

ÍNDICE

Módulo 1. Sistema de salud y social y modelos de organización de servicios de atención domiciliaria.....	13
1.1 Descripción de los servicios en el territorio.....	22
1.2 Análisis del mercado y las tendencias en la sociedad.....	27
1.3 Clasificación de modelos de organización de servicios de atención domiciliaria.....	29
1.4 Distinción de modelos de organización de otros servicios relacionados.....	37
1.5 Relación de contratos programa con entidades vinculadas.....	40
1.6 Ejercicios de evaluación.....	44
Módulo 2. Planificación estratégica de servicios de atención domiciliaria....	49
2.1 Síntesis de información para la planificación estratégica.....	51
2.2 Aplicación de herramientas de análisis.....	55
2.3 Elección de criterios para la definición de distintos elementos de la planificación.....	66
2.4 Uso de información para la toma de decisiones.....	71
2.5 Especificaciones de finanzas para no financieros.....	77
2.6 Caracterización de la cartera de servicios y productos.....	93
2.7 Aplicación de la orientación estratégica de los servicios.....	95
2.8 Ejercicios de evaluación.....	97

Módulo 3. Atención centrada en la persona.....	101
3.1 Implementación del modelo de atención integrada centrada en la persona.....	103
3.2 Integración de la visión salud, social, comunitaria, judicial y otras de servicios sociales y de atención de personas.....	111
3.3 Definición de conceptos relacionados.....	117
3.4 Descripción de la asistencia funcional integral en la complejidad.....	125
3.5 Detección de las necesidades para la prestación de los servicios.....	134
3.6 Especificaciones de la Atención Integral Social y Sanitaria (AISS).....	141
3.7 Ejercicios de evaluación.....	144
 Módulo 4. Atención e intervención domiciliaria.....	 149
4.1 Análisis de los derechos y deberes de la ciudadanía.....	151
4.2 La comunicación verbal y no verbal.....	154
4.3 Clasificación de protocolos de detección de maltratos a la gente mayor.....	163
4.4 Síntesis de conceptos relacionados.....	170
4.5 Caracterización de la coordinación con diferentes agentes del municipio.....	180
4.6 Ejecución de visitas técnicas e intervención en domicilios, ayuntamientos y otras instituciones.....	186
4.7 Ejercicios de evaluación.....	194

Módulo 5. Coordinación y gestión del equipo de atención domiciliar.....199

5.1 Descripción del marco jurídico y normativo en la prestación de servicios.....	201
5.2 Interpretación de los diferentes estados psicológicos de la persona atendida.....	212
5.3 Análisis de las tendencias en la provisión y organización de los servicios.....	226
5.4 Gestión de procesos.....	234
5.5 Aplicación de metodologías ágiles. Eficiencia operativa Lean.....	255
5.6 Formulación y seguimientos con indicadores. KPIs y seguimiento.....	259
5.7 Revisión de documentos y mantenimiento de información al sistema.....	265
5.8 Aplicación de matrices para la toma de decisiones.....	271
5.9 Aplicación de herramientas para la planificación de la implementación y puesta en marcha de la solución desarrollada. Uso de herramientas digitales.....	276
5.10 Ejercicios de evaluación.....	290

Módulo 6. Liderazgo, gestión de personas y equipos.....295

6.1 Análisis del liderazgo, ética y valores.....	297
6.2 Observación del Rol y autoconocimiento.....	314
6.3 Identificación de normativas de acreditación de centro.....	318
6.4 Supervisión y control de la actividad de los PAD.....	323
6.5 Selección, evaluación, formación y desarrollo de personas y equipos.....	333
6.6 Identificación de normativas, relaciones laborales y convenio laboral.....	352
6.7 Gestión de la diversidad.....	353
6.8 Evaluación y gestión de equipos.....	365
6.9 Análisis del trabajo de equipo en red.....	378
6.10 Ejercicios de evaluación.....	385

Módulo 7. Calidad y seguridad centrada en la persona.....	389
7.1 Elaboración y revisión de protocolos, procedimientos y planes de acción asociados.....	391
7.2 Detección y propuesta de acciones de mejora.....	394
7.3 Descripción de conocimientos y metodología de la calidad.....	398
7.4 Gestión de errores.....	406
7.5 Observación de la seguridad de los pacientes.....	418
7.6 Clasificación de víctimas.....	445
7.7 Clasificación de la sostenibilidad.....	448
7.8 Ejercicios de evaluación.....	451
Módulo 8. Innovación, digitalización y experiencia de la persona atendida.....	455
8.1 Descripción de tecnologías centradas en las personas y transformación digital.....	457
8.2 Innovación en las organizaciones y equipos.....	465
8.3 Aplicación de la creatividad y gestión del conocimiento.....	478
8.4 Aplicación de tecnologías en los servicios y la comunicación a las personas.....	482
8.5 Interpretación de tendencias: programas y proyectos actuales y de futuro en las TIC para servicios de salud y social aplicados a la atención domiciliaria.....	489
8.6 Ejercicios de evaluación.....	494
Ejercicios de evaluación final.....	497
Solucionario de ejercicios de evaluación.....	502



Módulo 1

**Sistemas de salud y social
y modelos de organización
de servicios de atención domiciliaria**

1. Sistema de salud y social y modelos de organización de servicios de atención domiciliaria



La atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario, que se llevan a cabo en el domicilio de la persona dependiente, con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y realizar un seguimiento a esta y a su familia, potenciando así su autonomía y calidad de vida.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la **atención domiciliaria** es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

El hogar se convierte así en un espacio que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona dependiente con la colaboración del auxiliar de atención domiciliaria, pues el contexto familiar es un ambiente facilitador que permite afrontar las tareas de la vida cotidiana, además de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales.

Evolución histórica de la atención domiciliaria en el ámbito internacional

Actualmente, en los países con políticas sociales más avanzadas, el Servicio de Atención Domiciliaria (**SAD**) se ha desarrollado y organizado de manera heterogénea, de acuerdo con las necesidades de cada nación. Algunos como los Países Nórdicos, Holanda o Gran Bretaña tienen una larga tradición en este servicio, mientras que en otros como España o Portugal se ha desarrollado excepcionalmente en las últimas tres décadas.

Como país pionero en cuanto al desarrollo de la atención domiciliaria, debemos mencionar a Gran Bretaña, cuya regulación data del año 1946, entendiéndola como uno de los programas de la asistencia sanitaria (**Ministry of Health, 1946**). Del mismo modo, el Gobierno holandés organizó un sistema de atención a domicilio con carácter general en 1947, con la colaboración de entidades voluntarias vinculadas, en su mayor parte, a instituciones religiosas. En el caso de los Países Bajos, aunque también eran dependientes del sistema sanitario, en su conceptualización se englobaba tanto la atención médica y de enfermería como la atención social a las necesidades de apoyo a las personas en situación de dependencia.

Durante las décadas de los 60 y 70, a los pioneros se les fueron uniendo la mayoría del resto de países desarrollados. Este periodo, que se corresponde con la aparición de las normativas sobre la implantación del SAD y su posterior desarrollo y extensión generalizado, fue descrito como “crecimiento sin política” (Jamieson, 1991), puesto que en la mayoría de los países tal desarrollo respondía más a las presiones sociales para un incremento general del conjunto de las políticas sociales que a un cuidadoso diagnóstico de necesidades. Fue durante la década de los años 80 (denominados por Jamieson los de la “política sin crecimiento”) cuando se realizaron evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria, concluyéndose en ellos la importancia que reviste el suministro de diferentes apoyos en los propios domicilios como fórmula idónea para posibilitar a las personas con discapacidades o en situación de dependencia vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias.

Puede afirmarse, por otra parte, que fue el desarrollo de la atención domiciliaria (junto a la implementación de la metodología de gestión de casos) lo que hizo posible que se produjera el gran movimiento de “desinstitucionalización”, en especial en algunos de los países del Norte de Europa (Escandinavia, Holanda, Gran Bretaña), con lo que se pudo reducir sensiblemente el número de personas ingresadas en residencias y hospitales de larga duración, muchos de ellas con enfermedad mental.

En cuanto a la evolución posterior, en todos ellos existen coincidencias desde los inicios del siglo XXI en la necesidad de revisar sus prestaciones y “racionalizar” la oferta de los SAD como prestación profesional personal, lo que se traduce en un descenso del número de personas atendidas y de su intensidad. La razón fundamental que se esgrime para esta racionalización se concreta en las alertas que las proyecciones demográficas han impuesto a los sistemas de protección social con respecto al enorme incremento de la población muy mayor que se avecina y, por ende, al aumento de las tasas de dependencia asociadas al grupo de población mayor de 80 años. Pero también se trata de ajustar la oferta a la demanda de las personas y de las familias, y ampliar así su libertad de elección.

Países nórdicos

En los países nórdicos el Servicio de Atención Domiciliaria comienza a organizarse en los años 50 dentro de un modelo que se ha denominado “tradicional” y que consistía en aprovechar la experiencia de las mujeres cuidadoras del ámbito familiar que, bajo el control y supervisión municipal, ofrecían los cuidados en entornos de proximidad. A este modelo le siguió, en los años 80, el denominado “autogestionado en pequeños grupos”, mediante el cual se descentraliza la gestión en los municipios y éstos, a su vez, dejaban libertad a grupos de entre 15 o 20 trabajadoras para organizarse en función de los contextos y las necesidades de las personas.

Fue durante la aplicación de este modelo cuando el SAD alcanzó las mayores cotas tanto en cobertura como en su perfeccionamiento (fórmulas estables de coordinación sociosanitaria, atención durante la noche y en fines de semana). En la década de los 90, atendiendo a la presión que los sistemas de protección social sufrían para reducir costes y ganar tanto en racionalización como sostenibilidad, se implanta el denominado “modelo taylorizado”, mediante el que se separan las funciones de valoración y planificación de la prestación del SAD, y se asignan tiempos a las tareas. Este modelo, importado del sistema sanitario, ha recibido muchas críticas del sector profesional y también de las personas usuarias.

Las últimas tendencias en los países nórdicos pasan por establecer estándares de calidad, entre los que la libertad de elección de proveedor por parte de las personas destinatarias de los SAD es el que está teniendo más auge. Para ello, se ha establecido un sistema de transparencia de la información acerca de lo que se ofrece en cada municipio y, así, mediante la metodología de comparaciones abiertas, se da opción a los usuarios a elegir los proveedores.

Esta fórmula a través de la cual las personas usuarias eligen libremente la entidad proveedora de servicios domiciliarios está siguiéndose con mucho interés en otros países, porque plantea una alternativa a la contratación que realizan las AAPP de entidades prestadoras del servicio. En este sentido, en España quizá convendría realizar un análisis que establezca la viabilidad de implementar sistemas similares a los aplicados desde hace años en países como Suecia o Dinamarca, donde, en lugar de subcontratar a una o dos entidades para prestar toda la ayuda a domicilio, se establecen procedimientos de registro de todas las entidades que cumplen los requisitos de autorización y se ofrece públicamente a la ciudadanía y a las personas usuarias, que tienen la posibilidad de elegir la entidad (empresa o tercer sector) que prefieran. El precio de referencia a pagar por el servicio se establece por la Administración Pública.

De esta manera, las Entidades prestadoras no compiten solo en función de su oferta económica, sino en función de la calidad de los servicios que prestan. Otra ventaja añadida es que los proveedores carecen de incentivos para reducir los costes a cuenta de minorar la calidad de la atención o de ofrecer peores condiciones a sus trabajadores y trabajadoras. Hay que señalar que en la evolución del conjunto de recursos sociosanitarios de los países nórdicos ha tenido gran importancia el desarrollo del SAD, concebido como la piedra angular que permite que las personas continúen viviendo en sus hogares, de acuerdo con sus deseos. Con ese propósito, las políticas sociales de estos países han venido conjugando las facilidades para hacer posible esa preferencia con la necesidad de contraer el gasto en un escenario de incremento de la demanda por el fenómeno del envejecimiento de la población. De esta manera, se incorporaron algunas innovaciones tales como la creación de servicios de proximidad (comidas y lavandería a domicilio, podología, acompañamiento por voluntariado, pequeñas reparaciones, etc.) que ayudaron a reducir las horas de prestación del SAD en los domicilios. Asimismo, están generalizadas las prestaciones para adaptar las viviendas suprimiendo barreras y haciéndolas más confortables y para la obtención de productos de apoyo, que tienen como resultado una reducción en la necesidad de ayuda y un incremento de autonomía para las personas.

Ante el progresivo aumento de intensidad de atención que requieren las personas con necesidad de cuidados de larga duración de carácter complejo, especialmente por la incidencia de las demencias, en estos países se ideó que una forma de abaratar costes de atención del SAD y seguir garantizando su calidad era agrupar a las personas en viviendas o pequeñas unidades de convivencia (para alrededor de 10/12 residentes) enmarcadas éstas muchas veces en edificios de más de 100 plazas. Éste fue el inicio de una modalidad de atención residencial de diseño hogareño que después se ha extendido a

muchos otros países, fundamentalmente porque facilita desarrollar una atención de calidad, centrada en las personas, al contrario de lo que ocurre en los diseños clásicos modelo institucional.

Alemania como modelo

A continuación, tomaremos como ejemplo a Alemania por las similitudes con España en cuanto a la primacía del cuidado familiar y la consiguiente subsidiariedad del Estado frente a las necesidades de cuidados se refiere. La Ley alemana de atención a las personas en situación de dependencia fue promulgada en 1994 y entró en vigor en 1995. Mediante dicha norma, que se estuvo discutiendo a lo largo de veinte años por las Administraciones y agentes concernidos (Seguridad Social Federal, los Estados Federados, los Municipios y los proveedores de servicios) hasta llegar a un consenso sobre sus características y ámbito protector, se vino a garantizar la atención y cuidados a las personas a las que se les reconociera oficialmente en situación de dependencia, dividiéndose sus prestaciones en dos grandes ámbitos: la atención en el domicilio y la atención en residencias.

Las prestaciones que comprende el módulo de atención domiciliaria en Alemania son diversas y son compatibles entre sí. Las mencionamos a continuación:

- Atención personal en los domicilios a cargo de profesionales cualificados.
- Prestaciones monetarias para familiares cuidadores, amigos o personas contratadas directamente por las personas en situación de dependencia.
- Servicios de respiro, como un SAD temporal para cubrir las ausencias de los/as cuidadores/as informales.
- Atención en centros de día, de noche o en residencias (estancias temporales).
- Provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.
- Prestaciones económicas para la reforma de la vivienda.

- Afiliación a la Seguridad Social (pensiones y accidentes) a familiares cuidadores.
- Actividades de formación a cuidadores informales.

Los últimos cambios producidos en este seguro fueron introducidos mediante una reforma de la Ley que se llevó a cabo en 2008. Consistieron en la actualización de las cuantías de las prestaciones y, además, se produjeron importantes mejoras en la atención domiciliaria, que incluyeron, entre otras, las excedencias y permisos para cuidar a un familiar en situación de dependencia y la utilización de la metodología de gestión de casos.

Evolución histórica en España

Como ya sabemos, los orígenes en España de la atención domiciliaria tienen lugar en la década de los 70, cuando, por la **Orden del Ministerio de Trabajo, de 19 de marzo de 1970**, se estableció el **Servicio Social de Asistencia a los ancianos**. Posteriormente, el **26 de febrero de 1971**, se aprobó el **Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos**, con el desarrollo de la ayuda en domicilio como uno de sus objetivos principales. Esta última se configuró como una prestación del **Sistema español de Seguridad Social** y, por tanto, dirigida a los trabajadores afiliados, haciendo especial hincapié en los colectivos más necesitados.

El inicio del SAD, con las características generales de servicio público, habría de arrancar a partir de la aprobación de la Constitución Española de 1978 y la configuración de los primeros ayuntamientos de la democracia, hechos que tuvieron lugar tras las elecciones municipales de 1979. Después de éstas, las Corporaciones Locales (Municipios, Cabildos insulares y Diputaciones Provinciales y Forales) desarrollan nuevas competencias en el área de la asistencia social y de los servicios sociales. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, mencionaba alguna de las funciones que a este nivel de la Administración le correspondían (obligatorias para los municipios mayores de 20 mil habitantes) y que, sobre todo, tienen que ver con los denominados servicios sociales generales o de atención primaria que en su territorio se presten.

Para lograr el impulso y más rápido desarrollo de la red local de servicios sociales y de las prestaciones de este nivel de la Administración fue decisivo el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de CC.LL., que se inició el año 1988 por iniciativa de la Administración General del

Estado y con la colaboración y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CC.AA. y las CC.LL. Las prestaciones básicas del Plan Concertado son cuatro: información, diagnóstico, orientación y ayuda a domicilio.

Con respecto al caso concreto del SAD, tal como se pudo poner de manifiesto en el primero de los estudios realizados mediante la colaboración entre el INSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) al inicio de la década de los años 90, la extensión y generalización del SAD en todo el territorio del Estado aún no se había conseguido, si bien aquellas CC.LL. que no lo habían iniciado se encontraban en fase de planificación y preparación de la infraestructura correspondiente.

Entre los resultados de dicha investigación, que formaba parte de la fase de diagnóstico para la elaboración del Plan Gerontológico, se obtuvo que el porcentaje de personas mayores de 65 años que recibían un servicio de ayuda a domicilio era solo del 0,48% en el conjunto del Estado, con diferencias muy notables en cuanto a las diferentes CC.AA.

Por entonces destacaba sobremanera el desarrollo que los SAD habían alcanzado en el País Vasco y en Navarra, donde la ratio llegaba al 2% de cobertura. Este estudio sobre el SAD en los servicios sociales municipales se volvió a realizar en 1996, también mediante la colaboración de la FEMP y el IMSERSO. (Porto y Rodríguez, 1998).

Un momento verdaderamente clave para España en el devenir de los servicios sociales en general y del SAD en particular fue la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), mediante la que, siguiendo la tendencia de algunos países avanzados en políticas sociales, se incrementaba nuestro ámbito de protección social creando un derecho social nuevo que se configura como derecho subjetivo. El calendario de la LAPAD establecía un periodo amplio (desde el año 2007 al 2015) para la aplicación y despliegue completos del nuevo Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que debía incardinarse en el marco de los servicios sociales competencia de las CC.AA. pero recibiendo el apoyo de la Administración General del Estado y la colaboración de las CC.LL. Dicho periodo fue posteriormente ampliado hasta el 2017.

Entre las prestaciones que la LAPAD contempla está el servicio de ayuda a domicilio (SAD), que pasa a convertirse así en una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la ley establece, la soliciten y les sea contemplada en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

Sin embargo, también el SAD continuó y continúa prestándose a personas o familias que, sin encontrarse en situación de dependencia reconocida oficialmente o ser ésta de carácter leve (no contemplada dentro del ámbito protector de la Ley), sí se encuentran en otras situaciones de fragilidad o necesidad de las que se contemplan y regulan en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas. En algunas de éstas se contempla ya una cartera de servicios, entre ellos el SAD, que se declaran como derechos subjetivos.

1.1 Descripción de los servicios en el territorio

Bajo la denominación de **Servicios de Ayuda a Domicilio** o también conocidos como **Servicios de Atención Domiciliaria** (SAD) se recoge a todo un conjunto de recursos dirigidos a prestar apoyo y cuidados en su domicilio a las personas cuando, por cualquier circunstancia, dejan de ser autónomos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Se estima que alrededor de un 95% de las personas mayores pueden ser atendidas en sus casas si reciben la correspondiente ayuda a domicilio, complementado por qué no cuando se pueda con teleasistencia y centro de día. Esto hace que sólo un 5% de la tercera edad necesite verdaderamente ir a vivir a una residencia geriátrica.

Los servicios básicos prestados bajo la perspectiva del SAD son aquellos vinculados a la atención personal y continuada de la persona mayor. Estos se distinguen generalmente tres ámbitos de actuación:

- **Servicios de atención personal:** Como son por ejemplo la Higiene y cuidado de la persona, ayudar a vestir, ayuda físico-motriz, movilizaciones y traslados, preparación de comidas, control de la medicación, acompañamiento y soporte.
- **Servicios de atención al hogar:** Mantenimiento del entorno de la persona como la limpieza, compras, cuidado de la ropa, detección de situaciones de riesgo en la vivienda que requerirían de adaptaciones del hogar, etc.
- **Servicios de integración en el entorno:** Desplazamientos fuera del domicilio, actividades para el mantenimiento de las facultades cognitivas facilitar la relación con la familia y amigos, etc.

Adicionalmente la mayoría de las empresas y entidades prestadoras de servicios de atención domiciliaria ofrecen adicionalmente otros servicios tales como:

- **Teleasistencia**
- **Adaptaciones en la vivienda**
- **Orientación y suministro de ayudas técnicas**
- **Comidas a domicilio**
- **Lavandería a domicilio**
- **Servicio médico y de enfermería a domicilio**
- **Fisioterapia a domicilio**
- **Logopedia a domicilio**
- **Psicología a domicilio**
- **Podología a domicilio**
- **Peluquería**
- **Limpieza ordinaria del hogar**

El Servicio de Atención Domiciliaria en España se ejecuta a través de dos vías:

- **Oferta pública:** los ayuntamientos y organismos vinculados a las Administraciones locales son los responsables en materia de asignación, prestación y evaluación de los recursos a domicilio. Destacan los Servicios Sociales, los Servicios de Atención Domiciliaria y los Servicios de Salud.
- **Oferta privada:** existe una gran cantidad de empresas privadas que ofertan Servicios de Atención Domiciliaria y que pueden complementar o sustituir a la oferta pública.

En este punto nos centraremos en los **Servicios Sociales**, los **servicios de atención domiciliaria** y en los **servicios de salud en el domicilio**, así como en su integración y coordinación.

Servicios Sociales

Los servicios sociales son prestaciones que están incluidas dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, cuya finalidad es complementar las prestaciones económicas y, a la vez, procurar una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios reduciendo, en lo posible, las limitaciones personales motivadas por razones de edad o discapacidad.

Dicha acción protectora se amplía y complementa con un sistema público de prestaciones y servicios para la atención a las personas en situación de dependencia (aquellas que por razones de edad, enfermedad o discapacidad precisan de la atención de otras personas o ayudas para realizar las actividades básicas de la vida diaria), que se prestan a través de la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas.

La gestión de los servicios sociales está atribuida a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y a las Direcciones Provinciales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Servicios de atención domiciliaria

El servicio tiene como objetivo proporcionar atención personal y/o doméstica en el domicilio a las personas mayores o con discapacidad que lo precisan, con el objetivo de promover su independencia y autonomía personal. Se pretende lograr el mantenimiento en su propio entorno y mejorar su calidad de vida.

La atención se presta mediante profesionales formados como Auxiliares Domiciliarios. Las prestaciones que ofrece son las siguientes:

- **Atención personal:** apoyo en la higiene personal, apoyo en la movilización dentro del hogar, ayuda en la toma de medicamentos, ayuda en la ingesta de alimentos para aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos, acompañamientos puntuales fuera del hogar, recogida y gestión de recetas o documentos.

- **Atención doméstica:** limpieza o ayuda en la limpieza cotidiana de la vivienda, lavado, planchado y ordenación de la ropa dentro del hogar, adquisición de alimentos y otros productos básicos a cuenta del usuario, preparación de comidas, tareas de mantenimiento básico de utensilios domésticos.

Servicios de salud en el domicilio

Sus objetivos fundamentales son promover el bienestar del enfermo, evitándole ingresos innecesarios en el propio centro sanitario, siempre que cumpla los requisitos, así como posibles infecciones nosocomiales. Asimismo, este tipo de asistencia fomenta la educación sanitaria de la población, al tender al autocuidado e involucrar a la familia en la evolución médica; favorece la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, y permite mejorar la utilización de los recursos hospitalarios disponibles.

Para profundizar, tomaremos como ejemplo el Hospital Universitario del Henares, ubicado en Coslada, municipio de la Comunidad de Madrid. La Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario del Henares está integrada por médicos de Urgencias y enfermeros con experiencia en el manejo del paciente del área médico-quirúrgica. Los profesionales se desplazan cada día a los domicilios con el equipamiento necesario para prestar atención integral a los enfermos que requieren un seguimiento de su evolución clínica, así como para la administración de tratamientos específicos de rango hospitalario. Si se requiere una prueba diagnóstica se le traslada al hospital para su realización y es llevado de vuelta a su casa.

En cuanto a su funcionamiento, el paso inicial es la realización de la solicitud desde los diferentes servicios clínicos, tanto médicos como quirúrgicos, a través de una interconsulta a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Desde allí se lleva a cabo la evaluación de la idoneidad del enfermo. En caso de ser favorable, y tras su aceptación, se contacta también con la familia. A partir de ese momento, el paciente pasa a estar a su cargo, siendo su equipo médico y enfermero el encargado de proporcionarle los cuidados de rango hospitalario en su domicilio.

Estas tres vertientes del Servicio Público integran y coordinan sus funciones para proporcionar los servicios de **atención personal, atención doméstica, evaluación de necesidades, control y seguimiento del servicio.**

Atención personal

- Apoyar en el aseo personal.
- Ayudar en el vestido, calzado y alimentación.
- Apoyar en traslados y movilizaciones dentro del hogar.
- Acompañar ocasionalmente fuera del hogar para la realización de diversas gestiones, como visitas médicas, tramitación de documentos y otras similares, siempre que no se disponga de apoyo familiar o de voluntariado.
- Gestionar en nombre de la persona usuaria recetas y documentos relacionados con la vida diaria, siempre que no exista apoyo familiar o de voluntariado, o así lo determine el personal técnico municipal.
- Ayudar en la toma de medicamentos prescritos (no están incluidas las actividades de carácter sanitario).
- Observar la evolución de la situación y poner en conocimiento de los servicios sociales los cambios e incidencias que se detecten.

Atención doméstica

- Limpiar o ayudar a la limpieza cotidiana de la vivienda y a su mantenimiento en condiciones aceptables de higiene y salubridad.
- Adquirir alimentos y otros productos básicos por cuenta de la persona usuaria.
- Lavar, planchar y organizar la ropa dentro del hogar.
- Preparar comidas en el hogar.
- Realizar pequeñas tareas de mantenimiento de utensilios domésticos y de uso personal, tales como cambio de bombillas, sustitución de pilas, cambio de bolsa de aspiradora, etc.
- Realizar, excepcionalmente, limpiezas de choque en los casos en que sea valorado técnicamente y se considere necesario.

Evaluación de necesidades, control y seguimiento del servicio

- Acoger a la persona que hace la demanda, informarla sobre las características del servicio y realizar la valoración inicial.
- Comprobar el cumplimiento de requisitos necesarios.
- Diseñar la intervención social específica del servicio de ayuda a domicilio.
- Elaborar la propuesta del servicio de ayuda a domicilio consensuada con la persona atendida y sus familiares cuidadores.
- Realizar el seguimiento del servicio mediante entrevistas, visitas al domicilio y llamadas telefónicas, adecuando las prestaciones a los cambios detectados.
- Realizar el control del servicio garantizando el cumplimiento de las condiciones establecidas.
- Aportar pequeños productos de apoyo (salvo camas y grúas) como complemento a la atención personal, en los casos que considere necesario.
- Acceder a prestaciones individualizadas, realizadas por profesionales específicos (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y psicólogo/a), a aquellos casos que determine el personal técnico de referencia de servicios sociales.

1.2 Análisis del mercado y las tendencias en la sociedad

Si combinamos en un mismo espacio una población con una mayor esperanza de vida, las enfermedades propias del envejecimiento y el ritmo de vida que tienen las personas que potencialmente podrían cuidar a los ancianos, el resultado es que nos encontramos con personas mayores desatendidas.

Desde el **Instituto Nacional de Estadística (INE)** dejan bastante claro que las proyecciones de población muestran la evolución que seguiría la población de nuestro país en caso de mantenerse las tendencias demográficas actuales, y es que hablan de que España ganará más de cuatro millones de habitantes en los próximos 15 años y más de cinco millones hasta el año 2072 con motivo de las

migraciones. En teoría, el aumento de las defunciones, actualmente superior al número de nacimientos, daría lugar a un saldo vegetativo negativo durante el periodo proyectado, pero este saldo vegetativo negativo sería superado por el saldo migratorio positivo.

En el caso del envejecimiento poblacional, nuestro país es uno de los más longevos, lo que también nos convierte en uno de los más dependientes. Aunque estamos ganando en calidad de vida, ese incremento de la esperanza de vida se traduce en un aumento del desarrollo de enfermedades o de algunos tipos de dependencia.

Con motivo de este aumento de la esperanza de vida, el número de personas dependientes se ha visto incrementado, además de surgir nuevas necesidades por parte de estas.

Lo primero que hay que tener claro cuando se habla de servicios de atención domiciliaria es que nos estamos refiriendo a un trabajo que engloba tanto una parte sanitaria como otra social.

Esto es importante, ya que hace que este trabajo de atención y servicio sea uno de los más especiales de los que se llevan a cabo por parte de un personal preparado normalmente para trabajos sanitarios.

Otra cosa que hace que la atención domiciliaria sea peculiar es su lugar de desempeño. Este no es otro que el hogar de la persona que recibe la ayuda, lo que hace que el profesional tenga que adaptarse en lugar de contar con las ventajas técnicas que tienen normalmente los espacios de trabajo de las clínicas de atención.

Esta falta de equipamiento, lógica en un hogar, es otro de los motivos que hacen que se necesite una mano de obra capaz para llevar a cabo las tareas que la atención domiciliaria requiere.

Pero aún con todo lo dicho, no podemos entender la atención domiciliaria como un bloque de medidas a adoptar, sino más bien como un conjunto de tareas que pueden darse o no según el caso.

Escanea el siguiente
código QR para
acceder a la página
web del Instituto
Nacional de
Estadística:



1.3 Clasificación de modelos de organización de servicios de atención domiciliaria



Existen diversos modelos asistenciales de atención al paciente en el domicilio. Tanto a nivel nacional como internacional se han ensayado diversas formas de actuación, con diferentes profesionales involucrados, diferente dependencia funcional y dirigidos a diferente tipología de pacientes. Muchas de estas iniciativas ni siquiera se han evaluado, mientras que otras han mostrado diversos beneficios tanto a nivel de eficacia y eficiencia como en términos de calidad de vida de paciente y cuidadores.

Sin embargo, sí existe un modelo asistencial de referencia. En la actualidad, no se discute que la responsabilidad principal de la atención domiciliaria recae, y debe seguir recayendo, en el EAP (médico, profesional de enfermería, trabajador social) según el modelo de AP definido en la Conferencia de Alma Ata. Los principales motivos de esto son conceptuales y filosóficos (el domicilio como ámbito asistencial, la continuidad asistencial, los principios de la AP, etc.), de eficacia (proximidad, disponibilidad, atención integral, conocimiento del ámbito familiar y la biografía del paciente, etc.) y de eficiencia (es la asistencia menos costosa).

En general, el resto de «modelos asistenciales» son, en realidad, diferentes fórmulas de apoyo al EAP que pretenden dar respuesta a la progresiva sobrecarga asistencial domiciliaria, derivada del aumento de pacientes que precisan esta atención y de su mayor complejidad clínica, funcional, mental y, sobre todo, social. Por tanto, estos recursos tienen en común las siguientes características:

- Ofrecen apoyo asistencial al EAP.
- También ofrecen apoyo en la coordinación entre niveles asistenciales (AP-AE) y con los recursos sociales, de los que, en ocasiones, disponen directamente.
- Están compuestos por equipos multidisciplinarios.
- Su actuación suele ser «puntual»: tras una intervención más o menos prolongada, cesa su responsabilidad hacia el paciente, que vuelve a ser íntegramente del EAP. No son una excepción a esta regla las Unidades de Cuidados Paliativos, aunque su intervención suele finalizar con la defunción del paciente.
- No atienden a la totalidad de pacientes domiciliarios, sino que orientan su actividad hacia diferentes perfiles de pacientes, en función de la especialidad o «subespecialidad» de los integrantes del equipo: POT, PG, ICC, etc.

Dada la variedad y diferente nivel de implantación de estos recursos, no se pretende aquí realizar una exposición exhaustiva de ellos ni tampoco una comparación de su eficacia o eficiencia, lo que no es posible dada la escasez de datos existentes. Nos limitaremos a exponer los recursos más arraigados en nuestro país, aun a sabiendas de que su implantación no es, ni mucho menos, generalizada en todo el territorio nacional. Existen notables diferencias en cuanto a la equidad en el acceso de la población a estos servicios, que debe ser corregida por las diferentes administraciones.

Los equipos de apoyo dependientes de AP (ESAD y PADES fundamentalmente) y la atención geriátrica en domicilio (AGD) tienen la virtud de no fragmentar la AD, ni crear «redes paralelas»; otras unidades y recursos, en función de su dependencia funcional y metodología de trabajo, sí pueden crear estos inconvenientes, que pueden perjudicar al usuario y son inaceptables para la AP.

EQUIPOS DE APOYO DEPENDIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Programas de AD con equipo de soporte

ESAD

En 1998, se desarrollaron los ESAD en tres Áreas Sanitarias de Madrid, a partir de equipos de cuidados paliativos. Los buenos resultados de la evaluación (uso más racional de recursos, disminución de ingresos hospitalarios, colaboración asistencial, en la coordinación y docencia a los miembros del EAP, mejoría en la calidad de vida de pacientes y cuidadores), aconsejaron la extensión del programa a otras Áreas del antiguo territorio del INSALUD, como «unidades de apoyo» a los programas previos de AP para la AD: programa de AD, programa de atención al paciente terminal y programa de atención al paciente con sida.

Objetivos del programa:

- Objetivos generales: mejorar la calidad de la AD y promover el domicilio como lugar de atención.
- Objetivos específicos:
 - Adecuada organización de la AD desde AP.
 - Ofrecer una atención integral de calidad a pacientes y cuidadores: control de síntomas, promover el autocuidado, apoyar al cuidador.
 - Mejorar la coordinación entre los diversos recursos sociales y sanitarios, estableciendo los acuerdos y canales de coordinación necesarios: AE (servicios clínicos y centrales), servicios sociales, comisión sociosanitaria, hospitales de larga estancia y de apoyo.
 - Mejorar las capacidades de los profesionales de AP implicados en el programa, además de promover el desarrollo de investigación en temas de AD.
 - Apoyar a las familias: formación e información a los cuidadores, coordinación con recursos sociales.

Recursos humanos: dependen funcional y administrativamente de AP.

- Dos médicos con experiencia en geriatría, cuidados paliativos y atención a inmobilizados complejos.
- Dos profesionales de enfermería con experiencia en técnicas diagnósticas y terapéuticas, valoración de necesidades y planificación en Atención Domiciliaria.
- Un auxiliar de enfermería.
- Un auxiliar administrativo.
- Un trabajador social «a tiempo parcial».

Funciones del ESAD:

- Asistencial:
 - Apoyar y complementar al EAP en las siguientes circunstancias: valoración inicial conjunta en domicilio, seguimiento del paciente cuando su curso clínico lo requiera y apoyo en técnicas, para mantener tratamientos en domicilio.
 - Atención directa a pacientes no incluidos en programas de AD.
- Coordinación:
 - Hospital de referencia: ingresos, servicio de farmacia para administración de fármacos en domicilio y servicios “diana” como geriatría, oncología, radioterapia, medicina interna, urgencias y nutrición, mediante sesiones clínicas, transferencia de pacientes y consultas directas.
 - Hospitales de apoyo y larga estancia, para ingresos y altas.
 - Servicio de farmacia de AP.
 - Unidades de urgencias de AP.
 - Otros recursos sociosanitarios del Área.

- Docencia, en coordinación con la unidad docente del Área.
- Investigación, mediante la participación en la comisión de investigación del Área.

Los ESAD apoyan a los profesionales del EAP en la AD a todo tipo de pacientes, independientemente de su edad y patología.

PADES

Se pueden considerar los primeros equipos de apoyo en la AD a los EAP, ya que fueron creados en 1990 por el Instituto Catalán de la Salud, dentro del programa «Vida a los Años». Sus funciones de soporte a la AP, atención directa y coordinación con AE son muy similares a las previamente descritas de los ESAD. Aunque al igual que éstos, su financiación es pública, su gestión es en un 70% privada y en un 30% pública.

Su composición es también similar a la de los ESAD. En Cataluña, tienen acceso a estos equipos más del 90% de la población.

Ambos equipos de soporte tienen una serie de limitaciones, entre las que destacan:

- Horario limitado, generalmente hasta las cinco de la tarde; tampoco ofrecen servicio los fines de semana ni acceso telefónico 24 horas.
- La atención urgente, en la mayoría de los casos, se realiza con recursos propios de los EAP y de AE.
- Debido a factores como la sobrecarga asistencial y la dispersión, existe dificultad para realizar visitas domiciliarias conjuntas con los profesionales de EAP.

ATENCIÓN GERIÁTRICA EN DOMICILIO

La asistencia formal a las personas mayores en domicilio empezó a desarrollarse en los años cuarenta del siglo pasado, sobre todo en los Estados Unidos y en Inglaterra. Ha sido sobre todo en este último país, donde se ha ido extendiendo más la atención geriátrica domiciliaria, tanto en cobertura como en especialización de los profesionales que acuden al domicilio. El Servicio Nacional de Salud inglés define la AD como «un servicio público que permite que se llame a un especialista al domicilio de un paciente, a requerimiento del médico general, por lo común en presencia de éste, para aconsejar sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que no puedan asistir al hospital por motivos médicos».

En nuestro país, la AGD especializada dio comienzo en 1978, en el Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. Posteriormente, otros servicios hospitalarios de Geriátrica han desarrollado sus propias unidades de AGD, compartiendo básicamente los mismos objetivos y funciones, aunque la escasez actual de estos servicios sigue limitando el acceso de la mayor parte de población a una atención especializada geriátrica en domicilio, con base hospitalaria.

El objetivo principal de la AGD es favorecer la permanencia en domicilio de las personas mayores que no precisen institucionalización, durante el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones asistenciales posibles. Existen cinco criterios básicos que indican la necesidad de actuación de AGD:

1. El paciente no precisa ser institucionalizado en residencia ni en hospital. Desafortunadamente, es frecuente que la escasez de estos recursos obligue a atender en domicilio a pacientes en situación sanitaria y/o social precarias.
2. Debe existir un equilibrio adecuado entre la cobertura sanitaria y social que recibe el paciente. Al menos las siguientes seis tareas básicas deben estar garantizadas:
 - a) Apoyo emocional al paciente.
 - b) Vigilancia de las constantes básicas.
 - c) Asistencia física.
 - d) Tareas del hogar.

- e) Administración del tratamiento.
- f) Solicitud de ayuda.
- 3. Imposibilidad o gran dificultad para salir del domicilio y recibir atención ambulatoria.
- 4. Superar las posibilidades reales de la AP. La AGD debe apoyar a la AP, evitando convertirse en un recurso alternativo o paralelo.
- 5. Debe ser aceptada por parte del paciente y de los cuidadores.

Aunque todos los pacientes geriátricos recluidos en domicilio se pueden beneficiar de la VGI realizada por profesionales especializados en geriatría en el domicilio, en los siguientes grupos de pacientes la eficacia es superior:

- 1. Pacientes ancianos.
- 2. Pacientes con síntomas psiquiátricos.
- 3. Los que sufren síndromes geriátricos.
- 4. Diferentes tipos de deterioro cognitivo.
- 5. Pacientes con déficit de visión.
- 6. Bajo nivel educacional.
- 7. Pluripatología y polifarmacia.
- 8. Pacientes con déficit funcionales.

Las principales diferencias con los ESAD son las siguientes:

- La población diana de la AGD es el «paciente geriátrico».
- La AGD es un nivel asistencial perteneciente a un servicio hospitalario de geriatría. Por lo tanto, suele disponer del resto de niveles (unidad geriátrica de agudos, hospital de día, unidad de rehabilitación, consultas externas de geriatría) que precisen los pacientes geriátricos con mayor

seguridad y fluidez. Sin embargo, al no ser un recurso propio de AP la coordinación con ésta puede ser menos intensa.

- Los médicos de AGD son siempre especialistas en geriatría, lo que en el momento actual no se garantiza en los ESAD, donde el perfil profesional de los facultativos queda a discreción de la Gerencia de AP.
- Habitualmente, la función de coordinación con el resto de servicios hospitalarios es una preocupación menor en AGD respecto a los ESAD.

UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Como en el caso de la AGD, es también en los países anglosajones, y en especial Canadá y Gran Bretaña, donde más se han desarrollado este tipo de unidades, tanto desde un ámbito hospitalario (generalmente fuera de los hospitales generales) como comunitario, existiendo también unidades mixtas. En nuestro país, es solamente en los últimos años cuando está teniendo lugar un desarrollo significativo de UCPs, desafortunadamente de un modo anárquico, tanto en su ubicación (hospitales generales, hospitales de apoyo, AP...), dependencia funcional y administrativa (servicios hospitalarios de oncología, AP, ayuntamientos, ONGs, entidades privadas...), dotación de profesionales y formación específica de éstos (médicos generales con mayor o menor formación en cuidados paliativos, oncólogos, internistas, geriatras...) como en la distribución en diferentes Áreas sanitarias y Comunidades Autónomas. Por lo tanto, tampoco podemos aquí hablar de equidad en la distribución de recursos, si bien se percibe un esfuerzo de las diferentes administraciones en la dotación de este tipo de unidades. Este esfuerzo es particularmente notorio en Cataluña, donde en la actualidad más del 90% de la población puede acceder a estos recursos, tanto por medio de los mencionados PADES como de UCPs de base hospitalaria

El modelo más extendido consiste en unidades de AD compuestos por 1-2 médicos, dos profesionales de enfermería y un trabajador social, pudiendo disponer ocasionalmente de otros profesionales, sobre todo psicólogos. Suelen disponer de camas para la hospitalización (control de síntomas, descarga de cuidadores, atención a la agonía), generalmente ubicadas en hospitales de apoyo o incluso en residencias asistidas. Con frecuencia, su dependencia es de ONGs y órdenes religiosas (Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, orden de San Juan de Dios, orden de San Camilo...) y se integran en la sanidad pública mediante conciertos con la Administración.

Si bien existe una tendencia progresiva en la mejora de diversos aspectos asistenciales y de coordinación, se puede mencionar las siguientes limitaciones en la mayoría de estas unidades:

- Escasa formación específica de los profesionales.
- Tendencia a la organización como «redes paralelas» respecto a la AP.
- Escasa actividad de coordinación tanto con AP como con AE y recursos sociales de la comunidad.
- Con frecuencia, limitan su actividad a la atención a los POT, excluyendo a los pacientes en estadio terminal de enfermedades no oncológicas.
- La dependencia de ONGs no garantiza la continuidad en el tiempo de estas unidades.
- Escasa formación y dedicación al resto de patologías que puede presentar el POT; dado que la mayoría de estos pacientes presentan edades avanzadas y pluripatología, esta limitación resulta de especial importancia para asegurar una óptima calidad asistencial.

1.4 Distinción de modelos de organización de otros servicios relacionados

Como ya sabemos, los servicios sociales son prestaciones que están incluidas dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, cuya finalidad es complementar las prestaciones económicas y, a la vez, procurar una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios reduciendo, en lo posible, las limitaciones personales motivadas por razones de edad o discapacidad.

Dicha acción protectora se amplía y complementa con un sistema público de prestaciones y servicios para la atención a las personas en situación de dependencia (aquellas que por razones de edad, enfermedad o discapacidad precisan de la atención de otras personas o ayudas para realizar las actividades básicas de la vida diaria), que se prestan a través de la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas.



Los servicios sociales no solo cubren la atención domiciliaria, sino que ofrecen ayuda a otros colectivos. En este caso, tomaremos como ejemplo los servicios sociales de la Comunidad de Madrid. A continuación, enumeramos cada uno de los servicios sociales que aporta esta comunidad:

Inmigración:

Este servicio se estructura mediante informes de integración, centros de participación e integración de inmigrantes, informaciones prácticas para inmigrantes, proyectos europeos, ayudas y subvenciones.

Familia y fomento a la natalidad:

La familia es la institución básica sobre la que se sustenta el modelo de convivencia de la Comunidad de Madrid. El Gobierno de esta comunidad aplica políticas de apoyo a las familias y de impulso de la natalidad.

Este servicio se organiza en acciones en favor de la familia como ayudas para el fomento de la natalidad, ayudas económicas a familias con menores en cuidados paliativos pediátricos, centros de apoyo y encuentro familiar, estrategias de apoyo a la familia, estrategias de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y la conciliación, y políticas de apoyo a la maternidad.

Infancia y adolescencia:

Este servicio se organiza en base a políticas de fomento de la adopción, acogimiento familiar de menores, líneas telefónicas de ayuda a niños y adolescentes, prevención del maltrato infantil, protección del menor, acogimiento residencial de menores, servicio de atención en adicciones tecnológicas e intervención en abuso sexual infantil.

Además, se ofrecen otros servicios como consejos de atención a la infancia y adolescencia, prevención del abandono de bebés, atención integral a niños y adolescentes en riesgo social, derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes, becas de educación infantil, dictamen de urgencia social, atención temprana e indicadores de sectores de atención social.

Inclusión social:

Servicio organizado en base a la Ley de Servicios Sociales, la renta mínima de inserción, pensiones no contributivas, comedores sociales, atención social primaria, ayudas y subvenciones de los Servicios Sociales.

Igualdad y violencia de género:

Este servicio se estructura en base a políticas contra la violencia de género, promoción de la igualdad y lucha contra la discriminación y prevención de trata de seres humanos con fines de explotación sexual.

Además, existen ayudas económicas de pago único para mujeres víctimas de violencia de género y ayudas individuales para favorecer la autonomía de mujeres víctimas de violencia de género.

LGTBI:

Servicio estructurado en base a políticas LGBTI, subvenciones a proyectos dirigidos a la consecución de la igualdad real y efectiva de las personas LGBTI, y ayudas y subvenciones de los Servicios Sociales.

Destaca la posibilidad de acceso a entidades y organizaciones LGBTI, a la normativa sobre LGBTI y a las publicaciones y datos estadísticos que tratan este colectivo.

Voluntariado y cooperación al desarrollo:

Segmento de los Servicios Sociales que incentiva el voluntariado y potencia la formación de los voluntarios. Esto lo desarrolla mediante cursos web de voluntariado, voluntariado con mayores, voluntariado con menores en dificultad social, voluntariado con personas en riesgo de exclusión social, habilidades para la mediación comunitaria y a la participación social en la acción voluntaria, voluntariado en hospitales e inteligencia emocional en el voluntariado.

1.5 Relación de contratos programa con entidades vinculadas



El Gobierno establece la necesidad de celebrar determinados contratos entre la Administración pública y determinados entes del sector público adscritos a ella para determinar los objetivos a conseguir y los recursos que se ponen a su disposición, estableciendo indicadores para medir el grado de consecución de dichos objetivos. Este contrato se conoce como contrato programa.

El contrato programa se define como un acuerdo entre el Estado y las entidades públicas que reciben subvenciones con cargo a los Presupuestos Generales del Estado en el que se establecen los derechos y obligaciones de cada una de las partes.

Estos contratos tienen carácter plurianual y recogen las relaciones económicas y jurídicas entre los contratantes. Las partes que firman el contrato programa se encuentran en desequilibrio ya que una de ellas tiene la facultad de financiar a la otra.

Los contratos programa son utilizados en sectores como la educación, la sanidad o la televisión, en los que trabajan especialistas muy cualificados en estructuras bastante planas (con pocos niveles jerárquicos) donde el poder radica abajo.

El contrato programa supone una técnica jurídica con doble funcionalidad y naturaleza: por un lado, la propia del contrato, en cuanto a compromiso de las partes, y por otra la de programa, propio de las subvenciones, en cuanto marca unos fines u objetivos paulatinos o deslizantes.

El contrato programa participa también de algunas notas características de los contratos de adhesión, tan conocidos en el ámbito civil, donde la posición predominante de una parte frente a la otra, en materia de financiación, hace que las negociaciones puedan ser un mero formalismo.

Origen de los contratos programa en España

Los contratos programa aparecen en España en los años 80 con la finalidad de disminuir el déficit de las empresas públicas y gestionar las subvenciones nominativas recogidas en los presupuestos del Estado. A través de esos contratos se pretende también acordar planes de saneamiento y modernización en sectores en reconversión industrial, como los astilleros o la minería.

El primer contrato programa se firmó por Hunosa en 1981 estableciendo unos objetivos generales respecto al coste de la plantilla y de cada tonelada de carbón extraída. En esa época Renfe firmó también el primer contrato programa con el Estado.

Esto dio lugar a un enorme protagonismo de Hacienda sobre los responsables sectoriales, con menos capacidad para concretar su actividad en términos medibles. La preponderancia de las direcciones generales de presupuestos como tercer protagonista principal nos lleva a considerar la trilateralidad como una característica más de los contratos presupuestarios,

Actualmente, los contratos programa se encuentran regulados en la Ley General Presupuestaria, donde se establece un procedimiento detallado para su suscripción. Así, estos contratos deben contener cláusulas de:

- Hipótesis macroeconómicas.
- Aportaciones presupuestarias.
- Objetivos de la política de personal.

- Rentabilidad.
- Productividad o reestructuración.
- Indicadores de evaluación.
- Efectos del incumplimiento de los compromisos.

También se establece la necesidad de realizar una auditoría del contrato programa cuando las aportaciones se encuentren condicionadas al cumplimiento de objetivos precisos, a la evolución de determinadas magnitudes financieras o hipótesis macroeconómicas.

Objetivos de los contratos programa

Los contratos programa pretenden conseguir los objetivos o fines que les asigne el Gobierno, dentro del contexto de un plan más general que sea la expresión de los grandes objetivos nacionales.

Por tanto, los objetivos dependen del sector concreto en el que se suscriba el contrato programa. El contrato pretende asegurar el cumplimiento por parte de la empresa pública de sus fines o propósitos de interés general, confiriéndole autonomía para la consecución del resto de sus objetivos.

La duración del contrato programa es plurianual pero se renueva anualmente. Es decir, los derechos y deberes establecidos en el mismo deben cumplirse a lo largo del año.

Diferencias entre contrato programa y convenio

Un convenio suele ser un arreglo informal, a menudo no escrito, entre dos o más partes. Las partes simplemente consienten o se abstienen de hacer algo. Nada requiere que las partes se adhieran a los términos del acuerdo. Un convenio no se puede hacer cumplir en los tribunales a través de un litigio porque carece de los elementos de un contrato. No tiene absolutamente ninguna fuerza legal, aunque a menudo es el comienzo de la negociación de un contrato.

Un contrato programa, por otro lado, es un acuerdo formal entre dos partes que se puede hacer cumplir ya sea en un tribunal o mediante arbitraje. Los contratos son válidos cuando ambas partes aceptan los términos.

Contratos programa en sanidad

El Sistema Sanitario español, tras haber alcanzado su plena consolidación, se ve inmerso, junto a la práctica totalidad de Sistemas de nuestro entorno, en un interesante debate sobre su futuro, dentro de los condicionantes derivados del marco general de interdependencia política creciente y de salida de una grave crisis económica, que tiene su más claro reflejo en los esfuerzos de todos los países por controlar el déficit público y el desempleo.

El Contrato programa, es una herramienta con capacidad potencial para mejorar los resultados de gestión, con la participación activa de los profesionales, que con sus decisiones clínicas y organizativas cotidianas tienen capacidad de inducir (empleando, para este fin, un proceso de pactos y negociaciones, a cuantos niveles de la organización desee cada responsable de su uso).

El Contrato programa debe venir acompañado, si se quiere alcanzar su máxima utilidad, de un cambio cultural en gestores y clínicos, que haga de la negociación y la corresponsabilidad una forma habitual de relación.

La consecuencia de la implantación del Contrato programa deberá ser la modificación de un determinante interno básico en la organización: la devolución del poder de gestión a los profesionales.



Recuerda:

Bajo la denominación de **Servicios de Ayuda a Domicilio** o también conocidos como **Servicios de Atención Domiciliaria (SAD)** se recoge a todo un conjunto de recursos dirigidos a prestar apoyo y cuidados en su domicilio a las personas cuando, por cualquier circunstancia, dejan de ser autónomos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

1.6 Ejercicios de evaluación

Capítulo 1:

1. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales:

a) Verdadero

b) Falso

2. En los países Nórdicos el Servicio de Atención Domiciliaria comienza a organizarse en los años 80 dentro de un modelo que se ha denominado “tradicional”:

a) Verdadero

b) Falso

3. Limpieza o ayuda en la limpieza cotidiana de la vivienda, lavado, planchado y ordenación de la ropa dentro del hogar, adquisición de alimentos y otros productos básicos a cuenta del usuario, preparación de comidas, tareas de mantenimiento básico de utensilios domésticos:

a) Atención personal

b) Atención doméstica

c) Ambas son incorrectas

4. Los equipos de apoyo dependientes de AP (ESAD y PADES fundamentalmente) y la atención geriátrica en domicilio (AGD) tienen la virtud de crear «redes paralelas»:

a) Verdadero

b) Falso

5. Son funciones del ESAD:

- a) Asistencial
- b) Coordinación
- c) Ambas son correctas

6. El objetivo principal de la Atención Geriátrica en el Domicilio es favorecer la permanencia en domicilio de las personas mayores que no precisen institucionalización, durante el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones asistenciales posibles:

- a) Verdadero
- b) Falso

7. Servicio organizado en base a la Ley de Servicios Sociales, la renta mínima de inserción, pensiones no contributivas, comedores sociales, atención social primaria, ayudas y subvenciones de los Servicios Sociales:

- a) Igualdad y violencia de género
- b) Inclusión social
- c) Infancia y adolescencia

8. Los contratos programa aparecen en España en los años 80 con la finalidad de disminuir el déficit de las empresas públicas y gestionar las subvenciones nominativas recogidas en los presupuestos del Estado:

- a) Verdadero
- b) Falso

9. Los contratos programa pretenden conseguir los objetivos o fines que les asigne el Municipio, dentro del contexto de un plan más general que sea la expresión de los grandes objetivos nacionales:

a) Verdadero

b) Falso

10. Un contrato programa suele ser un arreglo informal, a menudo no escrito, entre dos o más partes. Las partes simplemente consienten o se abstienen de hacer algo. Nada requiere que las partes se adhieran a los términos del acuerdo:

a) Verdadero

b) Falso

Comprobar respuestas en solucionario



Módulo 2

**Planificación estratégica
de servicios de atención domiciliaria**

