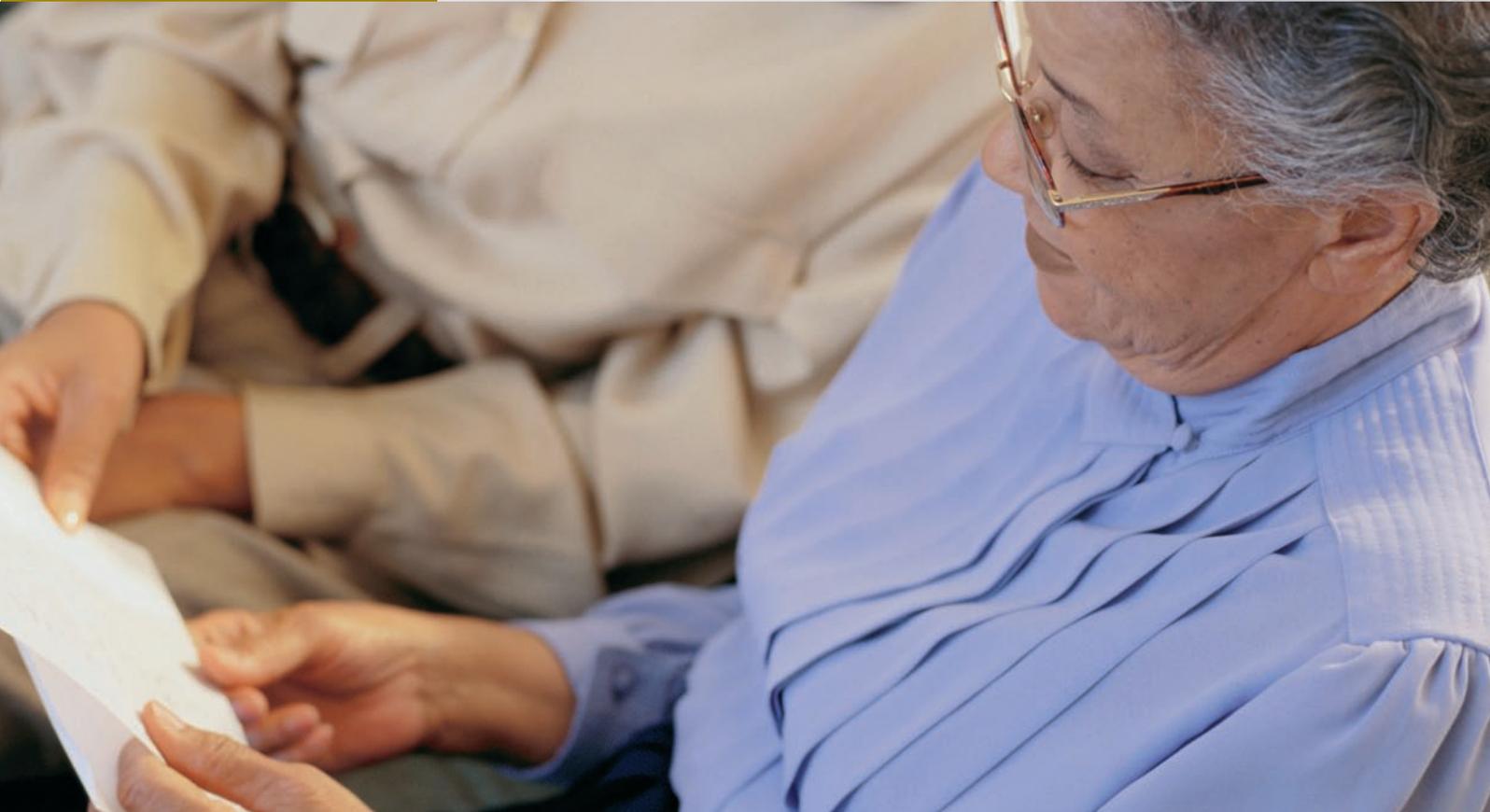




Fundación
Edad & Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio



Realizado por:
Antares Consulting

Febrero 2007

Patrocinadores





Principales conclusiones del estudio

El modelo de Servicio de Atención a Domicilio propuesto por el Instituto Edad & Vida es un **modelo de atención integral sociosanitaria** a las personas mayores en situación de dependencia, que cubre por lo tanto las necesidades tanto de carácter social como sanitario, incluyendo servicios que van desde la prevención a la atención y la rehabilitación, con el objetivo último de fomentar la **permanencia de la persona en su entorno** y mantener su red natural de apoyo.

El modelo tiene como eje la **libertad de elección** del usuario en cuanto al proveedor del servicio, el cual debe ser acreditado y certificado en calidad. Esto último, así como la regulación de los profesionales prestadores, busca la **profesionalización del sector**. Asimismo, el modelo fomenta la corresponsabilización de los usuarios en la **sostenibilidad** del sistema mediante su participación en la financiación de los servicios.

Finalmente, las **Administraciones Públicas** juegan un papel clave **como garantes** de la provisión del servicio. A nivel de regulación, el modelo considera necesario el establecimiento de un **marco básico estatal** que defina las características básicas y comunes que después desarrollarán la Comunidades Autónomas y los Servicios Municipales.

Realizado por:

Antares Consulting con la coordinación de la **Comisión de Servicios de Ayuda a Domicilio de Edad&Vida**



Fundación

Edad & Vida

8

Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio



Realizado por
Antares Consulting
Febrero 2007

Edad & Vida



Presentación del estudio

La Fundación Edad&Vida, Instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexión sobre aquellos temas en que se puedan proponer acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El Instituto, promovido por un grupo de empresas procedentes de diferentes sectores de la economía productiva y con socios colaboradores como Universidades, Centros de Investigación y Formación y organizaciones de mayores, es un catalizador, tanto de las inquietudes de la sociedad civil como de las del mundo empresarial, y quiere colaborar estrechamente con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz a los retos de una población envejecida.

Con el objetivo de identificar los problemas y necesidades asociados a las personas mayores y ser interlocutores con los poderes públicos para el diseño de soluciones y estrategias que hagan frente a los retos y oportunidades de una población cada vez más envejecida, Edad&Vida potencia las iniciativas de generación de conocimiento que promuevan la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia dispondremos de un Estado de Bienestar más consolidado. Esta Ley debería permitir el desarrollo de unos servicios a las personas en situación de dependencia en un marco de mayor eficacia, cohesión social y sostenibilidad en el tiempo.

La colaboración entre el sector público y privado es, a nuestro juicio, un elemento clave, ya que el sector necesita grandes inversiones para aumentar las prestaciones y la calidad de las mismas. Todos los agentes implicados debemos ser conscientes de que tenemos que aprovechar esta gran oportunidad para transformar un sector tradicionalmente ligado a la beneficencia, en un sector profesionalizado, que contribuya al crecimiento económico del país y a la creación de puestos de trabajo estables, dignos y reconocidos.

Por otro lado, según el estudio de Edad&Vida “Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España”, más del 78% de los mayores de 55 años afirma que, en un futuro, preferirían permanecer en su vivienda habitual y recibir allí asistencia domiciliarias.

Es por ello que, ante la creciente demanda de estos servicios y ante la aprobación del nuevo marco legislativo, creímos conveniente analizar la situación actual de los Servicios de Ayuda a Domicilio en nuestro país, realizar una revisión internacional e identificar modelos de referencia, determinar la demanda futura y el perfil de usuario del servicio de ayuda a domicilio y definir el modelo conceptual de este servicio que, desde nuestro Instituto, creemos que debería desarrollarse.

El modelo de servicio de atención a domicilio propuesto por el Instituto Edad&Vida es un modelo de atención integral socio-sanitaria a las personas mayores en situación de dependencia. Pensamos que las prestaciones deberían cubrir las necesidades tanto de carácter social como sanitario, desde la prevención a la atención y la rehabilitación, con el objetivo último de fomentar la permanencia de la persona en su entorno y mantener su red natural de apoyo.

La libertad de elección del proveedor del servicio por parte del usuario es un eje del modelo propuesto, siempre que el proveedor sea acreditado para ofrecer las prestaciones de forma integral y una entidad independiente certifique su calidad. Asimismo, debería haber una mejor regulación de los profesionales prestadores, con el objetivo de fomentar la profesionalización del sector, con mano de obra motivada y formada.

Por otro lado, el modelo fomenta la corresponsabilización de los usuarios en la sostenibilidad del sistema mediante su participación en la financiación de los servicios.

Finalmente, las Administraciones Públicas juegan un papel clave como garantes de la provisión del servicio. A nivel de regulación, el modelo considera necesario el establecimiento de un marco básico estatal que defina las características básicas y comunes que después desarrollarán la Comunidades Autónomas y los Servicios Municipales.



Quiero agradecer a los miembros de la Comisión de Servicios de Ayuda a Domicilio de la Fundación su implicación en la coordinación del estudio, sin la cual este no habría sido posible.

También quisiera felicitar al equipo investigador, dirigido por la Sra. Montserrat Cervera, que ha desarrollado un gran trabajo que ha respondido gratamente a nuestras expectativas.

Desde Edad&Vida seguiremos impulsando la reflexión sobre aquellos elementos que inciden de forma significativa en la calidad de vida de nuestros mayores.

Higinio Raventós
Presidente de Edad&Vida



Desde Eulen Servicios Sociosanitarios, nos complace presentar el nuevo libro de Edad&Vida sobre el "Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio".

Grupo Eulen inicia la prestación de servicios sociales en el año 1986 con el objetivo de prestar atención y desarrollar servicios dirigidos a los colectivos más frágiles y necesitados de nuestra sociedad. La cobertura actual se ha ampliado a los servicios sociosanitarios, dirigidos a las personas que de alguna manera precisan ayuda y/o atención. La sociedad está cada día más sensibilizada con esta problemática y Eulen viene dando respuesta a estas necesidades mediante el desarrollo de un amplio programa asistencial, cuyo principal objetivo es la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

Es por ello que nuestra organización, miembro promotor de la Fundación Edad&Vida, decidió apoyar al Instituto en la elaboración y financiación de este estudio, en este momento histórico en que disponemos de un nuevo marco legal en que se podrán desarrollar estos servicios ofreciendo seguridad y estabilidad tanto a proveedores como a los beneficiarios del nuevo Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Teniendo en cuenta este nuevo marco y las preferencias de los mayores a ser atendidos en su hogar, en un futuro muy cercano deberán aumentarse las coberturas en este servicio, como asimismo ampliar la gama de prestaciones que incluye. Es decir, en el nuevo modelo que proponemos las prestaciones deben ser globales, en el sentido que deben tener un triple carácter preventivo, asistencia y rehabilitador, y a su vez integrales, cubriendo necesidades tanto sociales como sanitarias.

Pensamos que el estudio es una valiosa aportación de cara a definir las características clave en cobertura, atención, organización y financiación de este servicio.

Además de Antares Consulting, que ha realizado un buen análisis de la situación actual en España, así como de experiencias internacionales de referencia, en el estudio han intervenido muchos profesionales integrantes de la Comisión de Servicios de Ayuda a Domicilio de Edad&Vida, que han contribuido a proponer un modelo de futuro ambicioso, que responde a las necesidades de los mayores que quieren ser atendidos en su entorno por servicios profesionales y con los niveles de calidad que merecen.

María Jesús San Pablo

Directora Nacional Adjunta de Eulen Servicios Sociosanitarios





Mapfre Quavitae nace como empresa especializada en el cuidado de las personas mayores, abarcando en la actualidad una gran variedad de servicios de atención integral, tanto dentro como fuera del domicilio. Actualmente contamos con presencia en todo el Estado, siendo una de las Compañías de referencia en la atención socio sanitaria integral. Nuestro principal objetivo es cuidar a personas mayores y dependientes, siendo nuestro compromiso la creación y mantenimiento de la calidad de vida de estos colectivos.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia nos permitirá mejorar la atención y calidad de vida de las personas dependientes.

El análisis de la situación actual de los Servicios de Ayuda a Domicilio, culmina con la presentación de este estudio en el que se refleja la importancia de la atención en el propio domicilio, teniendo en cuenta la elección del usuario de mantenerse en su entorno y sus necesidades.

Destacamos en el estudio los objetivos del nuevo modelo de SAD:

- Mejora de la calidad de vida del usuario,
- Promoción de la permanencia del mismo en su entorno, prevención y fomento de la autonomía personal.
- Apoyo al cuidador informal.

La sostenibilidad de este nuevo sistema, se basa en su efectividad, y adecuación a las necesidades reales y la eficiencia gracias a una utilización racional de los recursos disponibles.

Es característica básica del modelo, la Universalidad en el acceso al mismo, el criterio del acceso determinado por su grado de necesidad o dependencia teniendo en cuenta su capacidad funcional y las características del entorno familiar y social. Por su parte, las Administraciones Públicas deberán garantizar una suficiente oferta en el mercado, para asegurar la equidad en el acceso al sistema.

Basado en la libre elección del usuario, permite acceder a la globalidad de los servicios, en el que a través de proveedores privados, que de forma integral, responderán a todas las necesidades. Estos proveedores serán acreditados de forma global por un Organismo Público, considerando imprescindible la Certificación de Calidad.

La integración entre los actores sociales y sanitarios, permite una puerta única de entrada a los servicios de Ayuda a Domiciliaria con independencia del origen de la necesidad ya sea social o sanitaria.

La participación del usuario en la financiación del servicio potencia la corresponsabilidad y asegura la financiación del mismo.

Esperamos que este estudio ayude a comprender los retos futuros que la Atención Domiciliaria debe de acometer.

José Luis Sánchez Báscones
Consejero Delegado Mapfre Quavitae





El presente estudio ha sido impulsado por el Instituto Edad & Vida con el objetivo de definir su posicionamiento con respecto al futuro modelo del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en España.

El documento final recoge múltiples recomendaciones dirigidas a establecer las bases de un SAD renovado y orientado a la excelencia en la prestación del servicio a los ciudadanos. Entre otras recomendaciones, en algunos casos necesarias para la viabilidad sostenible del servicio, destacan:

- la homogeneidad del servicio para todos los ciudadanos del territorio español con el respeto específico a las competencias autonómicas en materias sociales;
- la universalidad del servicio aplicable a todos los ciudadanos con necesidades;
- la libertad individual de elección del proveedor;
- y finalmente, en materia económica, la adecuada valoración y su correspondiente reconocimiento económico por un servicio profesional creciente y de calidad.

Esta serie de recomendaciones pretende principalmente sentar las bases de un modelo futuro para el SAD que permita atender las necesidades de las personas en su ámbito domiciliario con profesionales debidamente cualificados y con un nivel de servicios propio del siglo XXI en Europa.

El Grupo SAR ha considerado muy oportuno participar activamente en la preparación y elaboración del presente estudio, ya que España constituye uno de los países de la OCDE en el que la atención domiciliaria tiene todavía que desarrollarse con una visión profesional e integrada en el sistema de cobertura social y, además, con la reciente aprobación de Ley de la Dependencia, la atención domiciliaria va a constituir uno de los pilares asistenciales básicos del desarrollo de dicha ley.

Esperamos que estudio Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio permita comprender tanto a los profesionales como al público general dónde estamos hoy y hacia dónde debemos dirigirnos. El SAD formará parte integral de una cartera de servicios que desarrolle una política social activa en el ámbito de la dependencia, y al erigirse como uno de sus pilares fundamentales, debe ser considerado desde hoy mismo en toda su extensión como un servicio de calidad, sostenible, eficaz y eficiente orientado al ciudadano usuario.

Jorge Guarner
Consejero-Director General de SAR



Índice

I. Introducción	13
1.1 Contexto y objetivos	13
II. Análisis de la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio en España	15
1 Objetivos específicos	15
2 Metodología	15
2.1 Segmentación realizada	15
2.2 Elementos clave para el análisis	16
2.3 Fuentes de información	17
2.4 Precauciones	17
3 Análisis del SAD en 5 ciudades	18
3.1 El SAD en Madrid	18
3.2 El SAD en Barcelona	26
3.3 El SAD en Valencia	35
3.4 El SAD en Zaragoza	42
3.5 El SAD en Málaga	48
4. Análisis del SAD en 5 zonas	54
4.1 El SAD en Extremadura	54
4.2 El SAD en Castilla- León	60
4.3 El SAD en Guipúzcoa	68
4.4 El SAD en la Provincia de Barcelona	76
4.5 El SAD en la Comarca de Les Garrigues	82
5 Análisis de 3 iniciativas de interés	88
5.1 El cheque asistencial en Galicia	88
5.2 El PADES en Catalunya	93
5.3 El Programa “Rompiendo Distancias” de Asturias	96
6 Análisis de las encuestas a proveedores de SAD	97
6.1 Puntos fuertes y débiles del mercado actual de SAD	97
6.2 Retos de futuro	98

III. Modelos de referencia en el servicio de atención a domicilio en la experiencia internacional	99
1 Objetivos específicos	99
2 Análisis de los modelos internacionales	99
2.1 El SAD en FRANCIA: APA	99
2.2 El SAD en CANADÁ: PRISMA y SIPA	102
2.3 El SAD en EEUU: PACE y S/HMO	107
2.4 El SAD en AUSTRALIA: Los Servicios Hospitalarios a Domicilio	110
2.5 El SAD en DINAMARCA	111
IV. Conclusiones del análisis	115
1 Análisis nacional	115
2 Análisis internacional	119
3 Conclusiones generales	121
3.1 Análisis nacional	121
3.2 Análisis internacional	122
V. Recomendaciones del Instituto Edad & Vida	123
1 Características conceptuales	123
2 Definición del posicionamiento	123
2.1 Enfoque	123
2.2 Ejes del modelo de SAD	124
2.3 Características de la red de utilización pública	130
VI. Anexos	133
1 Glosario de términos y expresiones	133
2 Bibliografía	133



I. Introducción

1.1 Contexto y objetivos

Hoy en día, el Servicio de Ayuda a Domicilio¹, en España, está escasamente desarrollado pese a ser la alternativa a domicilio más utilizada y pese a responder adecuadamente a las preferencias de la población.

Los mayores prefieren quedarse en su casa a vivir con un familiar o en residencias. Más del 78% de los mayores de 55 años afirma que, en un futuro, escogería permanecer en su vivienda habitual y recibir allí asistencia domiciliaria, frente a otras posibilidades como residencias o vivir en casa de algún familiar².

Actualmente, más del 3% de las personas mayores de 65 años son usuarios del SAD y los indicadores apuntan al incremento de este servicio.

No obstante, el servicio de atención a domicilio se caracteriza por su amplia heterogeneidad y escasa profesionalización.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Instituto Edad & Vida se plantea la definición de su posicionamiento respecto al modelo futuro del servicio de ayuda a domicilio en España.

De manera previa a dicha definición, y con el objetivo de identificar los elementos clave para la conceptualización de un modelo de SAD, se ha realizado un análisis a nivel nacional e internacional del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Las conclusiones de dicho análisis servirán para establecer los ejes del modelo futuro de SAD así como para la definición del posicionamiento del Instituto Edad & Vida.

Así pues, el objetivo del presente documento es:

- Caracterizar el modelo actual del SAD en España.
- Realizar una revisión internacional e identificar modelos de referencia.
- Definir el posicionamiento del Instituto Edad & Vida respecto el modelo de futuro de SAD.

¹ En el resto del documento se utiliza el acrónimo SAD

² "Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España", Edad & Vida, Noviembre 2005.



II. Análisis de la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio en España

1 Objetivos específicos

La primera parte de este documento analiza la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio en España, mediante el estudio de la situación en distintos lugares del país, para:

- Caracterizar el modelo en cada ciudad o zona, incidiendo en sus aspectos clave.
- Detectar las diferencias y similitudes entre modelos.
- Destacar las especificidades de cada modelo, insistiendo en las ideas particulares que aporta.

Además, mediante el análisis de una encuesta cumplimentada por varios proveedores de SAD en España, se pretende:

- Conocer las características del mercado actual de SAD en España.

2 Metodología

2.1 Segmentación realizada

Se han seleccionado para el análisis 10 lugares de España: cinco ciudades y cinco zonas, todos considerados relevantes, por su nivel de implantación o su aportación particular.

Las ciudades seleccionadas son las cinco siguientes:

- Madrid.
- Barcelona.
- Valencia.
- Zaragoza.
- Málaga.

Las zonas seleccionadas son las cinco siguientes:

- Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Comunidad Autónoma de Castilla-León.
- Provincia de Guipúzcoa.
- Provincia de Barcelona.
- Comarca de Les Garrigues (Catalunya).

Además, en la realización del análisis anterior, se ha identificado en la bibliografía un conjunto de iniciativas que se han considerado de especial interés para la realización del presente estudio. Concretamente, se abordan las iniciativas siguientes:

- El Cheque Asistencial en Galicia.
- Los equipos PADES en Catalunya.
- El programa "Rompiendo Distancias" en Asturias.



El análisis anterior se ha complementado con el punto de vista de los proveedores de SAD en España respecto a la situación actual, habiéndose recogido a través de un conjunto de preguntas cualitativas planteadas en una encuesta. Concretamente, se ha recogido la visión de los proveedores respecto a los puntos siguientes:

- Puntos fuertes y débiles del mercado actual de SAD.
- Retos de futuro del SAD en España.

2.2 Elementos clave para el análisis

Para facilitar el análisis, así como la comparación entre los diferentes modelos, se han utilizado las siguientes variables para el estudio de los modelos:

2.2.1 Marco estratégico

El marco en el cual se desarrolla el modelo viene definido por los siguientes elementos:

- Principios básicos del modelo.
- Objetivos del modelo.

2.2.2 Caracterización de la demanda

La caracterización de la demanda se hará mediante el análisis de los siguientes aspectos:

- Perfil de la población objetivo y/o prioritaria.
- Necesidades de la población.
- Sistema de valoración de la dependencia.

2.2.3 Oferta de servicios

Para estudiar la oferta de servicios se tratarán los siguientes apartados:

- Naturaleza de las prestaciones.
- Criterios de acceso.
- Cartera de servicios.
- Intensidad y cobertura.

2.2.4 Modelo de producción

El modelo de producción se definirá por los siguientes elementos:

- Prescripción y seguimiento de la prestación.
- Características de la producción.
- Proveedores.
- Perfiles profesionales.
- Sistema de contratación.

2.2.5 Modelo organizativo

Es necesario tratar los siguientes aspectos para definir el modelo organizativo:

- Roles de los agentes participantes.
- Sistema de integración o coordinación entre los agentes participantes.
- Control de la prestación del servicio.
- Sistemas de información.
- Sistema de valoración de la calidad.

2.2.6 Financiación

Se tendrán en cuenta los siguientes datos respecto a la financiación:

- Magnitud del gasto público.
- Participación de los usuarios: sistemas de copago.

2.2.7 Marco legal

Se tomará como referencia la normativa vigente en cada caso:

- Normativa de referencia.

2.3 Fuentes de información

El análisis se ha realizado, esencialmente, mediante el análisis de fuentes secundarias y de estudios previos. Además de artículos en publicaciones del sector, se ha consultado normativa e información oficial de las distintas administraciones involucradas.

Para completar y contrastar esta información, se han realizado algunas entrevistas telefónicas informales a personas relacionadas con la gestión operativa del SAD.

En el apartado *Bibliografía* se puede consultar la relación de documentos consultados.

2.4 Precauciones

Los datos presentados en este estudio se han recabado directamente de las fuentes y deben tomarse con precaución, por la diversidad y la diferente naturaleza de las fuentes consultadas, por el desconocimiento de los criterios que cada una de ellas ha utilizado para la recogida y el tratamiento de los datos, y por la falta de un sistema unificado de recogida de datos. Esto dificulta, por lo tanto, la comparación entre territorios y la elaboración de conclusiones.

Asimismo, se ha analizado un número limitado de encuestas a proveedores y por tanto su análisis se ha centrado en las ideas aportadas más que en los datos concretos, por no ser éstos cuantitativamente representativos.



3 Análisis del SAD en 5 ciudades

Para comenzar el análisis de la situación actual del SAD, se han estudiado los servicios de ayuda a domicilio de cinco Ayuntamientos de grandes ciudades españolas como Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza y Málaga.

3.1 El SAD en Madrid

3.1.1 Marco estratégico

La prestación de SAD en Madrid se enmarca dentro de las políticas fijadas a nivel autonómico, respetando sus principios y objetivos.

3.1.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en la ciudad de Madrid son los siguientes:

- Carácter asistencial, preventivo y rehabilitador.
- Atención a los ciudadanos en función del tipo y el grado de necesidad.
- Gestión municipal y prestación privada.
- Copago del usuario.

3.1.1.2 Objetivos

El SAD en la ciudad de Madrid persigue los siguientes objetivos:

- Posibilitar la permanencia del usuario en su entorno.
- Potenciar la autonomía personal y la integración social, estimulando la adquisición de competencias personales.
- Apoyar la organización familiar.
- Evitar el deterioro de las condiciones de vida.
- Evitar el ingreso innecesario en centro residencial.

3.1.2 Caracterización de la demanda

3.1.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

El SAD del Ayuntamiento de Madrid es, en principio, un servicio de carácter general y comunitario, que no va dirigido únicamente a las personas mayores.

No obstante cabe destacar que el 94,2% de sus usuarios son personas mayores.

El perfil tipo corresponde a una mujer mayor de 80 años con dependencia leve, que vive sola o convive con otra persona en situación de dependencia, y con escaso apoyo familiar.

3.1.2.2 Necesidades de la población

Según una encuesta realizada por el Ayuntamiento de Madrid, para estudiar las necesidades de la población, las personas mayores esperan ayuda, principalmente, en las tareas domésticas.

3.1.3 Oferta de servicios

3.1.3.1 Naturaleza de las prestaciones

La oferta de servicios del SAD de Madrid, incluye esencialmente prestaciones en especie, aunque cabe destacar asimismo la existencia de un conjunto de prestaciones técnicas y económicas encaminadas a mejorar las condiciones del domicilio (camas articuladas y adaptaciones geriátricas).

También se conceden ayudas económicas por parte de la Comunidad Autónoma para apoyar a las familias cuidadoras.

3.1.3.2 Criterios de acceso

Los criterios de acceso dependen del servicio al que se desee acceder.

El único requisito que se repite para cada uno de los servicios es estar empadronado en Madrid.

No obstante, cabe destacar los siguientes factores que determinan el acceso:

- Las necesidades de atención.
- El grado de dependencia.
- El número de personas atendidas en cada domicilio.
- La utilización o no de otros servicios especializados.

3.1.3.3 Sistema de valoración de la dependencia

En aquellos servicios en los que se quiera medir el nivel de dependencia de la persona, éste se valora utilizando los siguientes instrumentos:

- La Escala de Barthel, para valorar la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- La Escala de Lawton, para valorar la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

3.1.3.4 Cartera de servicios

El SAD que se presta en Madrid, se compone de los siguientes servicios:

- Ayudas en especie:

Las prestaciones en especie del Ayuntamiento de Madrid son:

- Auxiliar domiciliario.
- Comidas a domicilio.
- Lavandería a domicilio.
- Teleasistencia.

En la tabla que aparece a continuación, se presentan las prestaciones en especie del Ayuntamiento de Madrid:



	Auxiliar Domiciliario	Comidas a domicilio	Lavandería a domicilio	Teleasistencia
Descripción	Se compone de dos tipos de prestaciones: - Atención personal: higiene personal, comida, toma de medicamentos prescritos, movilización dentro del hogar, acompañamiento fuera del hogar. - Atención doméstica: limpieza cotidiana de la vivienda, preparación de alimentos, lavado, planchado de la ropa, compras, reparación menor de utensilios domésticos.	Consiste en la distribución de raciones alimenticias equilibradas en el propio domicilio del mayor. La comida se distribuye por los domicilios dos días a la semana, previamente acordados con el usuario, los 365 días del año.	Consiste en la recogida, el lavado, el planchado y la entrega en el domicilio de ropa de hogar y personal con una periodicidad semanal o quincenal.	Es un dispositivo conectado a la red telefónica que permite la comunicación manos libres desde el domicilio, con una central que funciona 24 horas al día y 365 días al año.
Beneficiarios	Personas: - Desde 60 años con autonomía personal muy reducida. - Que carecen del apoyo necesario de familiares para las actividades de la vida diaria. - En situaciones puntuales de dificultad, convalecencias, ausencias temporales del cuidador habitual, etc.	- Personas mayores de 65 años que viven solas o que conviven con una persona en situación de dependencia. - Se prioriza el servicio para los mayores de 80 años que viven solos.		- Cualquier persona, mayor de 65 años y/o discapacitados (33% de discapacidad), que debido a su edad, estado de salud, soledad o aislamiento precisen de este servicio para garantizar su seguridad.
Requisitos específicos	- Permanecer en el domicilio mientras se presta servicio. - Facilitar el acceso al domicilio al auxiliar y al coordinador (trabajador social).	- Dependencia física que dificulte el acceso a la compra o la elaboración de los alimentos. - Condiciones de vivienda desfavorables para la preparación de comidas.	- No disponer de los medios necesarios (lavadora, plancha, espacio). - Preferentemente ser mayor de 65 años.	- Disponer de línea telefónica fija y en activo. - No padecer enfermedad o discapacidad que impida la utilización del dispositivo.
Importe	El importe varía en función de los ingresos del solicitante y para 2006, el precio del servicio varía de 0 a 6,72€ por hora de atención.	La aportación del usuario por comida va desde 0,50 por comida, para rentas mensuales inferiores a 224,61€, hasta 5€ por comida para las rentas superiores a 523,21€.	La aportación del usuario es de 1,20€ por lavado para usuarios con renta mensual per cápita superior a 375€.	- Para personas mayores de 80 años es gratis. - Para personas entre 65-79 años es gratis cuando no se supere la pensión máxima contributiva fijada en 2006 en 2.232,54 €/mes.

- Ayudas técnicas:

Dentro del SAD de Madrid se incluyen ayudas técnicas, encaminadas a la permanencia del individuo en su domicilio. Se componen de dos prestaciones:

- las camas articuladas.
- las adaptaciones geriátricas (y/o ayudas económicas para realizar las adaptaciones).

La tabla a continuación presenta las características de estas prestaciones:

	Camas articuladas	Adaptaciones geriátricas
Descripción	Para facilitar cambios posturales, aseo personal e ingesta de alimentos, y prevenir lesiones de columna, se proveen camas eléctricas, con colchón antiescaras, barandillas abatibles, incorporador de pacientes y altura variable.	Las adaptaciones geriátricas se componen de: - Prestaciones sociales de carácter económico para efectuar adaptaciones en las viviendas, modificando el entorno (adaptación de equipamientos constructivos), en cocina, baño y resto de la vivienda. - Suministro de ayudas técnicas (utensilios, dispositivos o equipamientos adaptados) para alimentación, aseo, vestido, uso del WC, subir escalones.... - También pueden ser instaladas con carácter temporal, para situaciones que aconsejan seguridad y atención inmediata (accidentes de circulación, de trabajo, embarazos de riesgo...).
Beneficiarios	Personas que deben permanecer temporalmente encamadas.	Personas mayores.
Importe	El servicio de camas articuladas es gratuito. Únicamente, se debe abonar una parte del coste de transporte a domicilio.	

- Ayudas económicas de la CAM a familias cuidadoras:

La Comunidad Autónoma de Madrid, a través de la Consejería de Asuntos Sociales, concede ayudas económicas a las familias que atienden en su domicilio a personas mayores en situación de dependencia.

A continuación se presentan las características de estas ayudas en la siguiente tabla:

	Ayudas económicas a familias cuidadoras
Descripción	Se trata de subvenciones para hacer frente a los gastos originados por la atención a la persona mayor. El importe anual de la ayuda en 2004 fue de 2.710€.
Beneficiarios	Personas que cuidan en su domicilio a familiares mayores de 65 años en situación de dependencia.
Requisitos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de edad. - Tener vínculos familiares con el mayor atendido. - Convivir permanentemente con el mayor. - No percibir retribución alguna por la atención prestada. - Ingresos per cápita anuales de la unidad de convivencia inferiores a 9.527,64€. - Dependencia grave para las actividades de la vida diaria de la persona mayor, según el baremo específico de valoración del grado de dependencia.



- Exclusiones:

En principio, se excluyen las prestaciones de tipo sanitario, a no ser que se establezcan por medio de acuerdos entre las autoridades competentes en materia de Sanidad y de Servicios Sociales. Como veremos más adelante, esto ocurre en el marco del programa de coordinación socio-sanitaria que se inició a finales de 2005.

3.1.3.5 Precios de los servicios

El precio hora abonado por el Ayuntamiento a las entidades proveedoras de SAD, fue en 2005, de entre 13 € y 14,14 € en días laborables, y de entre 16,25 € y 17,68 € en festivos.

En el caso concreto del servicio "Auxiliar a Domicilio", los precios que abona el Ayuntamiento son los siguientes:

- Hora laborable: 13,60 €.
- Hora festiva: 17,00 €.

Es importante aclarar que se trata de precios de compra, siendo una parte o la totalidad de estos importes sufragada por el usuario tal como se explica más adelante (en el apartado 3.1.6.2 Sistema de copago).

3.1.3.6 Intensidad y cobertura

Intensidad

La intensidad horaria del SAD en Madrid en 2005, fue de 18,9 horas al mes por domicilio.

Cabe destacar que está por encima de la media nacional que es de 17,4 horas mensuales por domicilio.

Respecto a dicha intensidad hay que tener en cuenta los aspectos siguientes:

- El SAD de Madrid funciona 365 días al año.
- El tiempo máximo de atención es 2 horas diarias, ó 60 mensuales.
- El tiempo mínimo de atención es de 2 horas semanales y con servicios mínimos de 1 hora.
- Hay actividades con horarios fijados por el Ayuntamiento (comida, levantar y acostar) pero el resto dependen de la empresa que realice la tarea en cada zona.
- Durante las vacaciones sólo se mantiene el servicio a personas autónomas, el resto deben recurrir a otras fórmulas como las plazas residenciales temporales.

Cobertura

El índice de cobertura del SAD para las personas mayores de 65 años fue, en 2005, del 6,05%. El índice de cobertura del servicio de Telesistencia, que se calcula aparte, fue de 11,4%.

El índice de cobertura en Madrid está por encima de la media nacional que es del 3,14%.

La prestación de este servicio está determinada por la disponibilidad presupuestaria existente en cada Distrito. En el supuesto de crédito insuficiente puede derivar en lista de espera.

Actualmente, no hay lista de espera para atenciones personales pero sí para ayuda doméstica y es considerable en ciertos distritos de Madrid.

El número de usuarios para cada uno de los servicios, en el año 2005, fue el siguiente:

Prestaciones	Número de usuarios 2005
Auxiliar domiciliario	35.943
Comidas a domicilio	1.083
Lavandería a domicilio	286
Teleasistencia	67.201
Camas articuladas	233
Adaptaciones geriátricas	1.369
Ayudas económicas	N/D

3.1.4 Modelo de producción

3.1.4.1 Prescripción y seguimiento

Los trabajadores sociales de zona, en situación de dependencia de la Unidad de Servicios Sociales de la Junta Municipal de Distrito, realizan la valoración del caso, tras la preceptiva visita domiciliaria.

Entonces, preparan el Diseño de Intervención Social, asignando prestaciones y periodicidad, y son los trabajadores sociales responsables de la coordinación del SAD, los que dan la orden de alta a la empresa adjudicataria.

Los trabajadores sociales de zona también son responsables de la evaluación continuada del servicio.

3.1.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

Se trata de una producción externalizada a través de diversas entidades que varían en función del servicio y del distrito.

Sistema de contratación

La contratación se realiza mediante concurso público, en el que las condiciones de adjudicación son las presentes en los pliegos de condiciones administrativas y técnicas.

Proveedores

Más de una decena de empresas prestan SAD, actualmente, en la ciudad de Madrid:

Prestaciones	Entidades prestadoras
Auxiliar a domicilio	ASISPA, CANDELITA, EULEN SERVICIOS SOCIALES, MAPFRE-QUAVITAE, SERVIRECORD, TOMILLO-VILLAVERDE, CLECE
Comidas a domicilio	UCALSA
Lavandería a domicilio	ORCASAN
Teleasistencia	ASISPA, EULEN, QUAVITAE, UTE MAPFRE- IBERO ASISTENCIA ORO

Perfiles profesionales

La prestación directa del SAD, por parte del adjudicatario, la realizan los siguientes profesionales:



- Auxiliar domiciliario: mujeres de alrededor de 40 años (50% son inmigrantes), con escasa formación y poca vocación, y con baja consideración profesional por la no regulación de estudios específicos.
- Trabajador Social: se exige desde el Ayuntamiento que exista un coordinador, diplomado en Trabajo Social por cada 150 domicilios. Se aceptan otras titulaciones diferentes, pero con una experiencia mínima de 4 años en las funciones del trabajador social.
- Otros trabajadores: completan los equipos de trabajo ayudantes de coordinación y administrativos.

3.1.5 Modelo organizativo

3.1.5.1 Roles de los agentes participantes

Ayuntamiento:

El Ayuntamiento es responsable de la valoración, la prescripción, la coordinación y el seguimiento a través de distintos actores:

- Unidad de Servicios Sociales de la Junta Municipal de Distrito: ésta es la canalizadora de la relación Ayuntamiento- Entidad adjudicataria, comunicándole a esta última las altas, incluyendo personas beneficiarias del servicio, horas y periodicidad, prestaciones específicas, cuantía que aporta cada usuario.
- Trabajador Social de zona: valoración, propuesta de prescripción (Diseño de Intervención Social) y evaluación continua.
- Trabajador Social coordinador del SAD: órdenes de alta, coordinación de las zonas.

Entidad Adjudicataria:

La entidad adjudicataria es la encargada de la prestación del servicio, siguiendo las órdenes del Ayuntamiento. Debe realizar el nombramiento del personal, la atención directa y la coordinación de los auxiliares domiciliarios.

- Los Auxiliares domiciliarios (uno por cada 4 domicilios) realizan la prestación directa del servicio. Tienen una limitación en sus tareas que consiste en que no deben hacer curas ni administrar medicación.
- Los Coordinadores (uno por cada 150 domicilios) se encargan de la asignación del personal adecuado, la dirección y el control de las actividades de los auxiliares domiciliarios del distrito, de garantizar la coordinación de otras prestaciones de la misma entidad, de la información constante a los responsables municipales con reuniones semanales.

El Tercer Sector:

El voluntariado, con grandes ONG's y pequeños grupos de jóvenes colaboran en el SAD, a través de programas y subvenciones, en labores complementarias y en ningún caso asumiendo responsabilidades de cuidado personal.

Cabe destacar el papel del voluntariado en el Programa "Vive y Convive" (de Caixa Catalunya) en el que una persona mayor relativamente autónoma, presta una habitación de su domicilio a un estudiante que se compromete a hacerle compañía, sobre todo por las noches.

3.1.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

Hasta finales de 2005, el SAD de Madrid dependía totalmente del área social.

Desde 2004, se viene trabajando en un programa de coordinación socio-sanitaria entre los Servicios Sociales Municipales, a través de los distritos, y los Sanitarios, a través de los Centros adscritos al Servicio Madrileño de Salud, Centros de Atención Primaria y Hospitales.

Actualmente, este programa se encuentra dando sus primeros pasos, habiéndose acordado un Protocolo de Colaboración, y determinado la población diana, las actividades a llevar a cabo de forma conjunta, el método de trabajo y de seguimiento.

La población objetivo definida para el inicio de este programa de coordinación es la compuesta por personas residentes en 7

áreas concretas de Madrid, mayores de 75 años que padecen patología crónica invalidante de la que se deriva la dependencia funcional transitoria o permanente, y que preferiblemente, no tengan apoyo familiar, ni una vivienda en buenas condiciones.

Se busca la coordinación interprofesional y el trabajo en equipo funcional, determinando objetivos iguales y un mismo perfil de población objetivo, estableciendo un sistema de apoyos y recursos integrales aportados por ambos sistemas.

3.1.5.3 Control de la prestación del servicio

Los técnicos municipales, comprueban la materialización y calidad de los servicios prestados, con un mínimo de dos visitas domiciliarias anuales, y reuniéndose las veces necesarias con la entidad adjudicataria.

Valoración de la calidad

Sólo existe un sistema de valoración de la calidad para el servicio de Teleasistencia.

Se trata de un sistema específico cuyos parámetros se basan en indicadores de número de llamadas y de tiempo de atención, recepción e instalación, así como en los resultados de encuestas de satisfacción de los usuarios.

3.1.6 Financiación

3.1.6.1 Gasto Público

El presupuesto del Ayuntamiento de Madrid para el SAD, en el año 2005, es el siguiente:

	Auxiliar Domiciliario	Comidas a domicilio	Lavandería a domicilio	Teleasistencia
Presupuesto	64.150.554€	780.179,24€	194.613€	13.274.689€
Aportación del Ayuntamiento	93,36%	53,17%	98,38%	N/D
Aportación del usuario	6,64%	46,83%	1,62%	N/D
Número de usuarios	35.943	1.083	286	67.201

3.1.6.2 Participación del usuario: sistema de Copago

El nivel de participación del usuario en cada servicio depende del nivel de renta, teniendo en cuenta los ingresos, corrigiendo en función de los miembros de la unidad convivencial.

Los tramos de pago son distintos según el servicio al que se desea acceder pero van desde la gratuidad total hasta un máximo de 8,69 € por hora.

En el cuadro presente en el apartado anterior, se observan los porcentajes de participación de los usuarios en la financiación de las distintas prestaciones.

3.1.7 Marco legal

- Ley 1/2003 de 27 marzo 2003. BOE Núm. 157 de 2 julio 2003.
- Ley 11/2003, de 27 de Marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- 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.



3.1.8 Cuadro resumen SAD en Madrid

Características	SAD en Madrid
Principios	Asistencialidad, prevención y rehabilitación. Atención a los ciudadanos en función del grado de necesidad.
Objetivos	Permanencia del usuario en su medio, evitando institucionalizaciones, buscando fomento de la autonomía personal y el apoyo familiar.
Demanda	Servicio comunitario, siendo los mayores la práctica totalidad de los usuarios.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica.
Acceso a los servicios	En base al grado de necesidad.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros de Servicios Sociales, realizándose un Diseño de Intervención Social individualizado. Externalización de la producción en función del servicio y del distrito.
Modelo organizativo	Actualmente, coordinación entre los agentes sociales. Se trabaja en la implantación de un sistema de coordinación socio-sanitaria, mediante la determinación conjunta de objetivos, el trabajo en equipo funcional y la puesta en común de recursos.
Participación del usuario	Copago en función del nivel de renta de la unidad convivencial.
Precios/hora	Entre 13€ y 14,14€
Intensidad horaria media mensual por domicilio	18,9 horas
Cobertura	6,05%

3.2 El SAD en Barcelona

3.2.1 Marco estratégico

3.2.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en la ciudad de Barcelona son los siguientes:

- Coordinación entre los agentes sociales.
- Objetivo de coordinación o integración socio-sanitaria.

3.2.1.2 Objetivos

El SAD del Ayuntamiento de Barcelona persigue los siguientes objetivos:

- Mantener a las personas en su medio.
- Mejorar condiciones de vida.
- Evitando o retardando así ingresos en centros residenciales.
- Apoyar especialmente a aquellos que tienen a su cargo a personas en situación de dependencia.

3.2.2 Caracterización de la demanda

3.2.2.1 Perfil población objetivo y/o prioritaria

La población objetivo son las personas o familias en situación de falta de autonomía, incluyendo en esta definición a discapacitados y personas mayores en situación de dependencia, y además, a sus cuidadores.

Los usuarios esenciales de los servicios son los mayores que viven solos y con pérdida importante de autonomía, y por tanto en situación de dependencia.

3.2.2.2 Necesidades

El SAD pretende cubrir la necesidad de ayuda en las tareas de la vida cotidiana.

3.2.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

En general, para valorar el nivel de dependencia de los mayores susceptibles de recibir ayudas sociales, se utiliza el baremo elaborado por el ICASS (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales) en la Orden BEF 468/2003.

3.2.3 Oferta de servicios

3.2.3.1 Naturaleza de los servicios

El SAD de Barcelona se compone de diversos servicios en especie, aunque también se prestan servicios técnicos como el mantenimiento del hogar y las reformas en los alojamientos.

A nivel autonómico, se conceden ayudas económicas para adaptación de viviendas y apoyo a discapacitados y personas mayores con dependencia.

3.2.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios del SAD en Barcelona son las personas o familias que están en situación de falta de autonomía personal, temporal o permanente para poder realizar las tareas habituales de la vida cotidiana.

Requisitos

Aunque en general, aparte de estar empadronado en Barcelona, se exige únicamente tener 65 años o más, los criterios varían en función del servicio al cual se pretende acceder, siendo en algunos casos, necesario que exista dependencia o falta de autonomía.

3.2.3.3 Cartera de servicios

El SAD del Ayuntamiento de Barcelona, se compone de diversos servicios, que se explican a continuación como ayudas en especie, ayudas técnicas y ayudas económicas:

- Ayudas en especie:

- Ayuda personal.
- Limpieza a domicilio.
- Comidas a domicilio.
- Lavandería a domicilio.
- Alarma telefónica (teleasistencia).

A continuación, se presentan en una tabla, las prestaciones en especie del Ayuntamiento de Barcelona:



	Ayuda personal	Limpieza a domicilio	Comidas a domicilio	Lavandería a domicilio	Teleasistencia "Alarma telefónica"
Descripción	<p>Es un servicio que incluye las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene y cuidado personal. - Ayuda físico- motora. - Cuidar y controlar la alimentación. - Cuidar de la salud y controlar la medicación. - Cuidar del hogar y apoyar a la organización doméstica y aprendizaje de hábitos. - Observar, detectar e informar de situaciones de riesgo así como de cambios en la situación del usuario que afecten a sus necesidades. - Mantener el orden y la limpieza - Apoyar en la realización de compras domésticas. - Acompañar fuera del hogar para facilitar la relación con el exterior (visitas médicas, actividades de tiempo libre,...). - Realización de gestiones en organismos oficiales. 	<p>Se trata de una limpieza de choque o periódica en el domicilio de las personas mayores para mantener en condiciones de orden e higiene el hogar del usuario.</p>	<p>Se proporciona diariamente, en el domicilio, una comida caliente, completa y equilibrada.</p>	<p>Se trata de la limpieza de la ropa de los usuarios, siempre que esto sea más rentable que la instalación de una lavadora en el domicilio.</p>	<p>Para contribuir a la seguridad en casa de las personas mayores, éstas pueden disponer, en su casa, de un aparato telefónico conectado a una central de recepción de señales de emergencia que permite obtener ayuda inmediata y específica.</p>
Requisitos específicos			<p>Personas de 65 años o más con recursos económicos insuficientes que no pueden ser atendidas por sus familias y que no pueden desplazarse a un comedor.</p>		

- Ayudas técnicas:

Dentro de las ayudas técnicas que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona, encontramos dos prestaciones distintas:

- Reforma de viviendas
- Provisión del hogar.

El cuadro siguiente describe las prestaciones mencionadas:

	Reforma de viviendas	Provisión del hogar
Descripción	Servicio de adecuación de las condiciones básicas de habitabilidad en el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> - Supresión barreras arquitectónicas. - Renovación de sanitarios, del mobiliario deteriorado. - Acondicionamiento de instalaciones de agua electricidad. - Albañilería. - Cristalería. - Pintura. 	Servicio que consiste en la provisión de las herramientas necesarias para evitar el deterioro del hogar: <ul style="list-style-type: none"> - Compra de productos de limpieza. - Compra de pequeños electrodomésticos.
Requisitos específicos	Personas de 65 años o más: <ul style="list-style-type: none"> - Con falta de autonomía personal o social. - Discapacitados. - Con recursos económicos insuficientes. - Sin apoyo familiar suficiente. 	

- Ayudas económicas del ICASS:

A través del ICASS (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales), se conceden, a nivel autonómico, ayudas económicas de distinta índole:

- Ayudas económicas para adaptación de viviendas.
- Programa de ayudas de apoyo económico a personas mayores en situación de dependencia (*Viure en Família*).
- Programa de apoyo de autonomía en el hogar.

Las características principales de estas ayudas se presentan en una tabla a continuación:

	Adaptación de vivienda	Apoyo a personas mayores	Apoyo de autonomía con dependencia en el hogar
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación de la vivienda, mejorando movilidad. - Adquisición e instalación de aparatos para la mejora de la accesibilidad. 	Dentro del Programa Viure en Família, se abona una ayuda complementaria fija de 240,40€ al mes.	<ul style="list-style-type: none"> - Se abona directamente al proveedor la ayuda económica en función de las horas de atención prestadas al usuario. - Existen 3 niveles de ayuda dependiendo de la necesidad horaria de atención: <ul style="list-style-type: none"> - 7 horas: 289,85€ - 10 horas: 394,50€ - 14 horas: 534,03€
Beneficiarios	Discapacitados	Personas mayores de 65 años	Discapacitados físicos y psíquicos. en situación de dependencia severa o moderada.
Requisitos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar una discapacidad del 33%, o ser considerado discapacitado según el baremo del ICASS. - Ingresos per cápita de la unidad familiar inferiores a 4 veces el SMI. 		<ul style="list-style-type: none"> - Presentar una discapacidad del 33%, o ser considerado discapacitado según el baremo del ICASS. - Informe de idoneidad de los servicios sociales. - Ser mayor de edad.



3.2.3.4 Precios de los servicios

Los precios hora máximos en la ciudad de Barcelona son de 15 € para la atención personal y de 11,80 € para la limpieza del hogar.

3.2.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

No se ha encontrado el dato de intensidad horaria en la ciudad de Barcelona. Se puede tener en cuenta el dato a nivel autonómico que fue de 14 horas de atención por domicilio al mes, en 2005.

Respecto a los horarios son de 7h a 20h de lunes a viernes, y de 7h a 15h los sábados.

Cobertura

El índice de cobertura del SAD en Barcelona, fue de 1,6% en 2005. El índice de cobertura del servicio de Teleasistencia fue del 0,91%.

Son unos datos muy bajos respecto a la media nacional, y a otras ciudades como Madrid.

El número de usuarios por prestación, se presenta en la siguiente tabla:

Prestaciones	Número de usuarios 2005
Ayuda personal	6.126
Limpieza a domicilio	962
Comidas a domicilio	600
Lavandería a domicilio	350
Teleasistencia	4.352
Reformas	300
Provisión del hogar	40

3.2.4 Modelo de producción

3.2.4.1 Prescripción y seguimiento

Es el trabajador social - coordinador quien evalúa los casos y realiza el seguimiento por medio de reuniones con los profesionales de atención directa.

3.2.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

Se trata de producción totalmente externalizada a través de proveedores privados.

Sistema de contratación

La contratación se lleva a cabo mediante concurso público, en función de las condiciones presentes en los pliegos del Ayuntamiento.

La adjudicación se hace por servicio, y dividiendo la ciudad en 4 zonas, basándose en los criterios siguientes:

- Cuestiones técnicas y de calidad:
 - Organización: diseño, control y cobertura de bajas, protocolos de tareas profesionales.

- Mejoras propuestas, reducción del tiempo de desplazamiento, tecnología, coordinación.
 - Recursos humanos: supervisión del personal, plan de formación.
 - Orientación social de la empresa.
 - Calidad del servicio: estudio de satisfacción del usuario, código de actuación profesional, sistema de control de calidad.
- Oferta económica: en función del precio de los servicios, teniendo el servicio de Atención personal una importancia del 80%.

Proveedores

Actualmente, seis empresas prestan SAD en la ciudad de Barcelona. En concreto:

- Cuatro empresas (entre las cuales hay una cooperativa) prestan los servicios de ayuda personal y limpieza, siendo asignada cada una a una de las 4 zonas en las que se ha dividido la ciudad.
- Dos empresas prestan el servicio de comidas a domicilio en la ciudad de Barcelona, una de las cuales presta además, el servicio de lavandería a domicilio en toda la ciudad.

Perfiles profesionales

Los trabajadores del SAD de Barcelona corresponden con los siguientes perfiles:

- Profesional del trabajo familiar.
- Auxiliar de Geriatria.
- Profesional de la limpieza.
- Trabajador Social (Diplomado en Trabajo Social).

3.2.5 Modelo organizativo

3.2.5.1 Roles de los agentes participantes

Ayuntamiento:

Las funciones básicas que se deben desempeñar desde las administraciones y a través de los profesionales responsables del servicio son las siguientes:

- Ayuntamiento – Territorio:
 - Plantear los objetivos de trabajo y definir las tareas a realizar para cada caso.
 - Asignar el servicio a cada persona o familia.
 - Comunicar a la empresa adjudicataria de las tareas a realizar en cada caso.
 - Aprobar fechas, horarios,...
 - Asegurar el uso adecuado de los datos requeridos por el programa informático municipal del SAD.
- Ayuntamiento- Sector:
 - Abonar las facturas.
 - Controlar la homogeneidad de criterios y procedimientos del SAD en toda la ciudad.
 - Facilitar información a los territorios para el control y seguimiento óptimo del SAD.
- Trabajador Social:
 - Realizar la presentación inicial del servicio en el domicilio del usuario.
 - Revisar el cumplimiento de los protocolos.
 - Realizar reuniones de seguimiento con los profesionales que prestan directamente el servicio para garantizar la calidad.



- Evaluar la evolución de los casos. Para este seguimiento, hay reuniones periódicas con los trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria y con los trabajadores del SAD.
- Actualizar el sistema de información del servicio del Ayuntamiento.
- Realizar propuestas sobre cambios en la intensidad o variedad de las prestaciones.

Empresa prestadora:

En cuanto a la prestación directa del servicio, se realizan las siguientes acciones:

- Asegurar que el servicio se realiza efectivamente y adecuadamente respecto a lo encargado por el Ayuntamiento.
 - Facilitar la información que se le solicite para el seguimiento de los casos: informe trimestral con la valoración mínima de los casos atendidos, informe mensual de actividad con los indicadores de calidad establecidos por el modelo del Ayuntamiento.
 - Garantizar la calidad técnica del servicio.
 - Asegurar la integración y coordinación de los servicios que se prestan a un mismo usuario.
 - Comunicar incidencias relativas al personal que pudieran afectar a la prestación del servicio.
- Profesionales de limpieza, de trabajo del hogar y auxiliares de geriatría: atención directa al usuario.

3.2.5.2 Sistema de coordinación y/o integración entre los agentes

A nivel municipal, la coordinación se realiza exclusivamente dentro del ámbito social. No obstante, se han puesto en marcha varios proyectos piloto de coordinación e integración socio-sanitaria en ciertos distritos de Barcelona.

Coordinación dentro del sector social

Actualmente, no existe coordinación o integración socio-sanitaria a nivel de municipio, sino que existe un sistema complejo de coordinación dentro del sector social.

- Coordinación a nivel de cada distrito:

- Un responsable del servicio designado por el Ayuntamiento que revisará las peticiones, distribuirá los recursos y el funcionamiento ordinario del servicio así como las incidencias.
- Un coordinador técnico titulado en Trabajo Social por cada 100 domicilios.

- Coordinación a nivel de ciudad:

- El Sector de Servicios Personales coordinará mensualmente con el responsable de cada distrito, la prestación del servicio, haciendo un seguimiento global del servicio.
- El representante de la empresa se encarga de recoger y aplicar los protocolos de prestación del servicio fijados por el Ayuntamiento.

Coordinación y/o integración socio-sanitaria: Proyectos piloto en el marco del Programa ProdeP

- El ProdeP (Programa para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia) pretende organizar la coordinación y/o la integración de servicios para atender a colectivos identificados con necesidades sociales y sanitarias.
- Las líneas principales de actuación del programa que se definieron en junio de 2005, son las siguientes:
 - Definición e implantación del modelo de atención a las personas con dependencia, como una acción integrada entre los servicios sociales y de salud, incluyendo la ejecución de proyectos demostrativos para comenzar a desarrollar el programa.
 - Diseño de la Agencia Catalana de la Dependencia y elaboración de la normativa.
 - Proyección y liderazgo.

- Generación de consenso con los agentes sociales.
- Comunicación.

Dentro de la primera línea de actuación definida, se han puesto en marcha, en los últimos meses, tres proyectos piloto, en los que el SAD incluye servicios sanitarios aparte de los sociales, en tres distritos de Barcelona. Actualmente, se encuentran en sus primeras fases de actuación.

Se trata de los proyectos de coordinación socio-sanitaria de *Nou Barris* y de la *Dreta de l'Eixample*, y del proyecto de integración socio-sanitaria de Barceloneta.

Se han estudiado dos de estos proyectos piloto: el proyecto de Coordinación socio-sanitaria de la *Dreta de l'Eixample*, y el de Integración socio-sanitaria de La Barceloneta, que explicamos a continuación:

- Coordinación socio-sanitaria en el distrito *Dreta de l'Eixample*:

La coordinación entre el ambulatorio y el Centro de Servicios Sociales del distrito consiste principalmente en:

- Dos posibilidades de entrada de los usuarios (a través del ambulatorio o bien, del Centro de Servicios Sociales), pero una sola prescripción.
- La prestación del servicio puede ser independiente o común.
- Los profesionales participantes son los asistentes sociales y los enfermeros.
- La información se comparte y se crea documentación conjunta.
- La definición de objetivos es común, así como el seguimiento por medio de reuniones.
- A parte de los servicios sociales de SAD del Ayuntamiento de Barcelona, se ofrecen esencialmente, curas de enfermería a encamados. Esta atención la dispensa el personal de enfermería del ambulatorio. En cambio, los servicios del ámbito social, se externalizan.

(Nota: *Eixample* presenta un 24,9% de su población de más de 65 años)

- Integración socio-sanitaria en el distrito *Barceloneta*:

A diferencia de la coordinación, la integración requiere la implantación de una nueva estructura de trabajo socio-sanitaria. Se pretende un modelo con las siguientes características:

- Ventanilla única.
- Se crea la figura del gestor de casos.
- Al igual que en la *Dreta de l'Eixample*, se ofrecen curas de enfermería a encamados por el personal de enfermería del ambulatorio y los servicios del ámbito social, se externalizan.

(Nota: *Ciutat Vella* tiene un 27,9% de su población que es mayor de 65 años)

3.2.5.3 Control de la prestación del servicio

La empresa adjudicataria presenta, por exigencia del Ayuntamiento, los datos necesarios para el seguimiento de la prestación:

- Un informe de actividad y de los indicadores de calidad, con una periodicidad mensual.
- Un informe con la valoración de los casos atendidos con periodicidad trimestral.
- Una memoria anual de actividad.

Valoración de la calidad

El Ayuntamiento realiza, por medio de una empresa externa, una encuesta de satisfacción del usuario para evaluar la calidad de los servicios prestados.



Sistemas de información

Existe un programa informático municipal para recabar los datos de los usuarios y del seguimiento de los casos. Las empresas adjudicatarias del servicio son responsables de actualizar estos datos.

3.2.6 Financiación

3.2.6.1 Gasto público

Los datos sobre el gasto público en SAD del Ayuntamiento de Barcelona no están disponibles.

Asimismo, se desconocen los porcentajes de participación de los agentes en la financiación de los servicios.

3.2.6.2 Participación del usuario: sistema de Copago

Actualmente, no se aplica sistema de copago, aunque sí está previsto uno basado en un baremo que incluye criterios de:

- Niveles de dependencia.
- Familiares.
- Económicos.
- Sociales.

3.2.7 Marco legal

- Reglamento Municipal que regule el Servicio de Ayuda a Domicilio en Barcelona, está pendiente de elaboración y aprobación.
- Orden 225/2002 de 10 de junio, por la que se Crea el Programa de Ayudas de Apoyo a las Personas con Dependencia, dentro del Marco de Actuaciones del Programa Vivir en Familia, se abre la Convocatoria y se aprueban las Bases para la Concesión de Ayudas.
- Orden BEF/38/2006, de febrero, por la cual se abre convocatoria y se aprueban las bases para la concesión de ayudas del Programa de Apoyo de Autonomía en el hogar para el año 2006.
- Orden BEF/468/2003, de 10 de noviembre, que regula el acceso a los servicios para personas mayores del ICASS.
- Decreto 176/2000 de 15 de mayo de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.

3.2.8 Cuadro resumen del SAD en Barcelona

Características	SAD en Barcelona
Principios	Apoyo a los cuidadores informales. Coordinación entre los agentes sociales.
Objetivos	Permanencia del usuario en su medio, evitando ingresos en centros residenciales.
Demanda	Servicio comunitario, cuyos principales usuarios son personas mayores.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica.
Acceso a los servicios	En base al grado de autonomía de la persona (aunque no en todos los servicios).
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros de Servicios Sociales, reuniéndose periódicamente con los trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria. Externalización de la producción en función del servicio y la zona.
Modelo organizativo	Coordinación entre agentes sociales a nivel de distrito y de ciudad. Puesta en marcha de proyectos piloto de coordinación y de integración socio-sanitaria en varios distritos.
Participación del usuario	Actualmente, no se aplica copago.
Precios/hora	Entre 11,80€ y 15€
Intensidad horaria media mensual por domicilio	N/D
Cobertura	1,6%

3.3 El SAD en Valencia

3.3.1 Marco estratégico

3.3.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en la ciudad de Valencia son los siguientes:

- Se trata de una prestación comunitaria.
- Es de carácter complementario y transitorio: no exime a la familia de sus responsabilidades, ni pretende suplir otros servicios públicos o privados.
- Se busca la coordinación entre los ámbitos social y sanitario.
- Existe copago por parte de los usuarios.

3.3.1.2 Objetivos

El objetivo general del SAD en Valencia, es mantener al usuario en su entorno natural en las mejores condiciones de vida. De forma más concreta, se establecen los siguientes objetivos:

- Complementar y compensar la labor de la familia cuando ésta, no pueda atender adecuadamente al mayor.
- Incrementar la autonomía de las personas atendidas, fomentando el desarrollo de hábitos saludables, cambios conductuales.
- Facilitarle la realización de tareas y actividades que no pueda realizar por sí mismo, potenciando el desarrollo de actividades en el propio domicilio y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
- 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 fa-



miliares, vecinales y de amistad.

- Estudiar y aplicar los posibles recursos para adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida.

3.3.2 Caracterización de la demanda

3.3.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

El SAD en el Ayuntamiento de Valencia no va únicamente dirigido a las personas mayores en situación de dependencia.

La población prioritaria es la formada por:

- Las personas mayores con dificultades de autonomía personal.
- Las personas con algún tipo de discapacidad.
- Las familias con menores en situación de riesgo social.
- Las familias con especiales problemáticas socio-sanitarias.

3.3.2.2 Necesidades

Con el SAD, se pretende cubrir la necesidad de ayuda a familias o personas solas, con dificultades para mantener o restablecer su bienestar físico, social y psicológico.

3.3.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

Para valorar el nivel de dependencia de los solicitantes de las prestaciones, se utiliza la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.

3.3.3 Oferta de servicios

3.3.3.1 Naturaleza de los servicios

En Valencia, se prestan servicios en especie por parte del Ayuntamiento y de la Comunidad Autónoma, que también concede ayudas económicas.

3.3.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios del servicio son aquellos individuos o familias que por falta de autonomía física, psíquica o por problemáticas sociales, necesiten atención a domicilio.

Requisitos

Existen unos requisitos generales para acceder a todas las prestaciones SAD que ofrece el Ayuntamiento, que son los siguientes:

- Estar empadronado en el municipio de Valencia.
- Encontrarse en situación de necesidad según la aplicación del baremo para la prestación del servicio, en el que se valora la dependencia funcional y psíquica y la situación social del interesado y de su unidad de convivencia, así como otras situaciones especiales indicativas de su situación de necesidad. De la aplicación del baremo, resulta una puntuación global que determina un orden preferente para la adjudicación del servicio, primándose aquellas solicitudes que obtengan mayor puntuación (Ver anexo I del Reglamento Regulador del SAD en Valencia).
- La familia no debe tener los medios económicos suficientes para la atención del interesado.

3.3.3.3 Cartera de servicios

El SAD municipal ofrece diversas prestaciones que se presentan a continuación como ayudas en especie y ayudas económicas. Además, están en marcha los proyectos *Menjar a casa* y *Major a casa*.

- Ayudas en especie:

En la cartera de servicios municipal, están presentes las siguientes prestaciones en especie:

- Tareas de atención en el hogar.
- Tareas de atención personal.
- Tareas para la relación con el entorno.
- Tareas de carácter psico-social.
- Tareas especializadas educacionales y formativas.
- Teleasistencia.

En el cuadro que sigue, se presentan estas ayudas:

- Ayudas económicas de la Comunidad Autónoma:

A nivel autonómico, se conceden ayudas económicas por parte de la Conselleria de Bienestar Social, en colaboración con los Ayuntamientos, en este caso, con el de Valencia.

Tareas	Atención en el hogar	Atención personal	Relación con el entorno	Carácter psico-social y educativas	Especializadas educacionales y formativas*	Teleasistencia
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza cotidiana de la vivienda. - Lavado, repaso y planchado de ropa. - Realización de compras domésticas, por cuenta del usuario. - Cocinado de alimentos en el domicilio o su transporte a éste - Organización y administración doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aseo personal: higiene corporal, cambio de ropa. - Atención especial al mantenimiento de la higiene personal para encamados e incontinentes a fin de evitar la formación de úlceras. - Ayuda a la movilización del usuario del servicio en su vivienda. - Control de los medicamentos prescritos. - Levantar de la cama y acostar. - Acompañamiento a visitas terapéuticas. - Recogida y gestión de recetas y documentos relacionados con la vida diaria del usuario. - Educación de hábitos higiénicos, de salud y alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en las actividades propias de la convivencia del usuario en su entorno: - Salidas a lugares de reunión. - Visitas a familiares. - Actividades de ocio. - Compañía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento, seguimiento y tratamiento social. - Atención técnico-profesional para desarrollar las capacidades personales. - Intervención en el proceso educativo y de promoción de hábitos personales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear hábitos, pautas, actitudes y roles apropiados en el núcleo familiar, y en distintos ámbitos. * Este servicio va dirigido a menores en entorno familiar difícil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención domiciliaria a través de la línea telefónica, que durante las 24 horas del día posibilita el contacto con el usuario/a, con un servicio de atención personalizada. - Unidad móvil para atención de emergencias.
Actividades excluidas	No se atiende a otros miembros de la familia y/o allegados que habiten en el mismo domicilio.	<p>En general, todas aquellas tareas de carácter exclusivamente sanitario que requieran una especialización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curas, inyectables, incluido insulina. - Colocación de sondas nasogástricas y vesicales. - Ejercicios de fisioterapia. 				



Se trata de las siguientes ayudas:

- Ayudas económicas a personas con ancianos en situación de dependencia a su cargo.
- Bono Respiro.

A continuación se presentan en un cuadro, las ayudas económicas mencionadas:

- Programas *Menjar a casa* y *Major a casa*

El programa *Menjar a casa* se puso en marcha en 2004 como proyecto piloto en la Comunidad Valenciana, participando en él, numerosos municipios. Actualmente, es un programa consolidado con 1.500 usuarios en 79 municipios.

Ayudas	Ayudas económicas	Bono Respiro
Descripción	La cuantía de la ayuda varía en función de la renta de la unidad familiar, yendo desde 162€ a 180,30€ mensuales.	Se trata de financiar estancias de carácter temporal en residencias y centros de día como sustitución de los cuidados familiares habituales. <ul style="list-style-type: none"> - Existen distintas modalidades para residencias o centros de día, y para estancias de días, fines de semana o mensuales. - Según la duración de la estancia y el nivel económico del usuario, varían las cuantías de los bonos. - El usuario abona la diferencia entre el coste de la estancia y el importe del bono otorgado.
Requisitos	<p>Cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de 45 años. - No desempeñar trabajo remunerado. - Dedicarse exclusivamente a tareas del hogar cuidado del anciano. <p>Anciano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de 75 años. - Residir en el domicilio familiar del cuidador. - Estar en situación de dependencia, según el baremo específico. <p>Unidad familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener una renta per cápita de la unidad familiar inferior a 5.254,76€ anuales, teniendo en cuenta: rendimientos del trabajo, de pensiones, de capital mobiliario e inmobiliario. - Ser mayor de 65 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser considerado persona en situación de dependencia mediante informe médico. - Acreditar la necesidad social mediante informe social sobre la situación personal y familiar. - Acreditar la necesidad económica por insuficiencia de recursos de la unidad familiar.

En 2006, se ha decidido comenzar el programa piloto *Major a casa*, como ampliación del *Menjar a casa*, añadiendo otros servicios a domicilio, además del de las comidas. En este proyecto participan 180 usuarios en la Comunidad.

El coste del servicio, en ambos programas, se financia por:

- La Conselleria de Bienestar Social en un 42%.
- El Ayuntamiento en un 24%.

Programa	Menjar a casa	Major a casa
Descripción	Consiste en la entrega diaria en el domicilio del usuario, de los almuerzos, adaptando el menú a las necesidades nutritivas de cada persona.	Se trata de una ampliación del programa "Menjar a casa", que incluye: - Comida a domicilio (menú diario). - Lavado semanal de ropa de cama y baño. - Limpieza del hogar dos veces por semana .
Requisitos	- Ser mayor de 65 años. - No poder salir a comprar comida. - Tener autonomía suficiente para la ingesta de los alimentos y/o apoyo familiar/SAD.	- Ser mayor de 65 años. - No poder realizar las tareas de lavado y limpieza o salir a comprar comida.
Importe	El precio diario del menú que debe abonar el usuario es de 2,17€.	El precio diario del conjunto de prestaciones es de 3,90€.

- La persona beneficiaria en un 34%.

3.3.3.4 Precios de los servicios

No se han encontrado datos para la ciudad de Valencia, pero puede ser interesante conocer el dato a nivel autonómico. En 2004, el precio hora del SAD en la Comunidad Valenciana fue de 10,05 €.

3.3.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

No se han encontrado los datos de la ciudad de Valencia, pero se puede tomar como referencia la intensidad horaria en la Comunidad Valenciana en 2004, que fue de 10,82 horas por domicilio. Este dato sitúa a la Comunidad, por debajo de la media nacional respecto a la intensidad horaria del SAD.

Respecto a dicha intensidad cabe destacar que el número de horas máximo de atención a domicilio del Ayuntamiento de Valencia, es de 2 horas diarias ó 52 horas al mes.

Cobertura

Se puede tener en cuenta el número de usuarios de SAD en la Comunidad Valenciana en 2004, que fue de 12.363, al no disponer de los datos a nivel municipal.

3.3.4 Modelo de producción

3.3.4.1 Prescripción y seguimiento

Los equipos profesionales de los Centros Municipales de Servicios Sociales estudian las necesidades, diagnostican y prescriben los servicios a prestar, elaborando un plan de actuación individualizado para el usuario, incluyendo objetivos, tareas a realizar, frecuencia, responsabilidades de la familia.

Los trabajadores sociales realizan la revisión del plan de actuación individualizado.

3.3.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

En el caso del SAD en el Ayuntamiento de Valencia, la intervención y gestión es ejercida por los técnicos de la Delegación de Bienes-



tar Social e Integración, mientras que la prestación de servicios en los domicilios, está contratada con la iniciativa privada.

Sistema de contratación

La contratación de los proveedores privados se hace mediante licitación pública.

Proveedores

No se han encontrado los datos respecto a los proveedores de SAD en Valencia.

Perfiles profesionales

En el SAD de Valencia, participan esencialmente los siguientes profesionales:

- Trabajador Social.
- Auxiliar a domicilio.

3.3.5 Modelo organizativo

3.3.5.1 Roles de los agentes participantes

Ayuntamiento:

- Unidad Técnica del SAD: comunica al CMSS la disponibilidad del alta.
- Centro Municipal de Servicios Sociales: comunican a las entidades gestoras de estos servicios el plan de intervención, los horarios y la aportación del usuario.
- Trabajador Social: es responsable del control de la prestación de los servicios

Empresa prestadora:

- Empresa adjudicataria: se encarga de la prestación directa de los servicios por medio de los auxiliares a domicilio.

3.3.5.2 Sistema de integración o coordinación entre los agentes

En los últimos años, se han realizado múltiples reuniones entre los responsables a nivel autonómico de los sectores social y sanitario, estableciéndose protocolos y propuestas conjuntas para conseguir la coordinación.

3.3.5.3 Control de la prestación

Es el trabajador social quien controla la prestación de los servicios, en base a los criterios fijados en los contratos de adjudicación.

3.3.6 Financiación

3.3.6.1 Gasto público

Los datos sobre el gasto público en SAD del Ayuntamiento de Valencia no se han encontrado.

Asimismo, se desconocen los porcentajes de participación de los agentes en la financiación de los servicios.

3.3.6.2 Participación del usuario: sistema de copago

Existe sistema de copago, en función de la capacidad económica del usuario.

Se ponderan los ingresos teniendo en cuenta el número de miembros de la unidad de convivencia, y se asigna una tarifa a cada

tramo de ingresos.

Las tarifas por hora, que se pueden consultar en la Ordenanza de tasas por prestación del SAD, van desde la gratuidad total, para ingresos inferiores a 545,15 € al mes, hasta los 10,45 € para ingresos superiores a los 1.090,37 € al mes.

3.3.7 Marco legal

- Reglamento Regulador del Servicio de Atención a Domicilio.
- Ordenanza Reguladora de las Tasas del Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio de fecha 27 de enero de 2003.
- Orden de 20 de mayo de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa Bono Respiro en el año 2005.
- Orden de 9 de diciembre de 2004, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas a personas con ancianos y ancianas en situación de dependencia a su cargo para el ejercicio del año 2005.
- Acuerdo de 26 de mayo de 1995, del Gobierno Valenciano, en materia socio-sanitaria.

3.3.8 Cuadro resumen del SAD en Valencia

3.4 El SAD en Zaragoza

3.4.1 Marco estratégico

3.4.1.1 Principios básicos

Características	SAD en Valencia
Principios	Complementariedad y transitoriedad, sin eximir a la familia de sus responsabilidades, ni pretender sustituir otros servicios públicos o privados.
Objetivos	Mejora de la calidad de vida del usuario.
Demanda	Servicio comunitario.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica, y a la intervención social (psico-social y educativa).
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia, la capacidad funcional de los miembros de la unidad convivencial y del nivel económico.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros Municipales de Servicios Sociales, diseñando un proyecto de intervención individual y/o familiar. Externalización de la producción.
Modelo organizativo	Se busca la coordinación socio-sanitaria, a través de reuniones entre ambos sectores a nivel autonómico, estableciéndose objetivos y protocolos de actuación conjunta.
Participación del usuario	Copago en función del nivel económico del usuario y de su unidad convivencial.
Precios /hora	10,05€ (dato autonómico)
Intensidad horaria media mensual por domicilio	10,82 (dato autonómico)
Cobertura	N/D



Los principios en los que se basa el SAD en la ciudad de Zaragoza son los siguientes:

- Mantenimiento de la red de apoyo informal.
- Sistema de copago.

3.4.1.2 Objetivos

El SAD en Zaragoza persigue los siguientes objetivos:

- Facilitar la autonomía personal de los beneficiarios.
- Ayudar en el mantenimiento de unas condiciones higiénicas adecuadas.
- Mantenerlos en su medio habitual y mejorar su calidad de vida.
- Prevenir situaciones personales que puedan motivar un deterioro físico, psíquico y/o su marginación social.
- Potenciar alternativas a ingresos innecesarios en centros residenciales.
- Facilitar la inserción, promoción laboral y formación profesional de los responsables de la unidad de convivencia cuando haya personas a su cargo sin el suficiente nivel de autonomía o enfermas.
- Proporcionar un período de descanso al cuidador habitual.

3.4.2 Caracterización de la demanda

3.4.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

En principio, el SAD es un servicio comunitario, que no va dirigido únicamente a personas mayores de 65 años, sino a personas o unidades de convivencia con problemas para cubrir por sus propios medios, las necesidades de atención de alguno de sus miembros en situación de dependencia.

3.4.2.2 Necesidades

El SAD de Zaragoza pretende responder a la necesidad de apoyo en las tareas domésticas y de cuidado personal.

3.4.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

Para valorar el nivel de dependencia de los solicitantes de las prestaciones, se utiliza la Escala de AVD de Lawton y Brody.

3.4.3 Oferta de servicios

3.4.3.1 Naturaleza de los servicios

El SAD municipal de Zaragoza incluye únicamente, prestaciones en especie.

3.4.3.2 Criterios de acceso

Requisitos

Existen unos requisitos que se aplican al acceso a todos los servicios, que son los siguientes:

- Estar empadronados y tener residencia efectiva en el término municipal de Zaragoza.
- Hallarse en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psico - familiar para algunos de sus miembros.

Para acceder a algunas prestaciones, se requiere el cumplimiento de alguna condición específica, que se expondrá más adelante.

Baremo

Los factores que se tienen en cuenta en el baremo para el acceso a los servicios son:

- Convivencia: soledad, estado de salud de los miembros de la unidad de convivencia, edades, apoyo de la red social y familiar, problemas de convivencia.
- Aislamiento social.
- Barreras arquitectónicas en la vivienda.
- Situación económica: nivel de ingresos anuales ponderados de la unidad de convivencia.

Los criterios de valoración del servicio de cargas familiares y apoyo al cuidador, son los siguientes:

- La situación psicofísica en la que se encuentra el cuidador.
- Número de personas en situación de dependencia a su cargo.
- Situación física y psico-social en la que se encuentran las personas en situación de dependencia.
- Ausencia o deficiencia de red social o familiar.
- Urgencia en la necesidad de resolver la situación planteada.
- Repercusiones físicas, psíquicas y sociales que se pueden derivar para el cuidador en el supuesto de que no se preste el servicio.
- Inminente posibilidad de inserción laboral o profesional del cuidador.

3.4.3.3 Cartera de servicios

El SAD del Ayuntamiento de Zaragoza, se compone de los siguientes servicios en especie:

- Ayuda a domicilio.
- Apoyo al cuidador y cargas familiares.
- Teleasistencia (domiciliaria).

A continuación, se presentan, en un cuadro, las prestaciones mencionadas:

3.4.3.4 Precios de los servicios

No se han encontrado los datos respecto a los precios de compra en la ciudad de Zaragoza. Como referencia se puede tomar el dato del precio hora del SAD en Aragón, que fue de 8 € en 2004.



	Ayuda a domicilio	Apoyo al cuidador y cargas familiares	Teleasistencia
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado del hogar: limpieza cotidiana de la vivienda, limpieza general del domicilio en casos específicos, recogida de ropa sucia, lavado, repaso y planchado de ropa, cocinado de alimentos, reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal. - Cuidado personal: higiene habitual, apoyo a la movilización de personas semi-válidas o en procesos de recuperación, personas inválidas o encamados permanentes, ayuda en la ingestión de los medicamentos prescritos, compañía en traslados fuera del domicilio. - Gestiones varias fuera del domicilio. - Intervención en el proceso educativo y de promoción de hábitos personales y sociales. 	<p>Consiste en apoyar al cuidador informal en las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar de la cama y acostar. - Dar las comidas a personas que lo precisen. - Higiene habitual de personas por motivos socioeducativos y/o por ser encamados o incontinentes, incluyendo cambio de ropa, cambio de pañales o lo que requiera la higiene del individuo. - Compañía en traslados fuera del domicilio - Entretenimiento en domicilio, velando en todo momento por la seguridad de la persona en situación de dependencia. - Ayuda o apoyo a la movilización de personas inválidas, semi-válidas o en procesos de recuperación. - Ayuda en la ingestión de los medicamentos prescritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personalizada y continua a través del teléfono. - Seguimiento social.
Requisitos específicos		<p>Se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que los solicitantes se encuentren en una situación en la que no puedan cubrir, por sus propios medios, las necesidades de atención de alguno de los miembros de la unidad, - Que están en situación de dependencia (menores de 12 años o personas mayores de 65 años y/o personas sin el suficiente nivel de autonomía o personas enfermas), - Y haya una urgencia o causa sobrevenida en la demanda del servicio. 	
Actividades Excluidas	<p>Queda terminantemente prohibido realizar curas de cualquier tipo, así como administración de alimentos y/o medicamentos vía intramuscular, intravenosa o similares. En ningún caso se prestan tareas de carácter educativo y/o escolar, ni sanitarias, excepto la ayuda en la ingestión de medicamentos prescritos como se ha señalado.</p>		

3.4.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

En 2004, la intensidad horaria en Aragón fue, de media, de 10 horas mensuales por domicilio. No se han encontrado los datos

para la ciudad de Zaragoza, así que podemos utilizar el dato a nivel autonómico como referencia.

En cuanto a los horarios, existen diferencias según el servicio, aunque podemos destacar que el mínimo de horas de atención al día es de una hora y el máximo es 360 horas al año, salvo la Teleasistencia que se presta los 365 días del año, las 24 horas del día.

Cobertura

En 2004, el número usuarios de SAD en Aragón (no se ha encontrado la información sobre la ciudad de Zaragoza) fue de 8.064.

Siempre y cuando haya disponibilidades presupuestarias se atienden todas las peticiones que cumplen los requisitos. En caso de agotamiento del presupuesto, se incluye al solicitante en una lista de espera.

3.4.4 Modelo de producción

3.4.4.1 Prescripción y seguimiento

La prescripción y asignación de prestaciones a los solicitantes, las realizan los Trabajadores Sociales de los Centros Sociales Municipales.

Una vez iniciado el servicio se lleva a cabo un seguimiento del caso, que consiste en visitas periódicas (mínimo una al mes) realizadas por los trabajadores sociales bien del Ayuntamiento, bien de las empresas adjudicatarias o entidades gestoras del servicio en cuestión, cuando el servicio se gestione a través de empresa o entidad.

A su vez, periódicamente los trabajadores sociales de los centros municipales de servicios sociales mantienen reuniones con los trabajadores sociales que efectúan el control directo de los casos, al objeto de la supervisión global de los mismos.

Este seguimiento periódico permite la adecuación de los contenidos de la prestación a la situación real del usuario.

Los pliegos de condiciones técnicas y el clausulado de los convenios que, en su caso, se aprueben para la gestión de las prestaciones garantizan la debida formación de todo el personal que preste los servicios.

3.4.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

Los procedimientos mediante los cuales se realizan todos estos servicios son:

- Directamente por parte del Ayuntamiento a través de los profesionales de los servicios sociales.
- Indirectamente, mediante adjudicación de la gestión de servicios en cualquiera de las formas de concertación, contrato o convenio que posibilite la legislación vigente.

Sistema de contratación

La contratación se realiza mediante concurso público en base a las condiciones fijadas en los pliegos.

Proveedores

Actualmente, la producción está externalizada y la empresa encargada de la prestación del SAD en la ciudad de Zaragoza es SERVIRECORD.

Perfiles profesionales

Los siguientes profesionales participan en el SAD de Zaragoza:

- Auxiliares domiciliarios.



- Trabajadores Sociales.
- Personal administrativo y de atención telefónica.

3.4.5 Modelo organizativo

3.4.5.1 Roles de los agentes participantes

Ayuntamiento:

- Trabajadores Sociales: realizan la recepción de casos, estudio de solicitudes, la asignación de prestaciones, el seguimiento, el control y el tratamiento social de los casos.

Empresa prestadora:

- Auxiliares Domiciliarios: son los profesionales encargados de realizar las tareas asignadas por el trabajador social correspondiente, concretadas en las tareas generales de atención en el hogar (domésticas) y tareas de atención personal y psico-social.
- Personal administrativo y de atención telefónica que realizan el servicio permanente de atención al usuario, así como tareas administrativas, organizativas.

3.4.5.2 Sistema de integración o coordinación entre los agentes

Existe coordinación entre agentes pertenecientes al área social. No hay interacción con los servicios sanitarios.

Concedido el servicio, la Oficina del Servicio de Servicios Sociales Comunitarios comunica la disponibilidad del alta al Centro Municipal de Servicios Sociales (CMSS) y a las empresas o entidades gestoras de estos servicios.

La Oficina de Servicios Sociales Comunitarios comunica a las entidades gestoras de estos servicios la información relativa al beneficiario, y a las tareas y horas de atención a prestar.

3.4.5.3 Control de la prestación

El trabajador social vela por que una vez comunicada el alta a las empresas adjudicatarias de estos servicios la prestación se aplique adecuadamente. Éstas deben remitir a los centros municipales de servicios sociales información periódica del desarrollo de las prestaciones.

3.4.6 Financiación

3.4.6.1 Gasto Público

No se ha encontrado información referente al gasto en el SAD de Zaragoza por parte de las Administraciones.

3.4.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

El servicio de cargas familiares es gratuito, pudiendo acceder al mismo las unidades de convivencia cuyos ingresos anuales ponderados no superen el 1,2 del salario mínimo interprofesional.

El cálculo de la tasa a pagar por el usuario para el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y en el de apoyo al cuidador se realiza sobre la base de los rendimientos netos de todos los miembros de la unidad de convivencia por todos los conceptos de ingreso, y se pondera en función del número de miembros, edad y situación psicofísica de los integrantes de la unidad de convivencia.

El importe a pagar por parte del beneficiario depende de su nivel de ingresos y del coste por hora o día que estime el Ayunta-

miento.

Para obtener los importes que deben repercutirse a cada una de las unidades de convivencia beneficiarias se utilizan tramos de ingresos mensuales ponderados indicando el porcentaje a pagar.

Anualmente se publican en las ordenanzas fiscales municipales los precios a satisfacer por la prestación de los servicios de servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y apoyo al cuidador.

3.4.7 Marco legal

- Reglamento Municipal de Prestaciones Sociales Domiciliarias (BOP 19/11/2002).
- Ordenanza fiscal nº 24.19: Tasa por las prestaciones sociales domiciliarias.

3.4.8 Cuadro resumen del SAD en Zaragoza

3.5 El SAD en Málaga

3.5.1 Marco estratégico

Características	SAD en Zaragoza
Principios	Complementariedad, con el mantenimiento de la red informal.
Objetivos	Permanencia del usuario en su medio habitual y apoyo a los cuidadores informales.
Demanda	Servicio comunitario.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica, y a la intervención social (psico-social y educativa) y al apoyo al cuidador.
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia, el nivel económico y las características de la red social de apoyo.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros Sociales Municipales. Externalización de la producción, actualmente, a través de una única empresa.
Modelo organizativo	Baja coordinación entre los agentes sociales.
Participación	Copago en función de los ingresos de la unidad convivencial, y de la situación psico-física de los del usuario miembros de dicha unidad.
Precios/hora	8€ (dato autonómico)
Intensidad horaria media mensual por domicilio	10 horas (dato autonómico)
Cobertura	N/D



3.5.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en la ciudad de Málaga, coinciden con los que rigen en toda Andalucía, y son los siguientes:

- Polivalencia.
- Prevención, educación, rehabilitación y asistencia.
- Complementariedad y transitoriedad.
- Integralidad en la forma de abordar las necesidades de los usuarios.
- Copago del usuario.

3.5.1.2 Objetivos

El SAD en Málaga persigue los siguientes objetivos:

- Promover, mantener o restablecer la autonomía personal.
- Facilitar la permanencia en el domicilio.
- Evitar un ingreso innecesario en centro residencial.
- Apoyar a los grupos familiares.
- Favorecer el desarrollo de las capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.

3.5.2 Caracterización de la demanda

3.5.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

La población objetivo del SAD de Málaga son las personas y/o familias con dificultades en su autonomía personal, diferenciando a la población en riesgo permanente de la de riesgo transitorio.

Puede tratarse de mayores, discapacitados o familias en crisis.

Se dará prioridad a:

- Personas carentes de familiares.
- Personas con renta anual inferior al 50% del SMI.
- Ancianos que vivan solos.

3.5.2.2 Necesidades

El SAD de Málaga pretende cubrir las necesidades de los usuarios de forma integral.

3.5.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

La valoración de la dependencia se hace con el objetivo de determinar el acceso a los servicios, mediante informe médico y psico-social.

3.5.3 Oferta de servicios

3.5.3.1 Naturaleza de los servicios

La oferta de servicios municipal se compone esencialmente de ayudas en especie, aunque también se prestan ayudas técnicas.

3.5.3.2 Criterios de acceso

Requisitos

Existen unos requisitos aplicables al acceso a todas las ayudas a domicilio municipales, que son los siguientes:

- Ser residente en el municipio de Málaga.
- Carecer de autonomía personal de tipo parcial o total, temporal o definitiva.

Baremo

Para el acceso al SAD, se utiliza un baremo que tiene en cuenta los siguientes factores:

- Grado de discapacidad física.
- Situación socio-familiar (composición, implicación).
- Dificultades personales especiales, situación psico-social.
- Situación social (valoración de la red de apoyo social del usuario).
- Características de la vivienda (condiciones del hábitat del usuario).
- Circunstancias económicas.

3.5.3.3 Cartera de servicios

El SAD municipal ofrece diversas prestaciones que se presentan a continuación como ayudas en especie y ayudas técnicas.

- Ayudas en especie:

La cartera de servicios en especie del SAD de Málaga se compone de:

- Actuaciones de carácter doméstico.
- Actuaciones de carácter personal.
- Servicio de comidas a domicilio.
- Actuaciones de carácter educativo- formativo.
- Actuaciones de carácter socio-comunitario.

A continuación, se presentan estas prestaciones en un cuadro:

- Ayudas técnicas:

El Ayuntamiento de Málaga ofrece también las ayudas técnicas, que se describen en el cuadro siguiente:



Actuaciones de carácter:	Doméstico	Personal	Comidas a domicilio	Educativo-formativo	Socio-comunitario	Teleasistencia
Descripción	<p>Son aquellas actividades cotidianas que se realizan en el hogar, destinadas al apoyo de la autonomía personal y familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas con la alimentación: compra de alimentos a cuenta del usuario, preparación de comidas en el hogar, servicio de comidas preparadas a domicilio. - Relacionadas con el vestido: lavado de ropa en el domicilio o fuera del domicilio, repaso, planchado y ordenación de la ropa, compra de ropa a cuenta del usuario. - Relacionadas con la limpieza y cuidado de la casa: limpieza cotidiana y/o de choque de la vivienda, realización de pequeñas actuaciones de reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal que se presentan de manera imprevista. 	<p>Son aquellas actividades cotidianas que recaen sobre el propio usuario, dirigidas a promover su bienestar personal o social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseo e higiene personal, incluyendo cambios de postura, levantar, acostar, vestirse, baño. - Control de la alimentación y ayuda en el comer. - Seguimiento del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud. - Compañía y apoyo a la movilidad dentro del hogar para ir al servicio, subir y bajar escaleras, paseos con fines terapéuticos. - Acompañamiento fuera del hogar para visitas médicas, rehabilitación física y realización de gestiones varias. - Actividades de ocio dentro y fuera del domicilio. - Servicio de vela. 	<p>Consiste en la distribución de raciones alimenticias equilibradas en el propio domicilio del mayor.</p>	<p>Son aquellas actividades dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas. Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización económica y familiar. - Planificación de la higiene familiar. - Formación de hábitos de convivencia. - Apoyo a la integración y socialización. 	<p>Son aquellas actividades encaminadas a fomentar la participación del usuario en su comunidad y en actos de ocio, tiempo libre, culturales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilitar el acceso al cine, teatro y otras manifestaciones culturales y recreativas (ferias, fiestas, excursiones etc.). - Acceder a préstamos de libros, revistas, diarios. - Otras actividades similares de ocio y sociabilidad que vinculan al usuario con su entorno. 	<p>Servicio de atención y apoyo personal y social que detecta determinadas situaciones de emergencia del usuario garantizando la comunicación permanente con el exterior. El Servicio se articula mediante la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones especial, permitiendo que los usuarios, ante situaciones de emergencia y a través de un dispositivo de fácil utilización, puedan entrar en contacto verbal con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta a la emergencia presentada.</p>
Actuaciones excluidas	<p>Se excluyen expresamente las siguientes actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La atención a otros miembros de la familia que no hayan sido contemplados en la valoración, propuesta técnica y concesión del servicio. - Las actividades de carácter sanitario y otras que conlleven una formación y capacitación específica del personal que debe realizarlas. 					

3.5.3.4 Precios de los servicios

No se han encontrado los datos respecto a los precios de Málaga. Puede servir como referencia el precio hora en Andalucía que

Prestación	Ayudas técnicas y adaptativas del hogar
Descripción	Son aquellas actuaciones de adaptación funcional del hogar necesarias para solventar situaciones concretas y específicas de dificultad, que complementan las actividades y tareas básicas de la prestación, tales como eliminación de barreras en el hogar, acondicionamiento de la vivienda u otras ayudas técnicas que apoyen la estructuración y organización de hogares y núcleos familiares.

fue de 11,03 €, en 2004.

3.5.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

No se han encontrado los datos de intensidad en Málaga, aunque puede ser de interés conocer el dato de Andalucía, que fue de 8 horas de atención por domicilio al mes en 2004.

Respecto a la intensidad horaria, cabe destacar lo siguiente:

- El SAD tiene una duración mínima de una hora al día y cuatro horas a la semana, distribuidas éstas últimas, como mínimo en dos días.
- El SAD, tiene carácter transitorio, salvo en Teleasistencia, por las propias características del servicio que es de conexión permanente.

Cobertura

No disponemos del dato de cobertura del SAD en Málaga. Se puede tomar como referencia el dato a nivel autonómico, siendo el índice de cobertura andaluz del 3,48% en 2004.

Con objeto de garantizar la administración racional y equitativa del SAD, se establece una lista de espera, revisable periódicamente, en la que los criterios de priorización son:

- Puntuación del baremo mencionado anteriormente.
- Fecha de solicitud.
- Cercanía geográfica a la baja que da origen a la plaza.

El número de usuarios de SAD en Málaga en el año 2005, se distribuye de la forma siguiente:

Prestaciones	Número de usuarios 2005
Atención personal y doméstica	1.106
Comidas a domicilio	175
Teleasistencia	1.352

3.5.4 Modelo

producción

3.5.4.1 Prescripción y seguimiento

Los responsables de la prescripción del servicio, son los Equipos Profesionales de los Centros de Servicios Sociales.

3.5.4.2 Características de la producción



Tipo de producción

La prestación del servicio, se puede hacer de forma directa o indirecta. Actualmente, la prestación está totalmente externalizada.

Sistema de contratación

Las adjudicaciones de los servicios se hacen mediante concurso público.

Proveedores

Actualmente, la prestación de SAD es responsabilidad de una sola entidad privada para toda Málaga, que es la empresa MÁS CERCA, excepto para el servicio de Comidas a domicilio del cual se encarga la empresa EUREST COLECTIVIDADES.

Perfiles profesionales

Los profesionales que participan en el SAD son:

- El Trabajador Social.
- El Auxiliar Domiciliario.

3.5.5 Modelo organizativo

3.5.5.1 Roles de los agentes participantes

Ayuntamiento:

El Ayuntamiento cubre las funciones de coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación.

- Equipos Profesionales de los Centros de Servicios Sociales: efectúan el estudio y la valoración de las necesidades, el diagnóstico y el diseño del Proyecto de Intervención Individual y/o Familiar.

Empresa prestadora:

La responsabilidad de la empresa prestadora es la atención directa de los usuarios, según las indicaciones de los servicios sociales.

3.5.5.2 Sistema de integración o coordinación entre los agentes

Es el Ayuntamiento quien se encarga de la coordinación del servicio.

No existe ni coordinación ni integración socio-sanitaria pues los servicios de carácter sanitario están excluidos del SAD de la ciudad de Málaga.

3.5.5.3 Control de la prestación

Los Equipos profesionales de los Servicios Sociales de Málaga se encargan de controlar la adecuada prestación de los servicios por parte de la empresa prestadora.

3.5.6 Financiación

3.5.6.1 Gasto Público

	Atenciones personales y domésticas	Teleasistencia	Comidas a domicilio
Presupuesto 2006	2.944.351€	328.428,10€	248.000€
Aportación del Ayuntamiento de Málaga	1.504.593,19€	114.949,83€	113.271€
Aportación de la Comunidad Autónoma	1.439.757,81€	213.478,27€	134.729€
Aportación de los usuarios	0€	0€	0€

3.5.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

Actualmente, no se exige aportación alguna a los usuarios del servicio municipal de SAD en Málaga. No obstante, sí está previsto que en el futuro, éstos cofinancien el servicio.

El cálculo de la teórica aportación de los usuarios al coste del SAD, se haría teniendo en cuenta la renta personal anual, es decir, la suma de los ingresos que por cualquier concepto (pensiones, salarios, rentas, subsidios y subvenciones con la excepción de becas y ayudas puntuales), perciba la unidad familiar dividida por el número de miembros que la integran.

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, además de la vivienda habitual, se tendría en cuenta sus rendimientos efectivos: intereses, dividendos, alquileres, etc., en cuantía anual. En el caso de disponer de inmuebles, así como propiedades que no le produjesen rentas o beneficios, se considerarían ingresos, el 2% del valor catastral de dicha propiedad.

Calculada la renta anual personal de acuerdo a los criterios antes expuestos, se compararía con la cuantía anual del salario mínimo interprofesional, determinándose, por aplicación de un baremo, el porcentaje del coste total de la prestación que debería aportar el usuario.

La participación futura del usuario iría desde la gratuidad total, para aquellos que no superasen el SMI, hasta el abono del 100% del coste del servicio, para aquellos cuya renta anual representase el 300% del SMI.

3.5.7 Marco legal

- Orden de 22 de octubre de 1996, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica de los Servicios Sociales Comunitarios.
- Reglamento del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Málaga.

3.5.8 Cuadro resumen del SAD en Málaga

Características	SAD en Málaga
Principios	Complementariedad y transitoriedad, en el apoyo al grupo familiar. Polivalencia e integralidad en la forma de abordar las necesidades.
Objetivos	Potenciar la calidad de vida del usuario en su domicilio y restablecimiento de las capacidades personales.
Demanda	Servicio comunitario, priorizando diversos colectivos, entre ellos los ancianos solos.
Servicios	Carta orientada a la atención personal y doméstica, y a la intervención social (psico-social y educativa).
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia, la situación familiar, social y económica de la persona.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros de Servicios Sociales Municipales, diseñando un proyecto de intervención individual y/o familiar. Externalización de la producción, actualmente, a través de una única empresa.
Modelo organizativo	Coordinación social.
Participación del usuario	Actualmente, no se aplica copago, por lo que el servicio es gratuito para el usuario.
Precios/hora	11,03€ (dato autonómico)
Intensidad horaria media mensual por domicilio	8 horas (dato autonómico)
Cobertura	3,48% (dato autonómico)



4 Análisis del SAD en 5 zonas

En segundo lugar, se han analizado los servicios domiciliarios de cinco zonas del ámbito rural en España. Con este estudio, se pretende analizar la adecuación de los servicios a las particularidades del medio rural.

De hecho, el medio rural presenta ciertas características a tener en cuenta, a la hora de poner en marcha servicios de ayuda a domicilio, como el sobre-envejecimiento de la población, su aislamiento por la dispersión y la falta de infraestructuras, su desinformación respecto a los servicios sociales, y la lejanía de unos recursos pensados para el medio urbano.

Así pues, las zonas a tratar son las CC.AA. de Extremadura y Castilla-León, el territorio foral de Guipúzcoa, la provincia de Barcelona y la comarca catalana de Les Garrigues.

4.1 El SAD en Extremadura

4.1.1 Marco estratégico

4.1.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD de Extremadura son los siguientes:

- Atención integral e interdisciplinaria: biológica, psicológica y social.
- Atención global: prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación.
- Coordinación y complementariedad intersectorial: medidas sanitarias y sociales coordinadas.
- Calidad relacional: atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

4.1.1.2 Objetivos

El SAD en Extremadura persigue los siguientes objetivos:

- Alcanzar un sistema integral: prevención, cuidados, rehabilitación, asistencia curativa.
- Desarrollar servicios con gran cualificación técnica y desarrollo tecnológico.
- Fomentar un modelo de atención comunitario, que potencie la permanencia en el domicilio.
- Primar la evaluación integral de las necesidades del paciente, desarrollando un sistema de información común.
- Conseguir la continuidad asistencial.
- Fomentar la participación e implicación de todos los agentes para organizar un sistema que evolucione.
- Atender a la persona en todos sus aspectos de forma interdisciplinaria y coordinada.
- Potenciar la funcionalidad y la efectividad.
- Diversificar la oferta en función de las necesidades de la población, con recursos polivalentes y flexibles.
- Simultanear el desarrollo de los diferentes sectores y niveles del sistema para evitar la descompensación.
- Organizar un sistema sostenible organizativa y económicamente.

4.1.2 Caracterización de la demanda

4.1.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

En Extremadura se han definido los siguientes perfiles para recibir atención social y sanitaria de manera sinérgica:

- Personas mayores de 65 años con un nivel alto de dependencia,
- y/o que presentan demencia grave,
- y/o que precisan alta complejidad de cuidados,
- y/o que precisan alta intensidad de cuidados sanitarios.

Se considera prioritaria la población en situación de dependencia con necesidad de intervenciones sanitarias puntuales.

4.1.2.2 Necesidades de la población

Se pueden definir distintos tipos de necesidades, en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados que dependerán del grado de dependencia (y por tanto de la necesidad de cuidados personales), de la necesidad de cuidados sanitarios y de la red de apoyo de la que disponga la persona.

- Necesidad de cuidados sanitarios continuados intensos: personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, complejos (revisión diaria de médicos, atención continuada de enfermeros y auxiliares, alivio sintomático,...).
- Necesidad de atención sanitaria continuada a personas en situación de dependencia: cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas en situación de dependencia alta (revisión médica periódica, revisión diaria de enfermería y cuidados continuados de auxiliares). Esto sería la denominada atención socio-sanitaria.
- Necesidad de atención a la dependencia: recursos domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia.
- Necesidad de medidas de apoyo a la red social de cuidados: económicas, fiscales, laborales.

4.1.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

Se valora el nivel de dependencia para determinar el acceso a los servicios, mediante un baremo, que se puede consultar en el apartado Criterios de acceso.

4.1.3 Oferta de servicios

4.1.3.1 Naturaleza de los servicios

En Extremadura, el SAD está constituido por servicios en especie.

4.1.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios del SAD son individuos y familias que se hallan en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psico-familiar para alguno de sus miembros.

El servicio se orienta a personas con una dependencia no muy grande, o en caso de existir ésta, es decir, en el caso de personas encamadas y en situación de dependencia total, el servicio va destinado a “descargar” a la familia, como medida de apoyo a la misma.

Baremo

El baremo pretende:

- Objetivizar las necesidades de los solicitantes.
- Permitir el diagnóstico real de la situación y poder fijar, a partir del mismo las necesidades de atención, así como avanzar el pronóstico de mejora en la situación del usuario.
- Permitir establecer un sistema de priorización de la demanda de prestación del servicio y de igualdad de acceso, de forma homologada en toda la región.
- Favorecer el tratamiento normalizado de los problemas sociales y su adaptación a la necesidad concreta del usuario.
- Aumentar la fiabilidad y validez interna y externa de la escala de valoración.

Existen dos baremos:



- En uno se valoran a todas aquellas personas que presentan limitación en su autonomía personal que les dificulta o impide el realizar las actividades básicas, para una vida normalizada.
- El otro se utiliza para todas aquellas situaciones en las que la problemática en la que se pretende intervenir no viene provocada por ningún tipo de incapacidad, sea ésta física, psíquica o sensorial. Se utiliza siempre en aquellos casos en que la desatención de algún miembro de la unidad de convivencia sea de forma temporal y venga provocada por situaciones tales como: fallecimientos, hospitalización, separaciones, ausencias obligatorias por trabajo de forma temporal, menor gestante, etc.

Baremo 1:

Se valoran los siguientes aspectos con la ponderación que se detalla a continuación:

- Situación económica, con un peso máximo del 20%.
- Autonomía personal: actividades de la vida diaria, relaciones con el entorno, cuidados personales básicos, con un peso máximo del 35%.
- Situación de la vivienda: condiciones de habitabilidad, equipamientos básicos, representando como máximo el 20%.
- Situación socio-familiar: relaciones convivencia, tipo de ayuda recibida por parte de familiares y vecinos, decisión de vivir solo, con un peso máximo del 25%.

Baremo 2:

Se valoran los mismos aspectos, excepto la autonomía personal, con la ponderación que se detalla a continuación:

- Situación económica, representando como máximo el 30%.
- Situación de la vivienda que representa un máximo del 20%.
- Situación socio-familiar, con un peso máximo del 50%.

4.1.3.3 Cartera de servicios

La cartera extremeña de servicios a domicilio se compone de las siguientes prestaciones:

- Ayuda a domicilio.
- Atención sanitaria en el domicilio.
- Teleasistencia.

Se describen estas prestaciones en el cuadro siguiente:

Prestaciones	Ayuda a domicilio	Atención sanitaria a domicilio	Teleasistencia
Descripción	<p>Consiste en la prestación de una serie de atenciones de carácter personal, doméstico y técnico en un horario máximo de 2 horas diarias o 52 al mes. Las tareas ofrecidas, que se determinarán en cada caso, son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayuda en el aseo y cuidado personal. - Supervisión de la medicación. - Ayuda para levantarse y acostarse. - Cuidados especiales a encamados: cambios de postura, limpieza e higiene corporal. - Ayuda para moverse y caminar dentro del domicilio. - Ayuda en las tareas domésticas: barrer, fregar, limpiar la casa, hacer la cama. - Realización de la compra y cocinar. - Acompañamiento en distintas gestiones fuera del domicilio: acudir al médico, ir a la compra, etc. 	<p>Consiste en la prestación de atenciones sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico a domicilio. - Enfermería a domicilio. 	<p>Consiste en un dispositivo instalado en el domicilio que permite desencadenar una señal de alarma que identifica una central de escucha y que inmediatamente se pone en contacto telefónico con el interesado, y si lo requiere, envía ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal.</p>
Beneficiarios		<p>Dirigido a pacientes que presenten varias o alguna de estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilizados. - Terminales. - Que han sufrido una intervención quirúrgica. - Que padecen multipatologías. - Que necesitan cuidados paliativos. - Y cuya atención en su entorno familiar es adecuada. 	<p>Dirigido a personas mayores en situación de riesgo que viven solas o pasan solas gran parte del día o en compañía de otras personas en similares condiciones.</p>

4.1.3.4 Precios de los servicios

El precio hora del SAD en Extremadura fue de 5,56 € en 2004.

4.1.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

La intensidad horaria en Extremadura en el 2004, fue de 22 horas al mes por domicilio. Se encuentra muy por encima de la media nacional que es de 17 horas.

El horario máximo de atención, está fijado en 2 horas diarias o 52 mensuales.



Cobertura

En Extremadura, el índice de cobertura del SAD en 2004, fue del 7,41%. Este dato está muy por encima de la media española (3,14%). El índice de cobertura en teleasistencia estuvo en el 1,34%.

En Extremadura, los usuarios del SAD en el año 2004 fueron:

Prestaciones	Número de usuarios
Ayuda a domicilio	15.415
Atención sanitaria a domicilio	N/D
Teleasistencia	2.789

4.1.4 Modelo de producción

4.1.4.1 Prescripción y seguimiento

El trabajador social del Servicio Social de Base es el responsable del estudio y valoración de las peticiones presentadas, estableciendo el proyecto de intervención y siendo, por tanto, el responsable del seguimiento y evaluación del mismo.

4.1.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

Se prima la producción directa, con un enorme esfuerzo en el desarrollo de recursos propios, pero también existen convenios y subvenciones con entidades privadas, con o sin fin de lucro. Se trabaja con proveedores privados cuando los recursos públicos son insuficientes. Esto sucede en un 15% de los casos, como máximo, y en las grandes ciudades de Extremadura.

Sistema de contratación

La contratación de proveedores se realiza mediante concurso público.

Proveedores

Se trabaja con distintos proveedores privados en algunas de las grandes ciudades de Extremadura.

Sistema de acreditación y registro de los proveedores

Existe el Registro de Establecimientos de Personas Mayores en Extremadura, cuya finalidad es inscribir todos los centros, servicios o establecimientos de personas mayores, tanto públicos como privados situados en Extremadura.

Requisitos:

Tener autorización de la Consejería de Bienestar para la puesta en funcionamiento (proyecto, modificación, funcionamiento, cambio de titular, ampliación, cancelación y traslado).

Perfiles profesionales

El SAD requiere la participación de los siguientes profesionales:

- Trabajador Social.
- Médico.
- Enfermeras.
- Educador social.

4.1.5 Modelo organizativo

4.1.5.1 Roles de los agentes participantes

Los profesionales de los Servicios Sociales y del ámbito sanitario participan en la gestión y en la prestación del servicio.

4.1.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

El sistema extremeño es de coordinación socio-sanitaria. Consiste en una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios dentro del Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria. La coordinación se realiza por medio de distintas comisiones interdisciplinares a todos los niveles.

- Comisión de Seguimiento del Plan Socio-Sanitario: órgano colegiado responsable del seguimiento y control del Plan.
- Comisión Permanente Intersectorial Socio-Sanitaria: órgano colegiado, impulsor y dinamizador, responsable de la supervisión del funcionamiento, de la homologación de protocolos de coordinación y criterios de calidad.
- Comisión Socio-Sanitaria de Zona: es responsable de la planificación, evaluación de las experiencias, instrumentos, asignación de recursos, coordinación y colaboración con otras instituciones públicas o privadas.
- Comisión Socio-Sanitaria Comunitaria: primer nivel de coordinación socio-sanitaria cuyas funciones son facilitar el acceso a los servicios, la optimización de los recursos asistenciales y la transmisión de la información a niveles superiores.

Sistemas de información

El Proyecto JARA

Se trata de un sistema de información socio-sanitario. Exige un conjunto mínimo de datos comunes sociales y sanitarios para que el seguimiento del proceso sea integral.

Con esta información se pueden evaluar las necesidades, y gestionar la actividad asistencial y la salud pública, los recursos humanos, la oferta, los aspectos económicos...

Sistema de valoración de la calidad

Existen unos mínimos estructurales, en cuanto a recursos humanos y prestaciones, que son exigidos para la autorización y acreditación de los servicios.

La acreditación la otorga la Dirección General competente en cada sector. En el caso de que los servicios prestados sean mixtos, la acreditación la realiza la Consejería de Bienestar Social con la aprobación de la Consejería de Sanidad.

4.1.6 Financiación

4.1.6.1 Gasto Público

La financiación por parte de las administraciones se distribuye de la siguiente forma:

Financiación administraciones	SAD
Aportación Consejería de Bienestar Social	48%
Aportación Consejería de Sanidad	38%
Aportación Ayuntamientos	0,9%

4.1.6.2 Participación de los usuarios: sistemas de copago

La atención sanitaria es universal y gratuita, así que la parte sanitaria de la atención domiciliaria socio-sanitaria extremeña, también es gratuita. Pero el usuario debe contribuir a la financiación de las atenciones sociales.



Esta aportación supone, en Extremadura, el 8% del coste de las prestaciones.

La aportación económica en el SAD dependerá de la situación personal y sobre todo de los recursos económicos del beneficiario, pudiendo ser el mismo exento, a pagar una parte o incluso la totalidad.

El cálculo de la aportación del usuario se hace teniendo en cuenta que la aportación no podrá hacer que la renta per cápita sea inferior al 50% del SMI.

4.1.7 Marco legal

- Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica.
- Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Socio-sanitaria y el Servicio Público de Atención Socio-sanitaria en su modalidad tipo 2 y se establece su régimen jurídico.
- Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones sociales básicas de Servicios Sociales de titularidad municipal y se establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación.

4.1.8 Cuadro resumen del SAD en Extremadura

Características	SAD en Extremadura
Principios	Atención global, integral e interdisciplinaria Coordinación y complementariedad socio-sanitaria.
Objetivos	Potenciar la permanencia en el domicilio.
Demanda	Servicio orientado principalmente a personas con dependencia no muy severa.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica, y a la atención sanitaria a domicilio.
Acceso a los servicios	En base a un baremo que tiene en cuenta la situación económica, la autonomía personal y la situación socio-familiar.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Servicios Sociales de Base, diseñando un proyecto de intervención personal. Producción esencialmente pública, externalizando parte de la producción en las grandes ciudades.
Modelo organizativo	Coordinación socio-sanitaria por medio de comisiones interdisciplinares a varios niveles.
Participación del usuario	Gratuidad de las prestaciones sanitarias. Copago de las prestaciones sociales en función de la situación personal y económica del usuario.
Precios/hora	5,56€
Intensidad horaria media mensual por domicilio	22 horas
Cobertura	7,41%

4.2 El SAD en Castilla- León

4.2.1 Marco estratégico

4.2.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en Castilla-León son los siguientes:

- Globalidad: prestación integrada y coordinada dentro de los servicios sociales.
- Complementariedad, propiciando y apoyando la asunción de las responsabilidades familiares existentes en su caso, actuando con carácter general de forma subsidiaria.
- Carácter preventivo, socio-educativo, asistencial e integrador.
- La prestación de Ayuda a Domicilio se entiende como una prestación social básica del sistema público de Servicios Sociales.

4.2.1.2 *Objetivos*

El SAD en Castilla-León es una prestación destinada a:

- Proporcionar la atención necesaria a personas o grupos familiares con dificultades en su autonomía.
- Prevenir situaciones de deterioro personal y social.
- Favorecer la adquisición de habilidades que permitan un desenvolvimiento más autónomo en la vida diaria.
- Posibilitar la integración en el entorno habitual de convivencia.
- Apoyar a grupos familiares en sus responsabilidades de atención.
- Evitar o retrasar mientras no resulte necesario, el ingreso en centros residenciales.

4.2.2 **Caracterización de la demanda**

4.2.2.1 *Perfil de la población objetivo y/o prioritaria*

La población a la que se dirige el SAD de Castilla-León la componen las personas o grupos familiares en situación de dependencia, con dificultades para permanecer en su domicilio.

En concreto, se trata de:

- Mayores con falta de autonomía por razones físicas o sociales.
- Discapacitados.
- Menores sin apoyo familiar.
- Familias en conflicto.

4.2.2.2 *Necesidades*

Con el SAD de Castilla-León, se pretenden cubrir las necesidades personales y sociales.

4.2.2.3 *Sistema de valoración de la dependencia*

El grado de dependencia se considera para determinar el acceso a los servicios, dentro del baremo que establece la Gerencia de Servicios Sociales.

4.2.3 **Oferta de servicios**

4.2.3.1 *Naturaleza de las prestaciones*

El SAD de Castilla-León se compone tanto de prestaciones en especie, como de ayudas económicas.

4.2.3.2 *Criterios de acceso*

Beneficiarios

Con carácter genérico

Pueden ser usuarios de la prestación de la Ayuda a Domicilio, todas aquellas personas o grupos familiares residentes en la Comunidad de Castilla y León, que se encuentran en una situación que les impide satisfacer sus necesidades personales y sociales por sus propios medios, y requieren atención y apoyo para continuar en su entorno habitual.



Con carácter específico

Los beneficiarios del SAD son:

- Las personas de edad avanzada con dificultades en su anatomía personal y en condiciones de desventaja social.
- Las personas con discapacidades o minusvalías que afectan significativamente a su autonomía personal.
- Los menores de edad cuyas familias no pueden proporcionarles el cuidado y atención que requieren en el propio domicilio, permitiendo esta prestación su permanencia en el mismo.
- Los grupos familiares con excesivas cargas, conflictos relacionales, situaciones sociales inestables y/o con problemas derivados de trastornos psíquicos o enfermedades físicas de gravedad.

Requisitos

Para poder acceder a las prestaciones del SAD, es necesario cumplir los siguientes requisitos:

- Ser residente en el territorio de la Comunidad Autónoma.
- Estar dentro de alguno de los grupos de personas específicas.
- Alcanzar la puntuación mínima exigida según el baremo establecido por la Gerencia de Servicios Sociales, donde se contemplan las siguientes variables objeto de baremación:
 - Capacidad funcional.
 - Situación sociofamiliar.
 - Situación económica.
 - Alojamiento.
 - Otros factores.

Baremo

El baremo en cuestión se puede consultar en la Resolución de 19 de diciembre de 2001.

La baremación para el acceso al SAD se hace a través de la Comisión Técnica de la respectiva Entidad Local.

Las variables a tener en cuenta, según su ponderación, son las siguientes:

- La capacidad funcional, entendiéndose por tal el grado de habilidad que desde el punto de vista físico-psíquico y funcional organizativo presenta el solicitante para realizar las actividades de la vida diaria y de relación con el entorno. Se le otorga un peso del 30%.
- La situación socio-familiar: esta situación refleja la frecuencia y calidad de las relaciones, las atenciones prestadas por los familiares directos del solicitante y por otras personas, así como su integración en el entorno. Se le otorga un peso del 22%.
- La situación económica: constituye esta situación la suma de los ingresos totales de la unidad de convivencia del beneficiario. Se le otorga un peso del 25%. A estos efectos, se entiende por los siguientes conceptos:
 - Unidad de convivencia: todas las personas que convivan en el mismo hogar familiar del solicitante.
 - Ingresos totales: todos los ingresos obtenidos por los miembros de la unidad de convivencia (rentas del trabajo, pensiones, prestaciones por desempleo, rentas de capital mobiliario e inmobiliario...).
- El alojamiento: se tienen en cuenta tanto las condiciones generales de la vivienda como la ubicación de la misma. Se le otorga un peso del 8%.
- Otros factores: esta variable contempla situaciones particulares que influyen en el grado de necesidad del solicitante y que no vienen reflejadas en el resto de variables. Se le otorga un peso del 15%.

Las variables de "capacidad funcional" y "situación socio-familiar" se consideran esenciales para el acceso al SAD, de forma que si el solicitante no obtiene la puntuación mínima exigida, no puede acceder al mismo.

La Comisión Técnica mencionada es designada por la entidad local correspondiente.

4.2.3.3 Cartera de servicios

Atención exclusivamente social

La cartera de servicios domiciliarios, del ámbito exclusivamente social, se compone de las prestaciones en especie y de ayudas económicas.

- Ayudas en especie:

En cuanto a las prestaciones en especie son las siguientes:

- Atenciones de carácter personal.
- Atenciones de carácter doméstico.
- Atenciones de relación con el entorno.
- Otras actuaciones.
- Teleasistencia.

Se describen estas prestaciones en el cuadro siguiente:

Atenciones de carácter	Personal	Doméstico	De relación con el entorno	Otras actuaciones	Teleasistencia
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene, aseo y vestido. - Ayuda a la movilidad dentro del domicilio. - Seguimiento de la medicación y alimentación. - Ayuda en la ingesta de alimentos. - Compañía y atenciones en el domicilio y con carácter excepcional compañía nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza y orden del domicilio, del mobiliario y enseres de uso diario. No estarán incluidos Domicilio los arreglos de cierta entidad como pintura, empapelado, etc... - Lavado y planchado de ropa. - Adquisición y preparación de alimentos. - Realización de compras. - Manejo de aparatos electrodomésticos y sistemas de calefacción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento y realización en su caso de gestiones fuera del hogar. - Ayuda a la movilidad externa, que garantice la atención e integración en su entorno habitual. - Apoyo dirigido a facilitar la participación en actividades comunitarias y de relación familiar o social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el descanso de la familia en su atención a la persona que necesite esta prestación. - Atención psico-social en situaciones de conflicto convivencial y desestructuración familiar. - Apoyo socioeducativo para estimular la autonomía e independencia. - Apoyo a las relaciones intrafamiliares. - Otros apoyos complementarios de carácter similar, valorados técnicamente como adecuados a las circunstancias del caso para favorecer su autonomía, integración social y acceso a otros servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo conectado a la red telefónica que permite la comunicación desde el domicilio, con una central que funciona 24 horas al día y 365 días al año.
Actuaciones excluidas	<ul style="list-style-type: none"> - Quedan excluidas de esta prestación todas aquellas tareas que no sean cometido del personal de la Ayuda a Domicilio y especialmente las funciones o tareas de carácter exclusivamente sanitario que requieran una especialización de la que carecen los profesionales que intervienen en la misma, como la realización de ejercicios específicos de rehabilitación o mantenimiento, colocar o quitar sondas, poner inyecciones o cualquier otro de similar naturaleza. - Las prestaciones citadas no incluyen a otros miembros de la familia o allegados que habiten en el mismo domicilio que el beneficiario. 				



- Ayudas económicas:

En Castilla-León, se ofrecen ayudas económicas a los individuos en situación de dependencia y las familias cuidadoras:

- Ayudas económicas individuales a personas en situación de dependencia.
- Ayudas económicas a familias cuidadoras.

A continuación, se describen en un cuadro, las ayudas económicas existentes en Castilla-León:

Ayudas	Individuales	A familias cuidadoras
Descripción	Las ayudas van destinadas a mejorar la accesibilidad en el domicilio mediante: <ul style="list-style-type: none"> - La adaptación funcional de la vivienda. - La adquisición de ayudas técnicas. 	Las ayudas económicas van destinadas a sufragar la contratación de cuidadores profesionales para facilitar un “respiro” a las familias cuidadoras.
Beneficiarios	Las ayudas van destinadas a personas mayores en situación de dependencia.	Las ayudas van destinadas a familias que atienden a mayores en situación de dependencia grave.

Atención sanitaria

También existe atención sanitaria a domicilio gracias a diversos servicios:

- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD): se encuentran únicamente en las áreas de salud de Burgos y León.
- Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD): existen 5 UHD, en situación de dependencia de sendos hospitales en las zonas de Burgos, Valladolid, Zamora y el Bierzo.
- Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarias (UCP): existen 8 UCP domiciliarias presentes en Ávila, Burgos, León, Segovia, Salamanca y Valladolid.

En el cuadro a continuación, se describen estos servicios

Servicio	ESAD	UHD	UCP
Descripción	Sirven como dispositivo de apoyo para la atención.	Proporcionan tratamiento activo por parte de profesionales sanitarios en el domicilio, constituyendo una alternativa al ingreso hospitalario: <ul style="list-style-type: none"> - Favoreciendo el alta hospitalaria temprana. - Intervenciones de cuidados paliativos. - Tratamientos de soporte a enfermos terminales. 	Asistencia multidisciplinar.
Beneficiarios	El servicio va dirigido a pacientes inmovilizados o terminales.	El servicio se dirige a pacientes que presentan enfermedades o problemas que, de otra forma, requerirían cuidados hospitalarios en una unidad de agudos.	Los beneficiarios son los enfermos oncológicos y sus familias, cuando comienza el proceso terminal de la enfermedad.

4.2.3.4 Precios de los servicios

El precio hora del SAD en Castilla-León en 2005, fue de 10,74 €.

4.2.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

La intensidad horaria en Castilla-León en 2004 fue de 19 horas por domicilio y mes. Se sitúa algo por encima de la media nacional de 17 horas.

Cobertura

El índice de cobertura del SAD en Castilla-León en 2005 fue del 4,2%. Se sitúa algo por encima de la media nacional. El índice de cobertura Teleasistencia fue del 3%.

La cobertura aumenta para los mayores de 75 años, situándose en el 8% para el SAD y en el 5,8% para la teleasistencia.

El número de usuarios de SAD en Castilla-León en 2004 aumentó un 14% respecto a 2003, y en 2005, los datos son los siguientes:

Prestaciones	Número de usuarios 2005
Atención personal	23.567
Atención doméstica	
Atenciones de relación con el entorno	
Teleasistencia	17.143
Ayudas económicas individuales	1.337
Ayudas económicas a familias	N/D

4.2.4 Modelo de producción

4.2.4.1 Prescripción y seguimiento

Tanto la prescripción como el seguimiento de los servicios, son responsabilidad de los técnicos de los CEAS (Centros Especializados de Atención Social) de las diputaciones provinciales y de los trabajadores sociales que dependen de los Ayuntamientos.

4.2.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

La producción está externalizada a través de empresas privadas.

Sistema de contratación

La contratación de los proveedores se realiza por medio de concurso público.

Proveedores

No se ha encontrado información referente a los proveedores de SAD en Castilla-León.

Perfiles profesionales

- **Personal auxiliar:** Está encargado de la atención directa a los usuarios siendo sus funciones la realización material de las atenciones de carácter personal, doméstico, de relación con el entorno y otras de naturaleza similar.
- **Trabajador social:** es el técnico responsable de la tramitación, valoración, seguimiento y coordinación de la prestación. Así mismo, interviene cuando resulta necesario en las tareas de atención psicosocial, apoyo socioeducativo y apoyo a las relaciones intrafamiliares.



- Psicólogo: es el responsable del diseño, ejecución y seguimiento de la atención psicosocial en situaciones de conflicto convivencial, desestructuración familiar u otras situaciones carenciales propias en las que pueda incidir esta disciplina.
- Educadores y animadores comunitarios como parte del equipo de Acción Social: pueden ser diferentes profesionales responsables del apoyo socioeducativo dirigido a estimular la autonomía e independencia. Colaboran en la aplicación de programas de carácter individualizado o socio-comunitario debiendo acreditar una formación específica acorde con estas funciones.

En los servicios sanitarios a domicilio participan profesionales sanitarios como médicos y enfermeros.

4.2.5 Modelo organizativo

4.2.5.1 Roles de los agentes participantes

Administraciones:

Desde las administraciones públicas se asignan los servicios, se gestionan y se evalúan:

- Técnicos de los CEAS de cada Diputación Provincial y los trabajadores sociales de los Ayuntamientos: detección necesidades, tramitación y seguimiento.
- Técnicos Unidad SAD: gestión general.

Empresa prestadora:

La responsabilidad de la empresa prestadora es la atención directa de los usuarios, según las indicaciones de los servicios sociales.

- Auxiliares de ayuda a domicilio: asignados por la empresa adjudicataria, se encargan de la prestación directa.

Papel del Tercer Sector

En ningún caso los servicios prestados por voluntarios se contemplan como sustitutos de los servicios de la prestación de SAD, aunque se potencian como complementarios de la misma.

4.2.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

En Castilla-León, existe una coordinación entre los agentes sociales básica, y se busca la integración sanitaria a través del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica.

Coordinación social

La coordinación del servicio, liderada por la administración provincial y local, se da dentro del ámbito social. La integración social se busca por medio de los proyectos piloto de la ciudad de Valladolid y de la Diputación de Salamanca, siendo este último, analizado a continuación.

- Atención integral social en el medio rural: proyecto piloto en la Diputación de Salamanca

En la Diputación de Salamanca se ha iniciado un proyecto piloto de atención integral en el medio rural. En este proyecto la integración se entiende desde el punto de vista exclusivamente social, y se basa en los siguientes ejes de actuación:

- Sistema de acceso único.
- Evaluación integral de las necesidades.
- Prestación integrada de los recursos.
- Atención individualizada.
- Sistema informático que permita la gestión por casos.
- Polivalencia de los centros municipales de referencia.

Integración sanitaria

Desde 2005, se busca en Castilla-León, una atención integral de las personas mayores desde el punto de vista sanitario, teniendo en cuenta, en primer lugar, que las necesidades sanitarias de los mayores van asociadas a necesidades de tipo social, y que éstos desean permanecer en sus domicilios. Esto se ha formalizado en un plan para los próximos años.

- Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla-León (2005-2007)

El Plan de Atención Sanitaria Geriátrica se fundamenta en los siguientes principios:

- Atención integrada e integral: siendo integrada por la alineación de las intervenciones asistenciales, de prevención y de integración social; e integral, por implicar un trabajo de coordinación de esfuerzos desde el ámbito sanitario, a nivel interno, y con el ámbito social.
- Transversalidad y normalización de actuaciones.

Se incide en el desarrollo de diversos servicios, entre los cuales cabe destacar, en el ámbito de la atención domiciliaria, los siguientes:

- Servicio de atención domiciliaria al paciente inmovilizado.
- Servicio de atención al enfermo terminal.
- Servicio de atención al cuidador familiar.

4.2.5.3 Control de la prestación del servicio

Los técnicos de los CEAS de las diputaciones se encargan de velar por la correcta prestación de los servicios asignados.

4.2.6 Financiación

4.2.6.1 Gasto Público

En la financiación del SAD en Castilla-León, se contemplan las siguientes fuentes:

- Administraciones: CC.AA y Ayuntamientos:
 - La Junta de Castilla y León a través de los convenios suscritos con las entidades locales para la financiación de las prestaciones básicas, contemplados en el artículo 6 de la Ley 18/1988, en cumplimiento del artículo 49.1.b de la citada Ley.
 - Los Ayuntamientos, mediante las aportaciones anuales consignadas en los correspondientes presupuestos de Servicios Sociales.
- Aportaciones de los usuarios.

4.2.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

Las aportaciones de los beneficiarios se hacen según se establece en las Ordenanzas Regulatoras Municipales.

La ponderación de este concepto viene dada por los rendimientos calculados en cómputo mensual obtenidos por la unidad de convivencia del solicitante de la prestación señalada en el apartado del baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a esta prestación:

- Ingresos de trabajo personal o pensiones.
- Bienes rústicos y urbanos arrendados.
- Capital mobiliario.

Analizada la situación económica del solicitante de la prestación y de su unidad de convivencia, le es de aplicación la cuota resultante según la tarifa de su municipio correspondiente.



Se puede consultar esta información en el anexo de la Resolución 19 de diciembre de 2001.

4.2.7 Marco legal

- Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio.
- Resolución de 23 de diciembre de 1998, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla-León, por la que se aprueba el baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio.

4.2.8 Cuadro resumen del SAD en Castilla-León

Características	SAD en Castilla-León
Principios	Globalidad del servicio, dentro de los servicios sociales. Complementariedad: apoyando a las familias con carácter subsidiario.
Objetivos	Prevenir el deterioro de las condiciones de vida, apoyando al grupo familiar, evitando posibles ingresos en centros residenciales.
Demanda	Servicio comunitario, dirigido a las personas o grupos familiares en situación de dependencia, con dificultades para permanecer en el domicilio.
Servicios	Carta orientada a la atención personal y doméstica, al apoyo a los cuidadores con ayudas económicas, y a la relación con el entorno. Existen prestaciones domiciliarias sanitarias.
Acceso a los servicios	En base a un baremo que tiene en cuenta la capacidad funcional, la situación socio-familiar, la situación económica, el alojamiento,...
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los Centros Especializados de Atención Social. Externalización de la prestación de los servicios.
Modelo organizativo	Coordinación entre agentes sociales. Se busca integración social en el medio rural mediante el proyecto piloto de la Diputación de Salamanca. La integración sanitaria viene con la aprobación del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla-León (2005-2007).
Participación del usuario	Copago en función de la situación económica de la unidad convivencial (analizando tanto los ingresos por trabajo, como el capital mobiliario e inmobiliario).
Precios/hora	10,74€
Intensidad horaria media mensual por domicilio	19 horas
Cobertura	4,2%

4.3 El SAD en Guipúzcoa

4.3.1 Marco estratégico

4.3.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se fundamenta el SAD en Guipúzcoa son los siguientes:

- Individualización.
- Carácter preventivo, rehabilitador y asistencial.
- Prestaciones de tipo social.

- Copago

4.3.1.2 *Objetivos*

El SAD de Guipúzcoa persigue los siguientes objetivos:

- Prevenir y/o compensar las pérdidas de autonomía.
- Apoyar a la red natural de atención.
- Favorecer la integración en el entorno.
- Mejorar el clima convivencial.
- Detectar las necesidades de intervención de otros servicios.
- Favorecer el mantenimiento de la persona en su domicilio.

4.3.2 **Caracterización de la demanda**

4.3.2.1 *Perfil de la población objetivo y/o prioritaria*

La población objetivo es aquella que presenta un alto riesgo socio-sanitario derivado de la edad, la discapacidad o la soledad. Especialmente, se dirigen los servicios a los mayores de 65 años con dificultades en su autonomía personal.

4.3.2.2 *Necesidades*

El SAD de Guipúzcoa pretende cubrir la necesidad de cuidados diarios

4.3.2.3 *Sistema de valoración de la dependencia*

Para determinar el nivel de dependencia de los solicitantes, se utiliza la Escala de Valoración de Sakontzen.

Esta escala trata los aspectos siguientes, todos con la misma importancia:

- Cuidados personales: alimentación, higiene, vestido.
- Cuidados de salud: cuidados médicos, cuidados de enfermería, rehabilitación.
- Movilidad.
- Esfínteres.
- Dependencia psíquica.

4.3.3 **Oferta de servicios**

4.3.3.1 *Naturaleza*

Se trata de prestaciones en especie, ayudas técnicas y económicas.

4.3.3.2 *Criterios de acceso*

Requisitos

En general, para acceder al SAD, hay que cumplir los siguientes requisitos:

- Residir en el Territorio Histórico de Guipúzcoa.
- Estar en situación socio-sanitaria de alto riesgo derivada de la edad, la enfermedad, discapacidad, soledad, etc.
- Ser persona mayor en situación de dependencia según la escala de valoración Sakontzen.

Para algunos servicios existen exigencias específicas que se expondrán más adelante.

4.3.3.3 *Cartera de servicios*



El SAD en Guipúzcoa está compuesto de prestaciones en especie, y de las prestaciones técnicas y económicas del Programa Sendian.

- Ayudas en especie:

- Ayuda domiciliaria.
- Teleasistencia.

Estas ayudas se presentan en el cuadro siguiente:

- Ayudas técnicas y económicas - Programa Sendian:

	Ayuda domiciliaria	Teleasistencia
Descripción	Es un servicio que se divide en tareas domésticas y de atención personal: Apoyo doméstico: - Alimentación: apoyo en preparación comidas, compra alimentos. - Vestidos: apoyo en lavado, planchado, de compra de ropa. - Mantenimiento vivienda: limpieza, hacer la cama. Apoyo personal: - Apoyo en las actividades básicas de la vida diaria: aseo e higiene personal, ayuda para levantarse, acostarse, incorporarse de la cama o asiento, ayuda en el comer y vestir, control y seguimiento de la administración de la medicación oral prescrita, apoyo en la movilidad del hogar, acompañamiento fuera del hogar en gestiones de carácter personal.	Es un servicio que ofrece ayuda o atención en caso de emergencia a través de la instalación de un equipo que consta de dos elementos: - Un aparato de telealarma que se instala en el domicilio. - Un medallón o pulsera que se debe llevar siempre encima cuando se esté en el domicilio.
Requisitos específicos		- Personas que viven solas o que permanezcan solas en largos periodos de tiempo, y que por su edad o incapacidad se encuentran en situación de riesgo. - Capacitadas para el manejo del equipo. - Disponer de línea telefónica.
Actividades excluidas	- Compañía y paseos. - Atención directa a miembros de la familia. - Actuaciones de carácter sanitario. - Realización de arreglos importantes en el hogar (pintar, empapelar,...).	

Dentro del *Programa Sendian*, se ofrecen:

- Ayudas económicas que compensan el gasto que genera el cuidado de ancianos.
- Ayudas técnicas y obras de adecuación de viviendas.

A continuación, se describen estas ayudas en un cuadro:

El *Programa Sendian* fomenta y desarrolla los recursos de apoyo, a las familias que se ocupan de atender a personas mayo-

	Ayudas económicas	Ayudas técnicas
Descripción	Consiste en proporcionar ayudas económicas a familias con personas mayores en situación de dependencia a su cargo que atraviesan dificultades económicas, bien por la escasez de recursos, bien porque el tiempo que dedican a la atención de la persona mayor les dificulta el acceso a un trabajo remunerado.	Se trata de los productos, instrumentos, equipamientos o sistemas técnicos siguientes: - Ayudas para la movilidad. - Ayudas para la accesibilidad. - Ayudas para la comunicación.
Requisitos específicos	-Residir en alguno de los municipios integrantes del Programa Sendian con una antigüedad mínima de 2 años. - Convivir con una persona mayor en situación de dependencia. - Justificar el gasto.	- Personas con discapacidad - Personas en situación de dependencia.

res en situación de dependencia.

Además de las ayudas que se han descrito anteriormente, el *Programa Sendian* presta:

- Formación a los cuidadores y apoyo psicológico.
- Fomento del voluntariado para apoyar al cuidador.
- Asesoramiento en cuanto a incentivos fiscales.
- “Respiro familiar” en colaboración con residencias y centros de día.

Este programa juega un papel importante en el ámbito rural, prestando estos servicios a 1.061 familias, de 32 municipios guipuzcoanos de menos de 2.000 habitantes.

El Programa Hurbiltzen

El *Programa Hurbiltzen*, de la Diputación Foral de Guipúzcoa, pretende fortalecer el SAD en el ámbito rural guipuzcoano.

- Su objetivo es el fortalecimiento de los servicios sociales en los pequeños municipios.
- Los principios básicos del programa son los siguientes:
 - La cooperación entre los Ayuntamientos y la Diputación Foral, y la participación de agentes, en principio ajenos a los servicios sociales.
 - La estabilidad y flexibilidad, adaptándose los servicios a las particularidades del medio rural y los hábitos de vida de sus habitantes.
- Las actuaciones puestas en marcha en el marco del Programa Hurbiltzen, son específicas para el medio rural:
 - Promoción de la creación de mancomunidades para optimizar recursos.
 - Expansión de centros rurales de servicios sociales.
 - Potenciación del SAD, aumentando las horas de atención por municipio, financiadas por la Diputación Foral.

Este programa va dirigido a 44 municipios guipuzcoanos cuya población es inferior a 2.000 habitantes.

4.3.3.4 Precios de los servicios

El precio por hora en Guipúzcoa en 2004, fue de 16,59 € por hora de atención doméstica o personal, siendo el precio de 19,91 € para la atención doméstica en los días festivos.

4.3.3.5 Intensidad y cobertura



Intensidad

En 2004, la intensidad horaria en Guipúzcoa fue de 21 horas por domicilio y mes, situándose por encima de la media nacional de 17 horas.

Los horarios de SAD son de 7h a 22h de lunes a viernes, con un máximo de 3 horas al día, y un mínimo de 15 minutos a la semana.

Cobertura

El índice de cobertura en Guipúzcoa en el 2005, fue del 4%, quedando por encima de la media nacional (3,14%). El índice de cobertura de la teleasistencia fue del 3,23%.

El número de usuarios en 2005 se presenta a continuación:

Prestaciones	Número de usuarios 2005
Ayuda a domicilio	4.800
Teleasistencia	4.000
Programa Sendian	1.061

4.3.4 Modelo de producción

4.3.4.1 Prescripción y seguimiento

Los trabajadores sociales se encargan de valorar las necesidades y de prescribir los servicios en base a éstas. También realizan el seguimiento de los casos.

4.3.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

La producción está externalizada a través de proveedores privados.

Sistema de contratación

La adjudicación de los contratos se hace mediante concurso abierto, basado en las condiciones presentes en los pliegos emitidos por los Ayuntamientos. Los criterios de adjudicación son los siguientes:

- Proyecto de prestación de la ayuda domiciliaria: atención directa, organización del servicio, protocolos de actuación, organigrama, perfiles profesionales, sistema informático, programa de evaluación de la atención, experiencia.
- Proyecto de gestión del personal: condiciones laborales, plan de formación, selección, planes de mejora.
- Oferta económica.
- Propuestas de mejora.

Proveedores

El servicio de teleasistencia lo lleva a cabo la empresa SOS DEIAK.

No se ha encontrado información referente a los proveedores del resto de prestaciones de SAD.

Sistema de acreditación y registro proveedores

Existe un Registro de Contratistas del País Vasco, para controlar las condiciones que se deben cumplir a la hora de proveer un

servicio público por parte de empresas privadas.

Perfiles profesionales

Los profesionales esenciales en el SAD son:

- Auxiliar domiciliario
- Trabajador Social

4.3.5 Modelo organizativo

4.3.5.1 Roles de los agentes participantes

Administraciones:

Las administraciones públicas se encargan de la gestión del servicio, asumiendo y los Ayuntamientos, roles diferentes:

- Departamento de Servicios Sociales (Gizartekintza) de la Diputación Foral:
 - Valoración de la idoneidad del servicio solicitado.
 - Concesión de las ayudas.
 - Financiación del servicio.
 - Pago de las ayudas económicas y seguimiento de la justificación del gasto.
 - Coordinación.
 - Aportación instrumentos técnicos.
 - Evaluación cuantitativa y cualitativa del servicio.
- Ayuntamiento:
 - Detección necesidades.
 - Reglamentación.
 - Coordinación.
 - Diagnóstico.
 - Diseño y planificación.
 - Seguimiento del caso.
 - Evaluación de la calidad.
 - Determinación y asignación de las prestaciones (cobertura, actuaciones concretas).
 - Determinación de la aportación económica del usuario.
 - Transferencia de información a Gizartekintza.

Entidad prestadora:

La entidad a la que se le adjudica el servicio se encarga, por tanto, de la prestación directa:

- Formación y asignación del personal.
- Mantenimiento del fichero informativo (datos administrativos y técnicos de los usuarios y de los casos).
- Atención directa por medio de los auxiliares domiciliarios (atención doméstica y personal) y de los Trabajadores Sociales (coordinación y seguimiento del trabajo de los auxiliares).

Papel del Tercer Sector

Es responsabilidad de los Ayuntamientos contactar y establecer programas de coordinación con los grupos de voluntariado locales.

4.3.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes



Actualmente, los servicios a domicilio son únicamente sociales.

Existe coordinación entre el Ayuntamiento, la Diputación foral y la Entidad adjudicataria.

En un futuro se aplicará el Plan de Atención Socio-sanitaria (2005-2008), para la coordinación e integración entre agentes.

Coordinación e integración de los sistemas sanitario y social: Plan de Atención Socio-sanitaria en el País Vasco (2005-2008)

Se ha aprobado el Plan de Atención Socio-sanitaria del País Vasco para el periodo 2005-2008, en base al Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa, y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, que define un modelo de atención socio-sanitaria homogéneo para la comunidad.

- El modelo se presenta como un sistema:
 - Coordinado.
 - Integral e integrado.
 - Eficiente, efectivo y de calidad.
 - Territorialmente equilibrado.
- En cuanto al método de trabajo se determina que no existirá un espacio socio-sanitario específico, sino dos espacios, el social y el sanitario, "con un fuerte solapamiento entre ambos, desde una concepción integral de la persona".
- Existe una puerta de entrada única.
- Se aplica un único sistema de valoración de la dependencia, y por tanto, de las necesidades. Se implantará un sistema RAI-RUG a partir de enero de 2007.

4.3.5.3 Control de la prestación del servicio

El personal técnico municipal confirma la materialización de los servicios prestados. Se pueden realizar inspecciones en cualquier momento.

También promueve reuniones periódicas y otros sistemas de seguimiento con los responsables de la entidad adjudicataria, con el objeto de recabar información y documentación sobre la gestión y la marcha general del servicio.

La entidad adjudicataria debe comunicar la siguiente información:

- De forma inmediata: las incidencias.
- De forma diaria: las altas de los servicios, los datos de identificación de los usuarios, las modificaciones en las asignaciones, los cambios de horario, los cambios en la situación de la persona, las necesidades surgidas, los conflictos.
- De forma mensual: la documentación para facturación y pago (detallando la aportación de la administración y la del usuario), los contratos del personal, la acreditación formación del personal, las bajas.

Se realiza una auditoría anual por parte de una tercera entidad.

4.3.6 Financiación

4.3.6.1 Gasto Público

El importe del servicio es financiado entre el Departamento de Servicios Sociales (*Gizartekintza*) y la persona usuaria, en función de los recursos de ésta.

4.3.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

Las aportaciones de los usuarios dependen exclusivamente de su capacidad económica.

La capacidad económica se calcula teniendo en cuenta la renta, el patrimonio y el número de miembros de la unidad convivencial.

Se aplica un baremo en función de la renta disponible de la unidad convivencial, habiendo sustraído la cuantía de libre disposición (correspondiente al SMI). Comparándola al SMI vigente se obtiene el porcentaje que debe aportar el usuario. Siendo la aportación de la administración, la diferencia entre la del usuario y el coste del servicio.

En caso de que la unidad convivencial disponga de capital inmobiliario, a excepción de la vivienda de residencia habitual, debe sufragar la totalidad del coste del servicio de ayuda a domicilio.

Si la unidad convivencial dispone de un capital mobiliario per cápita de 30.000 €, también debe sufragar la totalidad del coste del servicio.

En caso de insuficiencia de recursos, la prestación será gratuita para el usuario.

En el caso de las ayudas técnicas recuperables concedidas y no existentes en stock, la Diputación Foral de Guipúzcoa (DFG) paga el 100% del importe presupuestado.

En el caso de ayudas no recuperables, el coste es abonado conjuntamente por el Departamento para la Política Social y el beneficiario, de acuerdo con el baremo establecido. La cuantía máxima sobre la que se aplica dicho baremo será de 3.900 €.

4.3.7 Marco legal

- Decreto Foral 57/2000, de 6 de junio, por el que se regula el servicio de Tele Alarma y se fijan los precios públicos para la prestación de dicho servicio (BOG no 115 de 19/06/2000).
- Decreto Foral 72/2000, de 18 de julio, por el que se aprueba el Programa Sendian de apoyo a familias con personas mayores en situación de dependencia a su cargo (BOG 142 de 27-07-2000).
- Orden Foral 468/ 2000, del 13 de septiembre, por la que regulan los baremos económicos del conjunto de prestaciones del *Programa Sendian* (BOG 180 de 21-09-2000).
- Orden Foral 758/ 2002, de 30 de diciembre, por la que se aprueban diversos precios, baremos económicos y aportaciones de los usuarios relativas a los servicios y prestaciones relacionadas con el Programa Sendian (BOG 30 de 14-02-2003).
- Decreto Foral 11/2004, de 24 de Febrero, por el que se regula la concesión de ayudas individuales a personas con discapacidades.



cidad o en situación de dependencia, publicado en el Boletín Oficial de Guipúzcoa nº 39 con fecha 27-02-2004.

- Orden Foral 809/97 de 15 de diciembre por la que se aprueba la "Escala Sakontzen" para la valoración de la dependencia

Características	SAD en Guipúzcoa
Principios	Individualización de los servicios. Prevención y rehabilitación.
Objetivos	Favorecer el mantenimiento de la persona en su domicilio, apoyando la red natural de cuidados.
Demanda	Servicio dirigido a personas con alto riesgo socio-sanitario derivado de la edad, la discapacidad o la soledad.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica, y al apoyo a los cuidadores con ayudas económicas.
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia de la persona.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los trabajadores sociales de los Ayuntamientos. Externalización de los servicios.
Modelo organizativo	Actualmente, existe coordinación entre los agentes sociales. Con el Plan de Atención Socio-sanitaria en el País Vasco (2005-2008), se busca la coordinación de los sistemas sanitario y social mediante la integración funcional, la puerta de entrada única y un único sistema de valoración de la dependencia.
Participación del usuario	Copago en función de la situación económica de la unidad convivencial (analizando tanto el capital mobiliario como el inmobiliario).
Precios/hora	16,59 €
Intensidad horaria media mensual por domicilio	21 horas
Cobertura	4%

4.4 El SAD en la Provincia de Barcelona

En 2003, se planteó un modelo de SAD, cuyas características teóricas se exponen a continuación.

Liderada por el Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona, la *Xarxa Local de Serveis d'Atenció Domiciliària*, es una red para mejorar la atención domiciliaria en los municipios de la provincia de Barcelona.

La red está compuesta por 267 entes locales de la provincia, que representan al 85% de su población. Cabe destacar que la ciudad de Barcelona, no participa en la Red.

4.4.1 Marco estratégico

4.4.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa la *Xarxa Local de SAD* de la provincia de Barcelona, son los siguientes:

- Los servicios sociales domiciliarios son un instrumento de las políticas locales de atención a personas y familias con problemas de dependencia, y forman parte de la cartera de servicios sociales municipales.
- Provisión pública.
- Ámbito local.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Colaboración entre sector público, privado y tercer sector.
- Externalización.

- ~~Sistema de pago~~ **Sistema de pago** transitorio: mientras que no haya un sistema de financiación suficiente, la contribución de los usuarios en función de sus ingresos será necesaria.
- Diversificación de la cartera de servicios.
- Calidad: para garantizar la calidad, se tendrá en cuenta la satisfacción del usuario, la formación profesional continuada y la determinación de unos costes mínimos en la contratación de los servicios con empresas.
- Futura universalidad: todos los ciudadanos que lo necesiten deberían poder acceder al SAD (no es posible plantear la universalidad actualmente, aunque sí trabajar en esa línea).

4.4.1.2 Objetivos

Con la *Xarxa Local de SAD*, se persiguen los siguientes objetivos:

- Atención a la dependencia y fomento de la autonomía personal.
- Apoyo a la familia y a los cuidadores.
- Desarrollo de políticas sociales dentro de un marco de cooperación local.
- Posicionamiento estratégico del mundo local en cuanto a los servicios sociales de atención domiciliaria.
- Crecimiento y calidad del servicio, con niveles óptimos de cobertura y una gestión eficiente.
- Equidad en el conjunto del territorio, con unos niveles mínimos y homogéneos.
- Compartir recursos, información, conocimiento y experiencias.
- Incorporación de la experiencia, el trabajo y el compromiso de todos los agentes públicos y privados.

4.4.2 Caracterización de la demanda

4.4.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

Lo que define a la población objetivo de la Red Local de SAD de la Diputación de Barcelona, es la dependencia.

En esta situación no encontramos sólo a las personas mayores, sino también a los discapacitados, enfermos crónicos y familias desestructuradas. Aunque el perfil tipo de usuario del SAD de la Red Local de la Provincia de Barcelona es el de una mujer mayor de 65 años.

4.4.2.2 Necesidades

La necesidad de apoyo para vivir autónomamente en el propio hogar, es la que pretende cubrir la Red Local de SAD.

4.4.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

Existe un protocolo de valoración social de la dependencia elaborado por la Comisión creada expresamente para esta tarea.

Se valoran diferentes áreas:

- Área funcional: utilizando la Escala de Barthel para evaluar el nivel de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria, y la Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- Área cognitiva y funcional: se utiliza la Escala de Pfeiffer.
- Área de situación de riesgo: se utiliza el cuestionario de Barber.

La ponderación de las diferentes áreas se ha definido tras la realización de un amplio estudio en diversos municipios.

4.4.3 Oferta de servicios

4.4.3.1 Naturaleza de los servicios

En el modelo que se ha establecido para la *Xarxa Local de SAD*, se ofrecen prestaciones técnicas o en especie.



4.4.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios de las prestaciones de SAD de la Xarxa Local de SAD son:

- Personas mayores en situación de dependencia.
- Personas con disminución, enfermedades crónicas o familias en dificultades.

4.4.3.3 Cartera de servicios

La cartera de servicios de la Xarxa Local de SAD, se compone de diversas actuaciones:

Diversas actuaciones	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento y diagnóstico sobre servicios sociales domiciliarios. - Servicio de ayuda a domicilio: ayuda personal, ayuda en el hogar, ayuda familiar y vecinal y apoyo en situaciones de dificultad familiar. - Servicio de teleasistencia / telealarma. - Servicio de comidas a domicilio. - Servicio de limpieza. - Adaptación del hogar. - Ayudas técnicas. - Formación y apoyo a los familiares, cuidadores y redes comunitarias.

4.4.3.4 Precios de los servicios

El precio medio abonado por los Ayuntamientos a los proveedores fue de 10,03€ la hora, en 2002, teniendo en cuenta a los municipios adheridos a la red.

4.4.3.5 Intensidad y cobertura

Intensidad

No se han encontrado datos sobre intensidad horaria, en la provincia de Barcelona.

Cobertura

Los datos de que disponemos, son del año 2002, es decir, de antes de que se crease la *Xarxa Local de SAD* de la provincia de Barcelona. Son por tanto, poco representativos de los resultados del modelo definido. Sin embargo, pueden servir como justificación de la creación de la red, dado el bajo nivel de cobertura en la provincia en el 2002, que fue de 1,3% en la ayuda a domicilio, muy por debajo de la media nacional del 3,14%.

El número de usuarios en 2002 fue de:

Prestaciones	Número de usuarios 2002
Ayuda a domicilio	5.867
Comidas a domicilio	256
Limpieza del hogar	474
Ayudas técnicas	387
Formación y apoyo a cuidadores	N/D
Teleasistencia	2.435

4.4.4 Modelo de producción

4.4.4.1 Prescripción y seguimiento

La prescripción y el seguimiento de las prestaciones es responsabilidad del personal de los Ayuntamientos.

4.4.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

La provisión de los servicios es de responsabilidad pública. Son asumidos por la administración local, el diagnóstico, la asignación de los servicios y el seguimiento del caso. Pero la producción del servicio está externalizada.

Los datos nos dicen que en los municipios de la Red de más de 10.000 habitantes, predomina la provisión pública, mientras que la producción es mixta, con una ligera preeminencia del sector público, ya que hay 46 ayuntamientos con producción pública, y 41 con producción externalizada, parcial o totalmente.

Pero en los municipios más grandes (los de más de 20.000 habitantes, por ejemplo), los operadores externos están presentes en un 85,72% de los casos.

Sistema de contratación

La contratación de los proveedores se realiza mediante concurso público, en el que las condiciones las fijan los pliegos técnicos, en base al modelo de SAD definido para la *Xarxa*.

Proveedores

No se ha encontrado información concreta al respecto de los proveedores que prestan SAD a través de la *Xarxa*.

Perfiles profesionales

Los entes locales velan por la formación continua, apoyo y supervisión de los profesionales responsables de la prestación, que son:

- Trabajadores sociales.
- Auxiliares domiciliarios.

4.4.5 Modelo organizativo

4.4.5.1 Roles de los agentes participantes

Administraciones:

Aparte del Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona que impulsa, lidera y financia la red, se han creado diversos entes específicos, con unos roles definidos:

- Consejo de la Red Local de SAD: formado por responsables políticos, define los objetivos, la programación anual, la política informativa y representa institucionalmente a la Red. También realiza un informe anual sobre el estado de las actividades.
- Comité de Coordinación: formado por un representante de la Diputación y representantes de los municipios, propone la programación anual, coordina las actuaciones de la Red, sigue y evalúa el funcionamiento y actúa como interlocutor ante otros agentes.
- Consejo Asesor: integrado por agentes sociales, expertos, colegios y asociaciones profesionales, es un órgano participativo y consultivo, de carácter no vinculante.
- Comisiones de Trabajo: elaboran y ejecutan los proyectos que acuerda el Comité de Coordinación, al cual plantean las necesidades técnicas y de recursos.



- Comisión de circuito de atención a los usuarios: elaboración del circuito, adaptándolo a las realidades de los servicios sociales municipales, incluyendo la coordinación socio-sanitaria.
- Comisión de valoración de la dependencia: creación de un instrumento de apoyo a los profesionales de los servicios sociales de atención primaria para la valoración y el diagnóstico del nivel de dependencia, y la necesidad de los servicios.

- Secretaría Técnica: asumida por el Área de Bienestar Social de la Diputación.

Entidad prestadora:

La entidad prestadora se encarga de la atención directa al usuario, según las pautas definidas por la *Xarxa*.

4.4.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

Coordinación entre los agentes

En la *Xarxa Local de SAD*, existe coordinación entre los agentes, basada en lo siguiente:

- La Red aprovecha al máximo los recursos existentes en su territorio, sin dotarse de una estructura propia ya que la mayoría de municipios de más de 10.000 habitantes disponen de estructuras utilizables pues prestan atención domiciliaria.
- Se crean equipos de trabajo interdisciplinares con roles diferenciados.
- Se requiere la coordinación entre los diferentes niveles de los sistemas de servicios sociales y sanitarios, para garantizar la atención integral de las necesidades del usuario.
- Se unifica la información con el módulo especializado de un programa informático.
- También es crucial la colaboración entre el sector público, el sector privado y el Tercer Sector.

4.4.5.3 Control de la prestación del servicio

Son los Ayuntamientos los responsables de la adecuada prestación de los servicios, ya sea controlando al personal público o al de entidades privadas.

Sistemas de información

Se pretende la unificación de la información de todos los municipios participantes para la comparación, el conocimiento y la estandarización. En 2003, se instaló en 76 municipios, un módulo de gestión de SAD, dentro de la aplicación GISSAP, destinado a operar con expedientes y a administrar servicios.

Valoración de la Calidad

Los factores que se tienen en cuenta para valorar la calidad de los servicios son el precio, la difusión, la participación ciudadana. Se utilizan indicadores de calidad, se recogen quejas e información sobre la satisfacción del usuario.

Los Ayuntamientos son los responsables de la evaluación del servicio. Un 24% utilizan algún sistema de indicadores de calidad, un 45% recogen las quejas de los usuarios y 31%, recogen información sobre la satisfacción de los usuarios.

4.4.6 Financiación

4.4.6.1 Gasto Público

El gasto público en SAD en 2003, fue de 1.200.055€, en la Red Local de SAD de la provincia de Barcelona.

La proporción de gasto en SAD respecto al gasto en servicios sociales de los Ayuntamientos (que son los que más aportan), es de entre un 7% y un 14%, y la proporción respecto al total del presupuesto municipal no supera el 1%.

Las administraciones participaron en la financiación del SAD en 2003 con 1.200.055 €, distribuidos de la siguiente manera:

	SAD
Gasto en 2003	1.200.055€
Aportación Mancomunidades	1%
Aportación Consorcios	1%
Aportación Ayuntamientos	98%

4.4.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

Los usuarios participan, en la medida de lo posible, en el coste del servicio.

En teoría, el copago es una medida transitoria, mientras no exista una financiación suficiente y un marco legal adecuado.

La aportación depende del nivel socio-económico, aunque existe gran diversidad de las tasas de precio hora, no siempre justificada.

4.4.7 Cuadro resumen SAD en la Provincia de Barcelona

Características	SAD en la Provincia de Barcelona
Principios	Coordinación socio-sanitaria. Cooperación local. Futura universalidad. Provisión pública.
Objetivos	Permanencia del usuario en su medio.
Demanda	Servicio comunitario. El perfil tipo corresponde a las personas mayores.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica, y al apoyo a los cuidadores.
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia de la persona.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los trabajadores sociales de los Ayuntamientos. La producción es mixta, con predominancia de la producción pública en los municipios pequeños y de la privada en los grandes.
Modelo organizativo	Coordinación de los agentes sociales. Cooperación entre municipios compartiendo información y recursos. Trabajo con equipos multidisciplinares.
Participación del usuario	Copago en función de la situación socio-económica del usuario (aunque el objetivo es la gratuidad del servicio).
Precios/hora	10,03€
Intensidad horaria media mensual por domicilio	N/D
Cobertura	N/D



4.5 El SAD en la Comarca de Les Garrigues

En la comarca catalana de Les Garrigues, se ha creado la *Plataforma de Serveis Integrals a Domicili (PSID)*. El *Consell Comarcal de Les Garrigues*, que gestiona la iniciativa, engloba a una población de 19.974 personas, habitantes de pequeños municipios, gran parte de ellos con menos de 500 habitantes.

4.5.1 Marco estratégico

4.5.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el SAD en la comarca de Les Garrigues son los siguientes:

- Colaboración entre los municipios de la comarca.
- Integralidad de los servicios sociales.
- Sistema asistencial.
- Copago.
- Prevención y educación.

4.5.1.2 Objetivos

Se trata, con el SAD, de favorecer la permanencia e integración de la persona en su entorno habitual, más concretamente:

- Dar soporte en el hogar, de forma que mejore el bienestar y se evite un internamiento.
- Dar atención personal.
- Ayudar a mejorar la relación con la familia, la red informal y la comunidad.
- Favorecer los cambios de actitud y de comportamiento, y facilitar que los usuarios descubran sus propias posibilidades potenciando la autonomía personal.
- Detectar y prevenir posibles desintegraciones del núcleo familiar y posibles ingresos en centros residenciales.

4.5.2 Caracterización de la demanda

4.5.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

La población objetivo, la componen personas solas, familias o grupos de convivencia que a causa de déficits físicos, psíquicos o socio-educativos presentan una falta de autonomía personal física y/o psíquica.

4.5.2.2 Necesidades

Esencialmente, se trata de cubrir la necesidad de ayuda profesional en las tareas básicas de la vida diaria.

4.5.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

El *Consell Comarcal de Les Garrigues* ha marcado sus propios criterios para valorar la dependencia de los posibles usuarios de los servicios de la PSID.

4.5.3 Oferta de servicios

4.5.3.1 Naturaleza de los servicios

Las prestaciones de la PSID son en especie.

4.5.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios del SAD de la PSID de Les Garrigues, son personas solas que necesitan ayuda de profesionales para realizar las tareas básicas de la vida diaria.

Requisitos

Para acceder a los servicios ofertados se tiene en cuenta lo siguiente:

- El análisis de la situación social de la persona, hecho por los trabajadores sociales de la UBASP, debe concluir que existe la necesidad del servicio.
- Si se considera necesaria la prestación, entonces se analiza la situación económica familiar, y si el solicitante se sitúa por encima de un cierto nivel económico, no se considera necesario que reciba prestación alguna por parte del *Consell*.

4.5.3.3 Cartera de servicios

La cartera de servicios de la PSID se compone de:

- Atención a domicilio.
- Teleasistencia.

A continuación, se describen estas prestaciones:

	Atención a domicilio	Teleasistencia
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza y orden del hogar. - Preparación y control de la alimentación. - Lavandería y mantenimiento de la ropa. - Higiene y cuidados personales. - Soporte psicológico. - Fisioterapia y rehabilitación. - Compras y gestiones. - Apoyo en la organización económica del hogar. - Potenciar y facilitar las relaciones familiares, con el exterior y la movilización. - Refuerzo o sustitución temporal de la persona de la familia que se encarga directamente del usuario. - Control de la medicación siguiendo la prescripción médica. - Observación del posible deterioro del estado de salud físico y psíquico del usuario. - Selección y aplicación de los servicios necesarios para paliar las carencias físicas/ psíquicas derivadas de la observación del usuario. 	<p>Consiste en la instalación de una línea telefónica que permite al usuario, apretando un botón, establecer contacto verbal directo e inmediato, durante las 24h del día, con la central receptora de Cruz Roja.</p>

4.5.3.4 Precios de los servicios

No se han encontrado datos recogidos para la comarca de Les Garrigues en cuanto a precios de SAD.

No obstante, está establecido que los precios de cada prestación dependen del precio hora unitario propuesto por la empresa adjudicataria (diferenciando el precio hora laborable diurno, del precio hora festivo o nocturno), y del tiempo de dedicación acordado con el *Consell Comarcal*.



4.5.3.5 Intensidad y cobertura

No se han encontrado datos de intensidad ni de cobertura a nivel comarcal.

Sin embargo, cabe destacar que el máximo de horas de atención es de 3 horas diarias porque, más allá de esto, se considera que lo más adecuado es el internamiento en residencia.

Los horarios de atención son de 8h a 22h de lunes a sábado.

4.5.4 Modelo de producción

4.5.4.1 Prescripción y seguimiento

Los asistentes sociales de la Unidad Básica de Atención Social Primaria (UBASP) se encargan de determinar en que tareas necesitan ayuda los solicitantes.

La UBASP tiene como misión el valorar las necesidades de los potenciales usuarios y prescribir el servicio que deben recibir por parte de la empresa adjudicataria.

El seguimiento de los casos se lleva a cabo por parte de los Equipos Básicos de Atención Social Primaria (EBASP), coordinados por la UBASP.

4.5.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

Se trata de una producción externalizada a través de la empresa privada, aunque la iniciativa, la responsabilidad y el control son funciones de la administración comarcal.

Sistema de contratación

La contratación se realiza mediante procedimiento abierto por sistema de concurso y en principio es anual. Las condiciones aparecen en los pliegos.

Los criterios para la contratación son los siguientes:

- Precio hora.
- Inclusión de nuevos servicios complementarios así como de los profesionales correspondientes.
- Experiencia del personal adscrito al servicio.
- Servicios prestados anteriormente en la comarca.
- Formación específica de los responsables del servicio.
- Programa de organización y planificación para el funcionamiento integral del servicio.
- Plan de control y seguimiento de las incidencias.
- Formación complementaria del personal.

Proveedores

No se han encontrado información al respecto de los proveedores que prestan SAD en la Comarca de Les Garrigues.

Perfiles profesionales

El equipo de trabajo mínimo está compuesto de los siguientes profesionales:

- Auxiliares del hogar.
- Trabajadores familiares.

- Terapeuta.
- Fisioterapeuta.
- Enfermero.
- Psicólogo.
- Animador.
- Educador social.
- Podólogo.

Que deben cumplir el siguiente perfil:

- **Calificación:** es obligatorio tener la formación específica para la tarea a realizar.
- **Actitud:** respeto hacia las personas beneficiarias, hacia su intimidad, sus bienes, y también hacia los profesionales del UBASP en cuanto a las líneas de actuación que éstos establezcan.
- **Colaboración:** con los profesionales del UBASP.
- **Capacidad física:** adecuada forma física (fuerza, destreza,...) para la prestación del servicio.
- **Disponibilidad:** tener la disponibilidad necesaria y suficiente (horarios, jornadas, puntualidad, etc) para la correcta prestación del servicio.
- **Experiencia:** se debe garantizar una experiencia mínima.

Los EBASP están formados por Diplomados en Trabajo Social.

La UBASP está compuesta de Educadores Sociales y de un coordinador.

4.5.5 Modelo organizativo

4.5.5.1 Roles de los agentes participantes

Administraciones:

- Consell Comarcal: iniciativa y responsabilidad.
- UBASP (Unidad Básica de Atención Social Primaria): información, diagnóstico, orientación, petición a la empresa adjudicataria, determinación de los tiempos de dedicación, coordinación de los EBASP.
- EBASP (Equipos Básicos de Atención Social Primaria): coordinación y seguimiento de la prestación.

Entidad prestadora:

La empresa prestadora se encarga de la asignación de los profesionales adecuados, la organización, la planificación y la prestación directa del servicio.

4.5.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

Coordinación social

Existe coordinación entre los diversos agentes sociales.

Los profesionales de la empresa adjudicataria de la PSID, se coordinan con los del EBASP correspondientes, y con los técnicos determinados por la dirección de la UBASP.

El profesional de la PSID, por medio de su responsable, debe presentar la documentación por escrito del trabajo realizado, según los formularios y formatos que se establezcan por parte de la coordinadora de la UBASP.



4.5.5.3 Control de la prestación del servicio

Mensualmente, y siguiendo un modelo previamente definido, la empresa adjudicataria debe presentar los servicios prestados durante el transcurso de su realización, especialmente las incidencias ocurridas y su resolución.

Una vez finalizados los servicios, y en el plazo de un mes, la empresa adjudicataria presenta una evaluación del servicio, de acuerdo con el modelo que le facilita la UBASP.

Para garantizar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, se establece una reunión al mes, como mínimo, entre la persona coordinadora de la UBASP y el técnico responsable del servicio.

Valoración de la Calidad

La PSID de Les Garrigues destaca por su elaborado sistema de control de calidad.

- Parámetros de calidad:

◆ Niveles de control:

- Control de satisfacción del usuario.
- Control de incidencias del servicio (tipo, número, gravedad).
- control cualitativo por parte de los profesionales del UBASP (identificar el grado de adecuación en la realización y el desarrollo del servicio por parte de la empresa adjudicataria y otros aspectos relacionados con el orden operativo y la imagen general del servicio).

◆ Baremos de valoración:

- Control de satisfacción del usuario:

Se debe recoger la información obtenida de la aplicación de un cuestionario, con una batería de preguntas cerradas con 5 niveles de respuesta, y con alguna pregunta abierta, a beneficiarios y familiares próximos de una muestra escogida al azar de forma periódica.

- Control de incidencias del servicio:

Se deben recoger, tipificar y cuantificar las incidencias ocurridas, valorando los resultados con la misma escala de 5 niveles.

Se deberá actualizar anualmente los criterios de evaluación y el número de incidencias establecido para cada nivel.

- Control cualitativo de los profesionales:

Se analizan 4 factores de manera independiente, con la misma escala de 5 niveles, ponderando cada factor según su importancia:

- Con un peso del 40%, la idoneidad en la realización del servicio respecto a las instrucciones dadas a la empresa adjudicataria por parte de la UBASP.
- Con un peso del 20%, el comportamiento y la actitud que se observa durante el desarrollo del servicio por parte de las personas asignadas por la empresa.
- También con un 20%, la amabilidad y el trato por parte de las personas asignadas por la empresa y que han de desarrollar el servicio.
- Con otro 20%, la eficiencia y la disponibilidad de los interlocutores nombrados por la empresa para los asuntos referentes al desarrollo del servicio.

◆ Cálculo del indicador general de calidad:

Se obtendrá trimestralmente, el indicador general de calidad, resultante de los anteriores factores ponderados.

- Agentes responsables de la valoración:

Se realizará una revisión trimestral del nivel de calidad por parte de:

- EBASP (Equipos Básicos de Atención Social Primaria): diplomados en Trabajo Social y educadores adscritos a la UBASP.
- La coordinadora de la UBASP, que debe supervisar los resultados de estos controles y determinar finalmente, el grado de calidad.

4.5.6 Financiación

4.5.6.1 Gasto Público

El presupuesto anual para financiar la PSID por parte del Consell Comarcal, es de 50.000€.

El Consell Comarcal financia una parte del coste del servicio, que se corresponde con la diferencia entre el coste total y la aportación del usuario.

4.5.6.2 Participación del usuario: sistemas de copago

Existe sistema de copago basado en el nivel de necesidad del servicio, que se valora teniendo en cuenta la situación social (familiar y de apoyo) y, en la situación económica, desde el punto de vista individual y familiar. Se aplican distintos porcentajes de copago según los tramos de ingresos.

4.5.7 Marco legal

- Ordenanza reguladora de la tasa para la prestación del servicio de atención a domicilio, de 4 de octubre de 1999.

4.5.8 Cuadro resumen SAD en Les Garrigues

Características	SAD en Les Garrigues
Principios	Colaboración entre municipios. Integralidad de los servicios en el ámbito social. Prevención y asistencialidad.
Objetivos	Fomento de la permanencia e integración de la persona en su entorno habitual.
Demanda	Servicio comunitario, orientado a la ayuda en las tareas básicas de la vida diaria.
Servicios	Cartera orientada a la atención personal y doméstica.
Acceso a los servicios	En base al grado de dependencia y a la situación económica.
Modelo de producción	Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los profesionales de las UBASP y los EBASP. Externalización de la producción a través de la empresa privada para toda la comarca.
Modelo organizativo	Coordinación de los agentes sociales.
Participación del usuario	Copago en función del nivel de dependencia, la situación social y la situación económica individual y familiar.
Precios/hora	N/D
Intensidad horaria media mensual por domicilio	N/D
Cobertura	N/D



5 Análisis de 3 iniciativas de interés

Se han estudiado tres iniciativas que consideramos de interés para el análisis de la situación actual del SAD en España, más allá de los modelos territoriales.

Se trata de:

- El Cheque Asistencial en Galicia.
- Los equipos PADES en Catalunya.
- El Programa “Rompiendo Distancias” de Asturias.

5.1 El cheque asistencial en Galicia

5.1.1 Marco estratégico

5.1.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basa el sistema de Cheque Asistencial en Galicia son los siguientes:

- Libertad de elección del beneficiario, en cuanto a tipología y proveedor del servicio.
- Equidad.
- Copago.
- Posible universalización.
- Descentralización.
- Normalización.
- Integración.
- La ayuda a domicilio se considera prestación básica dentro de los servicios sociales de atención primaria, en el sistema integrado de servicios sociales.
- La ayuda a domicilio es de carácter complementario y transitorio.

5.1.1.2 Objetivos

Con el Cheque Asistencial, se persiguen los siguientes objetivos:

- Garantizar una mejor atención y calidad de vida para los mayores en situación de dependencia apoyándoles tanto a ellos como a sus familias.
- Facilitar la permanencia en el propio hogar.
- Homogeneizar el servicio en todo el territorio.
- Crear empleo estable en el sector.
- Potenciar el desarrollo y la profesionalización de entidades privadas prestadoras.
- Activar el sector en el medio rural.

5.1.2 Caracterización de la demanda

5.1.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

En principio, el servicio se presta cuando existe situación de desatención social y familiar pero son prioritarias:

- Las personas de 65 años o más.
- Las personas que presentan una dependencia severa.

5.1.2.2 Necesidades

El Programa de Cheque Asistencial de Ayuda a Domicilio pretende resolver la problemática de aquéllos que, no pudiendo acce-

der a la totalidad de los servicios de ayuda a domicilio que requieren, a través de la iniciativa privada, por insuficiencia económica, tampoco ven sus necesidades satisfechas adecuada y completamente por la red social pública que prioriza los casos más severos por falta de recursos.

5.1.2.3 Sistema de valoración de la dependencia

Se realiza un informe por parte de personal sanitario (médico, y enfermera) que analiza los siguientes aspectos de la situación del solicitante:

- Capacidad funcional:
 - Realización de las actividades instrumentales de la vida diaria: preparación de la comida, mantenimiento de la casa, manejo del dinero, toma de medicamentos, uso del teléfono, realización compras, uso del transporte.
 - Realización actividades básicas de la vida diaria: movilidad en la cama, traslados dentro de casa, deambulación, vestirse, comer, uso del baño, higiene personal, baño, subir escaleras.
- Aspectos secundarios:
 - Patrón cognitivo: capacidad para toma de decisiones.
 - Patrón de comunicación/ audición: nivel de audición, capacidad para hacerse entender.
 - Patrón visual: nivel de visión.
 - Patrón de comportamiento: comportamiento problemático.
 - Continencia: vesical, intestinal.
 - Estado de la piel.
 - Caídas.
 - Hospitalizaciones.
 - Estabilidad del estado de salud: tratamientos, medicamentos, diagnóstico de enfermedades.

Para más información, se pueden consultar los baremos anexos a la Orden de 5 diciembre de 2000.

5.1.3 Oferta de servicios

5.1.3.1 Naturaleza de los servicios

Se trata de una prestación económica en forma de cheque emitido por la Administración, que se canjea por un servicio en especie, realizado por una entidad participante en el programa.

Consiste en cofinanciar los gastos que se derivan de la atención de las personas mayores de 65 años, en situación de severa dependencia, necesitando la ayuda de una tercera persona para la realización de actividades de la vida diaria.

5.1.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

Los beneficiarios del Programa de Cheque Asistencial, son las personas mayores de 65 años.

Requisitos

Acceden al servicio, aquéllos que cumplen los siguientes requisitos:

- Estar empadronado en cualquier municipio de Galicia.
- Estar en una situación de dependencia física y/o psíquica que le haga precisar de ayuda de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria, en base al informe de valoración de la dependencia funcional según el modelo que establezca la convocatoria.



- No haber disfrutado del servicio que se solicita en un periodo de 6 meses anteriores a la formulación de la solicitud.

Evaluación de las solicitudes

Se constituye en cada delegación provincial, una comisión de evaluación de las solicitudes compuesta por un presidente que será el Jefe de Área de Servicios Sociales, dos vocales (el jefe responsable del servicio y el encargado de la gestión del mismo) y el trabajador social también podrá participar.

Se debe emitir un informe social complementario para cada beneficiario, elaborado por un trabajador social que valorará la conveniencia del servicio.

Se resuelven los expedientes, en función del baremo en el que se tienen en cuenta las situaciones de dependencia personal, familiar, social, económica y otras circunstancias relevantes.

Baremos

Para el acceso al Programa de Cheque Asistencial, se tienen en cuenta, con distinta ponderación, los siguientes factores:

- La situación económica de la unidad familiar y de otros familiares o personas dispuestas a participar en la financiación del servicio. Se le otorga un peso del 25%.
- Las características del entorno social: vivienda (tipo, condiciones, equipamiento y adaptabilidad), características de la zona (localización, equipamiento y accesibilidad). Se le otorga un peso del 25%.
- La situación socio-personal y familiar: descripción del estado general del solicitante (dependencia, circunstancias familiares, apoyos y atención recibida). Se le otorga un peso del 50%.

Se pueden consultar los anexos a la Orden de 5 de diciembre de 2000.

5.1.3.3 Cartera de servicios

El Cheque de Ayuda en el Hogar es una modalidad del programa de cheque asistencial que comprende ayudas destinadas a cubrir los costes ocasionados por los servicios profesionales de atención integral, prestados en el domicilio familiar por las entidades incluidas en el programa.

Consiste en cofinanciar los gastos que se derivan de la atención de las personas mayores de 65 años, en situación de severa dependencia, necesitando la ayuda de una tercera persona para la realización de actividades de la vida diaria.

La cartera de servicios de las entidades prestatarias comprende atenciones de carácter personal, doméstico y psico-social y educativo.

Se exponen estas prestaciones, en el siguiente cuadro:

Prestaciones	Atenciones personales	Atenciones domésticas	Atenciones de carácter psico-social y educativo
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal. - Ayuda para comer. - Vigilancia nocturna. - Apoyo en la movilización. - Rehabilitación funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compra y reparación de alimentos. - Lavado y mantenimiento de la ropa. - Limpieza y mantenimiento de la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Son las referidas a intervenciones técnico-profesionales, formativas y de apoyo o desarrollo de las capacidades personales, afectividad, integración social...

Cuantía de las ayudas

El Cheque de Ayuda a domicilio es de hasta 757,68 € al mes

El coste máximo del servicio es de hasta 9,02 € la hora y hasta 1.082,40 € al mes.

La cuantía de las ayudas depende de los ingresos.

5.1.3.4 Intensidad y cobertura

No disponemos de datos de intensidad y cobertura respecto al programa de Cheque Asistencial.

Sin embargo, cabe destacar que el número máximo de horas de servicio con cargo al programa de cheque asistencial es de hasta 120 horas al mes.

5.1.4 Modelo de producción

5.1.4.1 Prescripción y seguimiento

El Trabajador Social asignado a cada caso debe: estudiar las demandas de atención de los solicitantes, valorar la situación, diseñar una propuesta de intervención y prescribirla, y después, evaluar y hacer el seguimiento del caso.

5.1.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

La producción se externaliza, utilizando la iniciativa privada como proveedora del servicio.

Sistema de contratación

Para participar en el programa de Cheque asistencial se debe presentar una oferta identificando su cartera de servicios, su oferta de personal, especificando formación, jornada laboral,..., y deben estar al día en el pago del seguro de responsabilidad civil.

Las entidades deben:

- Prestar los servicios siguiendo las normas del programa.
- Respetar los precios de los servicios, que no excederán los publicados anualmente por la consejería.
- Implantar en su organización los modelos de gestión y evaluación informáticos del programa, que facilita la labor de la Dirección General de Servicios Sociales, actualizando los datos.
- Disponer de un expediente individualizado de cada usuario, con sus datos sanitarios y sociales, así como los datos necesarios para su cuidado.
- Someterse al control de calidad.

Proveedores

Se trata de ONG's, cooperativas o empresas con fin de lucro.

Sistema de acreditación y registro de los proveedores

El Registro de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales depende de la Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

Este es un instrumento básico de conocimiento, control, planificación y ordenación del servicio.

Toda entidad que desee prestar servicios sociales en Galicia, debe inscribirse en el Registro de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales, con carácter previo al inicio de sus actividades. Las entidades inscritas deben remitir anualmente, antes del 31 de marzo, una memoria de actividad del año anterior.



Perfiles profesionales

- Equipo de trabajo mínimo que se compone de profesionales que cumplen los siguientes perfiles:
 - Trabajador Social, titulado universitario.
 - Auxiliar de ayuda a domicilio, con formación específica impartida por instituciones públicas o privadas homologadas.
- Sólo en los casos en que se considera necesario, participan profesionales con los siguientes perfiles:
 - Psicólogo.
 - ATS.
 - Auxiliar geriátrico.
 - Otros profesionales socio-sanitarios.

5.1.5 Modelo organizativo

5.1.5.1 Roles de los agentes participantes

Administraciones:

- La Consellería de Sanidade e Servicios Sociais: es el órgano encargado de efectuar la convocatoria y regular las ayudas.
- Los delegados provinciales de la consejería: adjudicación ayudas, resolviendo los expedientes, en función del baremo en el que se tienen en cuenta las situaciones de dependencia personal, familiar, social, económica y otras circunstancias relevantes.
- Los trabajadores sociales realizan el diagnóstico, el diseño del proyecto, la asignación y la coordinación de recursos, el seguimiento y la evaluación, estudiando y valorando las necesidades, diseñando el proyecto de intervención adecuado, llevando a cabo el seguimiento y la evaluación.
- Entidad local (Ayuntamiento) tiene la responsabilidad, proporciona la información y canaliza la tramitación.

Entidad prestadora:

Las entidades prestadoras son las encargadas de la prestación del servicio:

- Los auxiliares de ayuda a domicilio realizan las tareas de carácter asistencial en contacto con el usuario en coordinación con el personal de atención primaria social y sanitaria.
- El personal administrativo debe actualizar la información necesaria para el seguimiento del servicio.

5.1.5.2 Sistema de coordinación o integración entre los agentes

Existe una única vía de acceso para el usuario que es la administración local, responsable de la detección de necesidades, orientación de recursos y control de las prestaciones.

El servicio de ayuda a domicilio es un sistema de coordinación socio-sanitaria.

Sistema del Cheque Asistencial

La concesión de la ayuda se acompaña de la entrega mensual de los cheques correspondientes con los que el beneficiario abona los servicios a las entidades prestadoras.

Éstas entregan al usuario el justificante de pago o factura, por el importe total del servicio, especificando, la aportación del usuario.

El plazo máximo para comenzar a disfrutar de los cheques es de 3 meses desde que el cheque comienza a ser operativo.

Mensualmente, las entidades prestadoras remiten los cheques a la delegación provincial de la *Consellería de Sanidade e Servicios Sociais* para su cobro.

Junto con la liquidación de los cheques, las entidades presentan una relación nominal de todos los beneficiarios del servicio atendidos durante el mes, haciendo constar el número de días de atención, y las posibles incidencias.

5.1.5.3 Control de la prestación del servicio

Existe una Comisión de Seguimiento y Evaluación del Programa de Cheque Asistencial dirigida por la *Conselleria de Sanidade e Servicos Sociais*.

Sus funciones son las de control, seguimiento y evaluación global de los resultados del programa, así como la formulación de propuestas de mejora.

5.1.6 Financiación

5.1.6.1 Gasto Público

Existe cofinanciación entre personas físicas, entidades públicas o privadas, definiéndose la participación de cada uno a través de convenios singulares de adhesión y cofinanciación.

La cuantía máxima subvencionable es la diferencia entre el importe máximo establecido para la ayuda, y la aportación del beneficiario.

5.1.6.2 Participación del usuario: sistema de copago

El beneficiario participa con un mínimo del 30% del coste total del servicio.

El sistema de copago se basa en los principios de solidaridad y redistribución.

5.1.7 Marco legal

- Decreto 176/2000, de 22 de junio, por el que se regula el Programa de atención a las personas mayores en situación de dependencia a través del cheque asistencial.
- Orden del 22 de julio de 1996, por la que se regula el servicio de ayuda en el hogar.
- Orden de 5 de diciembre de 2000, por la que se regulan las ayudas económicas para la atención de personas mayores en situación de dependencia a través del cheque asistencial y la inclusión en el programa de las entidades prestatarias.
- Orden de 5 de febrero de 1996, por la que se desarrolla el Decreto 291/1995, de 3 de noviembre, relativo a los registros de entidades prestatarias de servicios sociales.

5.2 El PADES en Catalunya

El *Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport* (PADES) forma parte del *Programa Vida als Anys de Catalunya*, junto con los hospitales de día, los centros socio-sanitarios de larga estancia y las UFISS.

5.2.1 Marco estratégico

5.2.1.1 Principios básicos

Los principios en los que se basan los equipos PADES en Catalunya, son los siguientes:

- Atención socio-sanitaria integral a domicilio.
- Interdisciplinariedad.



- Actuación a nivel comunitario.
- Autonomía del paciente.

5.2.1.2 Objetivos

Los equipos PADES persiguen los siguientes objetivos:

- Contribuir a la mejora de la calidad asistencial.
- Servir de conexión entre los diferentes recursos asistenciales.
- Ser elemento de apoyo para los profesionales de la atención primaria y de las unidades básicas de asistencia.

5.2.2 Caracterización de la demanda

5.2.2.1 Perfil población objetivo y/o prioritaria

La población a la que van dirigidos los servicios de los equipos PADES, tiene las siguientes características:

- Personas mayores de 65 años, aunque especialmente, mayores de 80.
- Personas en situación de dependencia.
- Enfermos crónicos.
- Enfermos terminales.
- Personas aisladas socialmente.
- Personas con recursos económicos insuficientes.

5.2.2.2 Necesidades

Con los equipos PADES, se pretende cubrir las necesidades socio-sanitarias en el domicilio.

5.2.3 Oferta de servicios

5.2.3.1 Naturaleza

Los equipos PADES prestan servicios en especie.

5.2.3.2 Criterios de acceso

Beneficiarios

El acceso a los servicios PADES, se decide según las necesidades detectadas por parte del equipo asistencial. El propio equipo PADES puede hacer el estudio y la valoración pues tiene la experiencia y los conocimientos para ello.

5.2.3.3 Cartera de servicios

Los servicios que ofrecen los equipos PADES son los siguientes:

- Asesoramiento y apoyo a otros profesionales.
- Geriátrica.
- Curas paliativas.

5.2.3.4 Intensidad y cobertura

Intensidad

No se han localizado datos de intensidad horaria respecto al servicio PADES.

Cobertura

El índice de cobertura de PADES en Catalunya, por provincias es:

- Barcelona: 0,084%.
- Girona: 0,018%.
- Lleida: 0,084%.
- Tarragona: 0,1%.

En 2004, había 66 equipos PADES y se atendieron 15.127 pacientes en Catalunya.

Se considera que debe haber un equipo PADES por cada 100.000 habitantes.

5.2.4 Modelo de producción

5.2.4.1 Prescripción y seguimiento

La prescripción se lleva a cabo por parte de los equipos de atención primaria sanitaria y social, de acuerdo con los equipos PADES.

El paciente participa en la toma de decisiones y en la elaboración del plan terapéutico.

1.2.4.2 Características de la producción

Tipo de producción

La producción está externalizada, a través de proveedores de iniciativa privada, fundaciones sin ánimo de lucro, consorcios o empresas públicas.

Sistema de contratación

Se establecen contratos o convenios de provisión de servicios, con las mismas obligaciones para todos los proveedores.

Perfiles profesionales

Los equipos son interdisciplinarios, y están constituidos como mínimo de:

- 1 Médico.
- 2 ó 3 Enfermeras.
- 1 Trabajador Social.

5.2.5 Modelo organizativo

5.2.5.1 Roles de los agentes participantes

- Servicio Catalán de Salud e ICASS: financiación total del servicio.
- Centro u Hospital socio-sanitario: provisión de la línea de servicios PADES.
- Equipos de Atención Primaria Social y Sanitaria: son responsables de la prescripción del servicio.
- PADES: atención directa al usuario, prestación del servicio, coordinación de los recursos socio-sanitarios.

5.2.5.2 Sistema de integración o coordinación entre los agentes

Los miembros del equipo (médico, enfermera y trabajador social) deben actuar desde una perspectiva común y elaborar un plan terapéutico conjunto.



Los equipos PADES están directamente vinculados a un centro u hospital socio-sanitario, para permitir la continuidad asistencial y así proporcionar los recursos más apropiados.

Los equipos PADES son responsables de la coordinación de los recursos y deben interactuar con otros profesionales de la atención primaria, de los centros socio-sanitarios, de las Unidades de Cuidados Paliativos, Hospitales de Agudos, UFISS, etc.

5.2.6 Financiación

5.2.6.1 Participación del usuario: sistema de copago

No hay participación económica del usuario.

Se trata de un servicio gratuito, financiado por el Servicio Catalán de Salud y el ICASS.

5.3 El Programa “Rompiendo Distancias” de Asturias

El Programa “Rompiendo Distancias” de Asturias, es, desde 2001, una referencia en la atención en el medio rural.

Este programa se inició en el año 2001 con carácter piloto en tres zonas rurales; Concejo de Taramundi, Mancomunidad de la Sidra y Mancomunidad de Cangas de Onís, Ponga, Amieva y Onís. En la actualidad se realiza también en la Comarca de los Oscos, así como en el concejo de Candamo.

El programa forma parte de un programa europeo como modelo de atención en zonas rurales y está sirviendo también como referencia para estimular programas parecidos en territorios rurales de otras comunidades autónomas.

5.3.1 Marco estratégico

5.3.1.1 Principios

El sistema está basado en los principios de:

- Valoración integral de las necesidades.
- Individualización.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Acercamiento de servicios.

5.3.1.2 Objetivos

Los objetivos del proyecto “Rompiendo Distancias” son:

- Ampliar la diversidad de servicios en el medio rural.
- Apoyar el mantenimiento en el medio habitual de vida.
- Acercar un conjunto de servicios diversificados a las personas que viven en zonas aisladas.
- Fomentar la participación social de las personas mayores en el ámbito rural.

5.3.2 Caracterización de la demanda

5.3.2.1 Perfil de la población objetivo y/o prioritaria

El servicio va dirigido a personas mayores en situación de dependencia que viven en el medio rural.

El perfil tipo del usuario es el de una mujer de 73 años.

5.3.3 Oferta de servicios

5.3.3.1 Naturaleza de los servicios

Se trata de servicios en especie y de ayudas técnicas.

5.3.3.2 Cartera de servicios

La cartera de servicios del Programa “Rompiendo Distancias”, se compone de servicios en especie y de ayudas técnicas:

- Ayudas en especie:

- Servicio de transporte.
- Comidas a domicilio.
- Lavandería a domicilio.
- Servicio de acompañamiento.
- Orientación, formación y apoyo a las familias.
- Otros servicios de atención personal: peluquería, podología,...

- Ayudas técnicas.

5.3.3.3 Cobertura

No se han encontrado datos de cobertura aunque en 2002, el número de participantes fue de 3.219, se implicaron 219 voluntarios y se crearon 28 nuevos empleos.

5.3.4 Modelo organizativo

5.3.4.1 Sistema de coordinación o integración socio-sanitaria

El Programa “Rompiendo Distancias” se basa en la coordinación socio-sanitaria, partiendo desde la valoración integral de las necesidades de los individuos.

6 Análisis de las encuestas a proveedores de SAD

Para completar el análisis del SAD en España y obtener una visión de las organizaciones privadas que realizan la producción de los servicios, se ha enviado una encuesta con el objetivo de obtener su información cualitativa sobre:

- Puntos fuertes y débiles del mercado actual de SAD en España.
- Los retos de futuro para el SAD en España.

Se presentan a continuación las principales conclusiones identificadas en el análisis de las encuestas.

6.1 Puntos fuertes y débiles del mercado actual de SAD

Los proveedores de SAD han identificado los puntos fuertes y débiles del mercado español de ayuda a domicilio. Se han recabado los siguientes, en base a las encuestas que han cumplimentado:



Puntos Fuertes	Puntos Débiles
<p>1. Cercanía de los decisores por ser las competencias de ámbito local y regional (marco competencial actual) y capilaridad en las grandes ciudades.</p> <p>2. Es un servicio conocido y aceptado por los mayores (que además expresan su preferencia por la permanencia en el propio domicilio).</p> <p>3. Los profesionales se implican emocionalmente, lo cual redundará en una mayor satisfacción del usuario.</p> <p>4. La nueva <i>Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia</i> impulsa el mercado y refleja la fuerte preocupación social.</p>	<p>1. Servicio poco desarrollado cuantitativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja cobertura. • Baja intensidad. <p>2. Modelo indefinido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de regulación, desestructuración. • Falta de evaluación de resultados, comparaciones, publicaciones. • Falta de investigación, innovación. • Disparidad de los servicios incluidos en la cartera SAD. • Financiación indefinida. <p>3. Poca profesionalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poca profesionalidad de contratantes y contratistas. • Baja adecuación de los perfiles profesionales. • Baja remuneración de los profesionales. <p>4. Financiación insuficiente (y por debajo de costes).</p> <p>5. Falta de interacción entre el ámbito sanitario y el social.</p> <p>6. Desaprovechamiento de las nuevas tecnologías, en la prestación de servicios y en los sistemas de información</p>

6.2 Retos de futuro

A la vista de la situación, se perfilan los siguientes **retos para el SAD en España**:

- Aumento de las tasas de cobertura y de intensidad, llegando con igual calidad al medio rural.
- Aumento de la financiación.
- Mayor regulación a nivel nacional.
- Modelo socio-sanitario: con una visión integral, con prestación de servicios sanitarios e interacción entre agentes de ambos sectores.
- Profesionalización del sector: formación, inclusión de profesionales de múltiples disciplinas (psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales,...).
- Inclusión de servicios complementarios (facilities, adaptación viviendas,...) y especializados (hospital a domicilio, farmacia a domicilio,...) en la cartera SAD.
- Personalización de los servicios.
- Control de la calidad.
- Aprovechamiento de las nuevas tecnologías en la prestación y en los sistemas de información.

III. Modelos de referencia en el servicio de atención a domicilio en la experiencia internacional

1 Objetivos específicos

En este informe se van a presentar los modelos de SAD de distintos países, cuyas experiencias se han considerado relevantes. Los objetivos de este informe son por tanto:

- Disponer de un conocimiento exhaustivo de los modelos más destacados de atención a domicilio para las personas mayores, en situación de dependencia y con discapacidad.
- Aprender de las mejores prácticas de los distintos tipos de modelos significativos en el contexto internacional.

2 Análisis de los modelos internacionales

Se van a presentar las experiencias que se han considerado de interés en el ámbito de los servicios domiciliarios a nivel internacional:

- **Francia:** sistema de subsidio personalizado para la adquisición de servicios de cuidados a domicilio (APA).
- **Canadá:** proyectos de coordinación e integración socio-sanitaria (SIPA y PRISMA).
- **EEUU:** proyectos de coordinación e integración socio-sanitaria (PACE y S/HMO).
- **Australia:** modelo de hospitalización a domicilio en el entorno rural (SHAD).
- **Dinamarca:** consolidación del modelo de atención domiciliaria pública con altas tasas de cobertura.

2.1 El SAD en FRANCIA: APA

La Allocation d'Autonomie Personnalisée, en adelante APA, es un subsidio personalizado de autonomía para la protección de las personas mayores en situación de dependencia que entró en vigor en Francia, en el 2002.

2.1.1 Principios

Los principios básicos del APA son los siguientes:

- Individualización.
- Respeto a la libre elección del receptor.
- Cobertura global de las necesidades por medio de la cofinanciación.

2.1.2 Objetivos

El objetivo del APA es mejorar la protección de las personas mayores en situación de dependencia.

2.1.3 Demanda

Población objetivo

La población objetivo del APA se define en la siguiente frase:

“Toda persona mayor residente en Francia, que no puede asumir las consecuencias de la falta o pérdida de autonomía asociada a su estado físico o mental, tiene derecho a un subsidio personalizado de autonomía adaptado a sus necesidades”.

Perfil tipo

El perfil tipo del receptor del APA es el de una mujer de 75 años, con dependencia moderada, residente en su domicilio.

Necesidades

El APA pretende financiar las necesidades de cuidados diarios a domicilio (y en residencias), propuestos en el plan de ayuda diseñado por los equipos médico-sociales.



Evaluación de la dependencia

Para evaluar los diferentes grados de pérdida de autonomía se utiliza el sistema nacional AGGIR (Autonomía Gerontológico Grupos Iso- Recursos), en función del nivel de realización de las actividades básicas y de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Este sistema permite distribuir a las personas en 6 Grupos Iso-Recursos (GIR), de los cuales sólo recibirán el APA los 4 primeros, siendo la cuantía de la ayuda en función de su categoría GIR.

2.1.4 Servicios

Criterios de acceso

Los criterios que se aplican para recibir el APA son los siguientes:

- Ser mayor de 80 años.
- Residir en Francia.
- Presentar pérdida de autonomía según la escala de valoración AGGIR, en los 4 primeros grados.

Cuantía de las prestaciones

La cuantía de las ayudas va en función del grado de necesidad, determinada por la pertenencia a un GIR.

En el 2002, las cuantías mensuales de los planes de ayuda fueron las siguientes:

- GIR 1: 1.066 €.
- GIR 2: 916 €.
- GIR 3: 686 €.
- GIR 4: 457 €.

Estas cuantías se actualizan anualmente, mínimo con el IPC

El subsidio está dirigido exclusivamente a sufragar los gastos generados por la situación de dependencia (ayuda a domicilio o residencia).

De hecho, los beneficiarios tienen la obligación de declarar los servicios o personal que desempeñan tareas otorgadas por el APA.

Servicios

Los servicios que se pueden incluir en el plan de ayuda y que son, por tanto, susceptibles de ser financiados por medio del APA son los siguientes:

- Cuidados puntuales ante una patología no estabilizada, con cierta complejidad y medios tecnológicos costosos.
- Cuidados continuos, con cuidados de enfermería y técnicos, a veces de carácter paliativo.
- Cuidados de rehabilitación a domicilio en fases postayudas.

2.1.5 Funcionamiento

Descentralización

Los Conseils Généraux (gobiernos locales, a nivel departamental) son responsables de las políticas en favor de los mayores y en concreto, tienen las competencias en las áreas del cuidado a domicilio para personas con bajos ingresos. Existe, por tanto, gran disparidad en el territorio.

Prescripción

Un equipo multidisciplinar (médico-social) evalúa el grado de dependencia y elabora un plan de ayuda personalizado que incluye las necesidades a cubrir total o parcialmente por el APA.

En 2005, el APA financió de media el 85% del plan de ayuda de cada usuario.

Pago

El pago del APA se puede hacer:

- Al beneficiario, que tiene la obligación de justificar el gasto.
- Directamente al prestador del servicio, que indique el usuario.

Proveedores

Se respeta la libre elección del usuario que puede recurrir a varias opciones de prestación:

- A entidades especializadas.
- A un servicio propuesto por su CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination): asociaciones esencialmente, y también empresas privadas acreditadas.
- A un trabajador independiente, contratándolo directamente.

Coordinación del APA: los CLIC

Los CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) son el dispositivo de coordinación de la acción gerontológica diseñados para el APA.

- Sus principios de acción son:
 - La proximidad.
 - La accesibilidad.
 - El trabajo en red de los profesionales de la salud, de los servicios domiciliarios y de los responsables locales.
- El territorio de intervención de cada CLIC, es infradepartamental, atendiendo a unas 10.000 personas en el medio rural y a unas 15.000 en el urbano. En 2003, existían 404 CLIC distribuidos en 93 departamentos.
- Los CLIC se desarrollan en 3 niveles con distintas funciones:
 - Nivel 1: la acogida, el consejo, la orientación y el apoyo.
 - Nivel 2: además de las funciones del nivel 1, asume la evaluación de necesidades y la elaboración plan de ayuda personalizado.
 - Nivel 3: además de las funciones del nivel 2, asume la implantación y seguimiento de los planes de ayuda, articulando la atención médico-social, y el abordaje de situaciones complejas y urgentes.

2.1.6 Financiación

En 2004, el gasto público en APA fue de 3.600 millones de €.

El gasto anual en protección a las situaciones de dependencia de los mayores fue de 9.000 millones de €.

La financiación por parte de las administraciones se reparte entre:

- Conseils Généraux.
- Fonds National d'Autonomie, usando el 0,1% de la CSG (Contribution Sociale Généralisée).
- Jornada de Solidaridad específica para la financiación del APA (lunes de Pentecostés).

El APA cofinancia los servicios, así que los beneficiarios participan en la financiación de los servicios en función de sus recursos por medio del sistema del "Ticket Modérateur".

No hay co-participación cuando los ingresos son inferiores a los 1.000€.

El 35% de los usuarios acceden gratuitamente a todos los servicios, y el 25% tiene una participación inferior al 10%.



2.1.7 Resultados

Desde la entrada en vigor del APA en 2002, ha aumentado la protección a los mayores por el desarrollo de los servicios de ayuda domiciliaria.

El mercado se desarrolla pues han crecido el número de empleos y el tiempo de trabajo de los empleados. El número de horas prestadas ha aumentado un 75%.

En 2005, 753.000 franceses recibieron el APA, correspondiendo el 59% a receptores de ayuda a domicilio. El aumento de receptores respecto a 2004 fue del 7%.

Los resultados muestran una amplia implantación en sus tres años de existencia.

2.1.8 Aportaciones

Tras el estudio realizado, cabe destacar los siguientes aspectos interesantes:

- La cofinanciación de las prestaciones de SAD por medio del APA, aumenta la posibilidad de acceso a la protección de los mayores en situación de dependencia.
- El respeto a la libre elección del usuario fomenta el desarrollo del mercado de ayuda a domicilio y contribuye a la mejora de la calidad.

2.2 El SAD en CANADÁ: PRISMA y SIPA

En Canadá, los servicios domiciliarios se rigen por los siguientes principios:

- La permanencia en el domicilio es la primera opción, debiendo todos los agentes contribuir a ello, que es el fundamento de la legislación sobre los servicios sociales y sanitarios.
- Respeto a la elección del individuo.
- Reconocimiento del estatus del cuidador informal, considerándolo como ciudadano, como cliente y agente participante de los servicios sociales y sanitarios.

A continuación se exponen las características principales de dos proyectos de coordinación e integración socio-sanitaria: PRISMA y SIPA.

2.2.1 PRISMA

PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) es un innovador sistema de coordinación de prestaciones de servicios integrados.

Fue constituido por el Fondo de Investigación en Salud de Canadá (Fonds de la Recherche en Santé du Canada) y el Fondo de Investigación en Salud del Québec (Fonds de la recherche en santé du Québec).

Es un partenariado entre dos grupos de investigación y varias organizaciones de cuidados sanitarios de la provincia de Québec, como el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, cinco Consejos Regionales de Sanidad y Servicios Sociales.

2.2.1.1 Principios

Los principios en los que se basa el sistema PRISMA son los siguientes:

- Coordinación.
- Servicios integrados.

2.2.1.2 *Objetivos*

Los objetivos del proyecto PRISMA son:

- mejorar la continuidad de los servicios,
- aumentar la eficacia y eficiencia de los servicios,

especialmente para la tercera edad y personas discapacitadas.

2.2.1.3 *Población objetivo*

El programa PRISMA va dirigido a personas mayores frágiles.

2.2.1.4 *Necesidades*

Se definen las necesidades a cubrir por medio de un sistema de clasificación. Se trata del SMAF, que está basado en lo propuesto por la OMS.

2.2.1.5 *Actuaciones específicas*

Las líneas de actuación del programa son las siguientes:

- Desarrollo de instrumentos de integración adaptados a la realidad local o regional.
- Establecimiento de un sistema de información tipo RUG.

2.2.1.6 *Funcionamiento*

Este modelo incluye a todas las organizaciones sanitarias y sociales involucradas en la provisión de cuidados a personas mayores, sin crear una nueva organización específica.

Cada entidad conserva su propia estructura pero adapta sus operaciones y recursos a los requisitos del sistema que actúa como paraguas.

Los elementos básicos para la organización son los siguientes:

- Coordinación entre el grupo directivo y el ejecutivo, por medio de mesas de “concertación” y alrededor del gestor de casos.
- Un único punto de entrada hacia los servicios comunitarios y de salud.
- La figura del gestor de casos que evalúa las necesidades, planifica, organiza y lidera el equipo multidisciplinar.
- El plan de servicios individualizado, diseñado por el equipo multidisciplinar.
- Un único instrumento de clasificación basado en la autonomía funcional de los mayores (SMAF).
- El diagrama clínico computarizado que permite obtener información completa y actualizada, y así conseguir la continuidad asistencial.

2.2.1.7 *Resultados*

Desde sus comienzos en el año 2000, la eficacia de este modelo ha sido comprobada durante un proyecto piloto que ha demostrado:

- Una incidencia remitante del rechazo funcional.
- Una reducción de la carga sobre los cuidadores.
- Una menor proporción de personas mayores con deseos de ser internadas en residencias.
- Reducción de la pérdida de autonomía de los participantes en un 7%.
- Reducción de las visitas a urgencias y las hospitalizaciones.
- El no aumento de los costes del sistema.
- El nivel muy alto de satisfacción de los usuarios.



2.2.1.8 Aportaciones

El estudio PRISMA apoya la vía de:

- La integración de los servicios a través de:
 - La puerta de entrada única.
 - El gestor de casos.
 - El plan individualizado.
 - El expediente único.
- La coordinación entre los agentes:
 - A nivel estratégico, en la toma de decisiones políticas, a nivel táctico en la coordinación, y a nivel operativo en la prestación.
 - Adaptación de recursos y actuaciones según lo acordado en las mesas de “concertación”.

2.2.2 SIPA

El modelo SIPA (Services Intégrés pour Personnes Agées) está inspirado en los programas “On Lok” y PACE.

El SIPA ha evolucionado en dos fases, la primera de 1998 al 2000, la segunda del 2000 al 2001, y la tercera que está curso.

2.2.2.1 Principios

El proyecto SIPA se basa en los siguientes principios:

- Integración por medio de la gestión de casos.
- Sistema basado en los servicios primarios comunitarios.
- Responsabilidad clínica sobre el paciente en toda la gama de servicios provistos.
- Equipo multidisciplinar.
- Sistema de prepago.
- Gestión pública.
- Universalidad.
- Ventanilla única.
- Sistema de valoración continua de la calidad.

2.2.2.2 Objetivos

Los objetivos de este proyecto son los siguientes:

- Reorientación de la demanda de servicios institucionales (hospitales, urgencias, residencias) hacia los servicios de proximidad (enfermería, auxiliares familiares, readaptación y trabajadores sociales).
- Globalidad en la atención de las necesidades.
- Reducción del gasto hospitalario y residencial.

2.2.2.3 Población objetivo

La población objetivo de los SIPA son las personas mayores frágiles, que residen en sus domicilios.

2.2.2.4 Servicios

Criterios de acceso

Para acceder a los proyectos SIPA, existen unos requisitos específicos:

- Tener 65 años o más.
- Presentar discapacidades funcionales en las actividades de la vida diaria, en las cuestiones domésticas, problemas de incontinencia, de movilidad física, de comunicación o en las funciones mentales.

- Se utiliza la escala de valoración SMAF, que varía de 0 a -80, colocando el umbral de admisión en el nivel -10.
- Residir en vivienda particular.

Prestaciones

Se trata de una cobertura global de todos los servicios de los ámbitos de la salud, los servicios sociales y del cuidado del hogar, exceptuando los servicios ultra-especializados.

Se incluye:

- Atención médica primaria y secundaria.
- Prevención.
- Rehabilitación.
- Medicación.
- Ayudas técnicas.
- Cuidados de larga duración.

Las prestaciones recibidas se ciñen al plan de cuidados acordado por el equipo multidisciplinar.

2.2.2.5 Funcionamiento

Coordinación entre centros

- Los proyectos locales del SIPA se forman desde el principio por consorcios de centros, incluyendo al menos un CLSC (Centre Local de Services Communautaires), un hospital de corta estancia y una residencia pública.
- Existe un comité de seguimiento formado por los agentes institucionales.
- Se realizan acuerdos particulares entre centros.
- La descripción de las tareas de los gestores de casos, incluye explícitamente su intervención en otros centros aparte de los CLSC.

Equipo multidisciplinar

El equipo multidisciplinar, cuyo responsable es el gestor de casos, está compuesto por diversos profesionales del sector:

- Enfermeras.
- Trabajadores sociales.
- Terapeutas ocupacionales (ergoterapeutas).
- Fisioterapeutas.
- Nutricionistas.
- Auxiliares familiares.
- Organizadores comunitarios.

Los médicos de familia elegidos por los pacientes, también participan en el equipo, aunque de forma intermitente.

La gestión de casos

El gestor de casos constituye el puesto clave en la coordinación de los SIPA. Lo desempeñan tanto enfermeras, como trabajadores sociales o ergoterapeutas, y sus funciones son de tipo clínico y administrativo:

- Responsabilidad sobre el equipo multidisciplinar.
- Evaluación de las necesidades.
- Elaboración de un plan de intervención.
- Asignación de recursos.
- Seguimiento de la situación.
- Actualización sistemas de información.
- Asegurar colaboración de todos los agentes participantes.



Ventanilla única

Existe una puerta de entrada única a todos los servicios.

Responsabilidad clínica

Se mantiene la responsabilidad clínica sobre el paciente, en toda la gama de servicios recibidos.

2.2.2.6 Desarrollo del proyecto

El proyecto SIPA se ha desarrollado en tres fases, dos de las cuales ya han finalizado:

- Fase I: introducción del programa de integración con medios clínicos y administrativos.
- Fase II: incorporación de la capitalización para mantener y promover la autonomía de los mayores y para fomentar un uso óptimo de los servicios comunitarios como sustitutos de los cuidados hospitalarios y residenciales.

2.2.2.7 Financiación

El programa SIPA se financia a través de los presupuestos generales del estado, con 7,6 millones de euros. Concretamente a través de:

- El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.
- El Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé.

Además, existe un sistema capitativo de prepago de los servicios.

En todo caso, la responsabilidad financiera es total de los SIPA locales.

2.2.2.8 Resultados

A partir de 1998, y tras varias fases de desarrollo, los resultados del estudio SIPA, en el que han participado 1.254 personas, han sido positivos:

- Traslado de la demanda hacia la recepción de ayuda a domicilio.
- Los costes de servicios de institucionalización han disminuido un 20%, permaneciendo semejantes los costes globales.
- Cabe destacar la realización de un proyecto similar en Rovereto (Italia), donde la disminución global de costes fue del 23%.

2.2.2.9 Aportaciones

El estudio SIPA ha establecido:

- La integración de los servicios a través de:
 - La puerta de entrada única.
 - El gestor de casos.
 - El equipo multidisciplinar.
- La coordinación entre agentes, incluyendo a los agentes decisores.
- La mejora en la atención a domicilio de los mayores frágiles, con la prestación de una amplia gama de servicios de los ámbitos sanitario, social y doméstico.

2.3 El SAD en EEUU: PACE y S/HMO

En Estados Unidos, existen dos experiencias de integración de servicios socio-sanitarios en la ayuda a domicilio: PACE y S/HMO.

2.3.1 PACE

Se trata del "Program of All-Inclusive Care for the Elderly" creado en 1986 por la Robert Wood Johnson Foundation y Health Care Financing Administration, basándose en el modelo "On Lok".

2.3.1.1 Principios

Los principios que caracterizan los programas PACE son los siguientes:

- Incidir en la permanencia en la comunidad y la participación de cuidadores informales.
- Cobertura integral, incluyendo los cuidados agudos y de larga duración en los ámbitos médico, social y de apoyo.
- Servicios integrados.
- Financiación integrada.
- Fomento de la eficiencia.
- Énfasis sobre los cuidados preventivos y rehabilitadores.

2.3.1.2 Objetivos

Los objetivos de los PACE son mantener a los mayores en su comunidad el mayor tiempo posible, y evitar ingresos prematuros en centros residenciales.

2.3.1.3 Población objetivo

La población objetivo son las personas mayores con riesgo de ingreso en centro residencial, que requieren cuidados continuos durante el resto de sus vidas.

2.3.1.4 Servicios

Criterios de acceso

Para acceder a los servicios del PACE, se debe cumplir lo siguiente:

- Ser mayor de 55 años.
- Ser residente en el área de aplicación de la experiencia.
- Tener el "Certificado de cumplimiento de los criterios para percibir cuidados intermedios o cuidados especializados de enfermería" (acreditación estándar en Estados Unidos).

Prestaciones

Se trata de una cobertura global de todos los servicios de cuidados de larga duración de los ámbitos de la salud, los servicios sociales, el cuidado del hogar y el transporte.

El plan de ayuda establece las prestaciones a recibir.

2.3.1.5 Funcionamiento

Los servicios PACE funcionan en base a los siguientes elementos:

- Prestación a través de personal propio esencialmente.
- Equipo multidisciplinar responsable de la gestión de casos y de la prestación.



- Elaboración y seguimiento de paquetes individualizados de atención integral.

No existe un punto de entrada único, dada la multiplicidad de pagadores en el sistema estadounidense.

2.3.1.6 Financiación

Los servicios PACE se financian de forma integrada a través de fondos provenientes de Medicare, Medicaid y de primas privadas.

Los PACE tienen total competencia para distribuir los recursos. El riesgo financiero es asumido por el programa, para fomentar la eficiencia y el énfasis sobre los cuidados preventivos y rehabilitadores.

2.3.1.7 Resultados

Desde 1986, existen los PACE, que han dado resultados positivos, reduciéndose la hospitalización inadecuada, y manteniéndose el coste de la atención a los mayores en situación de dependencia.

Actualmente, hay 24 programas PACE funcionando, con entre 120 y 440 participantes en cada uno, habiéndose cifrado el número potencial de beneficiarios en 3 millones.

2.3.1.8 Aportaciones

El PACE integra los servicios comunitarios, favoreciendo la permanencia en el domicilio:

- La integración de los servicios, a través de:
 - El equipo multidisciplinar.
 - Los paquetes individualizados de atención integral.
- La atención global a los mayores frágiles a domicilio, con la prestación de una amplia gama de servicios de los ámbitos sanitario, social y doméstico.

2.3.2 S/HMO

La experiencia de las Social Health Maintenance Organisations, combina los servicios hospitalarios y médicos del Medicare, provistos en una HMO (Health Maintenance Organisation), con un modesto paquete de cuidados crónicos y otros servicios.

2.3.2.1 Principios

Los principios básicos de las S/HMO son los siguientes:

- Coordinación de la actividad de los proveedores sanitarios y sociales.
- Integración entre cuidados agudos y de larga duración.
- Servicios comunitarios.

2.3.2.2 Objetivos

Los objetivos de las S/HMO son:

- Conseguir integración entre los cuidados agudos y los de larga duración.
- Prevención de institucionalizaciones prematuras.
- Efectividad del gasto.

2.3.2.3 Población objetivo

La población objetivo la forman todos los mayores, incluidos los válidos, aunque aquellos que se consideran frágiles, son los destinatarios de los cuidados de larga duración.

2.3.2.4 Servicios

Criterios de acceso

En principio, todas las personas mayores pueden acceder a los servicios de las S/HMO, aunque existe una restricción para los cuidados de larga duración. El acceso a estos últimos está restringido al grupo de usuarios cuyo nivel de dependencia equivalga a los criterios de acceso a los cuidados de enfermería a domicilio, es decir, a aquellos que posean el “Certificado de cumplimiento de los criterios para percibir cuidados intermedios o cuidados especializados de enfermería”. Se limita la participación de personas muy deterioradas, para reducir las posibilidades de selección adversa.

Prestaciones

Aparte de los cubiertos por Medicare (hospitales y médicos), se incluyen cuidados continuos, como:

- Cuidados de enfermería puntuales a domicilio.
- Cuidados sanitarios a domicilio.
- Cuidados personales.
- Cuidado del hogar.

2.3.2.5 Funcionamiento

Se utiliza un sistema de gestión de casos coordinada, para:

- Determinar los criterios de acceso.
- Asignar los servicios.
- Coordinar la actividad de los proveedores sanitarios y sociales.

A diferencia del PACE, no hay equipos multidisciplinares, y los gestores de casos, determinan el acceso a los servicios pero no participan en su provisión.

2.3.2.6 Financiación

Existe una estructura organizativa única en la financiación tanto de los servicios cubiertos por el Medicare, como de los cuidados crónicos y complementarios.

La financiación de servicios hospitalarios y médicos se hace por medio de Medicare, Medicaid y de primas, mientras que se exige copago de los usuarios para acceder a los servicios de cuidados de larga duración a domicilio.

El riesgo financiero es asumido por el proveedor.

2.3.2.7 Resultados

Hay dos generaciones de proyectos S/HMO, la primera, de 1985 a 1989, y la segunda desde 1996.

Actualmente, hay 4 programas S/HMO funcionando, con 16.574 participantes, de los cuales, 800 reciben cuidados de larga duración.

Los resultados del estudio S/HMO son poco concluyentes.

No se han observado diferencias significativas en cuanto al número de ingresos hospitalarios, estancias medias en residencias, tasas de mortalidad y comportamiento de los proveedores.

Tampoco se ha probado la reducción de costes.

2.3.2.8 Aportaciones

Las S/HMO buscan la integración de los servicios sanitarios y sociales, y la efectividad del gasto, a través de:



- Los gestores de casos constituyen el pilar central del modelo S/HMO:
 - Para determinar el criterio de acceso a los servicios.
 - Para coordinar a los proveedores sanitarios y sociales.
- Los servicios de cuidados de larga duración ofrecidos, incluyen prestaciones sanitarias y sociales.

2.4 El SAD en AUSTRALIA: Los Servicios Hospitalarios a Domicilio

Los Servicios Hospitalarios a Domicilio se han desarrollado en Australia gracias a la fuerte voluntad política que ha superado las dificultades en el medio rural anteponiendo la satisfacción de los usuarios.

Las diferencias existentes en cuanto a densidades poblacionales, a los modos de financiación de los hospitales y de los servicios de salud comunitarios, unidas a la falta de una legislación común para todo el país, han hecho que el SHAD crezca gracias a distintas iniciativas locales.

2.4.1 Principios

Los principios básicos de los Servicios Hospitalarios a Domicilio en Australia son los siguientes:

- Sustitución de la hospitalización ordinaria por la atención domiciliaria.
- Descentralización.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Privilegio de la satisfacción del cliente respecto al control de costes.
- Financiación única de los servicios sociales y sanitarios.

2.4.2 Objetivos

Los objetivos de los SHAD en Australia son los siguientes:

- Aumentar la capacidad de atención en cuidados agudos y continuos.
- Aumentar la calidad de vida.

2.4.3 Población objetivo

El SHAD va dirigido a pacientes con las mismas características que aquellos que se atienden en un hospital.

2.4.4 Servicios

Criterios de acceso

La hospitalización a domicilio es una elección personal del paciente.

Para el acceso al servicio, se requiere un entorno domiciliario adecuado con el apoyo del cuidador informal.

Prestaciones

Se prestan todos los servicios que el usuario podría recibir en un hospital, incluyendo:

- Cuidados médicos agudos.
- Cuidados paliativos.
- Cuidados de reeducación funcional.
- Cuidados de larga duración.

2.4.5 Funcionamiento

Los elementos básicos del funcionamiento del SHAD en Australia, son los siguientes:

- Se elabora un plan de ayuda personalizado y multidisciplinar.
- Existe ventanilla única: un único agente evalúa las necesidades del paciente y asigna los recursos pertinentes.

Dado que el SHAD ha crecido gracias a distintas iniciativas locales, hay numerosas formas de organización, que podemos reagrupar en cuatro modelos:

- Organización con base en el hospital, en la cual los cuidados se relacionan con una especialidad, y se dispensan por personal hospitalario.
- Organización con base en el hospital, en la cual los cuidados no corresponden a ninguna especialidad en particular, y se dispensan por personal hospitalario.
- Organización con base en el hospital, en la cual los cuidados no corresponden a una especialidad en concreto, y se dispensan tanto por personal del hospital como del sector ambulatorio.
- Organización extra-hospitalaria, donde los pacientes son responsabilidad de la institución que organiza el programa (centro de salud comunitario, autoridad de salud local, grupo de médicos,...), en la que los cuidados no corresponden a una especialidad en concreto, y se dispensan por personal del sector ambulatorio.

2.4.6 Financiación

Una parte del coste de los servicios la cubren los seguros médicos privados de los pacientes.

Pero no se debe abonar ninguna cantidad extra por el hecho de recibir los cuidados en el domicilio en lugar de en el hospital.

2.4.7 Resultados

Existe en Australia, una fuerte voluntad política nacional por desarrollar el SHAD:

- Creando un marco legislativo de referencia.
- Financiando y facilitando estudios e iniciativas experimentales.

Incluso se mantiene el SHAD en las zonas rurales y aisladas, a pesar de que las distancias, y la baja densidad, encarecen el servicio, en comparación con la hospitalización tradicional.

2.4.8 Aportaciones

El SHAD en Australia responde a la voluntad política de satisfacción del ciudadano. Y esto prima sobre el control de costes del sistema.

Se pretende responder al deseo de permanecer en el domicilio, haciendo llegar los cuidados sanitarios sin que esto suponga un sobre-coste para el usuario.

2.5 El SAD en DINAMARCA

Dinamarca representa el modelo de protección universal predominantemente público. El país presenta un compromiso histórico con las políticas de mayores.

2.5.1 Principios

Los principios rectores del SAD en Dinamarca son los siguientes:

- Integración socio-sanitaria.
- Descentralización: responsabilidad de las autoridades locales.
- Universalidad: todos los ciudadanos daneses pueden tener acceso a los servicios de ayuda a domicilio.



- Gratuidad para los usuarios.
- “Des-institucionalización”: prioridad a la atención a domicilio en detrimento de la atención residencial.
- Financiación pública a través de impuestos.
- Gestión y provisión públicas.

2.5.2 Objetivos

El objetivo general de la política de mayores danesa es el de facilitar a los individuos la permanencia en su domicilio y mejorar su calidad de vida. Concretando, se trata de:

- Asegurar la continuidad en la vida personal.
- Utilizando los propios recursos del individuo.
- Respetando los deseos personales.
- Apoyando que puedan tomar sus propias decisiones.

2.5.3 Población objetivo

Las políticas de ayuda a domicilio son para todos los ciudadanos pero se centran en los mayores de 65 años, enfocando los esfuerzos de información y promoción de las políticas hacia los mayores de 75 años.

2.5.4 Servicios

Criterios de acceso

El acceso es universal, es decir, que todos los ciudadanos residentes en Dinamarca tienen derecho a recibir ayuda en su domicilio.

Prestaciones

Se prestan los siguientes servicios:

- Asistencia 24 horas: en caso de necesidad grave, un cuidador puede permanecer en el domicilio día y noche por un corto periodo de tiempo.
- Ayuda a domicilio, las prestaciones se dividen en:
 - Cuidados personales: atención personal, nutrición, ayuda para comer.
 - Apoyo en las tareas prácticas del hogar: limpieza, lavandería, compras.
 - Apoyo para mantener las habilidades físicas o mentales: atención psicológica, ejercicio físico, actividades sociales.
- Enfermería a domicilio: tras la prescripción del médico de cabecera y en cooperación con los servicios de ayuda a domicilio, la enfermería a domicilio valora las necesidades y realiza tareas como la administración de medicación.
- Visitas preventivas: todos los municipios están obligados a realizar dos visitas anuales a los mayores de 75 años, para reducir los factores de riesgo y para promocionar el servicio.
- Otros servicios: comidas a domicilio, ayudas técnicas, adaptaciones de la vivienda, sistemas de alarma.

2.5.5 Desarrollo del modelo

El desarrollo del modelo danés se ha hecho en 3 fases:

- 1940-mediados de los 60: se realiza el relevo del “ama de casa” introduciendo la figura del auxiliar de domicilio.
- Mediados de los 60- finales de los 80: la ayuda a domicilio se establece como servicio obligatorio en los municipios, se introduce la idea de permanencia en el domicilio como prioridad, la descentralización y los equipos autónomos.
- Principios de los 90: comienza la denominada “Atención colectiva a integrada a domicilio”.

2.5.6 Funcionamiento

Los ejes del funcionamiento del servicio de ayuda a domicilio en Dinamarca son los siguientes:

Descentralización

El gobierno central fija el marco legislativo general pero son las autoridades locales las responsables de la gestión y el desarrollo de los servicios, y también de la coordinación con los hospitales.

Integración

Existe integración socio-sanitaria, mediante:

- Ventanilla única: existe un único gestor de casos o consejero individual que sigue el caso y coordina los esfuerzos de los profesionales.
- Equipos multidisciplinarios, integrados y auto-gobernados.
- La prescripción de la enfermería a domicilio la hace el médico de cabecera, y la de la ayuda a domicilio, se realiza tras la visita del hogar por parte de una enfermera o un auxiliar a domicilio.

Mantenimiento en el domicilio

Desde 1988, la legislación ha ido limitando cada vez más la creación de nuevas plazas residenciales, orientando la atención a las personas mayores hacia el domicilio.

Sistema público de provisión y producción

La producción de los servicios por parte del sector privado es poco significativa, y en cualquier caso, es gratuita para el usuario.

Búsqueda de la satisfacción del ciudadano

Desde el 2003, los Ayuntamientos deben dar la oportunidad al usuario de elegir libremente a su proveedor, ya sea éste, público o privado.

Existe una política formal de calidad controlada por las autoridades locales, teniendo muy en cuenta el nivel de satisfacción del usuario.

2.5.7 Financiación

El servicio es financiado a través de los impuestos. Los gobiernos locales financian el servicio de ayuda a domicilio en sí mismo, aunque son los gobiernos regionales quienes financian los hospitales y los médicos de cabecera.

No existe copago de los usuarios en ningún caso, incluso cuando el proveedor es privado, pues también en este caso, son las administraciones públicas quienes sufragan el servicio.

2.5.8 Proyectos locales interesantes

La aportación de varios proyectos locales es significativa, en cuanto a sistemas de integración y participación del sector privado.

Se han estudiado tres proyectos locales: Skaevinge, Odense y Graested-Gilleleje, cuyas características principales se exponen a continuación:

- La integración en los centros comunitarios de Skaevinge (1984) y Odense (1995):
 - Conversión de la residencia existente en un centro de apoyo a los servicios comunitarios (incluyendo el de ayuda a domicilio), desde el cual se asignan los recursos.



- Integración geográfica de los servicios, organizando el trabajo de los equipos por zonas.
- En Skaevinge, la gestión del centro comunitario es municipal, y en Odense, la gestión es compartida con agentes privados.
- El sistema mixto de Graested-Gilleleje:
 - Los objetivos son el respeto a la libre elección del usuario y la mejora de la calidad.
 - Se trata de un sistema mixto en el que proveedores privados acreditados por el Ayuntamiento, se encargan de la prestación de los servicios.

2.5.9 Resultados

El servicio de ayuda a domicilio es el más importante para los mayores en Dinamarca, en cuanto a número de empleos y en cuanto a gasto, aunque el gasto público en cuidados a mayores a disminuido en los últimos años.

Los daneses disfrutan de altísimas tasas de cobertura en la atención a domicilio. El índice de cobertura en 2001 fue del 24% (teniendo en cuenta a los mayores de 67 años), y el número de usuarios fue de 212.000 personas.

2.5.10 Aportaciones

El SAD danés es el que presenta más alto nivel de cobertura. Esto apoya un modelo basado en:

- Universalidad.
- Gratuidad.
- Provisión y producción públicas.
- Integración socio-sanitaria.
- Descentralización.

IV. Conclusiones del análisis

El análisis de las conclusiones del análisis realizado para la definición conceptual del modelo de futuro de SAD es clave para sentar las bases del posicionamiento del Instituto Edad & Vida.

En efecto, el análisis realizado ha permitido tener una visión global, y a su vez exhaustiva, de:

- las características actuales del SAD en España,
- las referencias internacionales a nivel de SAD,
- y la visión, por parte de los proveedores españoles, de la problemática actual y futura del SAD en España.

Dicho análisis ha facilitado la conceptualización del modelo de SAD, y por lo tanto:

- la identificación de los ejes y características conceptuales del modelo.
- los elementos, de cada uno de los ejes y características, para la definición del posicionamiento del Instituto Edad & Vida.

1 Análisis nacional

El análisis comparativo de las principales características de los modelos nacionales de SAD estudiados permite identificar los puntos comunes en cada uno de ellos, así como las diferencias, los puntos fuertes y débiles y las experiencias más destacables de cada uno de ellos.

A tal efecto, se presentan a continuación dos tablas comparativas con las principales características, teniendo en cuenta los ejes conceptuales utilizados, de cada una de las ciudades y zonas analizadas.



	Madrid	Barcelona	Valencia	Zaragoza	Málaga
Oferta de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Servicios a domicilio (comidas, lavandería). - Ayudas técnicas (camas articuladas, adaptaciones geriátricas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personal y limpieza a domicilio. - Teleasistencia. - Servicios a domicilio (comidas, lavandería). - Ayudas técnicas (reformas y provisión del hogar). 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Tareas para la relación con el entorno, de carácter psico-social, educacionales y formativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personal y doméstica. - Ayuda psico-social - Teleasistencia. - Apoyo al cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Comidas a domicilio - Actuaciones de carácter educativo-formativo y socio-comunitario.
Criterio de acceso a los servicios	En función del grado de necesidad (valoración de la dependencia).	En función del nivel de autonomía de la persona (no todos los servicios)	En función del grado de dependencia, la capacidad funcional de los miembros de la unidad de convivencia y su nivel económico.	En función del grado de dependencia, la capacidad funcional de los miembros de la unidad de convivencia y su nivel económico.	En función del grado de dependencia, la capacidad funcional de los miembros de la unidad de convivencia y su nivel económico.
Modelo de producción	Externalización de la producción en función del distrito y del servicio.	Externalización de la producción en función de la zona y el servicio.	Externalización de la producción.	Externalización de la producción a una única empresa.	Externalización de la producción en función del servicio.
Precio/hora	De 13€ a 14,14€, en 2005.	De 11,80€ (limpieza) a 15€ (atención personal) en 2005.	10,05€* en 2004	8€* en 2004	11,03€* en 2004
Intensidad media	18,9 horas/mes en 2005.	N.D.	10,82* horas/mes en 2004	10* horas/mes en 2004.	8* horas/mes en 2004
Cobertura (mayores 65 años)	6,05% en 2005.	1,6% en 2005	N.D.	N.D.	3,48%*
Participación del usuario en la financiación	Existe copago en función del nivel de renta de la unidad convivencial: de 0€ a 8,69€ por hora.	No existe actualmente; está previsto aplicarlo utilizando un baremo que analiza el nivel de dependencia así como la situación familiar, económica y social de la persona.	Existe copago en función de la capacidad económica del usuario y su unidad de convivencia: de 0€ hasta 10,45€ por hora.	Existe copago en función de la capacidad económica del usuario y su unidad de convivencia.	No existe actualmente; está previsto aplicarlo utilizando un baremo que analiza el nivel de ingresos de la unidad convivencial (incluyendo un análisis de los bienes muebles e inmuebles).
Coordinación /Integración sociosanitaria	Se está diseñando un programa para la coordinación sociosanitaria.	En el marco del Programa ProdeP se están desarrollando en tres distritos de Barcelona dos proyectos de coordinación y uno de integración sociosanitaria.	Existe un plan de coordinación sociosanitaria a nivel autonómico		

- **Madrid:** El SAD está principalmente orientado a la atención personal y doméstica y a la teleasistencia, obteniendo una intensidad horaria y una cobertura muy elevada respecto al resto de ciudades analizadas.

- **Barcelona:** La cobertura del SAD es baja y el número de usuarios se concentra en la Ayuda Personal y la Teleasistencia. Cabe no obstante destacar la existencia de un conjunto de proyectos piloto de coordinación e integración sociosanitaria (en el marco del programa ProdeP).
- **Valencia y Málaga:** En la cartera de servicios de estas ciudades se incluyen también prestaciones orientadas a la atención psico-social, educativa y formativa.
- **Zaragoza:** De las ciudades analizadas, ésta es la que da más importancia (expresada tanto en sus objetivos como en su cartera de servicios) a la figura del cuidador.

Además de los servicios a domicilio ofrecidos por los servicios municipales de cada una de las anteriores ciudades, cabe destacar la existencia de diversos tipos de servicios y ayudas proporcionados por las Comunidades Autónomas a las que pertenecen, cuyo objetivo está alineado con el del SAD. Entre estos servicios y ayudas destacan los siguientes:

- **Madrid:** Ayudas económicas a las familias cuidadoras.
- **Barcelona:** Ayudas proporcionadas por el ICASS (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales):
 - Ayudas económicas para adaptación de viviendas.
 - Programa de ayudas de apoyo económico a personas mayores en situación de dependencia (Viure en Família).
 - Programa de apoyo de autonomía en el hogar.

En el ámbito catalán destaca también el programa PADES, analizado en el presente estudio.

- Valencia:
 - Programas “Menjar a Casa” (comidas a domicilio) y “Major a Casa” (ampliación del anterior que incluye el lavado de ropa y la limpieza de la casa).
 - Ayudas económicas a personas con ancianos en situación de dependencia a su cargo y financiación temporal de estancias en residencias o centros de día (Bono Respiro)
- Málaga: Ayudas económicas para adaptaciones del hogar.



- El modelo SAD en zonas:

	Extremadura	Castilla-León	Guipúzcoa	Red Local de SAD de la Diputación de Barcelona	Les Garrigues
Oferta de servicios	- Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Atención Sanitaria a Domicilio.	- Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Relación con el entorno. - Apoyo al cuidador.	- Atención personal y doméstica. - Teleasistencia. - Ayudas técnicas y económicas (programa Sendian).	- Atención personal, doméstica y familiar. - Teleasistencia. - Servicios a domicilio (comidas, limpieza). - Ayudas técnicas. - Formación y apoyo a cuidadores.	- Atención personal y doméstica. - Teleasistencia.
Criterio de acceso a los servicios	En función del grado de dependencia, la situación económica de la persona, la situación de la vivienda y la situación socio-familiar.	En función de un baremo que tiene en cuenta la capacidad funcional, la situación socio-familiar, la situación económica y el alojamiento.	En función del grado de necesidad (valoración de la dependencia con una escala propia).	En función del grado de necesidad (valoración de la dependencia).	En función del grado de dependencia y la situación económica familiar de la persona.
Modelo de producción	Producción principalmente no externalizada, se externaliza alrededor del 15% de la producción.	Externalización de la producción.	Externalización de la producción.	Producción mixta (pública y privada).	Externalización de la producción.
Precio/hora Intensidad media	5,56€ en 2004. 22 horas/mes en 2004.	10,74€ en 2005. 19 horas/mes en 2004.	16,59€ en 2004. 21 horas/mes en 2004.	10,03€ en 2002. N.D.	N.D. N.D.
Cobertura (mayores 65 años)	7,41% en 2004.	4,2% en 2005.	4% en 2005.	N.D.	N.D.
Participación del usuario en la financiación	Existe copago, en los servicios sociales, en función de la situación personal y económica de la persona.	Existe copago en función de la situación económica de la unidad convivencial: ingresos por trabajo, capital mobiliario e inmobiliario.	Existe copago en función del nivel económico (ingresos, capital mobiliario e inmobiliario) de la unidad convivencial.	Existe copago en función de la situación socioeconómica de la persona.	Existe copago en función del nivel de dependencia, la situación social y económica de la persona y su familia.
Coordinación /Integración sociosanitaria	Existe un Plan Marco de Atención Sociosanitaria que fomenta la coordinación mediante un conjunto de comisiones interdisciplinares.	Existe un Plan de Atención Sanitaria Geriátrica que contempla la coordinación sociosanitaria. Se está desarrollando en Salamanca un proyecto piloto de atención integrada de la dependencia.	Existe un Plan Sociosanitario a nivel autonómico, adoptado por las tres diputaciones vascas.	En los principios teóricos del modelo se recalca la importancia de la coordinación socio-sanitaria.	

Por lo que respecta a cada una de las zonas analizadas, destacan los siguientes aspectos de cada una de ellas.

- **Extremadura:** Esta Comunidad Autónoma incluye entre sus servicios la Atención Sanitaria a Domicilio. Asimismo cabe destacar su elevada intensidad y cobertura, así como su preferencia hacia la producción pública de los servicios.
- **Castilla-León:** Además de los servicios habituales de SAD que ofrece esta Comunidad, destacan las ayudas económicas destinadas a la contratación de cuidadores profesionales para ofrecer “respiro” a los cuidadores habituales y asimismo es importante el proyecto piloto realizado específicamente para el entorno rural en Salamanca.

- **Guipúzcoa:** Esta provincia tiene los precios hora más elevados de las ciudades y zonas analizadas. Destaca por la importancia que da al apoyo de las familias (expresadas en el programa Sendian) y por el programa rural "Hurbiltzen". En el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca destacan los pasos que están siguiendo para la creación de un espacio socio-sanitario homogéneo.
- **Red Local de la Diputación de Barcelona:** Este modelo destaca especialmente por el fuerte desarrollo en términos conceptuales, de organización, de gestión y de procesos que le sustentan.
- **Les Garrigues:** El aspecto más destacable de esta comarca catalana es el importante desarrollo realizado para el análisis y seguimiento de la calidad del servicio.
- **Iniciativas de interés:**

El análisis de las iniciativas seleccionadas ha proporcionado una serie de aspectos muy interesantes para la definición del modelo de futuro del SAD.

- **Cheque Asistencial (Galicia)**

Los aspectos a destacar de esta iniciativa son los siguientes:

- El principal principio en el que se basa esta iniciativa es el respeto a la libertad de elección del usuario y su participación en la financiación del servicio.
- El usuario elige entre un conjunto de proveedores acreditados al efecto.
- Se tiene como objetivo la profesionalización de los proveedores y la mejora de la calidad, así como la activación de los mismos en el entorno rural.

Cabe destacar que los aspectos anteriores se han detectado también en el análisis internacional realizado.

- **PADES (Catalunya)**

Los aspectos a destacar de esta iniciativa son los siguientes:

- Claro exponente de la coordinación sociosanitaria en la atención domiciliaria con la utilización de equipos multidisciplinares para la atención del usuario y la coordinación entre los equipos sociales y sanitarios.
- Está dirigido a personas de muy alta dependencia y más específicamente a enfermos crónicos o terminales.
- Se ofrece para ello, principalmente, servicios de geriatría y cuidados paliativos.
- Este programa está financiado por unidades de las consejerías de Bienestar Social y Salud, siendo gratuito para el usuario.

- **Rompiendo Distancias (Asturias)**

Es un proyecto dirigido especialmente al medio rural, con características parecidas al programa "Hurbiltzen" de Guipúzcoa:

- Valoración integral de las necesidades.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Flexibilidad de la prestación, acercando los servicios a las zonas aisladas y compartiendo recursos.
- Fomento de la participación social de las personas mayores.

2 Análisis internacional

El análisis internacional realizado se ha centrado en un conjunto de modelos de referencia que se centran en los siguientes aspectos también detectados en el análisis nacional:

- Coordinación e integración sociosanitaria (Proyectos SIPA y PRISMA en Canadá; Modelos PACE y S/HMO en Estados Unidos).



- Libertad de elección del usuario (Francia).
- Priorización del SAD respecto a los servicios residenciales (Dinamarca).
- Atención Domiciliaria en zonas rurales (Australia).

En efecto, del estudio de los proyectos anteriores caben destacar los aspectos siguientes:

- La *Allocation d'Autonomie Personnalisée (APA)* de Francia se basa en:
 - la individualización de los servicios, propuestos en los planes de ayuda diseñados por equipos sociosanitarios),
 - el respeto a la libre elección del proveedor por parte del usuario. El proveedor puede ser una entidad o empresa acreditada o un trabajador independiente.
 - y la cofinanciación por parte del usuario.

Cabe destacar el importante papel dinamizador que ha desempeñado el APA, habiendo aumentado de manera destacada tanto el número de horas prestadas como el número de usuarios.

- Los proyectos piloto realizados en Canadá y Estados Unidos relacionados con la coordinación o integración sociosanitaria proporcionan los elementos clave que definen dichos modelos:
 - Puerta única de acceso a los servicios.
 - Individualización de los planes de acción.
 - Importancia de la prevención.
 - Rol del gestor del caso.
 - Equipos de evaluación, gestión y atención multidisciplinares (con responsabilidad clínica).
 - Creación de una estructura administrativa única (en el caso de la integración).

Asimismo, el seguimiento y análisis de los resultados de estos proyectos arrojan resultados interesantes:

- Reducción de la pérdida de autonomía (PRISMA).
- Reducción de las visitas a urgencias y hospitalizaciones (PRISMA).
- Traslado de la demanda hacia la ayuda a domicilio (SIPA).
- Disminución de los costes de institucionalización en un 20%, permaneciendo semejantes los costes globales (SIPA).
- Reducción de las hospitalizaciones inadecuadas (PACE).
- En el caso de los Servicios Hospitalarios a Domicilio en Australia destaca el papel de la Administración Pública como garante de la provisión de los servicios en zonas muy aisladas, anteponiendo el deseo de la personas de estar en casa a los costes.

Cabe destacar que una parte del coste es cubierto por los servicios privados, pero el usuario no debe abonar una cantidad extra por el hecho de recibir los cuidados en el domicilio en lugar de en el hospital.

- El modelo de SAD en Dinamarca se caracteriza por los siguientes elementos:
 - Gestión y provisión públicas, aunque se han realizado diversos pilotos en los que se han introducido proveedores privados con el objetivo de respetar la libertad de elección del usuario y aumentar la calidad de la prestación.
 - Importancia de la prevención en los servicios ofrecidos (todos los municipios están obligados a realizar dos visitas anuales a los mayores de 75 años, para reducir los factores de riesgo y para promocionar el servicio).
 - Descentralización, siendo las autoridades locales las responsables de la gestión y la provisión de los servicios, y también de la coordinación con los hospitales y los médicos (que dependen de las autoridades regionales).
 - Des-institucionalización: desde 1988, la legislación ha ido limitando cada vez más la creación de nuevas plazas residenciales, priorizando así la atención a domicilio.
 - Integración socio-sanitaria: utilizando el sistema de la ventanilla única, con la figura del gestor individual de casos y la prestación por parte de equipos multidisciplinares auto-gobernados.
 - Universalidad y gratuidad (cobertura del 24% en 2001).

3 Conclusiones generales

Sobre la base del análisis realizado, las principales conclusiones extraídas son las siguientes:

3.1 Análisis nacional

- En el análisis nacional realizado se ha constatado la dificultad de obtener información relacionada con la intensidad de la prestación de los servicios, la cobertura y los precios, así como de la evaluación de los diferentes modelos. Por esta razón se considera importante la existencia de un **observatorio especializado** en el análisis y evaluación de los Servicios de Ayuda a Domicilio.
- El SAD es en general un servicio de carácter comunitario cuyo **objetivo principal** es la **permanencia de la persona en su entorno natural**, y en algunos casos el apoyo a los cuidadores informales.
 - Estos objetivos se suelen plasmar en la cartera de servicios, diferenciándose dos tipos de servicios de ayuda a domicilio según dos tipos de necesidades bien diferenciadas:



Se constata el **interés por apoyar a la red informal de cuidadores**, red que cobra especial protagonismo en los entornos rurales.

- Este apoyo se realiza mediante el fomento del voluntariado, ayudas económicas y servicios de “respiro”.
- Los **criterios** para el **acceso** a los servicios de la red de utilización pública se pueden agrupar en dos tipos:
 - Una valoración únicamente del grado de necesidad (dependencia).
 - Una valoración conjunta del grado de necesidad (dependencia), la situación del entorno social y el nivel económico.
- Por lo que respecta a la **organización** y a la **producción** en la red de utilización pública se consideran habitualmente dos tipos de roles principales:
 - La valoración de las necesidades, el diseño de los planes individualizados, el seguimiento y la evaluación es realizado por los Servicios Sociales Municipales.
 - La prestación de los servicios habitualmente se externaliza, principalmente mediante concursos públicos.
- Un modelo de organización y producción a destacar es el “Cheque asistencial” en Galicia, en el cual se pone un fuerte énfasis en:



- la **libertad de elección** del proveedor de servicios por parte del usuario
 - la **profesionalización** del sector (incluyendo su activación en el medio rural)
 - la **coordinación** socio-sanitaria.
- Se observa el interés cada vez mayor en la **coordinación/integración socio-sanitaria**.
- Destacan en ello los PADES y el programa ProdeP en Catalunya y el plan socio-sanitario del País Vasco.
- En el caso de los **medios rurales** se fomenta la **cooperación** de municipios rurales pequeños para compensar la falta de recursos y ofrecer una mayor **flexibilidad**.
- En los entornos rurales cobra asimismo importancia la coordinación o integración socio-sanitaria.
- Se constata una **gran variabilidad** en los **precios** públicos hora.
- Desde los 5,56 € de Extremadura hasta los 16,59 € de Guipúzcoa.
- En la mayoría de los casos analizados se exige la **participación del usuario** en la financiación del servicio (copago), analizando para ello los recursos económicos del usuario y su familia.

3.2 Análisis internacional

- La **coordinación o la integración socio-sanitaria** son elementos claves en todos los modelos analizados. Cabe destacar la existencia de los elementos siguientes para garantizar su efectividad:
- **Individualización** de los planes de atención
 - Rol del **gestor del caso**; equipos de evaluación, gestión y atención multidisciplinares (con responsabilidad clínica)
 - **Puerta única** de acceso a los servicios
- Los proyectos de demostración de integración socio-sanitaria muestran unos resultados en la **disminución de costes de institucionalización** muy importantes, así como el aumento de la utilización de los servicios comunitarios.
- El fomento de los servicios a domicilio está relacionado con el interés en disminuir las tasas de institucionalización y aumentar la **satisfacción del usuario**.
- Es significativo el caso del “hospital in the home” australiano, donde la existencia de dicho modelo se debe a un posicionamiento político, es decir al papel de la Administración Pública como garante de la provisión del servicio.
- La **libertad de elección del usuario** es un elemento importante, especialmente relevante en el modelo APA y con cada vez mayor relevancia en el modelo danés.
- La introducción de la libertad de elección del usuario se corresponde a un interés para la **profesionalización** y el **desarrollo del mercado**, así como para el aumento de la **calidad de la prestación**.

V. Recomendaciones del Instituto Edad & Vida

1 Características conceptuales

El análisis realizado, tanto a nivel nacional como internacional, así como la opinión vertida por los proveedores privados de SAD en España, han proporcionado los elementos clave sobre los que definir el posicionamiento del Instituto Edad & Vida. Estos elementos clave se han organizado en torno a dos bloques de información:

- Ejes del modelo de SAD:

- Ámbito de regulación.

Nivel en el que debe realizarse la regulación del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.

- Características del modelo.

Características que definen el Servicio de Ayuda a Domicilio en torno a cuatro ejes clave: cobertura, atención, organización y financiación.

- Objetivos del modelo.

Objetivos que se plantea el Servicio de Ayuda a Domicilio para el usuario y el propio sistema.

- Demanda objetivo.

Estimación de la demanda futura del Servicio de Ayuda a Domicilio y recomendaciones para su determinación.

- Catálogo de servicios.

Relación de servicios contenidos en el modelo y profesionales asociados.

- Características de la red de utilización pública del SAD:

- Criterios de acceso.

Criterios a utilizar para la determinación del acceso de los usuarios a los servicios de la red de utilización pública.

- Modelo de producción.

Características de la prestación de los servicios de la red de utilización pública.

- Modelo organizativo.

Rol de los principales actores para la organización del Servicio de Ayuda a Domicilio y la prestación de los servicios.

- Establecimiento de los precios.

Elementos clave para el establecimiento de los precios públicos.

- Financiación.

Elementos clave para la financiación de los servicios de la red de utilización pública: papel del usuario.

2 Definición del posicionamiento

2.1 Enfoque

Antes de abordar el posicionamiento del Instituto Edad & Vida respecto al modelo futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, resulta imprescindible delimitar el enfoque que se pretende que tenga el SAD.

Sobre la base del análisis previo realizado, se han detectado dos tipos de SAD en función de las necesidades de las personas a las cuales dichos servicios van dirigidos:



1. Ayuda a domicilio orientada a la intervención social y a aspectos socioeducativos de las familias.
2. Ayuda a domicilio orientada a la realización de las Actividades de la Vida Diaria, y por lo tanto relacionada con la dependencia, principalmente de las personas mayores.

En base a lo anterior, teniendo en cuenta las características de la misión y la visión del Instituto Edad & Vida, el modelo futuro del SAD que se presenta está enfocado en las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

2.2 Ejes del modelo de SAD

2.2.1 Ámbito de regulación

La existencia en España de una configuración de Estado en la cual las Comunidades Autónomas tienen las competencias relacionadas con los servicios sociales transferidas exige una especial atención del ámbito de regulación del SAD.

Teniendo asimismo en cuenta la actual distribución de competencias en España, se propone que la regulación tenga en cuenta los tres niveles siguientes:

1. Regulación del SAD por parte de cada una de la Comunidades Autónomas, en la línea con la actual distribución de competencias.

El desarrollo de la normativa es responsabilidad de los gobiernos autonómicos, aunque es de vital importancia que, en su elaboración, participen los ayuntamientos y se llegue a un cierto consenso.

La acreditación de los proveedores privados de SAD para la red de utilización pública se debe hacer a nivel autonómico, siendo coherentes los requisitos exigibles con la normativa aprobada.

2. Marco básico estatal, consensuado entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Dicho modelo, o "convenio marco" debe definir las características principales del SAD, de manera que éste tenga una base común y homogénea en todo el Estado por lo que respecta a:

- Cartera de prestaciones del SAD.
- Características de los profesionales prestadores.
- Criterios de acceso a la red de utilización pública.
- Roles de los actores participantes en la red de utilización pública.
- Financiación y criterios para la definición de la participación del usuario en la misma.

Un marco básico estatal constituiría un acuerdo de principios mínimos evitando diferencias de equidad en los distintos territorios y la fragmentación del mercado, la cual dificultaría el desarrollo y la profesionalización de los proveedores de SAD.

Asimismo, se propone la creación de un "Observatorio del SAD" que alimente y enriquezca el marco anterior mediante la evaluación continuada de los resultados del modelo SAD, la realización de comparativas tanto de ámbito nacional como internacional y la elaboración de estudios y análisis relacionados con el SAD.

3. Aplicación operativa por parte de las entidades municipales.

Cada ayuntamiento llevará a la práctica en el plano operativo el modelo SAD, de manera conjunta con la Comunidad Autónoma y basándose siempre en los criterios marco establecidos.

2.2.2 Características clave del modelo

Las características que definen el modelo se basan en cuatro ejes clave, cobertura, atención, organización y financiación:

- Cobertura

Se establece como principal característica de este eje:

1. **Universalidad en el acceso**, los criterios de acceso a los servicios se basarán en el grado de necesidad (de dependencia) de la persona.

- Atención

Se establecen como principales características de este eje:

2. **Individualización**, mediante un plan de ayuda adaptado a las necesidades personales específicas de la persona.
3. **Fomento de la permanencia en el domicilio**, respetando el deseo mayoritario de los mayores.
4. **Apoyo al cuidador informal**, y al mantenimiento de la red natural de apoyo, vinculando éste a servicios profesionales. Desde Edad&Vida, pensamos que lo más apropiado y que realmente garantiza la atención y la calidad de la misma, son los servicios profesionales y, teniendo en cuenta la experiencia de otros países en las últimas décadas, manifestamos la ineficacia de las prestaciones económicas al apoyo informal.
5. **Globalidad**, teniendo la atención un triple carácter: preventivo, asistencial y rehabilitador.
6. **Integralidad**, el SAD debe cubrir tanto las necesidades sociales como las sanitarias.

- Organización

Se establecen como principales características de este eje:

7. **Modelo de integración socio-sanitaria**, con una estructura específica, una valoración global de las necesidades, una puerta de entrada única y equipos multidisciplinares con gestor de casos.
8. **Las Administraciones Públicas como garantes de la provisión del servicio**, asegurando la oferta de servicios allá donde el proveedor privado no acude de forma espontánea y realizando, por lo tanto, una planificación de la misma.
9. **Descentralización**, mediante la gestión y la toma de decisiones en el ámbito local, acercando el servicio al ciudadano.
10. **Cooperación local**, especialmente en el ámbito rural, mediante la puesta en común de recursos.
11. **Respeto a la libertad de elección del usuario en cuanto a proveedor**, una vez realizada la prescripción del servicio por parte de los Servicios Sociales Municipales.
12. **Acreditación y certificación de los proveedores**, acreditación de los proveedores integrales privados por parte de la Administración y certificación de la calidad por parte de una entidad independiente, con libre elección por parte del proveedor.
13. **Regulación de los profesionales prestadores**, teniendo en cuenta los perfiles definidos en el catálogo de servicios que a continuación se detalla.

- Financiación

Se establece como principal característica de este eje:

14. **Copago del usuario**, para contribuir a la financiación del servicio y por tanto a la sostenibilidad del sistema.

2.2.3 Objetivos del modelo

Los objetivos del modelo propuesto atienden a una doble perspectiva: el usuario del SAD y el sistema en sí:

- Respecto al usuario, los objetivos del modelo de SAD propuesto son los siguientes:
 - **Mejora de la calidad de vida** del usuario, promoviendo la permanencia del usuario en su entorno.
 - **Prevención** y fomento de la autonomía personal.
 - **Apoyo al cuidador informal** y a la red natural de cuidados.



- Respecto al sistema en sí, se persiguen los objetivos siguientes:
 - **Sostenibilidad del sistema**, teniendo en cuenta asimismo:
 - **Efectividad**: adecuación de los servicios ofrecidos a las necesidades reales de las personas mayores en situación de dependencia.
 - **Eficiencia**: utilización racional de los recursos disponibles, bajo un horizonte de calidad de la prestación.

2.2.4 Demanda

La demanda futura del servicio de atención a domicilio viene determinada por la evolución del número de personas en situación de dependencia y por las diferentes necesidades de éstas. Es por ello necesario **estimar no sólo el número de personas mayores en situación de dependencia en España sino segmentarlos en grupos con necesidades semejantes o “perfiles de dependencia”**.

Un “perfil de dependencia” define un grupo de personas con un nivel de dependencia similar y con una necesidad de cuidados semejante. Se puede por lo tanto definir una “opción de cuidados” estándar para todas las personas pertenecientes a dicho perfil.

Cabe, no obstante, destacar que para estimar la demanda del servicio de atención a domicilio es importante tener en cuenta el nivel de apoyo social de la persona. Esta importancia se constata en el análisis del entorno social de la persona para definir su capacidad personal y en el fomento de la red natural de apoyo de las personas.

Así pues, **la segmentación de la población mayor con necesidad de ayuda de servicios a domicilio se basa tanto en el nivel de dependencia como en el nivel de apoyo social de la persona.**

2.2.4.1 Grados de dependencia

La Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia define los siguientes grados de dependencia:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Cabe destacar que las personas mayores pertenecientes a estos tres niveles son titulares de los derechos establecidos en dicha Ley.

Asimismo, el Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España considera dos grados más:

- Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD (o personas mayores frágiles):
 - A. Discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria
 - B. Discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria

El Libro Blanco proporciona información sobre el número de personas mayores que pertenece a cada uno de los cinco niveles anteriores.

2.2.4.2 Nivel de soporte social

Se consideran tres niveles para medir el soporte social de una persona mayor. Cabe destacar que sobre la base de la información sobre la situación social de las personas mayores proporcionada por el Libro Blanco se ha estimado el porcentaje de personas mayores perteneciente a cada nivel.

- Persona mayor sin soporte, 16% de las personas mayores.
- Persona mayor con soporte frágil o esporádico, 39,30%.
- Persona mayor con soporte estable, 44,7%.

2.2.4.3 Perfiles de dependencia

De la combinación de los grados de dependencia y de los niveles de apoyo social, resultan 15 perfiles diferentes como colectivo objetivo del modelo propuesto, que se exponen en la siguiente tabla:

Nivel de dependencia del mayor	Situación social del mayor		
	Sin soporte	Con soporte frágil	Con soporte estable
Dependientes			
III: Gran dependencia	Perfil 1a	Perfil 1b	Perfil 1c
II: Dependencia severa	Perfil 2a	Perfil 2b	Perfil 2c
I: Dependencia moderada	Perfil 3a	Perfil 3b	Perfil 3c
Frágiles			
A: Discapacidad moderada para alguna ABVD	Perfil 4a	Perfil 4b	Perfil 4c
B: Discapacidad para alguna AIVD	Perfil 5a	Perfil 5b	Perfil 5c

Así pues, teniendo en cuenta la información cuantitativa disponible en el Libro Blanco, el número de personas de cada perfil, proyectado al año 2015, es el siguiente:

2015	Número de personas mayores			
	Sin soporte	Con soporte frágil	Con soporte estable	Total
Dependientes				
III	35.320	86.758	98.673	220.751
II	61.905	152.059	172.942	386.906
I	70.200	172.435	196.117	438.753
Total	167.426	411.252	467.733	1.046.410
Frágiles				
A	95.756	235.207	267.510	598.472
B	103.184	253.453	288.262	644.899
Total	198.939	488.660	555.772	1.243.371
Total	366.365	899.911	1.023.505	2.289.781

Tomando como base la Escala de Necesidades Alemana³, podemos asignar un número medio de horas de atención a cada uno de los perfiles, para cuantificar el total de horas de atención necesarias:

³ Estimación realizada para los grados de dependencia utilizados en el "Programa de Seguros Cuidados de Larga Duración" alemán.



Nivel de dependencia del mayor	Número de personas mayores				Número medio de horas de atención diaria				Total horas de atención diaria
	Sin soporte	Con soporte frágil	Con soporte estable	Total	Sin soporte	Con soporte frágil	Con soporte estable	Media	
Dependientes									
III: Gran dependencia	35.320	86.758	98.673	220.751	8	6	3	5	1.099.127
II: Dependencia severa	61.905	152.059	172.942	386.906	6	3	2	3	1.173.491
I: Dependencia moderada	70.200	172.435	196.117	438.753	3	2	0,5	1,5	751.589
Total	167.426	411.252	467.733	1.046.410					3.024.207
Frágiles									
A: Discapacidad moderada para alguna ABVD	95.756	235.207	267.510	598.472	< 1,5			< 1,5	< 700.000
B: Discapacidad para alguna AIVD	103.184	253.453	288.262	644.899					
Total	198.939	488.660	555.772	1.243.371					< 700.000
Total	366.365	899.911	1.023.505	2.289.781					3.724.207

2.2.4.4 Determinación de la población objetivo

El colectivo objetivo del Servicio de Ayuda a Domicilio tiene en cuenta tanto a las personas mayores en situación de dependencia⁴ como a las personas mayores frágiles.

Teniendo en cuenta los datos publicados en el Libro Blanco de la Dependencia en el año 2015 habrá:

- 1.046.410 personas mayores en situación de dependencia.
- 1.243.371 personas mayores frágiles (este colectivo es el principal público actual y futuro del SAD).

Para la determinación de la demanda de SAD, y desde el punto de vista de la red de utilización pública de servicios, se recomienda delimitar la demanda para garantizar:

- **La calidad de la prestación:** se recomienda establecer un número mínimo de horas de SAD, por debajo del cual el servicio se considere insuficiente para responder a las necesidades y por lo tanto no se pueda garantizar la calidad (de acuerdo con el cuadro de la página 128, el número medio de atención diaria mínima se estima en 1h30m). Asimismo, también debe establecerse un máximo de horas de SAD a partir del cual el servicio de atención en un centro residencial ofrece mejores garantías de calidad y es más adecuado en cuanto a coste económico.
- **La sostenibilidad del sistema:** se recomienda establecer un límite de horas de SAD a partir del cual la financiación del SAD sería aportada totalmente por el usuario.

2.2.5 Catálogo de servicios

El catálogo de servicios está basado en las características y objetivos planteados para el modelo de SAD, diferenciando dos tipos de servicios:

⁴ Perfiles de personas mayores con derecho reconocido por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

- **Servicios directos**, los cuales prestan una atención directa en el domicilio del usuario. Cabe destacar que se han incluido prestaciones de tipo sanitario.
- **Servicios complementarios**, los cuales complementan los servicios directos facilitando la permanencia del usuario en su domicilio.

En los cuadros que se encuentran a continuación, se presentan las prestaciones de la cartera, relacionándolas con los profesionales adecuados para prestarlas. Así pues, se considera clave la **regulación profesional del sector**, definiendo sus perfiles formativos y sus funciones, para asegurar la **calidad de las prestaciones**. Igualmente dicha especialización servirá para unificar criterios de contratación (precio del servicio por hora, horas necesarias de servicio, etc.).

Asimismo, pensamos que ante la creciente demanda de servicios, debe trabajarse en el reclutamiento de trabajadores familiares y desarrollar políticas en relación a su grado de motivación, formación y capacitación. Es importante que estos trabajadores perciban que su labor tiene un mayor reconocimiento profesional.

	Servicios de atención domiciliaria	Profesional prestador
Servicios directos	Atención doméstica: limpieza y cuidado del hogar, realización de comidas, realización de compras, cuidado de la ropa.	Auxiliar domiciliario o Trabajador Familiar
	Atención personal: aseo personal, ingestión de comidas y medicación, desplazamientos dentro del hogar, acompañamiento fuera del hogar.	Auxiliar domiciliario o Auxiliar de Geriatría
	Apoyo psicológico al cuidador.	Psicólogo
	Apoyo al cuidador en la orientación y formación para los cuidados del mayor.	Trabajador Social
	Comida a domicilio: distribución de comidas en el propio domicilio del mayor.	Repartidor*
	Lavandería a domicilio: recogida, lavado, planchado y entrega en el domicilio de ropa de hogar y personal.	Repartidor*
	Podología a domicilio.	Podólogo
	Cuidados de enfermería.	Enfermero
	Cuidados médicos agudos.	Médico y Enfermero(s)
	Cuidados paliativos: alivio del dolor en final de vida.	Médico y Enfermero(s)
Cuidados de reeducación funcional o rehabilitación.	Fisioterapeuta	
Servicios Complementarios	Visitas preventivas a personas mayores que no reciben los servicios del SAD en las que se les orienta e informa de éstos.	Trabajador Social
	Visitas de seguimiento y evaluación de las personas que ya reciben los servicios del SAD.	Trabajador Social / Gestor del Caso
	Teleasistencia: alarma telefónica instalada en el domicilio que permite desencadenar una señal de alarma que identifica una central de escucha y que inmediatamente se pone en contacto telefónico con el interesado, o si lo requiere, envía ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal.	
	Servicios de transporte adaptado.	
	Servicios de domótica, integrando la tecnología en el hogar son el objetivo de aumentar la autonomía personal.	
	Ayudas técnicas: utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad.	Terapeuta Ocupacional
	Adaptación de viviendas: orientación para la adecuación de las viviendas, adaptaciones y supresión de barreras.	Aparejador y Arquitecto ⁵

* Repartidor de una entidad especializada, con formación básica en primeros auxilios y en detección de necesidades.

⁵ Con formación específica para las necesidades de adaptación de las personas dependientes.



2.3 Características de la red de utilización pública

2.3.1 Criterios de acceso a los servicios públicos

Sobre la base de la **universalidad en el acceso** propuesta como una de las características básicas del modelo de SAD propuesto, el **criterio** que se debe utilizar para determinar el acceso de las personas mayores a los servicios de la red de utilización pública es su **grado de necesidad**, es decir su nivel de dependencia.

Los instrumentos habituales para la medición del nivel de dependencia de una persona tienen en cuenta, principalmente, la capacidad funcional de la persona para la realización de las actividades, básicas e instrumentales, de la vida diaria. Asimismo, deberían considerarse también las características del entorno familiar y social.

- Las Administraciones Públicas deben garantizar que haya suficiente oferta en el mercado para asegurar la equidad en el acceso al sistema, por lo que se considera clave la planificación de dicha oferta. Dicha planificación deberá adecuarse a las necesidades y características de cada territorio: los volúmenes y niveles de servicio exigidos en una gran ciudad son distintos a los de las zonas rurales.

2.3.2 Modelo de producción de los servicios

El modelo propuesto para la producción de los servicios de la red de utilización pública gira en torno al respeto de la **libertad de elección del usuario**, como una de las características principales del modelo.

Para ello, se considera que la vía para la **producción de los servicios** debe ser la externalización a través de **proveedores privados**, que deben ofrecer la globalidad de los servicios, de forma integral, como medida de eficiencia y coordinación para cubrir todas las necesidades.

Asimismo, debe tenerse en cuenta el papel de la Administración Pública como garante de la equidad del sistema. Para ello:

- Los **proveedores** que quieran ofrecer sus servicios deberán ser **acreditados** de forma global por un Organismo Público.
 - De esta manera los usuarios podrán elegir entre cualquiera de los proveedores acreditados en su Comunidad.
- Asimismo, se considera imprescindible la **Certificación de Calidad** de las entidades acreditadas, por parte de una entidad independiente a elegir por dicha entidad.

El objetivo que subyace con este modelo de producción es la dinamización del mercado de los servicios de ayuda a domicilio, su profesionalización y la mejora de la calidad.

- En línea con dicho objetivo y para la sostenibilidad a largo plazo del sistema, la Administración debe considerar que para determinados volúmenes de actividad y servicio son imprescindibles unos requerimientos organizativos mínimos (sistemas de información, evaluación de la calidad, disponibilidad de profesionales especializados, etc.).
- En cualquier caso, pensamos que las entidades mercantiles y las del tercer sector que presten dichos servicios de ayuda a domicilio, deberían competir en el mercado en igualdad de condiciones.
- En determinados casos, es posible que los proveedores privados no acudan de forma espontánea a ciertos mercados, por no reconocer en ellos posibilidades de obtener una rentabilidad. Es el caso de algunas zonas rurales, con población muy dispersa, en las que los altos costes derivados de la falta de masa crítica hacen que los proveedores se retraigan.

En estos casos, la Administración debe, como garante que es de la provisión del servicio, incitar a los proveedores mediante acuerdos o convenios, para asegurar que el servicio llegue también a las zonas menos atractivas.

Esto constituye una limitación a la libertad de elección del usuario. Es probable que si éste forma parte de un mercado poco atractivo a priori, se encuentre con que sólo un proveedor se ofrece para prestarle el servicio (aquel que ha llegado a un acuerdo con la Administración).

- En cualquier caso, el usuario tendrá derecho de elección y, en función de sus recursos, tendrá la posibilidad de acceder a operadores privados de SAD que no pertenezcan a la red de utilización pública y estén debidamente acreditados.

2.3.3 Modelo organizativo de los servicios públicos

Para implantar un modelo de producción como el propuesto en el apartado anterior, los roles de cada uno de los actores del sistema (administración pública, proveedor, usuario) deberían circunscribirse en los siguientes:

- Los **Servicios Sociales Municipales**, a través de los Trabajadores Sociales, son los responsables de:
 - La detección y valoración de las necesidades.
 - La prescripción de los servicios: o bien determinando los servicios a financiar o bien a nivel orientativo.
 - El seguimiento, de manera individual, de los casos
 - La evaluación del servicio prestado a los usuarios.
- El **usuario** tendrá la **libertad de elegir** al proveedor que le preste los servicios prescritos por los Servicios Sociales Municipales.
 - La elección se hará entre aquellos proveedores que se hayan acreditado como prestadores de servicios de la red de utilización pública.
- Los **proveedores**, acreditados y certificados, son los encargados de la **prestación** al usuario de los servicios prescritos. La organización de la prestación en lo que respecta a planificación, operaciones y prestación efectiva del servicio serán responsabilidad del operador. En dicho contexto, el proveedor estará en coordinación directa con los Servicios Sociales Municipales, con el objetivo de cumplir con los niveles de calidad asistencial contratados.

Cabe asimismo destacar que un elemento importante del modelo organizativo es la integración entre los actores sociales y sanitarios. El modelo de **integración socio-sanitaria** supone una organización del trabajo que presenta las siguientes características:

- Existencia de una **estructura organizativa socio-sanitaria conjunta** (tipo agencia o instituto).
- **Puerta de entrada única** hacia los servicios de ayuda domiciliaria, ya sean de tipo social como sanitario, adoptando las medidas oportunas para evitar la ralentización en la asignación de los niveles de dependencia y del inicio de la prestación.
- **Equipos** de evaluación, gestión y atención **multidisciplinares**, con responsabilidad clínica sobre el usuario.
- **Gestor de casos** que evalúa las necesidades, planifica, organiza y lidera a un equipo multidisciplinar, con el objetivo de facilitar la continuidad asistencial mediante un seguimiento individual.
- **Plan de servicios individualizado** elaborado por el gestor del caso.

Finalmente, es necesario recordar el rol de la **Administración Pública** como responsable de la **planificación de la oferta** y como garante de la equidad del sistema.

2.3.4 Establecimiento de los precios de los servicios

El establecimiento de los precios de los servicios de la red de utilización pública se basa en las características de cada uno de los servicios de ayuda a domicilio que se ofrecen y, principalmente, en los profesionales que los prestan. Los precios de estas prestaciones deberán establecerse por unidades de servicio (precio hora, precio por acto médico, etc.).

Cada servicio es prestado por **diferentes perfiles profesionales**, presentando diversos niveles de formación y calificación, y por lo tanto con **costes diferentes**; igualmente estos **costes pueden ser diferentes según el territorio** en el que se presenten (por ejemplo, debido a un convenio laboral distinto). Estas diferencias en los costes deben reflejarse en los precios de las prestaciones.

Es asimismo importante tener en cuenta que para el establecimiento del precio del servicio hay que considerar, además del coste de personal directo asociado al perfil profesional que presta el servicio, **otros costes**:



- **Costes asociados a la prestación** del servicio (por ejemplo el material o el transporte).
- Costes derivados de la intensidad laboral y su posible desgaste profesional (absentismo).
- **Costes indirectos** de la organización (por ejemplo los costes de formación, los de gestión o los de inversión).

Dos factores pueden influir de forma decisiva sobre este método de establecimiento de precios. Por un lado, es imprescindible que la Administración tome en consideración los costes de los servicios a la hora de exigir un cierto nivel de precios, y por otro, se hace de nuevo necesaria una regulación profesional en el sector.

Como recomendación, señalar que el carácter dinámico del SAD y su crecimiento constante hacen más adecuado establecer los precios de contratación por unidad de servicio (precio por hora de servicio especializado, precio por acto médico, etc.) en lugar de por estructura.

2.3.5 Financiación de los servicios

La **financiación** de los servicios de la red de utilización pública tiene como elemento característico la **participación del usuario** en él, es decir la existencia de la figura del copago.

- Este elemento se considera indispensable como forma de reconocimiento del valor del servicio recibido, por lo tanto **responsabilizando a los usuarios**, y como contribución imprescindible para la **sostenibilidad del sistema**, uno de los objetivos del modelo.

Para la determinación de la cuantía de la participación del usuario en la financiación del servicio se tendrá en cuenta, exclusivamente, su nivel económico.

- Para esto, se valorará tanto el nivel de renta del usuario como su patrimonio; es decir, que además de sus ingresos se valorarán su capital mobiliario e inmobiliario.

Cabe destacar que el copago se exigirá únicamente para los servicios de tipo social, ya que las prestaciones sanitarias son gratuitas para el usuario.

VI. Anexos

1 Glosario de términos y expresiones

Parece necesario aclarar el significado de algunos términos o expresiones utilizados en este estudio:

- **ABVD**: actividades básicas de la vida diaria, que incluyen comer, lavarse, vestirse, ir al baño, contención de esfínteres, trasladarse dentro del domicilio.
- **AIVD**: actividades instrumentales de la vida diaria, que incluyen preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, hacer la compra, controlar la medicación, manejar el dinero, trasladarse fuera del domicilio.
- **Copago**: es el sistema de financiación de los servicios por el cual, el usuario abona una parte o la totalidad del coste del servicio recibido.
- **Externalización**: desde las administraciones, que son responsables de la provisión de los servicios, se contrata un proveedor externo para la prestación directa de los servicios a los usuarios.
- **Índice de cobertura**: número de usuarios de servicios domiciliarios, respecto al número total de personas mayores de 65 años.
- **Intensidad horaria**: número medio de horas de atención por domicilio en un período determinado. Generalmente se ofrece la información por mes.
- **Precio**: se trata del importe abonado por la administración al proveedor, en concepto de pago por los servicios domiciliarios que presta. No tiene por qué coincidir ni con el coste del servicio, ni con el importe abonado por el usuario. Se utiliza el precio por hora de atención.
- **SMI**: Salario Mínimo Interprofesional, que sirve como base para valorar el nivel de ingresos de los usuarios y determinar, por un lado la necesidad de acceso a las prestaciones y/o la cuantía de las ayudas económicas, y por otro, el nivel de copago de los servicios.
- **Sobre-envejecimiento**: fenómeno demográfico que consiste en el aumento de la población muy mayor, es decir de los mayores de 85 años, respecto a la población total.
- **Unidad convivencial**: incluye a las personas, sean familiares directos o no, que viven de forma habitual, en el domicilio del beneficiario de las prestaciones. Se tiene en cuenta para valorar las posibilidades de apoyo informal al usuario, y esencialmente, para el cálculo de los ingresos que sirven de base para el cálculo de la aportación del usuario al coste de los servicios recibidos.

2 Bibliografía

El análisis se ha realizado mediante el estudio de fuentes secundarias y estudios previos. Se han visitado las páginas web oficiales de Ayuntamientos, de gobiernos autonómicos, de diputaciones y comarcas, y se ha consultado normativa.

Asimismo, se ha completado la información recabada con la realización de entrevistas telefónicas informales.



Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de actividades 2005 - Normativa (Ver Marco Legal) - Pliegos de cláusulas administrativas y técnicas para os contratos de servicio público de SAD y Teleasistencia - Nota sobre Jornadas de dependencia en casa (junio 2005)
Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> - Pliego condiciones técnicas - Normativa (Ver Marco Legal)
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal) - Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la CV 2004-2007 - Estudio General de dependencia en la CV (Conselleria de Bienestar Social)
Zaragoza	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal)
Málaga	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal)
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Marco Socio-Sanitario 2005-2010 - Normativa (Ver Marco Legal)
Castilla-León	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal) - Memoria de actividades Gerencia de Asuntos Sociales (2003) - Plan de atención sanitaria geriátrica en Castilla-León 2005-2007
Guipúzcoa	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal) - Modelo de atención a las personas en situación de dependencia en Guipúzcoa (Diputación Foral de Guipúzcoa) - Plan estratégico de atención socio-sanitaria en el País Vasco 2005-2008 - Pliegos de condiciones técnicas de adjudicación (Ayuntamientos de Deba e Irún) - Artículo en Euskonews (2004): "El desarrollo rural y los servicios sociales: el programa Hurbiltzen" - Artículo en el Boletín sobre envejecimiento del Observatorio de Personas Mayores (2004): "Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas"
Provincia de Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo presentado por el Área de Benestar Social de la Diputació de Barcelona para la Xarxa Local de SAD (2003) - Documentos técnicos y de gestión de SAD (Model de circuit d'atenció a l'usuari dels serveis socials d'atenció domiciliaria) del Consell General de la Xarxa Local de SAD (2004) - Documentos técnicos y de gestión de SAD (Protocol de Valoració Social de la dependència) del Consell General de la Xarxa Local de SAD (2004) - Informe de gestió 2003 i pla de treball 2004 del Consell General de la Xarxa local de SAD (2004)
Les Garrigues	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenanza reguladora de las Tasas - Pliego de condiciones técnicas

Cheque Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa (Ver Marco Legal)
PADES	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de actividad del Servei Català de Salut (2004) - LLibres Blancs de la gent gran amb dependència (2001) - Artículo en Revista de Administración Sanitaria no 11 (1999)-"Una experiencia de atención socio-sanitaria: Programa Vida als Anys. Realidad y expectativas de futuro" - Artículo revista Mult Gerontològica 2003- "Reflexiones tras 10 años de actividad en un equipo interdisciplinario de atención domiciliaria en el ámbito socio sanitario" - Dossier de prensa sobre Programa de Atención a personas con dependencia (Deptos de Salut y de Benestar i Família)
Rompiendo Distancias	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo en revista "Fusión" (2003): "Rompiendo distancias" - Artículo en el Boletín sobre envejecimiento del Observatorio de Personas Mayores (2004): "Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas"

Francia (APA)	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación en PROCARE del UNIOPISS: Providing integrated health and social care for older persons in France: an old idea with a great future (2002) - Publicación oficial de la Direction Générale de l'Action Sociale: Note d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie (2002) - Artículo en el Boletín sobre el envejecimiento no 10 del Observatorio de Personas Mayores: La protección social a las personas mayores en situación de dependencia en Francia (2004) - Estudios y resultados de la DREES: Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'APA (2006) - Estudios y resultados de la DREES: L'APA au 31 décembre 2005 (2006) - Información oficial del Languedoc Roussillon - Artículo en la página Minusval2000: Consideraciones sobre el modelo de protección de las personas en situación de dependencia en España (2006)
Canadá (SIPA)	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo en la revista International Journal of Geriatric Psychiatry (2003): International experiments in integrated care for the elderly - Elaboración modelo SIPA (Groupe Solidage) (2006) - Proyecto experimental SIPA (Groupe Solidage) (2006) - Sistema de investigación SIPA (Groupe Solidage) (2006) - Publicación de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé: "Evaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles8SIPA): utilisation des coûts des services sociaux et de santé (2004) - Politique de soutien à domicile au Québec de La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003)
Canadá (PRISMA)	<ul style="list-style-type: none"> - Politique de soutien à domicile au Québec de La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003) - Balance del 4o coloquio PRISMA (2006) - Survol des résultats présentés dans le cadre du 3ème colloque PRISMA sur l'intégration des services comme moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées du Centre de Recherche sur le Vieillessement (2005) - Publicación en el International Journal of Integrated Care: "Monitoring the implementation rate of an Integrated Service Delivery system for frail older people
EEUU (PACE y S/HMO)	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo en la revista International Journal of Geriatric Psychiatry (2003): International experiments in integrated care for the elderly - La articulación con los servicios sanitarios: Experiencias en EEUU - "Análisis de los modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la UE y de la OCDE" - Artículo en boletín informativo Economía y Salud no 48: A vueltas con lo socio-sanitario (2003)
Australia (SHAD)	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo en The Medical Journal of Australia: Hospital in the Home: what next? (2005) - Publicaciones oficiales del Department of Health and Ageing del Gobierno Australiano - Guidelines for the establishment and implementation of the private sector outreach services - "Análisis de los modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la UE y de la OCDE" - Reporte de l'Institut de Recherche en Economie de la Santé: Le développement des services de soins hospitaliers à domicile: expériences australienne, canadienne et britannique
Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación oficial Ministry of Social Affairs: Social Policy in Denmark (2002) - Working Paper del Danish National Institute of Social Research: Home Care in Denmark (2000) - Publicación en PROCARE del Danish National Institute of Social Research: Providing integrated health and social care for older persons in Denmark (2003) - Artículo en revista The Gerontologist 41: Home- and Community- Based Long-Term Care: lessons from Denmark (2001) - Publicación en EUROFOUND: Reorganisation and a quality assurance of the care of the elderly in the Graested-Gilleje Municipality (2005)



El estudio “**Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio**” ha sido realizado por un equipo investigador de Antares Consulting, formado por:

Sra. **Montserrat Cervera**
Sr. **Oscar Dia**
Sra. **Elia Laporta**

En estrecha colaboración y coordinación con la **Comisión de Servicios de Ayuda a Domicilio de Edad&Vida:**

Sra. **Mª José Abraham**
Directora de Operaciones de ISS Facility Services

Sr. **Enrique Bascompte**
Técnico de Producto de Eurest Colectividades

Sr. **Alfredo Bohórquez**
Director Técnico de Eulen Servicios Sociosanitarios

Sra. **Gemma Déler**
Gerente de Desarrollo de Applus

Sr. **Joan Fuster**
Responsable de Desarrollo de Vitarest, Eurest Colectividades

Sr. **Jorge Guarner**
Consejero-Director General de SAR

Sr. **Agustín Lopesino**
Director Sector Público y Recursos Humanos de Mapfre Quavitaie

Sr. **José Luis Marco**
Director Sector Sociosanitario de Applus

Sr. **Juan Manuel Martínez**
Director Nacional de Eulen Servicios Sociosanitarios

Sra. **Anna Mitjans**
Directora Técnica de Edad&Vida

Sr. **Antonio Prieto**
Subdirector General de Sanyres

Sra. **Pilar Recuenco**
Área Sector Público de Mapfre Quavitaie

Sr. **José Luis Sánchez Báscones**
Consejero Delegado de Mapfre Quavitaie

Sr. **Josep L. Sanfeliu**
Director General de Sar Domus

Sra. **María Jesús San Pablo**
Directora Nacional Adjunta de Eulen Servicios Sociosanitarios

Sr. **Albert Vergés**
Director General de Edad&Vida

y con las aportaciones de los miembros de la Comisión Ejecutiva y el Patronato de Edad&Vida.

Nuestro agradecimiento también a los profesionales de las empresas que tuvieron la amabilidad de ofrecernos sus aportaciones mediante encuesta (Caifor, Eulen Servicios Sociosanitarios, Eurest, Mapfre Quavitaie, Sar Domus y Servirecord).

Edita:
Edad&Vida

Diseño y realización
Senda Editorial, S.A.

Depósito legal:
ISBN:

Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores

Miembros promotores de la Fundación Edad&Vida:



Miembros colaboradores de la Fundación Edad&Vida:

- AFAL contigo - Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer
- CAEPS - Universitat de Barcelona
- Confederación Española Aulas de Tercera Edad
- CEOMA - Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- CRES - Centre de Recerca en Economia i Salut - Universitat Pompeu Fabra
- CSIC - Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- EADA - Escuela de Alta Dirección y Administración
- ESADE - Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- Fundación Aequitas - Fundación del Consejo General de Notariado
- Fundación General de la Abogacía Española
- Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- Fundació Bosch i Gimpera - Universitat de Barcelona
- Fundació Pere Tarrés - Universitat Ramon LLull
- IESE - Escuela de Dirección de Empresas - Universidad de Navarra
- INSA-ETEA - Institución Universitaria de la Compañía de Jesús
- Instituto de Biomecánica de Valencia
- SECOT - Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- UDP - Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- Universidad Autónoma de Madrid
- Universidad de Almería
- Universidad de Granada
- Universitat de Vic
- Universitat Politècnica de Catalunya