importante porque va encaminada la exploración de los aparatos relacionados con la independencia de la persona mayor. Dentro de esta exploración, las patologías que pueden aumentar al riesgo de caída son:

- Parkinson.- por alteración de la marcha, rigidez, hipoactividad psíquica, motora y parálisis muscular.
- Accidente cerebro-vascular (acv).- por disminución del tono muscular.
- Deformidades de grandes articulaciones (artrosis), con disminución del tono muscular.
- Disminución de la agudeza visual.

Por otro lado, la disminución del riesgo ambiental es muy importante. Los requisitos más importantes son:

- Buena iluminación en la vivienda.
- Evitar alfombras o añadirles elementos antideslizantes en las esquinas.
- Evitar tener objetos y cables por el suelo
- Evitar suelos encerados.
- Colocar barras en el baño y barandillas en pasillos.
- Todo debe estar al alcance de la mano para evitar subirse a los muebles

Es necesario también afrontar una educación para la salud y la promoción de los hábitos de vida saludables. Se debe:

- Mantener un campo de visión amplio al transportar objetos y no cargar demasiado.

- Al tomar algo del suelo es mejor arrodillarse.
- Mantener dentro de lo posible una buena forma física.
- Tener en buen estado gafas, bastones, andadores muletas, etc.
- Calzado con suela antideslizante, tacón bajo, calzado cerrado.
- Informar al médico de los efectos secundarios

4. Medios personales. Funciones y perfiles profesionales.

Las entidades promotoras y gestoras del SAD han de disponer de los medios personales suficientes y debidamente formados, para satisfacer adecuadamente las exigencias del servicio.

El Servicio se debe instrumentar previendo las sustituciones oportunas en orden a respetar las disposiciones referentes a los descansos semanales, permisos, licencias, vacaciones y demás que pudieran corresponder en derecho a los trabajadores, sin que ello suponga en ningún caso menoscabo en el régimen de servicios y horarios.

El personal dependerá exclusivamente de la AP o de la EGS, por lo que estará obligado al cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia laboral y de seguridad social, de seguridad e higiene en el trabajo y de prevención de riesgos laborales respecto del personal por él contratado.

La AP. o la EGS., debe garantizar que el personal encargado de la prestación de los servicios, realice sus funciones con un escrupuloso respeto por la intimidad y los derechos de los usuarios.

Cuando el personal no proceda con la debida profesionalidad, corrección, o fuese poco cuidadoso en el desempeño de su cometido, se debe exigir la sustitución del mismo.

El personal contratado por la AP. o por la EGS. debe poseer las titulaciones exigidas por la normativa vigente o, en su caso, contar con suficiente y acreditada experiencia profesional.

4.1. Acogida y apoyo al personal

El personal adscrito al SAD, debe contar con un plan de acogida y apoyo inicial, así como de un plan de formación específico, que se detalla más adelante. La EGS debe facilitar el acceso a la información y reglamentación básica del servicio a todo el personal.

4.2. Funciones y perfiles profesionales

Los servicios requieren la intervención de distintos profesionales, con la cualificación necesaria para garantizar un nivel óptimo de eficacia y calidad, por lo que se debe contar con carácter específico y concreto al menos, con los siguientes profesionales:

1.- Gerente del Servicio.

Debe ser un profesional con titulación universitaria y debidamente cualificado, para el desempeño de las funciones de planificación, dirección, coordinación

desarrollo y evaluación del cumplimiento de los objetivos a corto, medio y largo plazo, así como para la asignación de los recursos, tanto humanos, como técnicos y económicos, necesarios para asegurar que los servicios del SAD garanticen a las personas una respuesta inmediata, la atención y servicios establecidos y la calidad de los mismos.

Cuando se trate de una EGS, concertada o contratada por una AP, es la persona que se coordina con los servicios sociales públicos, estableciendo las formulas o protocolos necesarios para la coordinación y el intercambio de la información que resulte necesario para la optimización en la prestación de los servicios a los usuarios.

2 Coordinador del Servicio

Es el responsable de coordinar, gestionar y organizar los servicios y el que establece la aplicación de las pautas de atención personalizada, orientadas a apoyar la permanencia en el domicilio de los usuarios, de acuerdo con el PIA de cada usuario, así como del seguimiento y supervisión del personal del SAD.

Actúa como enlace entre las personas usuarias de los servicios y el Director del SAD.

Es el responsable de realizar la primera visita al domicilio, previa a la puesta en marcha del servicio, debiendo proporcionar información sobre el mismo, y asignar el personal más adecuado para el caso y usuario concreto.

Asimismo es responsable de acompañar al personal designado para la ejecución del SAD, y de las sucesivas visitas que resulten precisas para la gestión y correcto seguimiento de los servicios prestados.

Se ocupa de la recogida y actualización permanente de datos, de facilitar la información actualizada sobre los servicios prestados, movimiento de altas, bajas y de todo tipo de incidencias en la prestación del Servicio.

Perfil Profesional.- Debe poseer titulación académica universitaria de orientación social y conocimientos en Servicios Sociales.

El coordinador contará con el ayudante de coordinación/soporte administrativo para tareas complementarias y de apoyo en sus funciones.

La EGS debe contar, al menos del siguiente personal coordinador de los servicios:

- Coordinador: 1 por cada 140 usuarios de los servicios.
- Ayudante de coordinación/soporte administrativo: 1 por cada 7 Coordinadores.

3.- Auxiliares de Ayuda a Domicilio.

Estos profesionales realizarán actividades para la prestación de atención personal, atención en las necesidades domésticas o del hogar, actividades de la vida diaria, desarrollo de hábitos saludables y actividades preventivas y de atención y apoyo psicosocial, establecidas y pautadas en el PIA. La jornada laboral de estos profesionales responderá a la programación establecida en los PIA.

Perfil profesional.- Deberán tener, como mínimo, la titulación de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, Graduado en Educación Secundaria, Graduado Escolar o Certificado de Estudios Primarios, y tener la Cualificación Profesional específica para el ejercicio de sus funciones.

El Coordinador de los servicios adscribirá como ya se ha señalado, a cada usuario un Auxiliar de Ayuda a Domicilio, procurando los mínimos cambios en la prestación del servicio, con el fin de evitar desajustes y desorientaciones en la intimidad familiar.

Los Auxiliares deben disponer al menos, de una hora mensual para tareas de seguimiento y coordinación con el Coordinador de la empresa gestora de servicios.

4.3. La cualificación de los profesionales

El personal que presta el servicio es el principal recurso dentro de un Servicio como el del SAD, debido a su impacto sobre la calidad. El servicio integral pasa necesariamente por unos profesionales preparados y formados para dar el nivel de respuesta esperado y que puedan considerarse como auténticos profesionales.

En este sentido, hay cinco aspectos fundamentales:

- **Cualificación:** Las personas que presten el servicio deben ser profesionales. Es decir, disponer de un currículum adecuado al perfil del puesto.
- **Formación permanente:** Para incrementar la profesionalidad del personal y asegurar una permanente calidad en el servicio, debe haber un Plan de Formación continua.
- **Experiencia:** Un valor añadido es disponer de un plantel de profesionales entrenados, formados y con experiencia en el desarrollo de programas sociales.
- **Valor humano:** Entendemos el SAD como un servicio humano e individualizado. Por ello, los profesionales deberán contar con unas especiales actitudes humanas.
- **Calidad en el empleo.** A ser posible debe tenderse a un alto porcentaje de plantilla fija y con contratos indefinidos.

La EGS debe:

- Asegurar la formación y competencia necesaria del personal que realiza los trabajos que afectan a la calidad de los servicios.
- Mantener archivo actualizado de la titulación, experiencia y formación del personal que interviene en el servicio.
- Formación común que comprenda: Descripción general de la empresa, política de calidad de la empresa, prevención de riesgos laborales, organización del servicio, programa de trabajo, sistema de mejora continua, etc.

4.4. La Formación de los profesionales

Esta formación debe adoptar diversas modalidades y prestarse en las distintas fases del ciclo de vida profesional. A saber:

1.- Formación inicial en cada puesto de trabajo y relacionada con los siguientes aspectos:

a) Atención y comunicación: Atención a las personas usuarias, habilidades de comunicación, protocolos de actuación, perfil/descripción de las personas usuarias a las que se va a prestar el servicio.

b) Características del SAD, situaciones de estrés en la atención, derechos de las personas usuarias, valores éticos, aspectos socioculturales de las personas a atender.

2.- Formación continua que incluya:

Un Plan de Formación, como mínimo anual, con acciones formativas cuyos contenidos obedezcan a un diagnóstico previo de las necesidades de formación del personal para la realización de su trabajo, de las incidencias y dificultades surgidas, pautas de mejora, así como de sesiones de formación específicas para cada puesto de trabajo.

4.4.1. La formación específica de los Auxiliares de Hogar

Respecto al personal Auxiliar de Ayuda a Domicilio, que es absolutamente clave en la prestación y en la calidad del servicio debe garantizar que cuente como mínimo con:

Una formación inicial, que incluya descripción general de la empresa, política de calidad de la empresa, prevención de riesgos laborales, organización del servicio, programa de trabajo, ayudas técnicas, nuevas tecnologías y especialización de los auxiliares.

Una formación continua que debe:

- a) Procurar la formación para satisfacer las necesidades de los profesionales para alcanzar los niveles de competencia que sean exigidos.
- b) Garantizar que los profesionales cuentan con formación en atención a domicilio, previa al inicio de la actividad o, en caso contrario, que reciban una formación inicial específica.
- c) Adecuar los contenidos de la formación facilitada a los profesionales a las características del Servicio de Ayuda a Domicilio prestado y al perfil de las personas usuarias.
- d) Evaluar la eficiencia de las acciones formativas realizadas.
- e) Mantener los registros apropiados de la formación impartida.

5. Organización del Servicio.

5.1. La gestión del servicio

Salvo situaciones excepcionales o en caso de servicios extraordinarios (por ejemplo festivos), la EGS debe tratar de que no haya cambios en la atención del usuario, con el fin de evitar desorientaciones y desajustes en la intimidad familiar.

No obstante, siempre que sea preciso un cambio, tanto de horario como de personal, la EGS, en el caso de que esté contratada por una Administración Pública (AP), estará obligada a comunicarlo previamente, a la Unidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante USAD) de la AP., con el fin de valorar la posibilidad de ajuste del PIA y de evitar disfunciones o negligencias en la prestación del servicio. El cambio, de cualquier manera, requiere la conformidad de la AP.

El usuario será informado tanto por la USAD de la AP. como por la EGS de que ante cualquier eventualidad deberá ponerse en contacto con dicha Unidad.

Es obligación de la EGS garantizar la movilidad en vertical, en aquellos casos excepcionales de usuarios cuyas viviendas no dispongan de ascensor y su estado de limitación o dependencia no les permita descender/ascender escaleras. Estos casos tendrán su reflejo en el PIA.

En el SAD y de acuerdo con la Norma UNE 158401:2007 citada en el último apartado 7 (Documentos de referencia), se pueden aplicar las condiciones que se describen a continuación.

5.2. Incorporación al servicio

Las personas que cumplan los requisitos de acceso podrán solicitar la incorporación al SAD en los centros sociales que se especifiquen por la A.P.

La solicitud debe incluir el compromiso, firmado por el solicitante, de aceptación de las normas de funcionamiento del servicio y la autorización, también firmada, para incorporar sus datos personales a los ficheros automatizados de la EGS, así como para el tratamiento automatizado de los mismos, al objeto de gestionar la adecuada atención y de las situaciones de emergencia que se pudieran producir.

El centro social que recoja y gestione la solicitud, una vez comprobada, puede ser el encargado de emitir la orden de alta en el servicio, que trasladará mediante fax o correo electrónico a la Entidad Gestora del Servicio (EGS).

Si así se considera por la Administración o Entidad Promotora (AP), la EGS puede facilitar información del servicio a todas aquellas personas que se lo soliciten, dirigiéndolas a los servicios sociales más cercanos a su lugar de residencia.

5.2.1- Información a los usuarios en el inicio del servicio.

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, es competencia de la AP correspondiente (Estatad, Regional o Municipal) o de la EGS, en función de la modalidad prestacional del servicio (sea pública o privada) la información, valoración y reconocimiento del derecho a los usuarios de la prestación del SAD, de acuerdo con el Plan Individual de Atención

Cuando la AP. adjudique la gestión a una empresa, debe comunicar a la EGS la orden de alta en el servicio y facilitará los datos personales básicos del usuario. El procedimiento de comunicación será acordado con el Gerente de la EGS.

El Coordinador de los servicios de la AP., o de la EGS será el responsable del primer contacto con el usuario, en el que se acordará día y hora aproximada de la cita. Se proporcionará al usuario el teléfono de la empresa gestora, con el fin de facilitar la comunicación ante posibles incidencias que modifiquen la cita establecida.

Se proporcionará al usuario del servicio la siguiente información:

- El contenido del servicio y prestaciones.
- Las condiciones de acceso al servicio y obligaciones del usuario para garantizar la adecuada prestación.
- El funcionamiento general.
- Los servicios excluidos.
- La identificación de la empresa adjudicataria que prestará el servicio.
- Los teléfonos de contacto.
- El copago por el usuario, si procede, según se determine en su PIA.
- Asignación del profesional más adecuado y presentación del mismo.
- Condiciones del seguimiento especial durante los primeros días para facilitar la adaptación de la persona con el servicio y el personal.
- Obligaciones del usuario para garantizar la adecuada prestación.

- Las condiciones de calidad de prestación del servicio.

En todo caso el Coordinador, debe proporcionar cuantas aclaraciones sean necesarias.

Debe facilitar la información también por escrito, con un lenguaje claro y comprensible, sobre el funcionamiento básico del servicio, de tal forma que esta documentación sirva a la persona usuaria de guía-manual permanente de consulta ante cualquier duda dificultad.

Si la persona usuaria no puede recibir o comprender la información por sí misma, esta se debe facilitar a los familiares o representantes. Los usuarios del SAD deben ser informados, en un lenguaje claro y comprensible, del funcionamiento del servicio, para que tengan un conocimiento exacto del tipo de atenciones que se les puede ofrecer, a fin de que puedan hacer un correcto uso del mismo, y de sus derechos y obligaciones.

La información se debe facilitar en el momento del inicio del Servicio y, posteriormente, a petición del usuario o por iniciativa del Centro de Atención, siempre que se considere oportuno.

5.2.2. Contenido de la información:

- a) Prestaciones que incluye el servicio SAD:

La información ha de contener lo recogido en la descripción del propio servicio, haciendo especial hincapié en los siguientes puntos:

- b) Derechos y obligaciones de los usuarios.

Los usuarios deben recibir una información clara y precisa sobre sus derechos en relación con el servicio SAD y, en particular, del derecho a recibir una atención inmediata y adecuada

También, deben ser informados de sus obligaciones como usuario y, en particular, de la de proporcionar información veraz, la de colaborar para hacer posible la plena operatividad del servicio

- c) Coste a cargo del usuario y modalidades de pago.

La Administración o Entidad Promotora (AP), debe fijar el precio del servicio y la participación económica o copago del usuario.

5.2.3. Soporte en el que se debe facilitar la información

Además de la información que se les facilite verbalmente, se debe proporcionar a los usuarios, en el momento del inicio del servicio, un folleto en el que se recoja, de forma breve y clara, una síntesis de las informaciones más relevantes de este servicio.

5.3. - Suspensión de los servicios.

La suspensión del servicio puede ser temporal o definitiva.

a) Se producirá **suspensión temporal** del Servicio de Ayuda a domicilio en la situación en la que, a solicitud de la persona usuaria o comunicación de la AP., por ausencia temporal del domicilio por hospitalización, salida de vacaciones, estancia temporal en centro residencial u otros motivos similares, se interrumpe la comunicación entre la persona atendida y la presencia del Auxiliar en la reanudación del servicio ni su sustitución por otro Auxiliar.

Finalizado este periodo y si persisten las circunstancias que motivaran el alta en el servicio o los servicios, de acuerdo con el PIA, se reactivará la atención en las condiciones en las que se venía realizando.

Las personas usuarias de SAD deben estar debidamente informadas del procedimiento a seguir para activar la suspensión temporal, en su caso, reactivar la prestación del servicio, así como del periodo máximo de suspensión establecido.

b) Son causas de **baja definitiva** en los servicios:

- Dejar de reunir los requisitos establecidos para el derecho al servicio.
- Incompatibilidad con otros servicios o recursos reconocidos al usuario mas adecuados a su situación, de acuerdo con su PIA.
- Fallecimiento del beneficiario.
- Decisión expresa de la persona usuaria de abandonar el servicio.
- Incumplimiento reiterado por parte de la persona usuaria de sus obligaciones de colaboración o contractuales que dificulten o hagan inviable la prestación del servicio.

5.4 Informes periódicos sobre el servicio.

La empresa gestora del servicio (EGS) elaborará y trasladará a la AP, por correo electrónico y con la periodicidad indicada en cada caso:

1. **Un informe mensual de prestación del servicio**, en el que se reflejará el número total de usuarios en alta a la fecha de cierre del informe, las incorporaciones y bajas producidas durante el mes y la distribución de estos datos por Entidades Locales. Además, se proporcionará información, con suficiente nivel de detalle, sobre las llamadas atendidas, clasificadas por tipos, y sobre su resolución. Este informe se deberá presentar dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al de referencia.

2. **Una memoria anual** comprensiva de la totalidad del territorio de intervención, con separatas desagregadas por Entidades Locales, que debe presentar dentro del periodo que determine la AP.

La EGS, debe remitir, asimismo, a la AP o a los centros de servicios sociales que ésta determine, dentro de los 10 días del mes siguiente al de referencia y a través del coordinador o coordinadora de zona correspondiente, **informes parciales mensuales, relativos a la atención prestada a los usuarios relacionados con cada centro.**

5.5. Relaciones entre la EGS y la AP.

La relación entre la empresa o entidad gestora (EGS) con la Administración promotora (AP), o con los centros en la que ésta delegue, se puede canalizar de la siguiente manera:

a) Con los Centros de Servicios Sociales.

La interlocución se canalizará a través de la figura del coordinador de zona, por parte de la empresa o entidad gestora, y del coordinador que se determine en cada uno de los centros de servicios sociales de referencia de los usuarios. Será desde estos centros desde donde se tramiten las órdenes del alta y baja en el servicio.

La EGS trasladará mensualmente, a través del coordinador de zona correspondiente, a cada uno de los centros de servicios sociales participantes en el programa, un informe relativo a la atención prestada a los usuarios referidos por el centro respectivo.

En los centros de servicios sociales deberán entregarse, igualmente, los listados a mes vencido de todos los usuarios adscritos a dicho centro, con objeto de que la persona coordinadora responsable del servicio pueda dar su visto bueno, previo a la tramitación por parte de la EGS, de la correspondiente factura mensual.

b) Con la AP, por ejemplo, municipal.

La interlocución se canalizará a través de la persona responsable del proyecto. La EGS enviará mensualmente al Municipio un informe global de prestación del servicio, la relación de incorporaciones y bajas producidas y la factura correspondiente a cada una de las mensualidades vencidas.

Anualmente, la EGS deberá presentar al Municipio una memoria del SAD. Igualmente, la empresa o entidad adjudicataria dará cuenta a la Entidad promotora de cuantos informes se le soliciten respecto del servicio prestado.

Las facturas mensuales se deben presentar dentro de las fechas previamente acordadas y una vez que los listados de personas atendidos hayan sido visados por la Administración que corresponda en cada ámbito de actuación.

6. Supervisión y calidad del Servicio

6.1.- La protección de datos

Es de especial interés para el ámbito del SAD el hecho de que las medidas de seguridad exigibles a los ficheros que contengan datos personales y de salud sean consideradas de “nivel Alto”, o de máxima exigencia.

Por tanto, la empresa gestora del servicio queda obligada, como encargada del tratamiento de los datos de los usuarios, a lo dispuesto en las Leyes de Protección de Datos de Carácter Personal.

Las obligaciones de la EGS se refieren a:

- Cumplimiento del deber de secreto profesional sobre las informaciones a los que tenga acceso o incluso después de finalizar el plazo contractual.
- Formación e información del personal a su cargo en materia de protección de datos.
- Adopción de las medidas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal.

6.2.- La calidad del Servicio

Las entidades o empresas (EGS) deben, disponer de un sistema de aseguramiento de la calidad en el servicio del SAD, según la Norma de Calidad de cada país y certificado por una entidad acreditada por la Entidad Nacional de acreditación.

El sistema de calidad deberá definir al menos la política de calidad, los objetivos, funcionamiento, organización y protocolos. Dicho sistema debe estar documentado y aplicado en el servicio así como revisado anualmente.

Las relaciones que se formalicen en el contrato de servicios entre la Administración o Entidad promotora (AP) y la EGS deberían establecer las siguientes condiciones:

1. La Entidad y el personal que presta la atención deben eludir todo conflicto personal con los usuarios, informando expresamente a través de los canales de coordinación antes descritos de todo incidente a la AP para que ésta resuelva.

2. La EGS debe asumir y dar las órdenes oportunas a su personal, con objeto de cubrir las prestaciones que determinen los técnicos de la AP, en soportes y documentos acordados previamente.
3. Con carácter mensual, la empresa debe entregar, antes del día 10 de cada mes y en soporte informático, un estadillo en el que consten:
 - Altas y bajas producidas en el mes.
 - Incidencias y suspensiones temporales (motivos).
 - Tipos de servicio (modalidades de atención).
 - Facturación de cada usuario en el mes.
 - Número de usuarios/as y relación de los mismos.
4. Con carácter semestral, la EGS debe hacer entrega de una Memoria de Actividades, cuyo contenido y formato se establece por la AP. al inicio del contrato.
5. Contar con una plantilla suficiente para atender a las personas usuarias correctamente, siempre en crecimiento proporcional al incremento de beneficiarios, para así satisfacer adecuadamente la prestación del servicio que se demanda.
6. Prestar el servicio con la frecuencia convenida y garantizar a las personas usuarias del mismo el derecho a utilizarlo en las condiciones establecidas.
7. Cuidar del buen orden del servicio
8. Prohibir a sus trabajadores el recibo de cualquier gratificación o contraprestación económica por parte de los usuarios/as.
9. Plan anual retribuido de formación al personal, con un mínimo de 20 horas anuales de formación.
10. Tener contratada al comenzar la prestación de los servicios una póliza de seguro de responsabilidad civil y daños a terceros con una compañía aseguradora legalmente constituida, notificándolo por escrito al AP.
11. Además:
 - Colaboración con el AP en los controles y auditorías que pudieran realizarse.
 - Devolución al AP o destrucción de los soportes que contengan datos provenientes del fichero una vez finalizada la prestación.

6.3.- Cartas de Servicio, sugerencias y reclamaciones

La AP. debe dirigir, gestionar y evaluar los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) y, además, debe elaborar informaciones claras, en soportes y lugares accesibles para los usuarios y sus familiares

La Carta de Servicio es un documento, en forma de folleto o tríptico, de carácter informativo y de compromiso ante el cliente, donde se describen, entre otras cuestiones, la normativa reguladora, los servicios, los compromisos, los indicadores de calidad, los derechos y los deberes de los usuarios

La AP. debe contar con un Sistema de Sugerencias y Reclamaciones, a través del cual la ciudadanía e instituciones públicas o privadas puedan ejercer su derecho a presentar sugerencias relativas a la creación, ampliación o mejora de los servicios prestados por la AP. y reclamaciones por tardanzas, desatenciones, incidencias o cualquier otra anomalía en su funcionamiento.

6.4.- Satisfacción del usuario e indicadores de Calidad

Se debe, realizar de forma periódica por parte de la EGS y de la AP. encuestas de satisfacción a los usuarios del SAD, a fin de conocer su opinión y grado de satisfacción con el servicio recibido.

La EGS y la AP. pueden mejorar la calidad del SAD de forma permanente, a través de las siguientes medidas que se citan a modo de ejemplo, y evaluar las mejoras a través de los indicadores que se detallan para cada medida:

1. Con carácter excepcional, las personas mayores de 80 años en cualquier tipo de circunstancias, podrán tramitar el acceso al SAD de manera telefónica al igual que las personas con edades comprendidas entre los 65 y los 79 años que vivan solos.

Indicador asociado:

- 1.1. Número de personas que, cumpliendo los requisitos establecidos, tramitan a acceso al SAD.

2. El servicio se prestará, con personal cualificado.

Indicador asociado:

- 2.1. Porcentaje de personal cualificado sobre el total de la plantilla.

3. Estará garantizada la continuidad a todos los usuarios en la prestación del servicio en el tiempo. Éste no se suspenderá salvo deseo expreso del usuario, baja en el padrón municipal o cambio en las condiciones que motivaron la concesión del Servicio.

Indicador asociado:

3.1. Porcentaje de bajas justificadas.

4. Siempre que el caso se considere prioritario por parte del personal de la EGS, el acceso al SAD se hará en menos de 72 horas.

Indicador asociado:

4.1. Porcentaje de incorporaciones prioritarias que se realizan en menos de 72 horas.

5. El correcto funcionamiento del Servicio se comprobará cada 15 días telefónica o presencialmente.

Indicadores asociados:

5.1. Porcentaje de comprobaciones efectuadas cada 15 días.

6. Para garantizar la seguridad y la tranquilidad de los usuarios/as, los trabajadores del SAD que acudan al domicilio, estarán perfectamente identificados, portando el logotipo de la EP, en lugar bien visible.

Indicadores asociados:

6.1. Porcentaje de trabajadores correctamente identificados.

7. Todo el personal que presta el servicio, atenderá a los usuarios con un trato amable y respetuoso. El 95% de los usuarios valorará la satisfacción con el trato recibido con una puntuación igual a 8 o superior (en una escala de 0 a 10).

Indicadores asociados:

7.1. Porcentaje de usuarios que puntúa el servicio como 8 o superior en trato recibido.

8. El Servicio de Ayuda a Domicilio se prestará de tal forma que el 95% de los usuarios lo valoren con una puntuación de 8 o superior (en una escala de 0 a 10) y que el 95% lo considere recomendable para otras personas.

Indicador asociado:

8.1. Porcentaje de usuarios que valora el servicio como 8 o superior en satisfacción global.

8.2. Porcentaje de usuarios que considera recomendable el servicio para personas en similares circunstancias a las suyas.

9. Las sugerencias y reclamaciones presentadas por los usuarios del SAD en relación a los servicios prestados serán contestadas de forma adecuada y

con la mayor celeridad posible y, a partir de ellas, se pondrán en marcha acciones de mejora del Servicio. El 100% de las sugerencias y reclamaciones tramitadas se contestarán en menos de dos meses.

Indicador asociado:

- 9.1. Sugerencias y reclamaciones tramitadas anualmente en relación a los servicios prestados.
- 9.2. Porcentaje de sugerencias y reclamaciones contestadas en 15 días o menos
- 9.3. Porcentaje de sugerencias y reclamaciones contestadas entre 16 días y 2 meses.

6.5. Evaluación del Servicio

Además de los citados Indicadores de Calidad, en la Evaluación del Servicio se pueden incluir por cada proyecto como mínimo y a modo de ejemplo, los datos que seguidamente se señalan, acompañados de un resumen de los datos globales más significativos.

a) Breve descripción y enumeración de las actividades realizadas por/desde la AP. O la EGS relativa a:

- Difusión del proyecto
- Captación de usuarios
- Reuniones de coordinación interna y externa
- Formación del personal
- Seguimiento de usuarios
- Otras

b) Solicitudes de servicio recibidas:

- Número de solicitudes recibidas de:
 - Personas mayores
 - Personas con Discapacidad
 - Otros
- Número de órdenes de alta remitidas a la EGS y usuarios que comprenden.

c) Gestión del servicio:

Usuarios:

- Número total de personas atendidas:
- Número total de usuarios que han causado baja definitiva:
- Motivos de las bajas definitivas:
 - Número total de usuarios en activo y en suspensión temporal el último día del período

6.5.1.- Otras actuaciones en la Evaluación del Servicio

La A.P. o la EGS. a través de su personal técnico, debería además, realizar estudios de evaluación ad hoc, con objeto de verificar la calidad del servicio.

Si de las evaluaciones se derivasen oportunidades de mejora, las posibilidades de su aplicación serían objeto de análisis y negociación con la EGS.

Estas medidas se deberían realizar con independencia de las inspecciones y controles de calidad derivados de la facultad de la AP. para verificar el cumplimiento de las disposiciones y normas reglamentarias para la organización y prestación del servicio.

7. Documentos de referencia

Estos documentos han sido manejados para la elaboración de la presente Guía y pueden ser consultados por el lector en las siguientes direcciones de Internet.

Documento propuesta “Programa Iberoamericano sobre la situación de los adultos mayores en la región”http://www.oiss.org/IMG/pdf/ADULTOS_MAYORES_documento_aprobado_XXI_CUMBRE-2.pdf

- AENOR. Norma UNE 158301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos. Año 2007.
[http://www.aenor.es/DOCUMENTOS/NORMALIZACION/NORMASNACIONALES/EXTRACTOS/\(EX\)UNE_158301=2007.pdf](http://www.aenor.es/DOCUMENTOS/NORMALIZACION/NORMASNACIONALES/EXTRACTOS/(EX)UNE_158301=2007.pdf)
- ASADE-Propuesta del sistema de acreditación del servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Año 2008.
http://www.diversas.ccoo.es/comunes/recursos/20/doc17703_PROYECTO_DE_MEJORA_DEL_SERVICIO_DE_APOYO_A_DOMICILIO_12-06-09.pdf
- Deloitte. Perspectiva de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de atención a domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes. Año 2008.
http://www.inforesidencias.com/docs/deloitte_sad_2008.pdf
- Edad y Vida. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Año 2007
http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/Libro_SAD_EdadVida.pdf
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). 100 Recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio. Grupo de Trabajo de Calidad. Año 2007.
<http://www.google.es>



Guía elaborada por:

Instituciones que participan en Programa Iberoamericano de Cooperación:

Argentina



Chile



Brasil



Brasil



Ecuador



España



México



Paraguay



Uruguay



Con el apoyo de:

