



# **100 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO**

**GRUPO DE TRABAJO. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA:**

**CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN SERVICIOS  
SOCIOSANITARIOS PARA PERSONAS MAYORES.**

## **Autores y miembros del grupo:**

Bohórquez Rodríguez, Alfredo. Arroyo González, Carolina. Corral Fernández, Julián.  
Durante Molina, Pilar. Gómez Martín, Puerto. Gutierrez Bustillo, Domingo.  
Jorquera Cabrera, Sara. Luis Lazcano, Almudena. Martín García, Salomé.  
Oslé Guereendiaian, Camino. Pareja Rivas, José Luis. Pazos Núñez, María.  
Polonio López, Begoña. Prieto Seva, Alvaro José. Ramírez Ponferrada, Rafaela.  
Rodríguez García, Sara. . Romero Ortega, María José. Ruiz Carabias, Miguel Angel.  
Sánchez-Ostiz Gutiérrez, Rafael. Santos Marcos, Pablo. Sanz, Nieves.  
Sola Pujol, Carmen. Teja Marina, Juan. Tomás Martínez, Pilar.  
Torres Pereira, Javier. Vizcarro Moros, Francisca Montserrat.

## ÍNDICE

### **INTRODUCCIÓN** Pág. 4

### **CAPÍTULO A. MODELOS Y FUTURO.** Pág. 6

- A.1 Diseño del servicio.** Pág. 6  
1. Aspectos Generales Pág. 6

### **CAPÍTULO B. PRESTACIONES Y COORDINACIÓN.** Pág. 7

- B.1. Aspectos de funcionamiento y organización.** Pág. 7  
**B.2. Prestaciones básicas.** Pág. 8  
1. Aspectos generales. Pág. 8  
2. Atención personal. Pág. 8  
3. Apoyo doméstico. Pág. 8  
4. Servicios complementarios. Pág. 8  
5. Servicio de soporte. Pág. 8  
6. Participación comunitaria. Pág. 8  
**B. 3. Prestaciones especializadas.** Pág. 8  
7. Atención especializada. Pág. 8  
8. Atención a la dependencia. Pág. 8  
9. Atención a la salud. Pág. 9  
**B. 4. Normativas.** Pág. 9  
10. Normativa y contrato. Pág. 9  
**B. 5. Ética.** Pág. 10  
11. Ética. Pág. 10  
**B. 6. Financiación y acceso.** Pág. 10  
12. Financiación. Pág. 10  
13. Acceso al servicio. Pág. 10  
**B. 7. Coordinación.** Pág. 10  
14. Con servicios sociales. Pág. 10  
15. Con servicios sanitarios. Pág. 10  
16. Con otros recursos de apoyo. Pág. 10

**CAPÍTULO C. USUARIO, FAMILIA Y ENTORNO.** Pág. 11

<b>C.1 Tipología de usuarios.</b>	Pág. 11
1. Tipología de usuarios	Pág. 11
<b>C.2 Derechos y deberes del usuario.</b>	Pág. 11
2. Derechos de los usuarios	Pág. 11
3. Deberes de los usuarios	Pág. 11
<b>C.3 Intervención.</b>	Pág. 12
4. Programas y protocolos.	Pág. 12
5. Registros.	Pág. 12
6. Instrumentos.	Pág. 12
<b>C.4 Valoración y seguimiento.</b>	Pág. 12
7. Valoración..	Pág. 12
8. Seguimiento.	Pág. 12
<b>C.5 Entorno.</b>	Pág. 12
9. Domicilio- vivienda.	Pág. 12
10. Comunidad.	Pág. 12
<b>C.6 Cuidadores, familia y amigos.</b>	Pág. 13
11. Cuidador principal o familiar.	Pág. 13
12. Otros cuidadores familiares y amigos.	Pág. 13

**CAPÍTULO D. ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO Y PERSONAL.** Pág. 13

<b>D.1 Entidad prestadora del servicio.</b>	Pág. 13
<b>D.2. Aspectos de personal.</b>	Pág. 14
1. Aspectos generales.	Pág. 14
2. Convenios colectivos.	Pág. 14
3. PRL.	Pág. 14
4. Contratos y aspectos sindicales.	Pág. 14
5. Formación	Pág. 14
<b>D. 3. Sistema de calidad.</b>	Pág. 14

**CAPÍTULO E. MODELO DE AUTOEVALUACIÓN.** Pág. 15

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA** Pág. 18

## INTRODUCCION

Basándonos en la definición de D<sup>a</sup>. Pilar Rodríguez, definimos como Atención a Domicilio en servicios sociales, un programa individualizado, de carácter preventivo, educativo y de atención a la dependencia, compuesto por un conjunto de prestaciones de atención personal en las actividades de la vida diaria, apoyo psicosocial, participación sociocomunitaria y actividades domésticas prestadas en el domicilio, con la finalidad de promover que personas en situación de riesgo o dependencia puedan continuar viviendo en su hogar.

La planificación de la Atención a Domicilio, como la asistencia sociosanitaria en general, debe cumplir una serie de premisas básicas:

- estudio de las características y necesidades de la población.
- sectorización de la atención en razón del número de habitantes y zona geográfica
- igualdad de oportunidades para todos los miembros de la comunidad.
- integración de los recursos sociosanitarios en los generales
- respeto a la persona como agente del proceso de atención
- cooperación entre los sistemas formales de atención y la red natural de apoyo (familia, amigos).
- garantía de continuidad asistencial mediante la coordinación con los niveles especializados.

La regla básica para la aplicación de los programas debe ser. *lo que pueda integrarse debe integrarse, lo que no pueda integrarse debe coordinarse.*

Los objetivos deben incluir:

- la posibilidad de elección del domicilio como alternativa a la institucionalización manteniendo el equilibrio entre seguridad y autonomía.
- La racionalización de los recursos flexibilizando la provisión de los mismos basándose en criterios objetivos de evaluación y seguimiento.
- La mejora de la calidad asistencial y racionalización de los costes, prestando servicios a cada persona en el nivel de atención que precise y asegurando una atención continuada sobre las bases del “caso por caso”.

Un análisis de los modelos actuales de prestación de servicios domiciliarios tanto en España como en otros países permite destacar diversos aspectos:

- Se plantea como un servicio general y comunitario, si bien el colectivo más importante con esta necesidad, es el de las personas mayores en situación de dependencia.
- Los servicios necesarios para atender estas necesidades convergen con cuidados de carácter más sanitario, por lo que existe un interés cada vez mayor en las iniciativas de coordinación o integración sociosanitaria.
- Se tiende a simplificar la puerta de entrada a los servicios.
- Adquiere relevancia la libertad de elección del usuario.
- Se fomenta el rol del gestor de casos que evalúa las necesidades, planifica, organiza y lidera el equipo multidisciplinar.
- Se generaliza el sistema de copago en las prestaciones no sanitarias.
- Se objetivan beneficios con las experiencias de coordinación e integración sociosanitaria: disminución de las tasas de institucionalización, de visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminución de la pérdida de autonomía de los usuarios, nivel de satisfacción elevado y optimización de costes.

No obstante las barreras existentes entre la tradicional separación del ámbito de “lo sanitario” y “lo social” dificultan los objetivos. Los modelos que incluyen a todas las organizaciones sanitarias y sociales involucradas en la atención, que conservando su propia estructura se adapten a los requisitos del sistema, pueden ser operativos.

Un cambio de mentalidad de los profesionales y de la administración es fundamental para que las estructuras actuales desaparezcan como compartimentos estancos y se establezcan auténticos canales de circulación donde las necesidades de las personas con dependencia queden cubiertas.

<b>CAPÍTULO A. MODELOS Y FUTURO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>A.1. DISEÑO DEL SERVICIO</b>	1.Aspectos generales.	1. Promover políticas que favorezcan la permanencia de la persona mayor en su entorno, potenciando los servicios de atención en el domicilio y el apoyo a la red natural de cuidados.
		2. El servicio debe estar orientado hacia el usuario, teniendo en cuenta sus necesidades, preferencias, situación personal y sociofamiliar.
		3. El acceso a la atención a domicilio debe ser universal. Debe estar definida la tipología de los usuarios, servicios prestados y mecanismos de financiación.
		4. En el diseño y planificación del servicio se deben contemplar, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- perfil de población a la que va dirigida.</li> <li>- carácter del servicio (preventivo, rehabilitador, asistencial y/o integral).</li> <li>- tipo de necesidades a cubrir.</li> <li>- sectorización y cobertura de servicios.</li> <li>- objetivos prioritarios del servicio.</li> <li>- sistema de acceso.</li> <li>- modelo de valoración.</li> <li>- áreas de actuación y responsabilidad de los profesionales.</li> <li>- modelo de evaluación.</li> <li>- cartera de servicios.</li> <li>- prestaciones complementarias.</li> <li>- modelo de gestión.</li> <li>- sistemas de financiación, pago, copago.</li> <li>- modelo de coordinación social, sociosanitario, interinstitucional.</li> <li>- modelo de integración de servicios.</li> </ul>
		5. Debe promoverse un modelo integrado entre la asistencia sanitaria y social que facilite la coordinación entre los diferentes proveedores de servicios. La sectorización en la prestación del servicio debe realizarse en base al tipo, número de habitantes y ámbito rural o urbano. Se recomienda promover áreas integradas sociosanitarias.
		6. Debe alcanzarse una cobertura de Atención a Domicilio en el año 2010 de al menos el 10 % de la población mayor de 65 años, teniendo como referente en las proyecciones la media europea y con una media de intensidad de 40 horas mensuales.

<p><b>CAPÍTULO B: PRESTACIONES Y COORDINACIÓN</b></p>	<p><b>RECOMENDACIONES</b></p>
<p><i>B.I. ASPECTOS DE FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN</i></p>	<p>7. Existe un Programa de Atención Individualizado (PAI), que aborda los problemas y necesidades de cada uno de los usuarios y se refleja el cumplimiento de los objetivos de intervención, así como las actuaciones a realizar por el auxiliar.</p>
	<p>8. En el proceso de alta del servicio, el profesional responsable del caso presenta al auxiliar en el domicilio. Existe un Plan de incorporación al servicio, durante los primeros días se hace un seguimiento para ver la adecuación de la asignación del auxiliar al tipo de usuario (ver recomendación 91).</p>
	<p>9. Las prestaciones se realizan definiendo las tareas y el tiempo de realización. Las tareas se establecen definiendo los objetivos a conseguir. Las tareas y el tiempo de realización se adaptan a la situación del usuario, las condiciones de la vivienda y el apoyo de cuidadores.</p>
	<p>10. Las prestaciones y tareas se actualizan y redefinen siempre que existen cambios en la situación del usuario.</p>
	<p>11. Se favorece la autonomía del usuario y su participación en la toma de decisiones y las actividades a realizar.</p>
	<p>12. La entidad titular dispone de un documento escrito (programa marco, carta de servicio de Atención a Domicilio o manual del usuario).</p>
	<p>13. Se informa al usuario de forma verbal y por escrito del contenido de las prestaciones, periodicidad, derechos y deberes. Se informa y se solicitan al usuario los productos necesarios que debe proporcionar para la realización de las tareas.</p>
	<p>14. Las prestaciones están supervisadas por el profesional responsable del caso, quien realiza visitas de seguimiento al usuario.</p>
	<p>15. Se cumple con los criterios de prestación del servicio, tanto en el tipo de prestación, como en la intensidad horaria, y en los plazos de alta e inicio del servicio.</p>
	<p>16. Existe un expediente del usuario, donde se registran y archivan todos los aspectos relacionados con la prestación del servicio y la valoración e intervención de los diferentes profesionales.</p>

<b>B.2. PRESTACIONES BÁSICAS</b>	1. Aspectos generales	17. Ante cualquier cambio con respecto a la situación habitual del usuario, incidencias o necesidades no cubiertas, se informa al coordinador de referencia.
		18. Se fomentan los hábitos de vida saludables y activos, promoviendo la mejora de la calidad de vida del usuario.
	2. Atención personal.	19. Se promueve el autocuidado, se evita la sobreprotección y no se sule al usuario en las actividades que puedan hacer por si mismo. Se facilita la supervisión y ayuda cuando sea necesaria.
		20. Existen protocolos de atención personal, que describen el modo de realización y tipo de asistencia de los cuidados personales. Se tienen en cuenta las preferencias y el estilo de vida del usuario en la provisión de los cuidados.
	3. Apoyo doméstico.	21. Se promueve la realización de las actividades domésticas de la forma mas autónoma posible, evitando la sobreprotección y no supliendo al usuario en las actividades que pueda hacer por si mismo. Se facilita la supervisión y ayuda cuando sea necesaria.
		22. Existen protocolos de tareas de apoyo doméstico, que describen el modo de realización y tipo de asistencia de las mismas. Se tiene en cuenta el estilo de vida del usuario en la provisión del apoyo en las actividades domésticas.
	4. Servicios complementarios	23. Se cuenta con ayudas técnicas y adaptaciones de vivienda, para promover la autonomía y seguridad del usuario en su entorno y facilitar sus cuidados personales.
		24. Los servicios complementarios de comida, lavandería y otros, son realizados por personal debidamente formado y capacitado para dichas prestaciones, y se realizan con la periodicidad adecuada a las características del usuario y núcleo de convivencia.
		25. El usuario puede contar con teleasistencia domiciliaria, que le permite sentirse más seguro y disfrutar de una mejor calidad de vida.
		26. Los menús están adaptados a las necesidades nutricionales de los usuarios, teniendo en cuenta sus gustos y son variados.
5. Servicio de soporte	27. El servicio cuenta con soporte administrativo para los procesos de atención telefónica, registro de datos y agenda de citas, entre otros.	
6. Participación comunitaria	28. Se realiza una valoración, seguimiento y coordinación con los cuidadores principales y apoyo familiar del usuario. Se tienen en cuenta las preferencias y el estilo de vida del usuario en el apoyo en las actividades de participación comunitaria.	
<b>B.3. PRESTACIONES ESPECIALIZADAS</b>	7. Atención especializada	29. Se promueve la participación e integración familiar. Se ofrecen servicios de acompañamiento y apoyo psicosocial a usuarios y familiares.
		30. Dentro de la Atención a Domicilio, se cuenta con otros perfiles profesionales adicionales al de Trabajador Social, que configuran funcionalmente un equipo interdisciplinar, facilitan la coordinación con otros recursos y realizan acciones de valoración, información y asesoramiento de usuarios, familiares, cuidadores y profesionales.
	8. Atención a la dependencia	31. Se realiza una valoración de la capacidad funcional, competencias y necesidades de apoyo, teniendo en cuenta la adecuación del entorno, para favorecer la movilidad, la autonomía personal y la seguridad.



<b>B.3. PRESTACIONES ESPECIALIZADAS</b>	8. Atención a la dependencia	32. Están definidos por escrito los objetivos y los tipos de intervención con el usuario, para conseguir la máxima funcionalidad posible, teniendo en cuenta sus capacidades y competencias.
	9. Atención a la salud	33. El servicio cuenta un sistema de detección, informe, y coordinación ante problemas de salud. Hay establecidos unos sistemas de respuesta ante situaciones de urgencia.
		34. Existe una coordinación con los centros sanitarios del área y sus profesionales de referencia, especialmente con los equipos de especializados de geriatría. Los usuarios del servicio con patologías crónicas están incluidos en los programas de control de salud de Atención Primaria.
		35. La medicación administrada está pautada y firmada por el médico. Hay un seguimiento de control y supervisión de la toma correcta de medicación.
		36. Se facilitan diferentes tipos de dietas adaptadas a las necesidades nutricionales de los usuarios y son pautadas por un médico.
		37. Hay un acompañamiento y cuidados sanitarios a domicilio, en la atención en la fase final de la vida, a ser posible mediante la intervención conjunta y coordinada de la Atención Primaria de Salud y la Atención Geriátrica especializada del área de salud
		38. Existe un seguimiento e intervención por personal de enfermería de los servicios sanitarios, que incluyen aspectos como toma de constantes, control de medicación, dietas, curas, inyectables, cuidados de sondas, etc.
<b>B.4. NORMATIVAS</b>	10. Normativa y Contrato	39. Se cumplen las normativas vigentes que regulan la prestación. Se cumple con la regulación de derechos y deberes del usuario. En el contrato figura claramente los deberes y responsabilidades de las partes implicadas de una manera clara y perfectamente entendible.
		40. Existe una orden de alta administrativa o un contrato con el usuario en el que se detallan prestaciones, frecuencia, tareas y horario de las mismas. La documentación está diseñada para poder ser vista y comprendida por el usuario.
		41. Se tiene conocimiento y se cumple con la normativa establecida según la Ley Orgánica de Protección de Datos. Se toman todas las medidas de seguridad para asegurar el control de acceso a personas autorizadas a la información de elevado nivel de protección. Si existen bases de datos o ficheros informáticos, estos se encuentran registrados en la Agencia de Protección de Datos autonómica o estatal.

<b>B.5. ÉTICA</b>	11. Ética	42. Los profesionales del servicio conservan el secreto profesional y firman un documento de confidencialidad. El servicio cuenta con un código ético para los profesionales intervinientes del servicio, dicho código es conocido y respetado.
		43. La relación entre usuarios y profesionales se basa en el respeto, dignidad, honestidad y colaboración mutua.
<b>B.6. FINANCIACIÓN Y ACCESO</b>	12. Financiación	44. Cuando existe un copago o pago de los servicios por parte del usuario, se dispone de unas tarifas públicas y conocidas, ajustadas a su situación económica.
		45. Para el sistema de financiación pública, se recomienda un sistema mixto con copago por parte del usuario, adecuado a su capacidad económica y situación.
	13. Acceso al servicio	46. El trabajador social municipal, aportará al expediente, el informe social sobre la situación de necesidad y el diseño del PAI.
		47. Previo al acceso al servicio se valora la adecuación del recurso, teniendo en cuenta, además de la disponibilidad económica del usuario y de los miembros de la unidad familiar, el estado de salud y dependencia, situación de convivencia, la necesidad física o psicosocial que presente, entre otros.
<b>B.7. COORDINACIÓN</b>	14. Con servicios sociales	48. El coordinador de la entidad prestataria del servicio mantiene un contacto periódico y frecuente con los servicios sociales municipales, realiza un seguimiento conjunto de la evolución del servicio y reporta las incidencias que se produzcan.
		49. Existe seguimiento y coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la Atención a Domicilio, con los profesionales de otros recursos de apoyo al usuario .
	15. Con servicios sanitarios	50. Existe una comunicación bidireccional con los centros de atención primaria de salud y se coordina ante incidencias y cambios de estado de salud de los usuarios.
		51. Los servicios sanitarios en todos los niveles de asistencia (atención primaria, especialidades, hospital), detectan necesidades en usuarios potenciales o actuales del SAD y las comunican a los servicios sociales de base.
	16. Con otros recursos de apoyo	52. Se conoce la existencia de otros recursos de apoyo al usuario y hay una comunicación y coordinación con dichos recursos.

<b>CAPÍTULO C: USUARIO, FAMILIA Y ENTORNO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>C.1 TIPOLOGÍA DE USUARIOS</b>	1. Tipología de usuarios	53. Se incluyen en el ámbito de actuación del SAD todas aquellas personas mayores, que presentan una pérdida de autonomía personal parcial o total, temporal o definitiva, que les limite su permanencia en su entorno habitual.
<b>C.2 DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO</b>	2. Derechos de los usuarios	54. Derecho a su integridad física, intimidad, privacidad, capacidad de decidir, a su individualidad, a recibir un trato basado en el respeto, la dignidad, la no discriminación por razones de edad, sexo, creencias o cultura y a ser informado en todos los aspectos que le afecten en su vida.
		55. El organismo/ entidad titular del Servicio de Atención a Domicilio dispone de un reglamento de derechos y deberes de los usuarios y es conocido tanto, por los usuarios como por los profesionales del servicio.
		56. Derecho a conocer la normativa que regula el Servicio y a que se cumpla lo estipulado en el documento de alta administrativa o el documento contractual. Derecho a ser informado de modo permanente sobre el estado de tramitación de su solicitud de inicio o modificación del servicio.
		57. En el caso de la existencia de Testamento vital o voluntades anticipadas, el responsable del caso puede conocer su existencia.
		58. Derecho a recibir la prestación del SAD con la máxima diligencia, buena fe, puntualidad, cuidado y a ser informado con la antelación suficiente, de cualquier modificación en las condiciones del servicio.
		59. El usuario, siempre que su estado mental se lo permite, participa activamente en la planificación, ejecución y revisión de su Programa de Atención Individualizado.
	3. Deberes del usuario	60. Deber de estar presente en el domicilio en la hora acordada para la prestación del servicio, salvo causa justificada. Deber de comunicar con una antelación mínima de 72 horas, cualquier traslado fuera del domicilio que impida la prestación del servicio, salvo causa justificada.
		61. Deber de favorecer y facilitar la ejecución de las tareas de las profesionales que realizan el SAD, así como poner a su disposición los medios materiales adecuados para llevar a cabo el servicio.
		62. Deber de cumplir los aspectos acordados en el PAI, sin encomendar al auxiliar del SAD cualquier tarea que no figure en el mismo.
		63. Deber de comportarse con corrección, respeto y cordialidad en el trato con las personas que atienden el servicio, respetando los cometidos asignados y sus funciones profesionales.
64. Deber de informar sobre enfermedades infectocontagiosas para adoptar las medidas preventivas y de protección oportunas. Deber de informar cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar, social y económica, que pudiera dar lugar a la modificación, suspensión o finalización del servicio.		

<b>C.3 INTERVENCIÓN</b>	4. Programas y Protocolos	65. El servicio dispone de programas y protocolos de actuación profesional, que describen y proporcionan directrices de actuación para la realización de las principales actividades y prestaciones.
		66. Existen protocolos que definen el modo de realización de actividades que favorecen la integración del usuario en su entorno y la utilización de recursos comunitarios.
		67. El servicio tiene otros programas cuya finalidad es la de complementar las prestaciones que ofrece a los usuarios, como el programa de apoyo a familias, programa de voluntariado y otros.
	5. Registros	68. Se registran las sugerencias, incidencias, quejas y reclamaciones por escrito y se responden en los plazos legales
		69. Se registran periódicamente los cambios de la situación del usuario.
	6. Instrumentos	70. Se utilizan instrumentos sencillos y prácticos, para permitir la valoración o detección de necesidades de usuarios o del servicio y son conocidos y consensuados por todos los profesionales implicados.
<b>C.4 VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>	7. Valoración	71. Se realiza una valoración inicial de la situación general y de dependencia del usuario y las prestaciones se asignan y definen en función de su situación y necesidades.
		72. Se realizan al menos semestralmente valoraciones de seguimiento de cada usuario, con el fin de evaluar el nivel de consecución de los objetivos programados.
	8. Seguimiento	73. Se establecen vías y canales de comunicación estables, formales y periódicos, que permiten realizar un seguimiento de cada usuario por parte de los trabajadores sociales.
		74. Se llevan a cabo registros periódicos por parte de las auxiliares del servicio, con respecto a las tareas y actividades de la vida diaria y son trasladados a su coordinador de referencia.
		75. Se llevan a cabo reuniones periódicas de seguimiento con las auxiliares y con otros profesionales implicados en el servicio, para conocer la evolución de cada usuario y trabajar de forma coordinada en equipo.
	<b>C.5 ENTORNO</b>	9. Domicilio-vivienda
10. Comunidad		77. El servicio facilita y promueve la integración y participación del usuario en la vida social de su barrio y entorno.

<b>C.6 CUIDADORES, FAMILIA Y AMIGOS</b>	11. Cuidador principal o familiar	78. El cuidador principal cuenta con apoyo profesional, ayudas técnicas y servicios de respiro para evitar su sobrecarga.
		79. El cuidador principal participa junto con el usuario en la planificación e informa para la elaboración y revisión del PAI.
		80. El núcleo familiar está informado convenientemente de los recursos y otros servicios adecuados a las necesidades del usuario.
		81. El cuidador principal recibe información y formación básica por parte de las instancias pertinentes, que le facilitan su desempeño en los cuidados que presta al usuario.
	12. Otros cuidadores familiares y amigos	82. Se promueve la participación de otros cuidadores familiares e informales, para colaborar y prestar cuidados al usuario y se promueve y cuenta con una red social y de voluntariado de apoyo.

<b>CAPÍTULO D: ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO Y PERSONAL</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>D.1. ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO</b>	83. Se tiene conocimiento real y contrastado de la comunidad y colectivo a los que se quiere dar respuesta.
	84. La entidad dispone de todos los permisos y requisitos exigidos por la normativa aplicable dentro del ámbito territorial en el que va a ofrecer sus servicios.
	85. Se establecen contactos y mecanismos de coordinación con los diversos recursos e instituciones relacionadas con la prestación del servicio.
	86. En la publicidad, la información aportada es veraz con respecto a los servicios, prestaciones, coberturas geográficas, titularidad, condiciones, plazos y precios, entre otros, no generando falsas expectativas.

<b>D.2 ASPECTOS DE PERSONAL</b>	1. Aspectos generales.	87. La plantilla está fijada cumpliendo la normativa vigente y cuenta con la titulación correspondiente y los conocimientos necesarios para el tipo de actividad desarrollada en la Atención a Domicilio.
		88. Se garantiza la prestación del servicio, sustituyendo al personal y se cumple con las prestaciones y periodicidad pactadas.
		89. Para la asignación del auxiliar del servicio se tiene en cuenta su nivel de formación e idoneidad adecuado al perfil del usuario.
		90. Se fomenta la continuidad del auxiliar en el servicio, evitando en lo posible cambios.
		91. El auxiliar cuenta con la uniformidad adecuada y con un sistema de identificación personal.
		92. Los profesionales del servicio no reciben regalos ni gratificaciones del usuario, ni realizan pactos por su cuenta que modifiquen horarios o prestaciones establecidos.
2. Convenios colectivos.	93. La entidad gestora cumple con la normativa laboral vigente. Las condiciones laborales se rigen por el convenio y las tablas salariales vigentes y aplicables. Se cumple con la Ley de prevención de riesgos laborales	
3. PRL	94. La entidad titular del servicio realiza previo al inicio del mismo, un análisis de los riesgos del domicilio, en los aspectos que pongan en riesgo la salud de las personas.	
4. Contratos y aspectos sindicales	95. Los contratos favorecen la estabilidad del personal en el puesto de trabajo. Se cumplen los derechos sindicales de los trabajadores.	
5. Formación	96. Existe y se realiza un programa de formación continuada, ajustado a las necesidades del proceso asistencial y de los trabajadores. Se realizan cursos de formación, según la normativa vigente y las necesidades formativas del personal.	
<b>D.3. SISTEMA DE CALIDAD</b>	97. La entidad prestadora del servicio tiene definido un sistema de calidad y mejora continua del servicio. Este sistema define los mecanismos de evaluación, seguimiento y mejora de la calidad percibida por los usuarios, familiares, trabajadores y clientes.	
	98. Se utilizan sistemas de medición de satisfacción de usuarios y entidades titulares del servicio.	
	99. Existe un control de gestión del servicio en el número de horas contratadas y trabajadas de auxiliar y las horas solicitadas y facturadas al cliente.	
	100. Existe un sistema de recepción y análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias verbales o escritas, tanto de usuarios, familiares, como del cliente. Las sugerencias y quejas se ponen en conocimiento del titular del servicio.	

CAPÍTULO E: MODELO DE AUTOEVALUACIÓN	ESTADO			
	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
<b>MODELOS Y FUTURO.</b>				
<b>A.1 Diseño del servicio.</b>				
1. Política de permanencia en entorno.				
2. Orientación individual al usuario.				
3. Acceso universal.				
4. Diseño y planificación.				
5. Modelo integrado y de gestión de casos. Sectorización.				
6. Cobertura poblacional e intensidad horaria.				
<b>PRESTACIONES Y COORDINACIÓN.</b>				
<b>B.1. Aspectos de funcionamiento y organización.</b>				
7. Programa de atención individualizado (PAI).				
8. Presentación del auxiliar al alta y Plan de incorporación.				
9. Definición de tareas y tiempo.				
10. Actualización de prestaciones y tareas ante cambios.				
11. Favorece autonomía y participación del usuario.				
12. Programa marco, carta de servicio o manual de usuario.				
13. Información al usuario de prestaciones, derechos y deberes.				
14. Seguimiento por profesional responsable del caso.				
15. Cumplimiento de prestaciones, intensidad y plazos.				
16. Expediente del usuario.				
<b>B.2. Prestaciones básicas.</b>				
17. Ante cambios, incidencias se informa al coordinador.				
18. Fomentan hábitos saludables y activos.				
19. Promueve autocuidado y evita sobreprotección.				
20. Hay protocolos de atención personal.				
21. Se promueve autonomía en actividades domésticas.				
22. Hay protocolos de apoyo doméstico				
23. Se cuenta con ayudas técnicas y adaptaciones de vivienda.				
24. Servicios complementarios de comida y lavandería.				
25. Teleasistencia domiciliaria.				
26. Menús adaptados a necesidades.				
27. Soporte administrativo.				
28. Coordinación con familia y participación comunitaria.				
<b>B. 3. Prestaciones especializadas.</b>				
29. Participación e integración familiar. Apoyo psicosocial.				
30. Perfiles profesionales adicionales a trabajador social.				
31. Valoración de capacidad funcional y competencias.				
32. Definición por escrito de objetivos y tipos de intervención.				
33. Detección y coordinación ante problemas de salud.				
34. Coordinación con centros y profesionales sanitarios.				
35. Medicación pautada por médico. Control de su toma.				
36. Dietas adaptadas a necesidades, pautadas por médico.				

	ESTADO			
	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
37. Acompañamiento y cuidados en fase final de la vida.				
38. Seguimiento e intervención de enfermería de S. Sanitarios.				
<b>B. 4. Normativas.</b>				
39. Cumplen normativas y acuerdos de contrato.				
40. Existe una orden administrativa de alta o contrato.				
41. Ley orgánica de protección de datos.				
<b>B. 5. Ética.</b>				
42. Secreto profesional y código ético.				
43. Respeto, dignidad, honestidad y colaboración mutua.				
<b>B. 6. Financiación y acceso.</b>				
44. Tarifas públicas y conocidas.				
45. Sistema de copago.				
46. En expediente informe social y PAI.				
47. Valoración de adecuación de recurso.				
<b>B. 7. Coordinación.</b>				
48. Coordinador con contacto con serv. sociales municipales.				
49. Coordinación con profesionales de otros recursos.				
50. Comunicación con centros de atención primaria de salud.				
51. Servicios Sanitarios reportan incidencia a Serv. Sociales.				
52. Se conocen otros recursos de apoyo.				
<b>USUARIO, FAMILIA Y ENTORNO.</b>				
<b>C.1 Tipología de usuarios.</b>				
53. Se incluye en SAD mayores con dependencia.				
<b>C.2 Derechos y deberes del usuario.</b>				
54. Integridad, intimidad, individualidad, respeto....				
55. Reglamento derechos y deberes escrito y conocido.				
56. Conocer normativa e información de tramitación.				
57. Testamento vital o voluntades anticipadas.				
58. Recibir servicio con buena fé, puntualidad y ser informado				
59. Usuario participa en el PAI.				
60. Estar presente en domicilio, avisar cambios con 72 horas.				
61. Facilitar la ejecución de las tareas.				
62. No pedir al auxiliar aspectos no contemplados en el PAI.				
63. Comportarse con corrección, respeto y cordialidad.				
64. Informar de cambios y enfermedades infectocontagiosas.				
<b>C.3 Intervención.</b>				
65. Programas y protocolos de actuación profesional.				
66. Protocolos de actividades comunitarias y de integración.				
67. Programas de familia y voluntariado.				
68. Registro y respuesta de incidencias, quejas, reclamaciones.				
69. Registran cambios de situación del usuario.				
70. Instrumentos sencillos y prácticos de valoración.				



	ESTADO			
	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
<b>C.4 Valoración y seguimiento.</b>				
71. Valoración inicial para asignación de prestaciones.				
72. Valoraciones semestrales de seguimiento.				
73. Canales de comunicación de seguimientos.				
74. Registros de auxiliares de tareas y actividades.				
75. Reuniones de seguimiento con auxiliares.				
<b>C.5 Entorno.</b>				
76. Vivienda en condiciones de habitabilidad y seguridad.				
77. se facilita integración y participación en entorno.				
<b>C.6 Cuidadores, familia y amigos.</b>				
78. Cuidador principal con apoyo, ayudas técnicas y respiro.				
79. Cuidador principal participa en PAI.				
80. Información al núcleo familiar de recursos y servicios.				
81. Cuidador principal con información/formación en cuidados				
82. Promueve participación de otros cuidadores y familiares.				
<b>ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO Y PERSONAL.</b>				
<b>D.1 Entidad prestadora del servicio.</b>				
83. Conocimiento de la comunidad y colectivo.				
84. Dispone de permisos y cumple requisitos legales.				
85. Establece contactos y coordinación con otras instituciones.				
86. Publicidad veraz no generando falsas expectativas.				
<b>D.2. Aspectos de personal.</b>				
87. Plantilla cumple normativa y con titulación adecuada				
88. Sustituye personal y cumple con lo pactado.				
89. Asignación de auxiliar idóneo al perfil de usuario.				
90. Evitan cambios de auxiliar.				
91. Uniformidad e identificación del auxiliar.				
92. No regalos/gratificaciones ni pactos con el usuario.				
93. Cumple normativa laboral y convenios vigentes.				
94. Análisis de riesgos del domicilio por titular del servicio.				
95. Contratos favorecen estabilidad de personal.				
96. Programas de formación.				
<b>D. 3. Sistema de calidad.</b>				
97. Sistema de calidad y mejora.				
98. Medición de satisfacción de usuarios y clientes.				
99. Control de horas contratadas, trabajadas y facturadas.				
100. Recepción y análisis de sugerencias y reclamaciones.				

## **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Adamowski, K. (1999). Home Care and the Mentally Ill. Ottawa: Life Crisis Institute. Report prepared for Health Canada.
- Anderson, M. and K. Parent (2000). Care in the Home: Public responsibility - private roles. Invited reviewed paper prepared for the Dialogue on Health Reform. Department of Rehabilitation Medicine, Queen's University.
- Anguela M, Claret G. El trabajo social en los equipos de atención domiciliaria (PADES). Revista de Treball Social 1993; 132:66-68.
- Bartels, S. J., Levine, K., J., and Shea, D. Community-based long-term care for the older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care. Psychiatric Services, 1999, 50(9): 1189-1197.
- Baura, J. C., et al. (1995) : Las personas mayores dependientes y el apoyo informal, Baeza: Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado".
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P. et al. (2001). Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) – Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000. Rapport de recherche, 2001.
- Béland, François, et coll., Vieillir dans la communauté: santé et autonomie, Rapport PNRDS No 6605-4570-602, 1998.
- Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Brunelle Y, Kaufman T, et al, for the McGill University/Université de Montréal Research Group on Integrated Services for the Elderly. Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie [SIPA]. Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1997.
- Blanco Egido, E. (2000): La dependencia y las personas con discapacidad. Madrid: IMSERSO.
- Bonet F, et al. Servicio de Ayuda a Domicilio. Documento de trabajo. Revista de Treball Social 1993; 131: 148-152.
- Casado Martín, D., y López y Casanovas, G. (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Cebrián J. J. El voluntariado en la prestación básica de ayuda a domicilio. Documentos de Trabajo Social, 1993; 0:93-110.
- Challis, D y col. (eds) (2002). Care management in social and primary health care: the Gateshead Community Care Scheme. Aldershot: Ashgate.
- CHARDRON, Y. Perte de mobilité. Prise en compte des aspects fonctionnels, domiciliaires, familiaux pouvant être cause d'échec. Communication au salon Handica 98 "Personne âgée et domicile" Lyon 1998 <http://www.france-tourisme.com/valduloir/chardron>.
- Clarke Consulting Group. (March 1996). Home Care Program for Metropolitan Toronto: Mental Health Services Review and Future Planning. Toronto: Clarke Consulting Group.
- Clement S, et al. Papel de la familia en atención domiciliaria de los ancianos con incapacidad. Revista de Gerontología, 1992:2 (2): 86-93.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1987). Servicio social de ayuda a domicilio. Primeras jornadas internacionales. Siglo Veintiuno de España Ediciones, s. a. Madrid.
- Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », Tendances sociales canadiennes, hiver 1997.
- Departamento de Bienestar Social. La ayuda a domicilio en Bizkaia. Zerbitzuan, 1992;18-19:45-49.
- Drees. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. Etudes et résultats 2004; 350: 1-8.

- Ducharme F., Lebel P., Bergman H.: Vieillissement et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI<sup>e</sup> siècle. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé; 2001; 8;2: 110-121.
- Estrada I. Autonomía personal y ayuda a domicilio, Colec. INTRESS/6, Ed. Certeza, Zaragoza, 1993.
- FEAPS (1999). Manual de buenas prácticas. FEAPS. Madrid.
- García Carpintero Muñoz M, San Juan Lozano P. Unidad de cuidados domiciliarios para ancianos terminales. Gerokomos 1995 Feb; VI(13):8-15.
- Gil Montalvo M (1995). El servicio de ayuda a domicilio. Un programa de actuación social individualizado, en Rev. 60 y más, publicación del INSERSO, nº 127.
- Health and Welfare Canada (1990). Report on Home Care. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Working Group on Home Care.
- Health Canada (1999). Provincial and Territorial Home Care Programs: A synthesis for Canada. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Hébert R., Durand P.J., Dubuc N., Tourigny A., Groupe PRISMA (2003). Frail elderly patients: New model for integrated service delivery. Canadian Family Physician Journal 2003; 49: 992-997.
- Hébert, R. (2001). Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées. Le médecin du Québec, 36 (8): 77-84.
- Hernández A. I. Programa de ayuda a domicilio para personas mayores ciegas y deficientes visuales. Integración, 1994; 16:24-31.
- Hollander, M., and E.R.Walker (1998). Report of the Continuing Care Organization and Terminology Project. A report prepared for the Division of Aging Seniors. Ottawa: Health Canada.
- INSERSO (1990). La tercera edad en España. Necesidades y demandas. Un análisis de la encuesta sobre necesidades sociales y familiares de la tercera edad. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- INSERSO (1990): Estudio sobre la ayuda a domicilio en España. INSERSO/FEMP (investigación no publicada).
- INSERSO (1995). Las personas mayores en España. Perfiles.
- Instituto Edad & Vida. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Reunión de Seguimiento. Barcelona 19 de junio de 2006.
- Keefe, Janice, et Pamela Fancey, Home Care in Canada: An Analysis of Emerging Human Resource Issues, Halifax: Mount St. Vincent University, Department of Gerontology, 1998.
- Kodner D.L., Kyriacou C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. International Journal of Integrated Care, 1(1): 1-24.
- Kodner, D.L./Spreeuwenberg, C (2002). "Integrated care: Meaning, logic, applications and implications: A Discussion Paper" en: International Journal of Integrated Care, Vol. 2/november.
- Malla P. El SAD: historia, organización y perfil de sus trabajadores, en Revista de Serveis Socials, nº 17, Barcelona, 1991.
- Medina, M. E. (2000). Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio. Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones.
- Montorio Cerrato, I., Díaz Veiga, P. Izal (1995): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes", en Revista Española de Geriatria y Gerontología, vol. 30, nº 3.
- NACA (1995). Mental Health care services at advanced ages - a source of concern. Info-Age, 13, March. National Advisory Council on Aging.
- Oñorbe M, Gurrpide S. El anciano en su casa. Guía de cuidados familiares. Madrid, Comunidad de Madrid, 1994.
- Pérez Ortiz, L. (1997). Las necesidades de las personas mayores en España. Vejez, economía y sociedad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid.

- Prieto Seva, AJ. Asistencia sociosanitaria: revisión y reflexiones. Geriátrika 2002; 18(3): 101-113.
- Porto, F., y Rodríguez Rodríguez, P., eds. (1998): Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España: investigación IMSERSO-FEMP sobre el alcance y las características del Servicio de Ayuda a Domicilio de las Corporaciones Locales. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez R., Zunzunegui M.V., Bergman H., Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Quebec: La experiencia SIPA. Atención Primaria: 1998; 21: 405-412.
- Rodríguez, M. V. (1993). Situación actual en la ayuda a domicilio en Europa. Revista de Gerontología, 3,1, 1993.
- Rodríguez, P. (1997). “El Servicio de ayuda a domicilio”, en El servicio de ayuda a domicilio. Programación del servicio. Manual de formación para auxiliares. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Ruipérez Y, et al. El domicilio del paciente geriátrico, punto de encuentro de la asistencia extra e intrahospitalaria. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 1992;27(4):237-242.
- Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission, Hospital and Home Care Study. Summary Report No. 10, Saskatoon : 1998.
- Thevenon, A., Fournier, P., Pardessus, V., Polez, B. Le retour au domicile des personnes âgées. In Codine, P., Brun, V. La réinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées. Masson 1994.
- Toral Lopez, Isabel. Estrategias de mejora de la efectividad de la Atención a Domicilio personas incapacitadas y sus cuidadoras. La enfermera comunitaria de enlace. Programa de Atención a Domicilio. Distrito Sanitario de Granada
- Tourigny A, Bonin L, Paradis M, Lemay A, Bussière A, Durand P.J. (2002). Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : un changement des pratiques cliniques et de gestion. Santé, société et solidarité, 1(2): 113-122.
- Valdivieso C. Necesidad de una formación adecuada para el auxiliar de ayuda a domicilio: evaluación y supervisión de su trabajo, comunicación presentada en la XV Reunión de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Segovia, 1989.

### **AGRADECIMIENTOS:**

El Grupo de trabajo agradece las aportaciones de los siguientes profesionales:

- **Pilar Serrano y Paloma Gimenez.** Dirección General del Mayor. Ayuntamiento de Madrid.
- **Francisco Castillo.** Diputación Foral de Alava.
- **Asunción Veloso.** Dirección Técnica Eulen Sociosanitarios.