

CALIDAD Y DEPENDENCIA

Grados de dependencia y necesidades de servicios



Estudio de Consultoría y Asistencia realizado por Fundación SAR para el IMSERSO

Dirección Técnica:

Dulce Fontanals

Equipo Técnico:

**Josep Pascual
Iciar Ancizu
Albert Navarro
Luciano Literas
Beatriz Galindo**

Coordinación y revisión IMSERSO:

**Juan Manuel Duque
Adela Mateo**

INDICE

Introducción.....	5
1. Justificación y objetivos del estudio.....	7
Primera parte: Análisis Normativo.....	10
1. Marco conceptual.....	10
1.1 Marco general de análisis.....	10
1.2 Marco estructural.....	16
1.3 Definición terminológica.....	19
2. Análisis por servicio.....	23
3. Análisis comparativo.....	24
Segunda parte: Análisis estadístico y tipologías.....	39
1. Planteamiento metodológico: Definición analítica y muestral.....	39
2. Selección de variables y validación de datos.....	45
3. Definición de perfiles de dependencia.....	56
Tercera parte: Modelos base y escenarios referenciales.....	65
1. Modelo base.....	65
2. Modelo referencial.....	79
Conclusiones.....	99
Bibliografía.....	104
Anexos.....	106
Anexo 1: Marcos estructurales de servicios.....	106
Anexo 2: Cuadros resumen.....	502
Anexo 3: Tablas Síntesis.....	586
Anexo 4: Baremos.....	601

Índice de Tablas y Figuras

Figura 1.	Mapa conceptual de procesos generales actuales.....	11
Figura 2.	Mapa conceptual de procesos a partir de la nueva Ley.....	12
Figura 3.	Marco general de análisis normativo.....	15
Figura 4.	Requisitos de edad y dependencia para ingreso en centro residencial de personas mayores, por CCAA.....	25
Figura 5.	Servicios mínimos exigidos para centros residenciales de personas mayores, por CCAA.....	26
Figura 6.	Valoración de requisitos materiales para centros residenciales de personas mayores, por CCAA.....	30
Figura 7.	Servicios mínimos exigidos para centros de día de personas mayores, por CCAA.....	31
Figura 8.	Valoración de requisitos materiales para centros de día de personas mayores, por CCAA.....	33
Figura 9.	Servicios mínimos exigidos para ayuda a domicilio, por CCAA.....	34
Figura 10.	Tiempo de atención horas / día de servicio de ayuda a domicilio, por CCAA.....	35
Figura 11.	Requisitos para la acreditación del servicio de ayuda a domicilio, en porcentajes.....	36
Figura 12.	Requisitos para la acreditación del servicio de centros de día y residencias para personas mayores y discapacitados, en porcentajes.....	36
Figura 13.	Estrategia metodológica cuantitativa.....	41
Figura 14.	Distribución geográfica de la muestra.....	42
Tabla 1.	Descripción sociodemográfica de la muestra.....	43
Tabla 2.	Diagnóstico principal.....	44
Tabla 3.	Dimensiones de autocuidado y movilidad.....	46
Tabla 4.	Grupos de carga (tiempo de enfermería) vs. variables CMBD.....	56
Tabla 5.	Conglomerados en base a la edad.....	57
Tabla 6.	Conglomerados en base al sexo.....	57
Figura 15.	Relación de variables – conglomerados.....	58

Figura 16. Caracterización de los tres conglomerados (grados de dependencia).....	62
Figura 17. Afectación de las áreas, según orden.....	63
Figura 18. Conglomerado 1: Necesidad de cuidados.....	81
Figura 19. Conglomerado 2: Necesidad de cuidados.....	84
Figura 20. Conglomerado 3: Necesidad de cuidados.....	87
Figura 21. Conglomerado 4: Necesidad de cuidados.....	90
Figura 22. Conglomerado 5: Necesidad de cuidados.....	93
Figura 23. Conglomerado 6: Necesidad de cuidados.....	96
Figura 24. Sistematización del contexto social de dependencia.....	100

Introducción

El presente proyecto nace en el contexto de elaboración de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, que perfila el marco del Sistema Nacional de Dependencia y tiene el fin de garantizar las condiciones básicas y la previsión de niveles de protección a los que se refiere la Ley.

La investigación pretende, por un lado, conocer y analizar las diversas realidades legislativas autonómicas en materia de servicios sociales para personas mayores y discapacitados y, por otro, caracterizar los diferentes perfiles de dependencia, ambos aspectos centrales en la definición de un nivel mínimo de protección. Este proceso de análisis requiere la consideración conjunta de los requisitos normativos, los perfiles según nivel de dependencia, las necesidades asociadas y los recursos a asignar, para así configurar unos *escenarios de referencia* que faciliten la visualización del tándem dinámico necesidad – servicio.

De este modo, la investigación se ha estructurado en torno a tres **objetivos** centrales:

- Analizar la normativa autonómica vigente en las diferentes CCAA y definir los distintos requisitos de la cartera de servicios.
- Caracterizar los perfiles de usuarios en relación a sus características funcionales y necesidades de atención.
- Definir un modelo base normativo y unos escenarios de referencia que permitan asignar los servicios a los perfiles en función de su nivel de dependencia.

La consecución de dichos objetivos se ha alcanzado a través de una **estrategia metodológica** que incluye aproximaciones cuantitativas y cualitativas en las diferentes fases de la investigación.

El **marco general del análisis normativo** se centra en los requisitos actuales de funcionamiento de los servicios, obtenidos a partir de las normativas publicadas antes del 20 de junio de 2006 en las diecisiete Comunidades Autónomas. Se parte inicialmente de las asimetrías existentes entre ellas para alcanzar luego los puntos

básicos de encuentro y realizar marcos comparativos a través del análisis documental y de fuentes secundarias de información.

La guía de trabajo ha sido un marco estructural utilizado para obtener la información normativa, cuya estructura varía de acuerdo con el tipo de servicio y que constituye la base para la posterior elaboración de tablas y estándares. Los conceptos incluidos en el marco estructural se han elaborado sobre la base de los criterios diseñados por las diferentes CCAA. A partir de este trabajo se ha definido un **modelo base** para cada uno de los servicios contemplados en la Ley.

La segunda parte del estudio se centra en la **definición de perfiles de dependencia**. Se analiza la información disponible en un sistema de registro asistencial que recoge sistemáticamente el plan de cuidados y la valoración interdisciplinar de cada residente, permitiendo conocer su situación al ingreso en el centro y su estudio estadístico posterior centrado en las ayudas que necesita. La muestra definitiva la forman 636 personas mayores de centros residenciales pertenecientes a seis CCAA.

El diseño metodológico de esta parte del estudio se sustenta en la definición de grados de dependencia realizada en el *Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. La autonomía de las personas se ha determinado a partir de nueve variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD RAI 1.0) mientras que la intensidad del cuidado requerido se ha medido con el tiempo de enfermería.

El resultado ha sido la definición estadística de los grupos mediante conglomerados. Se han obtenido, de acuerdo con lo previsto en el Proyecto de Ley, **tres perfiles correspondientes con los tres grados de dependencia** (con dos niveles cada uno) lo que supone una buena aproximación a la caracterización de la dependencia moderada, severa y gran dependencia.

Los conglomerados o grupos generados son homogéneos en cuanto a la estructura demográfica (edad y sexo) y heterogéneos entre sí en cuanto a la cantidad de ayuda que necesitan en distintas actividades de la vida diaria. Los grupos más independientes en las diferentes áreas requieren sólo la supervisión puntual, a diferencia de aquellos con mayor nivel de dependencia, donde aumenta el porcentaje

de personas que necesitan soporte de algún tipo, principalmente ayuda directa en todas las AVD, atención médica y DUE continuada y apoyo informal fuerte.

En la última parte del proyecto, se ha realizado un ejercicio de análisis cualitativo de historias clínicas y situaciones socio-personales específicas de sesenta residentes seleccionados aleatoriamente. El resultado obtenido ha permitido elaborar **escenarios referenciales** en los que se identifican las seis tipologías de usuarios, su entorno personal y los servicios que necesitan, permitiendo así un ajuste más exacto del recurso al perfil de dependencia.

En definitiva, la calidad del Sistema de Dependencia requiere *fijar criterios comunes en cuanto a la acreditación de los centros y servicios, entendiendo como esenciales las condiciones materiales, funcionales y los servicios mínimos*. Esto permitirá plantear escenarios equitativos, sostenibles y accesibles para atender a todas las personas dependientes en situación de igualdad de forma integral e integrada.

1. Justificación y Objetivos del estudio

El proyecto de *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* perfila el marco para el establecimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Dependencia. El Sistema tiene por finalidad principal garantizar las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a los que se refiere la Ley. “De este modo, se configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, que administrativamente se organiza en tres niveles” (Proyecto de Ley: 2).

La organización administrativa contempla un *nivel mínimo de protección garantizado* por la Administración General del Estado, un segundo nivel basado en la cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas a través de convenios para el desarrollo y aplicación de las prestaciones y servicios contemplados, y un tercer nivel que puede ser impulsado por las Comunidades Autónomas si lo consideran conveniente.

La estructura competencial fijada en el Proyecto de Ley parte de un escenario normativo general de descentralización en el que las Comunidades Autónomas tienen atribuidas entre otras, las competencias exclusivas en Servicios Sociales y Sanitarios. De ahí que, a lo largo de los últimos años, las Comunidades Autónomas hayan regulado, en el uso de sus facultades, los requisitos y características que deben reunir los diferentes recursos de atención a personas dependientes para su puesta en marcha y posterior funcionamiento.

En este contexto, *la definición de un nivel mínimo de protección requiere el conocimiento y análisis de las diversas realidades autonómicas*, que se rigen por criterios de actuación diferentes, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. El presente proyecto nace del interés del IMSERSO por configurar marcos comparativos que permitan obtener los factores comunes de un modelo base para cada uno de los recursos de la cartera de servicios. Este proceso pretende orientar la toma de decisiones acerca de los requisitos mínimos y estándares de calidad a exigir a los servicios incluidos en el Sistema Nacional de Dependencia, sin perjuicio del desarrollo normativo posterior a realizar por las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, en el marco de la nueva Ley, la situación de dependencia se clasifica en tres grados, divididos a su vez en dos niveles cada uno, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad de cuidado que requieren. Cada servicio u operador de servicio tiene unas características concretas que lo convierten en idóneo para un determinado perfil de persona dependiente. De ahí que, una vez definidos los requisitos normativos específicos de cada recurso, la caracterización de los perfiles de dependencia se convierta en otro aspecto fundamental del trabajo. Cabe señalar que *la acreditación* de un determinado servicio depende de su capacidad para satisfacer las necesidades de las personas dependientes según unos criterios de calidad exigidos, por lo que resulta preciso estudiar diversos elementos conjuntamente: requisitos normativos, perfiles según nivel de dependencia, necesidades asociadas y recursos a asignar. Esto permitirá configurar unos *escenarios de referencia* que faciliten la visualización del tándem *necesidad-servicio* en casos reales.

Teniendo en cuenta todos estos elementos, la presente investigación se plantea con tres objetivos clave:

- Analizar la **normativa autonómica actual** en todo el Estado con el propósito de definir los distintos requisitos de la cartera de servicios de atención a la dependencia.
- Caracterizar diferentes perfiles de usuarios estableciendo **tres y seis grados de dependencia** que permitan conocer sus características funcionales y determinar sus necesidades de atención. Se configuran de esta forma tipologías base de la dependencia moderada, severa y la gran dependencia.
- Definir un **modelo base normativo** y unos **escenarios de referencia** en los que se asignan los **servicios** que requieren los diferentes perfiles en función de su nivel de dependencia.

El informe completo consta de tres partes. La primera se organiza en diversos apartados que recogen tanto la justificación teórica como el marco conceptual. Se plantea, además, el análisis de las dimensiones de cada servicio con el objetivo de mostrar la presencia o ausencia de las diferentes características estudiadas y obtener así un marco comparativo autonómico.

La segunda parte incluye todo el proceso de análisis estadístico de perfiles de atención con datos de seis Comunidades Autónomas: desde el planteamiento metodológico y selección de variables hasta la definición de los tres perfiles de dependencia que constituyen la base del trabajo posterior.

En la última parte se presenta el modelo base donde se establecen los requisitos estándar de cada uno de los recursos y los escenarios referenciales que suponen el ajuste de las necesidades de casos concretos con los servicios que requieren para satisfacerlas. Esto es posible gracias a la utilización de toda la información obtenida a lo largo del proyecto: la definición de los servicios y sus características, la tipología de usuarios con diferentes niveles de dependencia y los recursos a asignar en función de sus necesidades específicas.

En definitiva, la presente investigación pretende proporcionar herramientas para la reflexión y el análisis que sean útiles en la toma de decisiones dirigidas al establecimiento de un acuerdo de mínimos en todos los niveles del Sistema, desde la planificación hasta la cobertura y atención directa.

1. Marco conceptual del estudio

1.1. Marco general de análisis

El presente proyecto parte de la premisa de que las Comunidades Autónomas, en el uso de sus competencias, han desarrollado distintos niveles de protección para dar respuesta a las necesidades de los diferentes territorios. Esto supone, a priori, una gran diversidad tanto en los servicios puestos en marcha como en las condiciones de funcionamiento y otros requisitos formales. De hecho, a lo largo de la investigación se ha podido constatar la existencia de una gran heterogeneidad en cuanto a normativa, especialmente en lo referente a los elementos funcionales y estructurales.

Funcionalidad y estructura están íntimamente relacionados y son aspectos esenciales en la definición del servicio. Tal y como se describe en la Figura 1, en la actualidad el funcionamiento y la calidad se definen y controlan mediante procedimientos administrativos y procesos de acreditación legislados a nivel autonómico que incluyen la consideración de elementos funcionales y estructurales. En este caso, la función exige cumplir requisitos en cuanto a la documentación disponible, el personal contratado y los servicios exigidos. Por su parte, la estructura implica satisfacer unas condiciones materiales mínimas en cuanto al edificio y espacios interiores. El marco general de análisis debe incluir, por tanto, todos estos elementos.

La aprobación y entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia traerá como consecuencia cambios normativos que implicarán acuerdos de mínimos en torno al sistema de servicios con el fin de garantizar el “contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio nacional” tal y como propugna el citado proyecto de Ley en su artículo primero (Proyecto de Ley: 3). De ahí, la importancia de estudiar el panorama normativo actual (Figura 2). Es importante resaltar que existen una serie de factores, sin influencia directa sobre el funcionamiento o control de calidad, que cambiarán radicalmente en el futuro. A modo de aproximación, se pueden enumerar los siguientes: requisitos de los usuarios para acceder al servicio, baremos, formas de acceso al servicio público y aportaciones de los usuarios.

Figura 1. Mapa conceptual de procesos generales actuales. Exigencias actuales ante la nueva Ley.

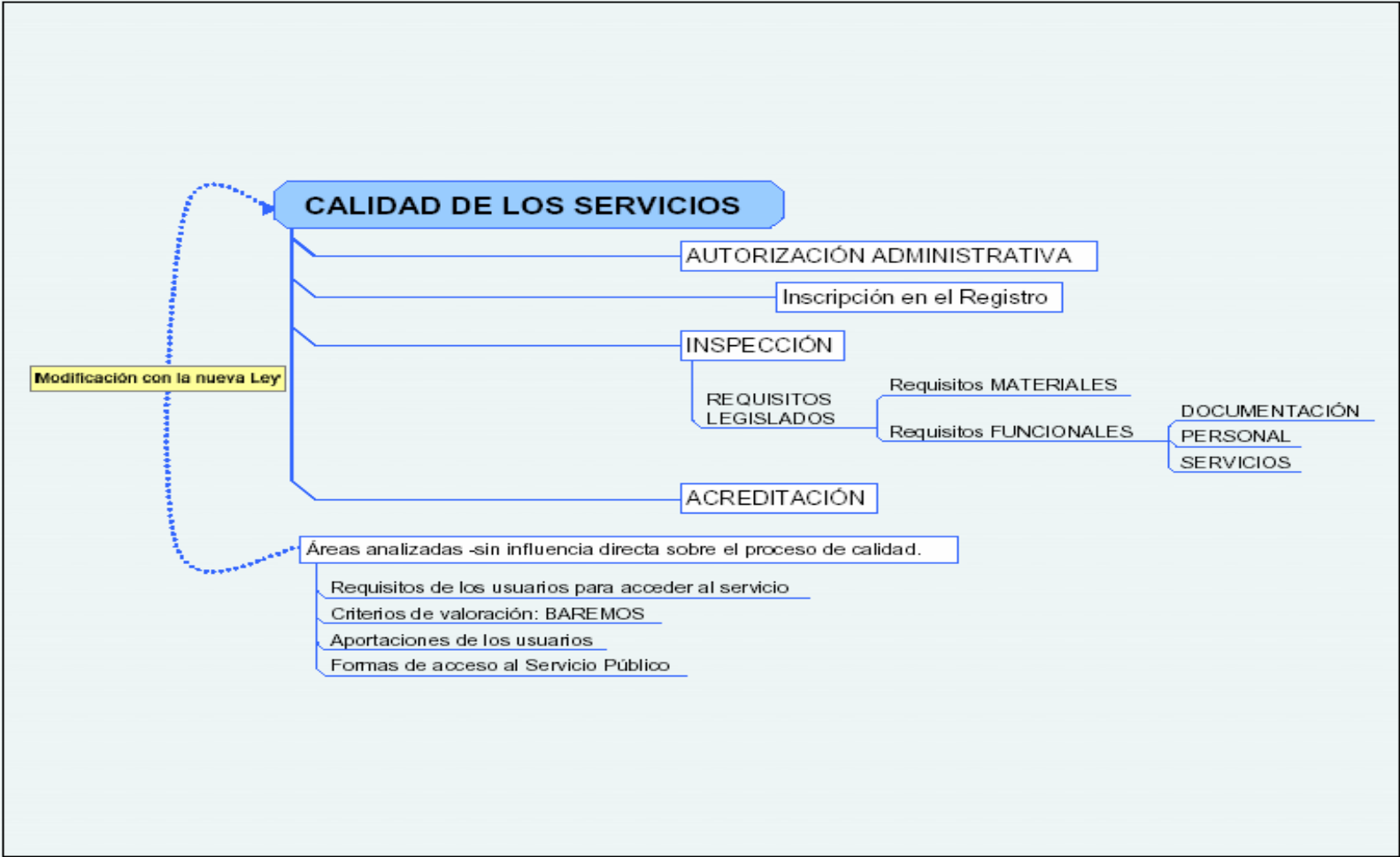
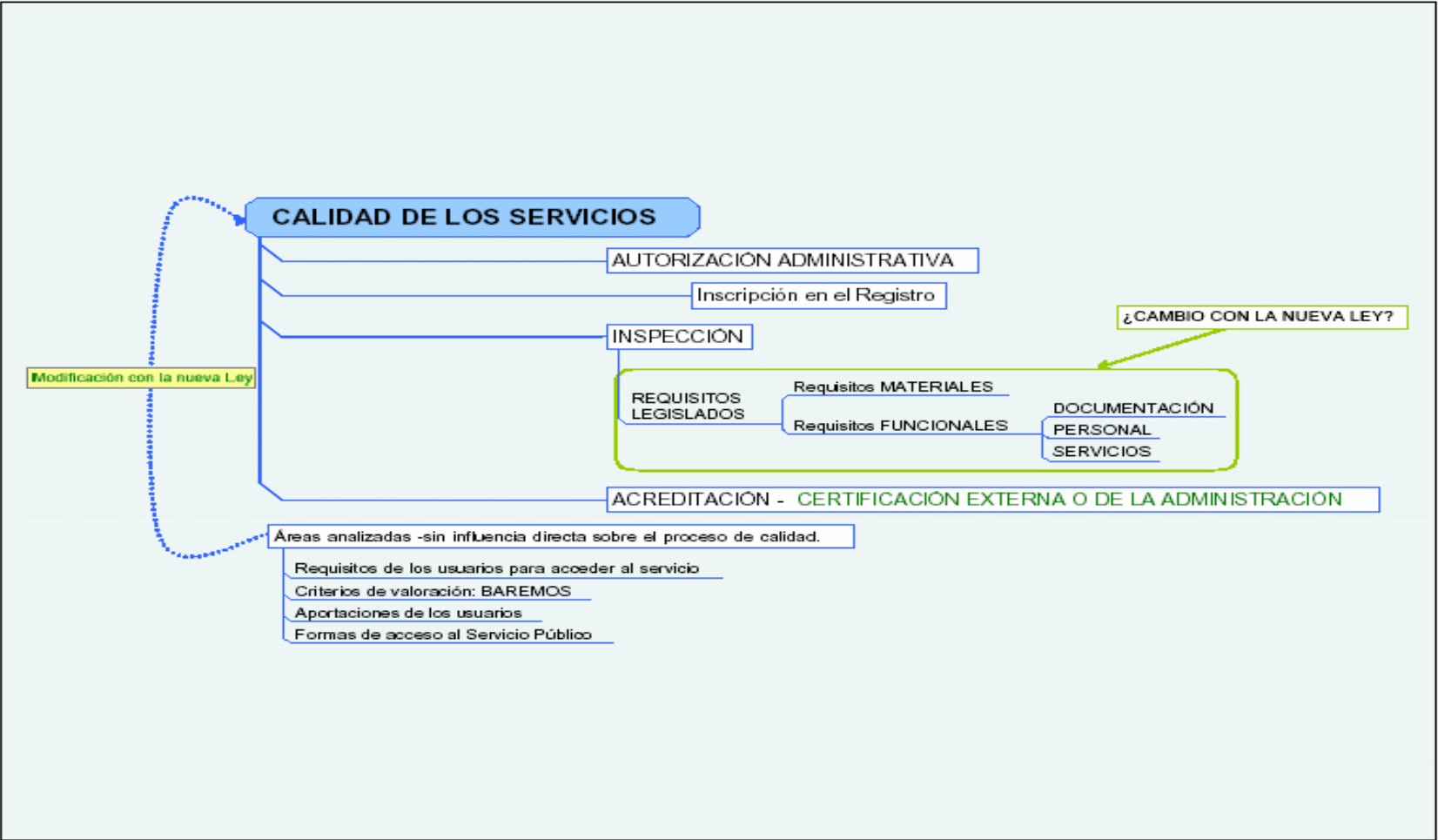


Figura 2. Mapa conceptual de procesos generales a partir de la nueva Ley. Cambios necesarios a partir de la nueva Ley.



Teniendo en cuenta la disparidad conceptual en el desarrollo de recursos y con el fin de ajustar el análisis a las características del marco de trabajo, se ha tomado como base la cartera de servicios definida en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Éste es el elemento común a todas las Administraciones que ha guiado la organización de esta parte del estudio.

Se realiza, así, un **análisis normativo** de toda la legislación autonómica accesible vía web y, en los casos en los que se considera necesario, se solicita la documentación o información por teléfono o correo electrónico. Se establece como fecha límite de búsqueda y recepción de datos el 20 de junio de 2006, por lo que cualquier documento posterior que haya sido publicado no se ha incluido.

La metodología de trabajo se basa en el análisis documental y de fuentes secundarias utilizando como modelo el marco estructural elaborado por el equipo investigador a partir del trabajo realizado por Edad & Vida (2004). Tras el diseño de una planilla base común a todas las Comunidades Autónomas, se introduce la información recabada en tablas de doble entrada, que permiten elaborar cuadros resumen comparativos. La construcción de los cuadros resumen se realiza a partir de la identificación de las dimensiones relevantes de cada uno de los servicios, lo que proporciona una primera aproximación general a los requisitos de cada uno de ellos.

Es importante realizar cuatro consideraciones en torno al análisis normativo:

1. El análisis realizado se limita al contenido de las normas autonómicas, por lo que no se evalúa el grado de implementación ni desarrollo en cada uno de los territorios en que son de aplicación.
2. Por otra parte, en la actualidad, prácticamente todas las Comunidades Autónomas están trabajando en nuevas Leyes de Servicios Sociales, Planes Sociosanitarios de atención o en nuevas medidas de apoyo a familiares y personas mayores dependientes. A lo largo de la investigación se ha detectado la existencia de normativas en fase de discusión o aprobación que no se han tenido en cuenta en el análisis al no estar publicadas oficialmente.

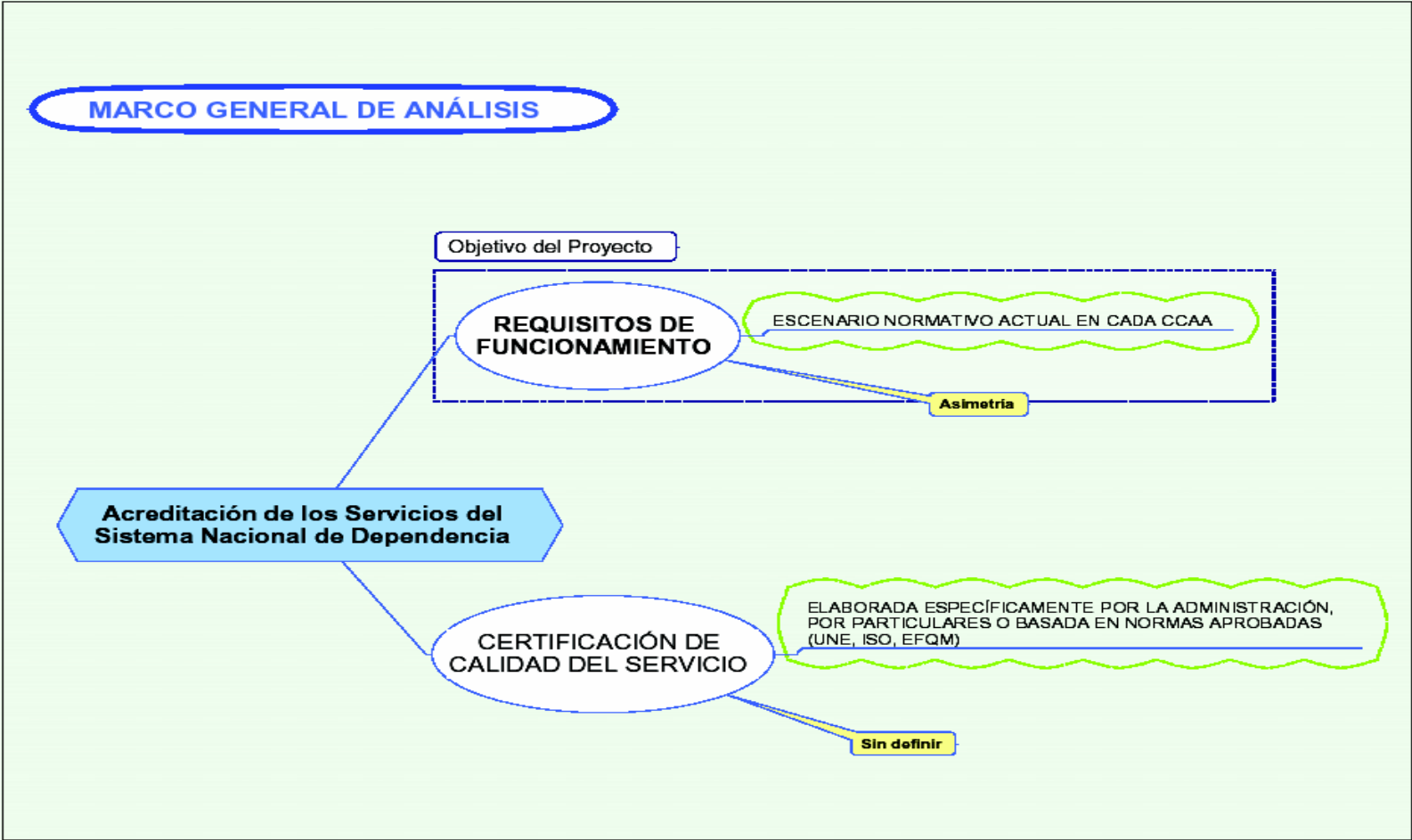
Previsiblemente, la futura aprobación de la Ley junto a la de las Normativas Autonómicas planteará escenarios diferentes con nuevos requisitos.

3. Dado que, tal y como se recoge en el proyecto de Ley, los servicios establecidos en el catálogo se regulan independientemente de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no se han estudiado los Planes Sociosanitarios actualmente vigentes en algunas Comunidades Autónomas, ya que no se considera que aporten información relevante para la definición de los requisitos base.
4. La información normativa recogida y analizada se refiere a leyes, decretos y ordenanzas principalmente, que constituyen la base de la producción legislativa de un territorio. En casos concretos, en los que no se disponía de información a nivel provincial o autonómico, se han revisado concursos públicos, sin ser éste el foco del análisis, para completar las planillas de servicios. Es preciso señalar que los Ayuntamientos y Consejerías actualizan los requisitos funcionales y materiales principalmente a través de concursos, aunque estos no han formado parte del análisis aquí presentado porque su variabilidad y cantidad haría imposible establecer unos mínimos comunes. Teniendo en cuenta esto, puede ocurrir que para ciertos servicios existan normativas a nivel local o provincial más restrictivas o ajustadas.

En definitiva, el marco general de análisis normativo se centra en los requisitos actuales de funcionamiento observados en las diecisiete CCAA (Figura 3). Principalmente, se ha centrado en la asimetría existente en entre ellas, para llegar posteriormente a puntos comunes. Es decir, se ha partido de la diversidad y la diferencia, para tratar de identificar los puntos básicos de encuentro. En este contexto de análisis no se han tenido en cuenta las certificaciones externas de calidad, ya que esto sería objeto de un estudio posterior.

Una vez definidos los elementos clave del proceso de análisis normativo, los dos apartados siguientes detallan los instrumentos utilizados en el análisis: por un lado, la estructura de la planilla base y por otro, los conceptos fundamentales utilizados en las tablas de servicios.

Figura 3. Marco General de análisis normativo



1.2. Marco estructural: Formatos y Modelos de recogida de información

El marco estructural de servicios es el modelo utilizado para obtener toda la información normativa que conforma la base para la elaboración posterior de cuadros resumen y estándares (Anexo 1). La organización general del marco se configura para cada uno de los servicios estudiados.

1) Teleasistencia

1. Modalidades
2. Autorización
3. Acreditación
4. Distribución competencial del servicio público
5. Formas de acceso al servicio público
6. Requisitos de los usuarios
7. Criterios de valoración
8. Aportaciones de los usuarios
9. Servicios ofrecidos
10. Normativa aplicable

2) Servicio de Ayuda a Domicilio

1. Modalidades
2. Autorización
3. Acreditación
4. Distribución competencial del servicio público
5. Formas de acceso al servicio público
6. Personal mínimo exigido
7. Requisitos de los usuarios
8. Criterios de valoración
9. Aportaciones de los usuarios
10. Servicios ofrecidos
11. Normativa aplicable

3) Servicio de Centro de Día y de Noche

1. Tipos de establecimientos / servicios
2. Requisitos funcionales
3. Acreditación
4. Distribución competencial del servicio público
5. Formas de acceso al servicio público
6. Requisitos materiales
7. Personal mínimo exigido
8. Requisitos de los usuarios
9. Criterios de valoración de los usuarios
10. Aportaciones de los usuarios
11. Servicios ofrecidos
12. Normativa aplicable

4) Servicio de Centro Residencial

1. Tipos de establecimientos / servicios
2. Autorización
2. Requisitos funcionales
3. Acreditación
4. Distribución competencial del servicio público
5. Formas de acceso al servicio público
6. Requisitos materiales
7. Personal mínimo exigido
8. Requisitos de los usuarios
9. Criterios de valoración de los usuarios
10. Aportaciones de los usuarios
11. Servicios ofrecidos
12. Normativa aplicable

5) Otros

Incluye los servicios y programas de prevención y encaminados a la promoción de la autonomía personal. De ellos únicamente se recogen las diferentes modalidades y requisitos para obtener la ayuda.

1. Modalidades
2. Requisitos
3. Normativa aplicable

1.3. Definición terminológica y de procesos

La definición conceptual de las áreas de análisis que se presenta a continuación se establece en base a los criterios diseñados por las diferentes Comunidades Autónomas. En algunos casos se han utilizado conceptos ya establecidos y en otros se han construido sobre los datos recogidos.

Es conocido que en el campo de los servicios sociales, uno de los principales problemas es la inconcreción conceptual: diferentes conceptos que identifican un mismo servicio y viceversa, un concepto que abarca servicios diferentes. Sin ánimo de realizar un estudio semántico exhaustivo, se ha considerado oportuno acometer un esfuerzo de definición conceptual de aquellos términos ligados al presente estudio que sirvan para facilitar la comunicación y el entendimiento a la hora de examinar los procesos y requisitos de cada uno de los servicios. Constituyen de esta forma, un punto de partida hacia una definición más profunda que permita alcanzar un acuerdo en torno a las certificaciones de calidad que se requieran o exijan en un futuro.

A) Definición de requisitos

1. Autorización: Acto de la Administración Pública por el que se determina que un centro de atención para personas mayores o discapacitadas cumple las *condiciones necesarias* para garantizar una asistencia adecuada a los usuarios y beneficiarios.

El procedimiento comúnmente ordinario en la mayoría de las autonomías incluye: la autorización por la Administración de Servicios Sociales, Licencia Municipal, Inscripción en el Registro de Servicios Sociales, Visado previo e Inspección.

2. Acreditación: Acto por el que la Administración Pública garantiza que los servicios y centros de servicios sociales a quienes se otorga reúnen o superan *los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente*. Dichos requisitos mínimos son exigidos por la Administración Pública para establecer conciertos con entidades prestatarias de estos servicios.

Como definición paralela y equivalente, se entiende la homologación como el acto por el que la Administración declara que una entidad, un servicio o centro de titularidad privada es idóneo para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de

responsabilidad pública, atendiendo en todo caso a criterios de calidad, eficacia y coste tanto económico, como social.

Con carácter general, los requisitos básicos exigidos en todo proceso de acreditación consisten en condiciones materiales, recursos humanos y documentación. Para el presente estudio, el proceso se refiere a la acreditación de un servicio determinado y no de la empresa en cuestión. En algunas Comunidades Autónomas la documentación no se incluye en el proceso de acreditación.

3. Requisitos de los usuarios: Requisitos contemplados por la normativa autonómica que deben cumplir las personas que soliciten el acceso a un servicio de carácter público o concertado. Indicadores esenciales de los requisitos suelen ser edad y nivel de dependencia.

4. Criterios de valoración: Verificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos por parte del solicitante. El acceso de los solicitantes al servicio o servicios se realiza tras una evaluación y valoración de sus condiciones personales (físicas, psicológicas y sociales) mediante baremos objetivados.

En ocasiones, el baremo se sustituye por informes médicos y sociales de contenido sustantivo.

5. Aportación de los usuarios: Cantidad económica que debe aportar el usuario para disfrutar de determinado servicio de carácter público o concertado.

La aportación del usuario se determina por la valoración de sus recursos económicos. Con carácter general, los recursos económicos toman como referencia la “renta per capita” mensual o anual y su relación son el SMI, patrimonio personal, número de personas de la unidad familiar, y/o garantizando, además una cantidad para gastos de libre disposición del usuario.

6. Servicios mínimos exigidos: Prestaciones y/o atenciones mínimas exigidas, reguladas en la normativa vigente, que deben proporcionarse a los usuarios en función de sus necesidades o nivel de dependencia.

Entre los servicios más frecuentes se encuentran la manutención, la ayuda en actividades de la vida diaria, la estimulación de las capacidades funcionales y la atención sanitaria.

7. Requisitos materiales: Condiciones mínimas arquitectónico-funcionales, reguladas por cada Comunidad Autónoma, que cada servicio debe reunir de acuerdo con sus características propias, tanto en la existencia de espacios específicos dedicados a diversas actividades y distintas funciones, como en las dimensiones concretas de éstos, con la finalidad de garantizar unos mínimos de calidad para los usuarios.

Las normas reguladoras de los requisitos materiales tienden a estandarizarse a través de normas técnicas.

8. RRHH: Personal adecuado tanto en número como en perfil, regulado por las Comunidades Autónomas, del que cada centro debe disponer en relación con las características propias de cada servicio. Estas condiciones mínimas se plasman en indicadores tan comunes como ratios de personal, jornadas laborales, perfiles profesionales...

9. Documentación: La documentación forma parte del proceso de acreditación y es necesaria para la puesta en marcha, funcionamiento, evaluación y seguimiento de cualquier centro de servicios sociales de titularidad pública o privada (donde no existe la acreditación, forma parte del proceso de autorización). Entre la documentación más común se encuentra el reglamento de régimen interior, régimen de contratos, póliza de seguros, libro de registro de los usuarios y expediente individual.

B. Otros (Servicios y programas de prevención)

1. Ayudas técnicas: Productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con dependencia, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

2. Ayudas económicas: Cualquier tipo de soporte económico para situaciones de dependencia. Cabe destacar dos ejemplos similares en cuanto al contenido de la ayuda, pero diferentes en su denominación, que varía según la Comunidad Autónoma de referencia:

- Programa de ayudas de atención social a las personas con disminución: tiene por objeto facilitar la prestación de los servicios y ayudas económicas necesarias para el desarrollo de la autonomía personal de personas con disminución física, psíquica o sensorial con medidas compensatorias con el fin de mejorar su calidad de vida y fomentar su integración social.
- Ayudas económicas para personas con discapacidad: ayuda individualizada, única y no periódica a personas con discapacidad, afectadas de una minusvalía física, psíquica o sensorial, que precisen determinados servicios, adquisición de instrumentos o ayudas especializadas.

3. Ayudas para el cuidado de personas mayores dependientes: Las modalidades existentes se pueden resumir en dos:

- Prestaciones económicas para cuidadores de personas mayores dependientes: sistema de prestaciones económicas de carácter público, destinadas a personas que se ocupen dentro de la familia del cuidado de las personas mayores dependientes que forman parte de su unidad familiar de convivencia.
- Programa de acogimiento familiar: consiste en ofrecer una alternativa al ingreso en un servicio residencial, a las personas dependientes que no pueden desenvolverse de forma autónoma en su domicilio y que carecen de un medio familiar que les apoye, brindándoles la posibilidad de integrarse en una nueva familia y en un nuevo domicilio donde se garantice la atención de sus necesidades de alojamiento y alimentación, así como de sus necesidades de compañía y de apoyo para determinadas actividades de la vida diaria.

4. Ayudas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas: Estas ayudas se dirigen a facilitar la accesibilidad a las personas con algún tipo de impedimento o limitación de movimiento a los espacios públicos y privados mediante la adaptación del entorno.

5. Ayudas a la movilidad: Tienen por finalidad apoyar a las personas que presentan alguna deficiencia física que dificulta gravemente su movilidad, en las actividades ordinarias en su entorno comunitario, por medio de un servicio personal de acompañamiento ocasional o periódico.

2. Análisis por servicio

Con el objetivo de realizar un análisis comparativo, se examinó cada servicio extrayendo los elementos identificadores, situándolos en tablas de doble entrada, con el fin de ofrecer una visualización más sencilla (Anexo 2). Las tablas se han elaborado de acuerdo a los conceptos definidos en el apartado 1.3 entresacados de la normativa autonómica revisada. Se ha mantenido la terminología utilizada con el fin de reflejar la realidad autonómica, a pesar de que como se ha mencionado anteriormente, la falta de homogeneidad terminológica puede conducir, en ocasiones, a confusiones conceptuales.

El análisis comparativo de los diferentes servicios por Comunidades Autónomas que se presenta en el siguiente apartado, puede constituir una buena base para la planificación y el establecimiento de unos requisitos básicos comunes a todas ellas.

- **Teleasistencia**
- **Ayuda a domicilio**
- **Centro de día**
- **Servicio de atención residencial**
- **Otros**

3. Análisis comparativo

Para la realización de esta investigación, se ha partido de un análisis documental de las diferentes normativas autonómicas de servicios sociales respecto a centros residenciales para personas mayores, centros de día y ayuda a domicilio. En una primera parte, se plantea un análisis por servicio, considerando, según el caso, los requisitos de los usuarios, los servicios mínimos exigidos, los requisitos materiales y/o funcionales. A efectos de comparar la diversidad de disposiciones, se ha aplicado un análisis de máximos, mínimos y estándares y la visualización gráfica de los datos. La teleasistencia no se incluye en este apartado, ya que es un servicio regulado a nivel local en la mayoría de los casos y las diferencias existentes se detallan en los cuadros resumen presentados en el anexo 2. En este sentido, se han considerado que los requisitos exigidos para este servicio no requieren un examen comparativo.

En la segunda parte, dada la relevancia del proceso de acreditación y la importancia del personal mínimo, se realiza un estudio más detallado de estos dos factores con el objetivo de señalar sus características y dificultades de comparación.

Para la construcción de mínimos, estándares y máximos de los diferentes requisitos se ha utilizado el siguiente procedimiento: en cada caso, el estándar se establece a partir de la moda, el valor con mayor frecuencia entre los datos de las normativas de cada Autonomía, ubicando luego los mínimos y máximos en relación a este valor.

La elección de las áreas de análisis comparativo se realiza en relación a su mayor complejidad y disparidad de acuerdo con los datos obtenidos de las diversas legislaciones de cada CCAA, dibujando así un cuadro sumamente heterogéneo respecto a lo autonómicamente regulado y que, por lo tanto, es preciso estudiar más detenidamente.

3.1 Análisis por servicio

3.1.1 Centro residencial para personas mayores

a. Requisitos de los usuarios

Mínimo: únicamente 65 años, contempla nivel de dependencia. Son aquellas CCAA que tienen más restricciones en relación a la edad del solicitante para el acceso al servicio.

Estándar: 65 años, contempla nivel de dependencia (todas las Comunidades).

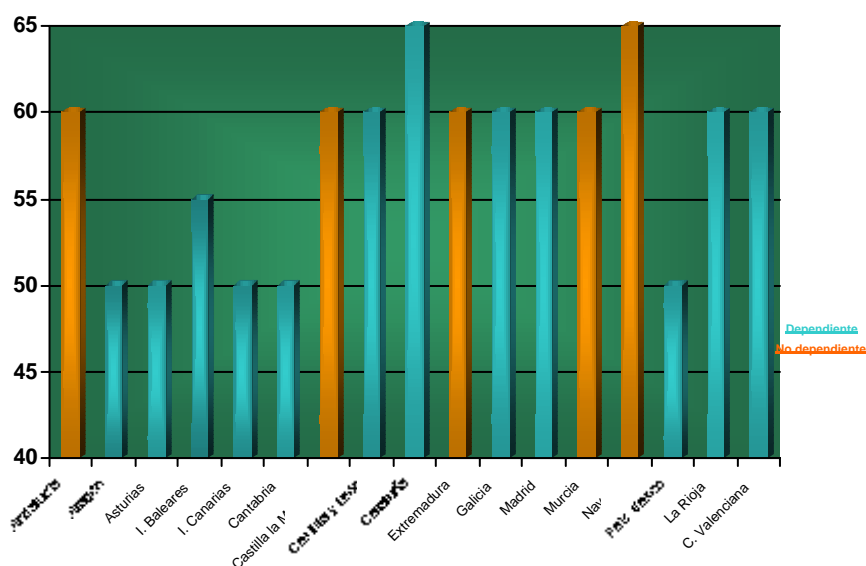
Máximo: 50 años con incapacidad de cualquier clase y grado. Son aquellas CCAA que tienen menos restricciones en relación a la edad del solicitante para el acceso al servicio.

Constantes: no padecer enfermedades infecto contagiosas, residir en la Comunidad Autónoma, no tener problemas de conducta grave.

Datos complementarios

- Se considera un único límite de edad en Andalucía (60 años), Castilla la Mancha (60), Cataluña (65), Extremadura (60), Murcia (65), La Rioja (60).
- Se incluye 60 años, persona dependiente en Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid.
- Se considera 55 años e incapacidad de 65% de incapacidad en una sola CCAA (Islas Baleares).
- La Rioja es la única CCAA que no tiene en cuenta la edad cuando hay un diagnóstico de Alzheimer o demencia.
- Se incluye a las personas mayores de 50 años dependientes en: Aragón (de último grado), Asturias, Islas Canarias, Cantabria y País Vasco.

Figura 4. Requisitos de edad y dependencia para ingreso en centro residencial de personas mayores, por CCAA.



b. Servicios mínimos exigidos

Mínimo: Todas las Comunidades ofrecen **manutención**¹.

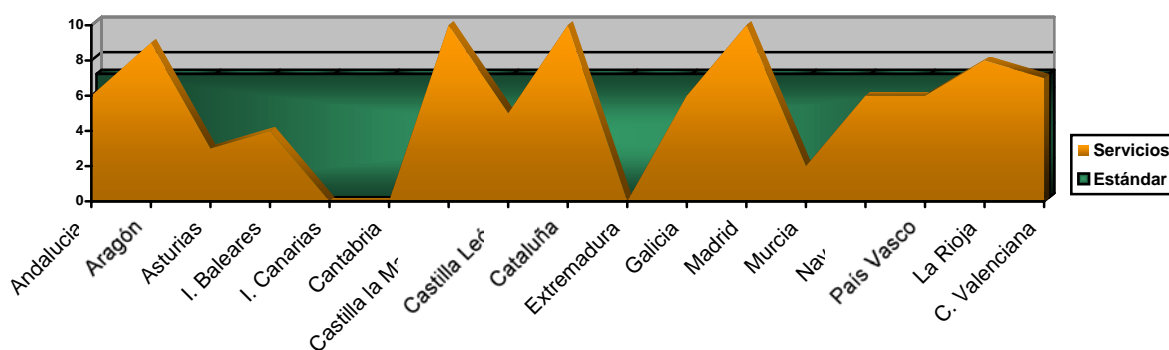
Estándar: Manutención o restauración, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, dinamización sociocultural, atención sanitaria, ayuda a la integración social y terapia ocupacional.

Máximo: Manutención o restauración, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, dinamización sociocultural, atención sanitaria, ayuda a la integración social, terapia ocupacional, servicio médico, enfermería, lavandería, acogida y convivencia, soporte familiar, transporte y administración de fármacos.

Datos complementarios

- La normativa de Islas Canarias, Cantabria y Extremadura no contiene información sobre estos requisitos, aunque en la actualidad están desarrollando una normativa para servicios socio-sanitarios.
- Los servicios que más se exigen en las normativas son **estimulación de capacidades funcionales** (en 11 de las 14 autonomías restantes) **atención sanitaria** (10 de las 14) y **terapia ocupacional** (en un total de 8).
- Los servicios que menos se exigen son: **soporte familiar, acogida, convivencia** y **servicio de lavandería** (en 3 de las 14 Comunidades) y **atención psicológica** (sólo en 2 Comunidades).

Figura 5. Servicios mínimos exigidos para centros residenciales de personas mayores, por CCAA.



¹ Todas las categorías se han mantenido tal y como se recogen en las diferentes normativas, por tanto puede haber algunas de ellas que sean similares a pesar de recibir diferente denominación, como por ejemplo manutención y restauración.

c. Requisitos materiales

Mínimo: aseo obligatorio, dormitorio para 6 personas (6 m² en superficie mínima), que disponga de comedor compartido (1 m² por persona o posibilidad de que sea inferior a esta cifra), sala de actividades y sala de rehabilitación compartidas.

Estándar: aseo obligatorio, baño geriátrico, dormitorio doble (10 m² superficie mínima de dormitorios individuales y 12 m² para dobles) que disponga de comedor de 2 m² por persona, sala de estar de 2 m² por persona, sala de cura, sala de actividades como mínimo compartida, sala de rehabilitación como mínimo compartida.

Máximo: aseo obligatorio, baño geriátrico, dormitorio individual o doble (10 m² para individuales y 16 m² para dobles), que disponga de comedor propio (4,5 m² por persona superficie mínima de comedor sin compartir), disponer de sala de curas, sala de actividades, sala de rehabilitación (más de 20 m²), sala de terapia ocupacional, sala de velatorio y sala de recepción de visitas.

Datos complementarios

- Todas las Comunidades tienen **aseo obligatorio**.
- **Baño geriátrico:** Asturias contempla el máximo: obliga a disponer de uno al menos si tiene una persona con graves problemas de movilidad. Castilla la Mancha y Andalucía obligan a disponer de uno cada veinte personas. Los que menos exigencias establecen son Comunidad Valenciana y País Vasco uno cada cien personas y uno cada cincuenta personas respectivamente. Sin embargo es en Murcia (15 m²), País Vasco (15 m²) y Comunidad Valenciana (14 m²) donde los baños geriátricos son más amplios. En la normativa de 7 autonomías no se hace mención al baño geriátrico.
- **Dormitorios:** en Castilla la Mancha, Castilla León, Navarra, País Vasco y La Rioja la capacidad máxima de los dormitorios es de dos personas. En Aragón y Madrid, en cambio, la capacidad es de seis personas. La superficie mínima exigida por plaza es de 6 m² en Andalucía, La Rioja y Comunidad Valenciana, mientras que el máximo es 10 m² para habitaciones individuales y 16 m² para habitaciones dobles. El máximo lo establece Castilla la Mancha.
- **Comedor:** Las que regulan con un menor tamaño el comedor son: Castilla la Mancha, la superficie es menor a 1 m² por persona, Madrid 1 m² por persona y en Castilla León 1,3 m². Las mayores exigencias según regulación normativa son 4,5 m² por persona en Murcia y País Vasco.

- **Sala de estar:** Las Comunidades que requieren una mayor dimensión por persona en salas de estar son Murcia y País Vasco con 4,5 m² por persona. Castilla León con 3 m². Aragón, Extremadura y La Rioja representan el mínimo con 1,8 m².
- **Sala de curas:** No se especifica en la normativa de Islas Canarias y Cataluña.
- **Sala de actividades:** Preven este tipo de sala las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Galicia, Madrid, Murcia, Cataluña, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana.
- **Sala de rehabilitación:** El máximo lo representa Comunidad Valenciana con 40 m² y Andalucía con 20 m² de superficie total. Los mínimos están dados cuando se comparte con otra sala (Asturias) o cuando su existencia depende de que la residencia supere las 50 plazas de usuarios (Castilla León y La Rioja). En total 12 Autonomías indican la sala de rehabilitación como necesaria en un centro residencial de mayores.
- **Sala de terapia ocupacional:** Sólo seis normas autonómicas regulan este tipo de salas. La de mayor extensión es Andalucía con 20 m². En dos de ellas, Asturias e Islas Baleares su existencia está condicionada por la cantidad de plazas que posee el centro (mínimo de 25 y 40 plazas respectivamente).

c.1. Valoración de requisitos materiales para centros residenciales: construcción del índice

Para la representación gráfica se ha confeccionado un índice de acuerdo a los requisitos materiales legislados. Dicho índice asigna una puntuación final a cada Autonomía, a partir de los requisitos que regulan sus respectivas normativas para cada factor de requisitos materiales considerados esenciales y constitutivos del estándar. Su objetivo es comparar los contenidos normativos de las diferentes autonomías a partir de un índice estandarizado, tal y como se muestra en la figura 6.

Criterios de valoración de los requisitos materiales legislados de centros residenciales:

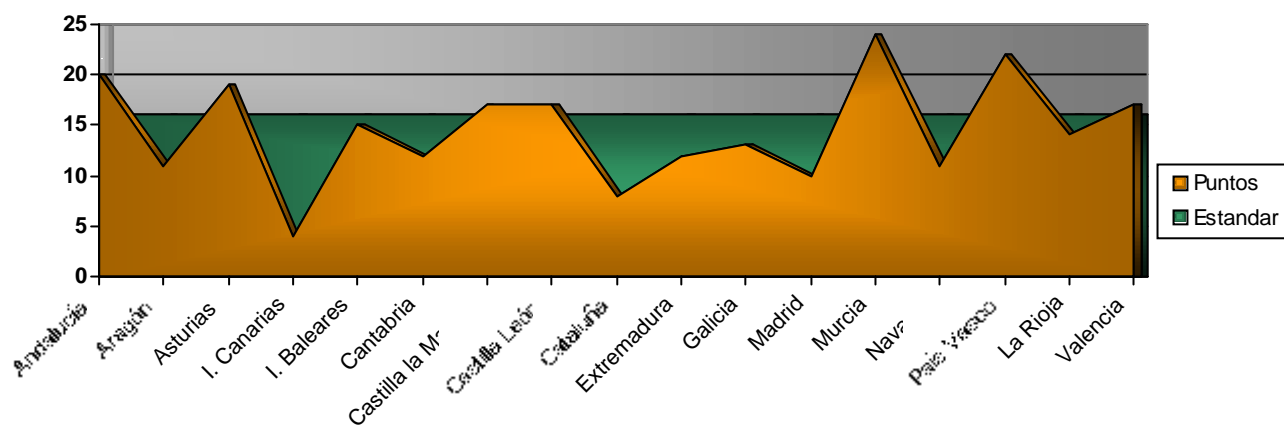
a. Baño geriátrico:

- | | |
|-----------------------------|---------|
| - 1 cada 19 o menos | 3 ptos. |
| - 1 cada 20 hasta 1 cada 49 | 2 ptos. |
| - 1 cada 50 o más | 1 pto. |
| - No tiene | 0 ptos. |

- b. Capacidad máxima dormitorios:
- 1 o 2 personas 3 ptos.
 - 3 a 5 personas 2 ptos.
 - 6 personas o más 1 pto.
- c. Dimensión mínima dormitorios por usuario:
- 6 a 7 m² 1 pto.
 - 8 a 9 m² 2 ptos.
 - 10 o más m² 3 ptos.
- d. Dimensión comedor por usuario:
- Hasta 2,4m² o no especifica 1 pto.
 - 2,5 a 4,4 m² 2 ptos.
 - 4,5 m² o más 3 ptos.
- e. Dimensión sala de estar por usuario:
- Hasta 1,9 m² 1 pto.
 - 2 a 2,9 m² 2 ptos.
 - 3 o más m² 3 ptos.
- f. Dispone de sala de curas:
- Sí 3 ptos.
 - No 0 ptos.
- g. Dispone de sala de actividades:
- sí 3 ptos.
 - Compartida con otra sala 1 pto.
 - No 0 ptos.
- h. Dimensión total de sala de rehabilitación:
- Más de 40 m² 3 ptos.
 - Hasta 39 m² 2 ptos.
 - Supeditada a otro factor 1 pto.
 - No 0 ptos.
- i. Dispone sala de terapia ocupacional:
- Dispone de modo exclusivo 2 ptos.
 - Supeditada otro factor 1 pto.
 - No 0 ptos.
- j. Otros:
- Dispone sala de velatorio 2 ptos.
 - Dispone sala de visitas 1 pto.

Máxima puntuación posible: 29 puntos.
Estándar: 16 puntos.

Figura 6. Requisitos materiales para centros residenciales de personas mayores, por CCAA.



3.1.2 Centro de día para personas mayores

a. Servicios mínimos exigidos

Mínimo: restauración o manutención, dinamización sociocultural, soporte familiar, estimulación de las capacidades funcionales y atención básica.

Estándar: restauración o manutención, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, terapia ocupacional, ayuda a la integración social, dinamización sociocultural.

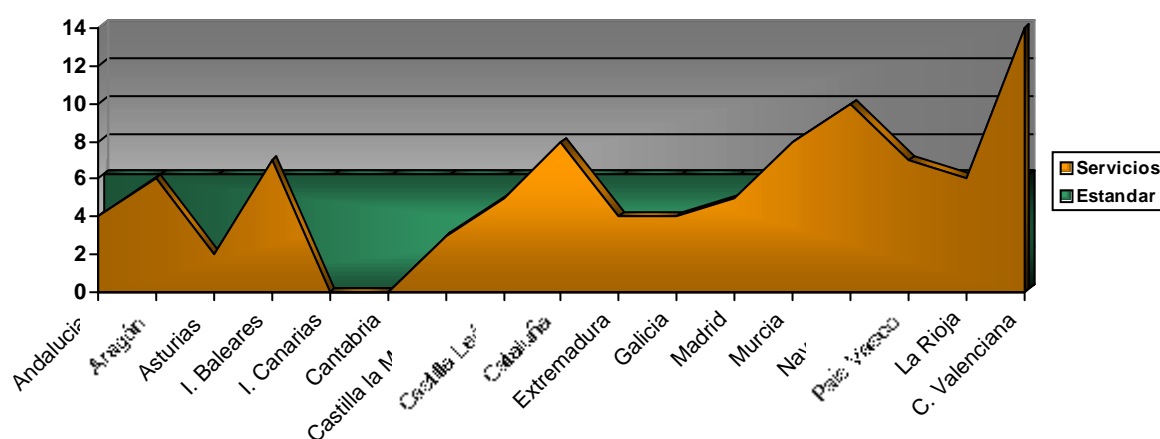
Máximo: restauración o manutención, dinamización sociocultural, soporte familiar, estimulación de las capacidades funcionales, atención básica, terapia ocupacional, ayuda a la integración social, servicio médico, atención psicosocial.

Datos complementarios

- Islas Canarias y Cantabria: no se ha encontrado información en la normativa autonómica.
- Los servicios que mayoritariamente se regulan en las normativas autonómicas son los de restauración o manutención (en 12), dinamización sociocultural (10), soporte familiar (7), estimulación de las capacidades funcionales (10) y atención básica (14).

- Las Comunidades en las que menos servicios se exigen son Castilla la Mancha (3) y Asturias (2).
- Los servicios menos exigidos en las normativas son hábitos de autonomía, enfermería, autoservicio de lavandería, peluquería, podología, y cuidado y vigilancia (1).
- Las CCAA que más se aproximan al máximo (estipulado) son Comunidad Valenciana, Navarra, Cataluña y Murcia.

Figura 7. Servicios mínimos exigidos para centros de día de personas mayores, por CCAA.



b. Requisitos materiales

Mínimo: aseo obligatorio, (que disponga de) comedor compartido (1 m² por persona o posibilidad de que sea inferior a esta cifra), sala de actividades y sala de rehabilitación compartidas

Estándar: aseo obligatorio, baño geriátrico (al menos 1), que disponga de comedor de 2 m² por persona, sala de estar de 1,8 m² por persona, sala de cura, sala de actividades como mínimo compartida, sala de rehabilitación como mínimo compartida.

Máximo: aseo obligatorio, baño geriátrico, que disponga de comedor propio (2,5 m² por persona superficie mínima de comedor sin compartir), disponer de sala de curas, sala de actividades, sala de rehabilitación (más de 39 m²), sala de terapia ocupacional.

Datos complementarios

- En La Rioja no se ha localizado información y de Galicia no se dispone, porque se rige por Cheque Asistencial.
- La comunidad que menos requisitos exige es la de Aragón.
- Seis Comunidades cumplen o superan el estándar (Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Murcia, Castilla León e Islas Baleares).
- El máximo de requisitos se exige en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

b.1. Criterios de valoración de los requisitos materiales legislados de centros de día

Para la construcción de este índice se siguen los mismos criterios que en el caso de centros residenciales para personas mayores. Los criterios de valoración de los requisitos materiales legislados son los siguientes:

a. Baño geriátrico:

- 1 cada 19 o menos 3 ptos.
- 1 cada 20 hasta 1 cada 49 2 ptos.
- 1 cada 50 o más 1 pto.
- No tiene 0 ptos.

b. Dimensión comedor por usuario:

- Hasta 2,4m² o no especifica 1 pto.
- 2,5 a 4,4 m² 2 ptos.
- 4,5 m² o más 3 ptos.

c. Dimensión sala de estar por usuario:

- Hasta 1,9 m² 1 pto.
- 2 a 2,9 m² 2 ptos.
- 3 o más m² 3 ptos.

d. Dispone de sala de curas:

- sí 3 ptos.
- No 0 ptos.

e. Dispone de sala de actividades:

- Sí 3 ptos.
- Compartida con otra sala 1 pto.
- No 0 ptos.

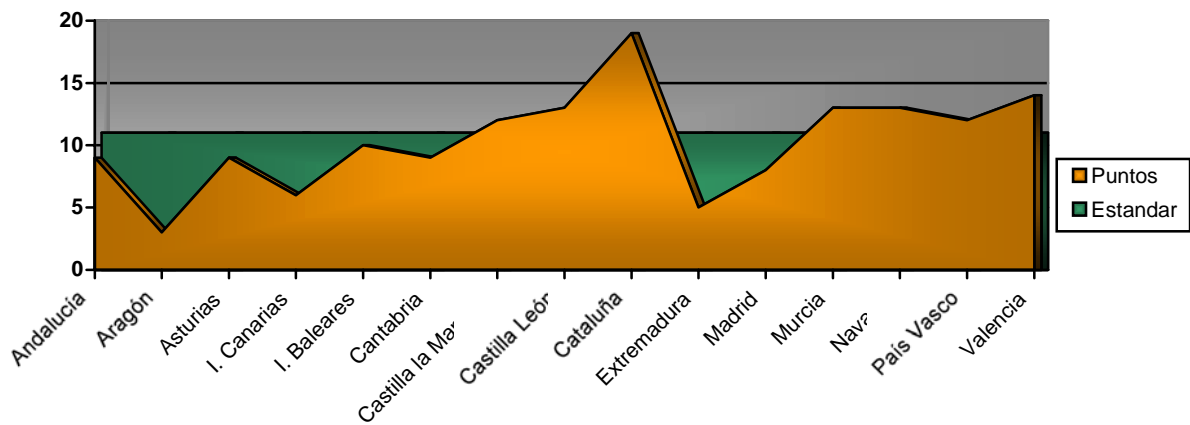
f. Dimensión sala de rehabilitación total:

- más de 40 m² 3 ptos.
- Hasta 39 m² 2 ptos.
- Supeditada a otro factor 1 pto.
- No 0 ptos.

- g. Dispone sala de terapia ocupacional:
- Dispone de modo exclusivo 2 ptos.
 - Supeditada otro factor 1 pto.
 - No 0 ptos.
- h. Aseo obligatorio.
- Sí 2 ptos.
 - No 0 ptos.
- i. Otros:
- Dispone sala de admisión 1 pto.
 - Dispone sala de asistencia social 1 pto.

Máxima puntuación posible: 24 puntos.
Estándar: 11 puntos.

Figura 8. Requisitos materiales para centros de día de personas mayores, por CCAA.



3.1.3 Ayuda a domicilio²

a. Servicios mínimos exigidos

Mínimo: actuaciones de carácter doméstico y actuaciones de carácter personal.

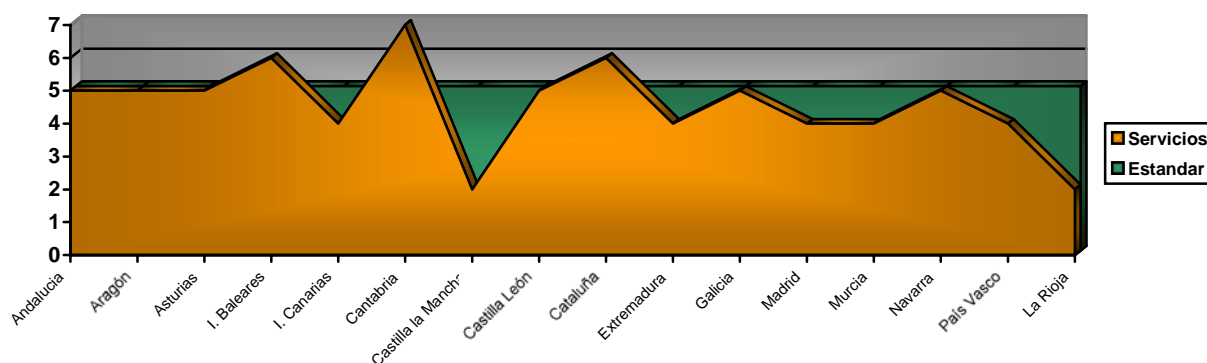
Estándar: actuaciones de carácter doméstico, actuaciones de carácter personal, coordinación de recursos médicos, actuaciones de carácter educativo, actuaciones de carácter sociocomunitario o integrador.

Máximo: actuaciones de carácter doméstico, actuaciones de carácter personal, coordinación de recursos médicos, actuaciones de carácter educativo, actuaciones de carácter sociocomunitario o integrador, atención psicosocial y actividades culturales / ocio.

Datos complementarios

- La Rioja y Castilla la Mancha son aquellas que requieren un menor número de servicios (2).
- Actuaciones de carácter doméstico y actuaciones de carácter personal son servicios exigidos en todas las CCAA.
- La Comunidad Autónoma de Cantabria es aquella que exige un mayor número de servicios (7).

Figura 9. Servicios mínimos exigidos para ayuda a domicilio, por CCAA.



² La Comunidad Valenciana no dispone de Ayuda a domicilio y los dos programas que ofrece son pruebas piloto sin apoyo normativo. Dichos programas son “Menchar a casa” y “Major a casa”.

b. Requisitos funcionales³

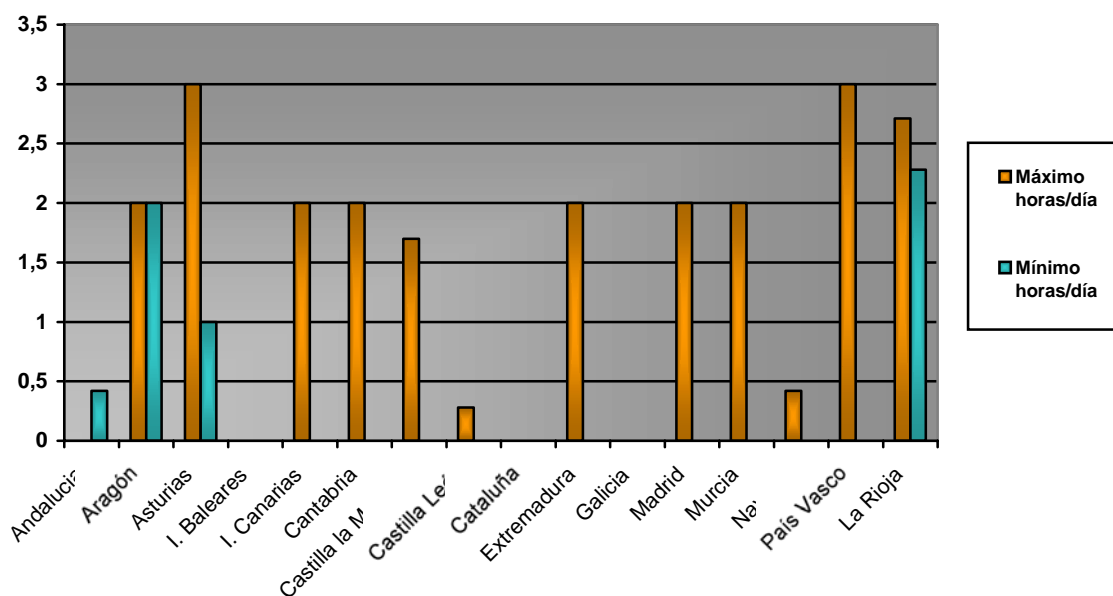
Mínimo: Menos de media hora diaria de prestación.

Estándar: 2 horas diarias.

Máximo: 3 horas diarias de prestación de servicio por beneficiario.

- En Cataluña, Galicia e Islas Baleares no se ha localizado información (concurso).
- En la mayoría de los casos se suele considerar los máximos de tiempo de prestación por beneficiario y no los mínimos.
- País Vasco y Asturias indican el mayor tiempo de prestación diaria (3 horas).

Figura 10. Tiempo de atención horas / día de servicio de ayuda a domicilio, por CCAA.



³ Se considera únicamente la prestación simple del servicio, que incluye la atención doméstica y la personal.

3.2 Acreditación y personal mínimo

3.2.1 Acreditación

La acreditación es el acto de la Administración Pública por el que se determina que un centro de atención para personas mayores o discapacitadas cumple las condiciones necesarias para garantizar una asistencia adecuada.

Se presentan dos gráficas correspondientes al proceso de acreditación de los servicios de ayuda a domicilio, centros residenciales y centros de día. En los mismos se manifiesta el peso que tiene cada uno de los requisitos en la totalidad de las normativas autonómicas para dicho proceso.

Figura 11. Requisitos para la acreditación del servicio de ayuda a domicilio, en porcentajes.

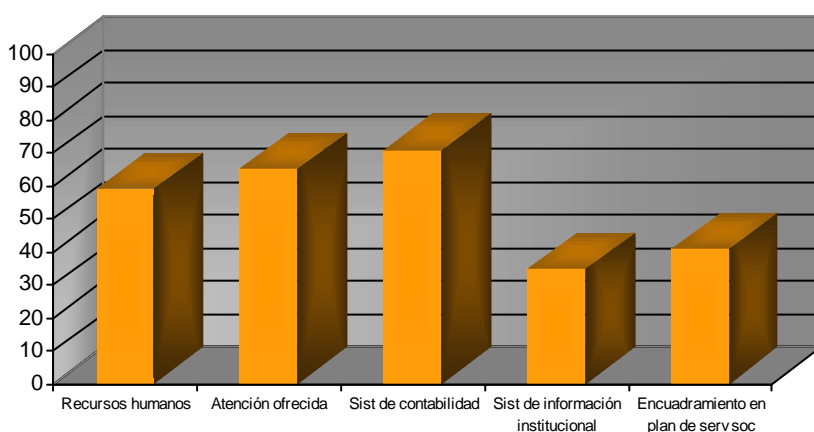
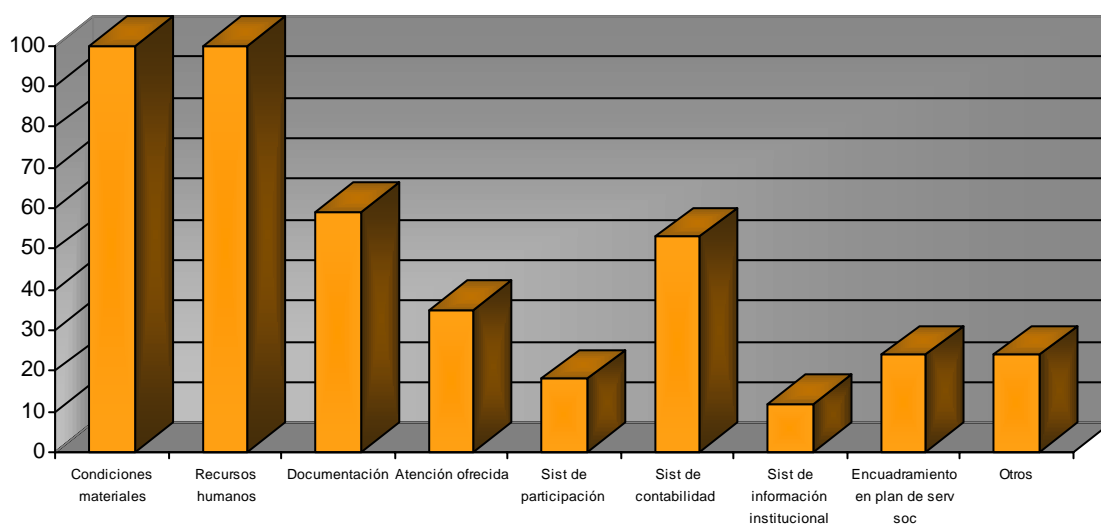


Figura 12. Requisitos para la acreditación del servicio de centros de día y residencias para personas mayores y discapacitados, en porcentajes.



3.2.2 Personal mínimo⁴: Dificultades en la comparación

El análisis de la legislación relativa a los requisitos de personal mínimo permite afirmar que es el área donde existen mayores dificultades para la comparación entre Autonomías, debido a la heterogeneidad de la clasificación de los profesionales.

El modo de agrupar al personal mínimo exigido de un servicio varía sustancialmente en las diferentes Comunidades, hecho que dificulta su comparación. Por ejemplo, Murcia considera como personal sanitario al médico, DUE, terapeuta ocupacional, trabajador social y psicólogo; mientras que Navarra únicamente considera al médico y al DUE, clasificando en cambio al trabajador social y al psicólogo como personal de atención.

Esta distinción no es únicamente nominal, también resulta en el cálculo de las ratios propias de cada área de atención. A esta dificultad se le añade el hecho de que no todas las Comunidades estipulan sus mínimos según ratios, lo hacen, en cambio, a partir de las horas de atención por jornada de acuerdo a la cantidad de plazas del centro; un ejemplo claro son los centros residenciales de mayores de Castilla y León.

A su vez existe una tercera divergencia en los criterios para el cálculo de la ratio de acuerdo a las características de los beneficiarios. Madrid y Aragón distinguen, por ejemplo, entre válidos y asistidos en sus residencias para mayores; es más, Castilla y León distingue dentro de los asistidos entre diferentes grados de dependencia (grados 1 y 2). Otras Autonomías, como las Islas Canarias parten del tamaño del centro residencial para calcular las ratios mínimos de atención (mini residencias, medias y grandes).

Ahora bien, si algo tienen en común todas las Comunidades es la presencia de un director en sus centros residenciales y centros de día, con un perfil profesional similar. En ellos el director debe tener estudios universitarios de grado medio o alto en el área de ciencias sociales o de la salud, o experiencia demostrable en funciones similares; mientras que en ayuda a domicilio el perfil suele ser el de trabajador social.

La categoría restante del personal mínimo exigido es el personal de servicios, sobre el que existen diferencias en cuanto al peso normativo que se le otorga. En Navarra, País Vasco y Extremadura no se hace mención alguna de este tipo de personal, en las Islas Baleares

⁴ Aquí se contemplan los requisitos de personal mínimo en Centros de día y Centros residenciales de mayores y discapacitados se realiza un comentario final de Ayuda a domicilio.

no se estipulan ratios de atención en sus centros de día para mayores, pero sí mencionan su existencia, mientras que en Andalucía y Comunidad Valenciana se estipula el tipo de personal de servicios y la ratio de los mismos en Centros de día para mayores.

Específicamente, en los servicios destinados a personas con diferentes clases de discapacidad, la escasez de referencias al personal mínimo es notable. Escaparían de esta afirmación Andalucía, Castilla la Mancha y Comunidad Valenciana. Ahora bien, existe una constante entre la gran mayoría de normativas autonómicas: la presencia del DUE como personal sanitario.

Cabe realizar dos puntualizaciones:

- Castilla y León distingue en sus ratios de personal para centros residenciales de discapacitados entre turnos diurnos y nocturnos.
- Cataluña construye sus ratios según el apoyo ofrecido al beneficiario y la clase de discapacidad: primero considera por separado discapacidad física y psíquica, y dentro de cada uno de estos colectivos distingue entre apoyo intermitente, limitado, extenso y generalizado más salud mental (cada uno de ellos con ratios diferentes).

Por último, se puede afirmar que el servicio de ayuda a domicilio presenta una constante en 10 de las 17 Comunidades Autónomas analizadas: el personal de atención es un trabajador social y / o auxiliar de ayuda a domicilio.

1. Planteamiento metodológico: Definición analítica y muestral

El análisis normativo presentado en la primera parte dibuja un escenario heterogéneo y estático, caracterizado por una serie de requisitos básicos que constituyen el punto legislativo para los diferentes servicios. Junto a esta “foto fija”, se ha evaluado la realidad cambiante y dinámica de personas con diferentes niveles de dependencia en trece centros residenciales de seis CCAA.

El punto de partida de la estrategia metodológica cuantitativa es un sistema de registro asistencial que recoge, de forma sistemática, el plan de cuidados y la valoración interdisciplinar de cada residente, con una metodología predeterminada instaurada definitivamente desde el año 2002. Toda la información alimenta una base de datos común para la gestión e investigación.

En estas valoraciones se utilizan, entre otras, escalas sencillas que valoran las AVD como es el Barthel (Mahoney y Barthel, 1965; Bertrán y Pasarín, 1992; Mc Dowell y Newel, 1996) y el estado cognitivo como es el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Lobo et al., 1999). Además se utiliza el *Resident Assessment Instrument for nursing home* (RAI 1.0) (Morris et al., 1991; Morris et al., 1990) como herramienta de evaluación compleja, exhaustiva y multidisciplinar del perfil de personas tributarias de atención sociosanitaria y/o geriátrica para plazas de internamiento a largo plazo y de los cuidados que éstas reciben, y que permite, al mismo tiempo, la utilización del sistema de clasificación indirecto *Resource Utilization Groups – Versión III* (RUG-III) (Fries et al., 1994; Carrillo, García-Altés et al., 1996; Carrillo, Burgueño et al, 1996) que agrupa Iso-recursos.

Para esta fase del estudio se han establecido dos premisas básicas:

1. Se analiza a la persona en el momento del ingreso lo que permite conocer cuál era su situación en el domicilio. En la valoración inicial se registra la situación clínica, socio-familiar, psicológica y funcional.

2. El estudio estadístico se centra en las ayudas que se necesitan, por lo que la caracterización de los grupos se basa en necesidades de atención.

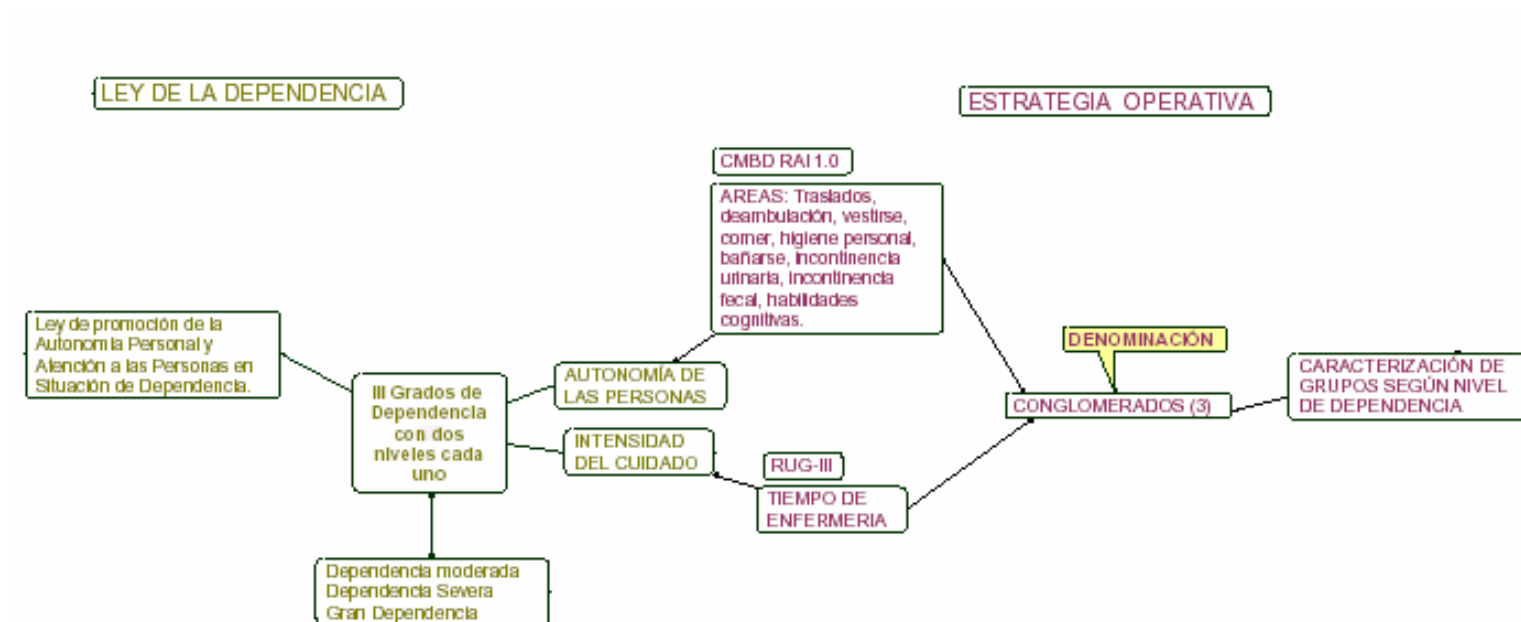
Por tanto, partiendo de las premisas y el potencial de la base de datos de que se dispone, se realiza un diseño metodológico que se sustenta en la definición de los grados de dependencia realizada en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

La situación de dependencia se clasifica en tres grados con dos niveles cada uno en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieren (Figura 13). Estas dos variables se construyen a través de dos medidas diferentes:

1. El nivel de autonomía / dependencia se obtiene mediante 9 variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD - RAI 1.0) que son las siguientes: Traslados, deambulación, vestirse, comer, higiene personal, bañarse, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, habilidades cognitivas.
2. La intensidad del cuidado requerido medido con el tiempo de enfermería.

Junto a estas variables, se ha estudiado también el plan de cuidados asignado a cada persona con el fin de caracterizar de una forma más completa el escenario de ayuda. Este último aspecto se recoge en la tercera parte donde se desarrollan los escenarios referenciales.

Figura 13. Estrategia metodológica cuantitativa: Mapa general de trabajo.



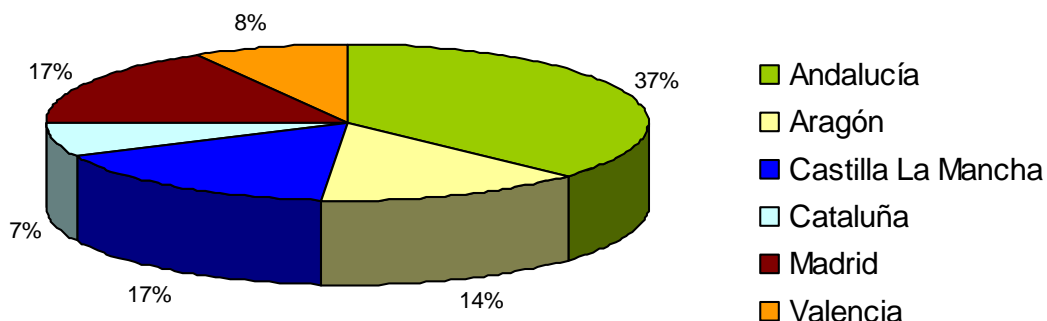
Una vez definida la estrategia general, se identifica el universo muestral formado por el número total de ingresos de los años 2004 y 2005, con los siguientes criterios de inclusión:

- Usuarios cuya valoración inicial se cierra durante los treinta primeros días desde el ingreso.
- Planes de cuidados abiertos con fecha anterior al cierre de la valoración inicial, cogiendo siempre el plan abierto más cercano a la valoración.

Se obtiene, de esta forma, una muestra de 714 residentes pertenecientes a trece centros residenciales de seis CCAA, que han cumplido los criterios (de exigibles) para incluirlos en el estudio. Cincuenta y ocho residentes se excluyen ya que no se les puede asociar un tiempo de enfermería. Para los análisis finales también se ha excluido a 20 usuarios, que son los clasificados como independientes en las 9 variables del CMBD que se han estudiado. Son, por tanto, personas que no entrarían dentro del ámbito de actuación de la Ley y que no se han tenido en cuenta a la hora de describir los grupos.

La muestra definitiva la forman 636 residentes, cuya distribución geográfica, en función del centro en el que ingresan, se muestra en la siguiente figura.

Figura 14. Distribución geográfica de la muestra



Fuente: Base de datos Grupo SAR.

La tabla 1 recoge las características sociodemográficas de los usuarios estudiados, así como su nivel de deterioro cognitivo y físico, medido mediante las escalas Barthel y MEC. Como se puede observar, las características más frecuentes son: ser mujer, edad comprendida entre 75 y 84 años, Barthel menor de 40 y un MEC menor de 20⁵.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra.

Variable	n	%	% acumulado
Sexo			
Hombre	220	35,4	35,4
Mujer	402	64,6	100
Edad*			
<= 50	9	1,5	1,5
51-64	29	4,7	6,2
65-74	83	13,5	19,6
75-84	275	44,6	64,3
85-94	197	32,0	96,3
>= 95	23	3,7	100
Barthel			
< 21	251	39,7	39,7
21-40	79	12,5	52,2
41-60	87	13,8	66,0
61-80	92	14,6	80,5
> 80	123	19,5	100
MEC			
< 12	162	27,8	27,8
12-19	157	26,9	54,7
20-23	78	13,4	68,1
24 o más	186	31,9	100

* Edad media = 80,4 años (DE=9,9)

Fuente: Base de datos Grupo SAR

⁵ En cada una de las tablas que se presentan a continuación existe un margen de casos perdidos por el sistema en el *n* de las variables.

El diagnóstico principal más frecuente es el de demencia, con más del 30% de la muestra afectada (Tabla 2). Se han analizado también los diagnósticos secundarios siendo los más frecuentes la incontinencia urinaria, la hipertensión esencial, el estreñimiento y la hipercolesteremia pura.

Tabla 2. Diagnóstico principal*

Código Diagnóstico	n	%
331.0 Enfermedad de Alzheimer	72	11,4
290.0 Demencia senil (simple o no complicada)	66	10,5
290.4 Demencia arterioesclerótica	32	5,1
401 Hipertensión esencial	16	2,5
V66.4 Convalecencia de tratamiento de fractura	14	2,2
332 Enfermedad de Parkinson	13	2,1
715.0 Osteoartrosis generalizada	12	1,9
300.4 Depresión neurótica	11	1,7
294.1 Demencia en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos	11	1,7
342 Hemiplejía	9	1,4
414.9 Cardiopatía isquémica crónica no especificada	8	1,3
444 Embolia y trombosis arteriales	8	1,3
427.31 Fibrilación auricular	8	1,3
428 Insuficiencia cardíaca	7	1,1
290.21 Demencia senil con características depresivas	6	1,0
290.40 Demencia arterioesclerótica no complicada	6	1,0
290.43 Demencia arterioesclerótica con características depresivas	6	1,0
438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	6	1,0

*Se presenta un resumen de los diagnósticos más frecuentes, la categoría de otros incluye todos aquellos con una frecuencia menor del 1%.

Fuente: Base de datos Grupo SAR.

2. Selección de variables y validación de los datos

A partir de la selección de la muestra, se plantea un proceso de toma de decisiones en torno a las variables más adecuadas para medir las dimensiones significativas y construir así los perfiles de dependencia. Ya que el sistema de registro asistencial recoge sistemáticamente variables del CMBD y variables de la escala Barthel que *a priori* miden lo mismo, si se comprueba que efectivamente es así, se priorizará el uso de un único conjunto de variables, con el fin de obtener un análisis homogéneo y ajustarse a un solo patrón de categorías de respuesta. Esto requiere:

2.1 Identificar las variables relevantes para definir el grado de dependencia mediante el Barthel y el CMBD.

2.2 Determinar si los pares de variables que miden *a priori* lo mismo, efectivamente lo hacen.

Este es el punto de arranque de la estrategia inferencial, de la que se muestran a continuación los análisis fundamentales encaminados a alcanzar el objetivo principal de esta parte del estudio: **el establecimiento de tres grados de dependencia en función de las necesidades reales de los usuarios, lo que permite construir más adelante seis perfiles de necesidad caracterizados por diferentes niveles de dependencia en las distintas áreas analizadas.**

2.1. Identificación de variables relevantes

Inicialmente se identifican, en el sistema de registro de información, diferentes variables que representan varias dimensiones de autocuidado y movilidad y que son las más frecuentemente evaluadas en los diferentes baremos estudiados (Tabla 3). Posteriormente, una vez comenzado el análisis, se tiene conocimiento de las líneas generales del baremo “oficial”: *Valoración de Dependencia* (FICE). Esto permite comprobar que la selección de variables realizada por el grupo investigador se corresponde con las áreas valoradas en el baremo, apoyando la validez del planteamiento analítico.

Tabla 3. Dimensiones de autocuidado y movilidad: variables candidatas a representarlas.

<p>1. AUTOCUIDADO</p> <p>1.1. Comer y beber</p> <p><i>Comer (Barthel), Comer (CMBD)</i></p> <p>1.2. Decisiones de la micción / defecación</p> <p><i>Control vesical (Barthel), Control anal (Barthel), Continencia urinaria (CMBD), Continencia Fecal (CMBD)</i></p> <p>1.3. Lavarse</p> <p><i>Baño (Barthel), Higiene personal (Barthel), Bañarse (CMBD), Higiene personal (CMBD)</i></p> <p>1.4. Vestirse</p> <p><i>Vestirse y desvestirse (Barthel), Vestirse (CMBD)</i></p> <p>1.5. Mantenimiento de la salud</p> <p><i>Habilidades cognitivas para la toma diaria de Decisiones (CMBD)</i></p> <p>2. MOVILIDAD</p> <p>2.1. Transferencias corporales</p> <p><i>Uso del wc (Barthel), Transferencia silla-cama (Barthel) Traslados (CMBD)</i></p> <p>2.2. Desplazarse dentro del hogar</p> <p><i>Deambulaci3n (CMBD)</i></p> <p>2.3. Desplazarse fuera del hogar</p> <p><i>Andar (Barthel), Subir y bajar escaleras (Barthel)</i></p>

Fuente: Base de datos Grupo SAR

2.2. Comprobación de que los pares de variables Barthel-CMBD miden lo mismo

En una segunda fase, se realiza el análisis del conjunto de los pares de variables CMBD-Barthel que, *a priori*, deberían medir el mismo fenómeno, para comprobarlo y considerar algún tipo de agrupación de las variables:

- Comer (Barthel) vs. Comer (CMBD)
- Vestirse y desvestirse (Barthel) vs. Vestirse (CMBD)
- Baño (Barthel) vs. Bañarse (CMBD)
- Higiene personal (Barthel) vs. Higiene personal (CMBD)
- Control vesical (Barthel) vs. Continencia urinaria (CMBD)
- Control anal (Barthel) vs. Continencia fecal (CMBD)

La técnica utilizada es el análisis de correspondencias simple (ACS). Los resultados generales por áreas presentados a continuación muestran que las variables del Barthel y del CMBD clasifican a los individuos de forma similar, pudiendo considerar que miden prácticamente lo mismo y, por tanto, que el uso exclusivo de las variables del CMBD es adecuado. Se observa un patrón general en el cual las categorías extremas (“Independiente” o “Autónomo” y “Dependiente”) coinciden perfectamente en ambas variables, mientras las categorías “intermedias” del CMBD se sitúan alrededor de la categoría intermedia del Barthel “Con ayuda”. Efectivamente, las variables del CMBD tienen cinco posibilidades de respuesta, frente a las tres del Barthel. Eso implica que las tres “intermedias” del CMBD en realidad representan matizaciones del concepto genérico “Con ayuda”, con lo cual podemos concluir que las variables del CMBD no sólo miden de forma parecida a su correspondiente del Barthel, si no que lo hacen de una forma más rica, más detallada.

COMER ⁶

Comer (CMBD)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Independiente	290	45,6	49,3	49,3
Supervisión	137	21,5	23,3	72,6
Ayuda parcial	52	8,2	8,8	81,5
Ayuda amplia	19	3,0	3,2	84,7
Dependencia total	90	14,2	15,3	100,0
Total	588	92,5	100,0	
Perdidos Sistema	48	7,5		
Total	636	100,0		

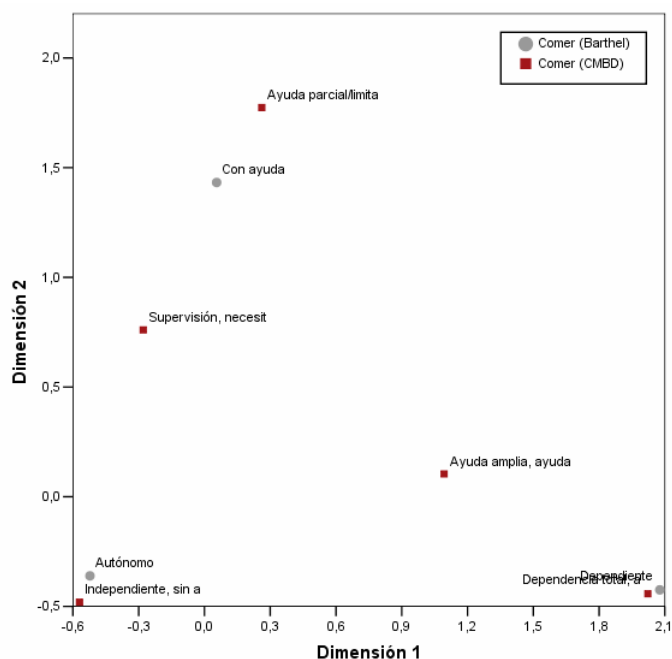
Comer (Barthel)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Autónomo	383	60,2	64,5	64,5
Con ayuda	128	20,1	21,5	86,0
Dependiente	83	13,1	14,0	100,0
Total	594	93,4	100,0	
Perdidos Sistema	42	6,6		
Total	636	100,0		

Los extremos de ambas variables se asocian (están próximas entre sí), lo cual indica que, medido con el Barthel o el CMBD, el comer se clasifica de forma muy parecida en las personas que no tienen ningún problema (autónomas o independientes) o que son claramente dependientes (Figura 15). Las categorías del CMBD, “Supervisión” y “Ayuda parcial”, se sitúan alrededor de la categoría “Con ayuda” del Barthel, estando “Supervisión” equidistante entre “Independiente” y “Ayuda parcial”.

⁶ Todos los datos estadísticos presentados a continuación se han obtenido a partir de la base de datos del Grupo SAR.

Figura 15. Distribución conjunta de los variables “Comer” del CMBD y del Barthel.



VESTIRSE

Ambas variables se asocian caracterizando a los individuos autónomos o independientes de la misma forma e igualmente en el extremo contrario. Las tres categorías intermedias del CMBD se mueven cerca de la intermedia del Barthel, y además se encuentran colocadas de manera coherente (“Ayuda amplia” está colocada entre “Con ayuda” y “Dependiente”, mientras que “Supervisión” se sitúa entre “Con ayuda” y “Autónomo”) (Figura 16).

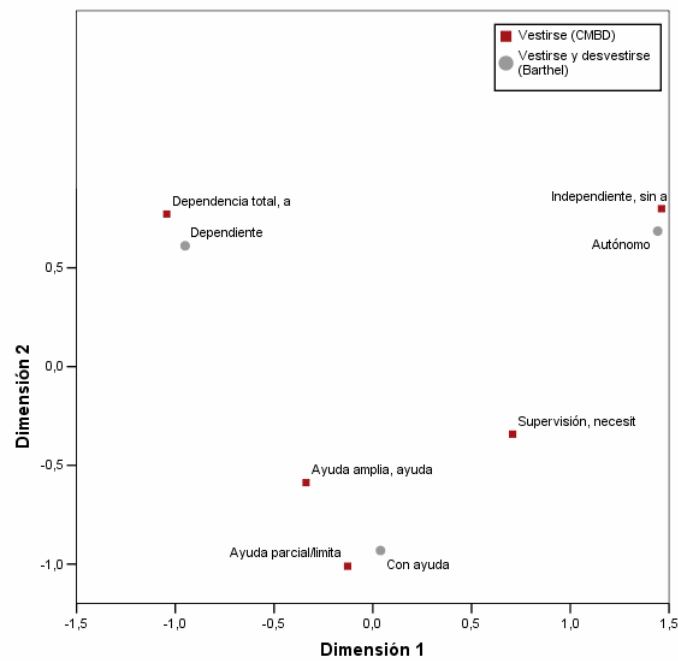
Vestirse (CMBD)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Independiente	89	14,0	15,2	15,2
	Supervisión	92	14,5	15,7	30,8
	Ayuda parcial	143	22,5	24,4	55,2
	Ayuda amplia	82	12,9	14,0	69,2
	Dependencia total	181	28,5	30,8	100,0
	Total	587	92,3	100,0	
Perdidos	Sistema	49	7,7		
Total		636	100,0		

Vestirse y desvestirse (Barthel)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autónomo	134	21,1	22,6	22,6
	Con ayuda	249	39,2	41,9	64,5
	Dependiente	211	33,2	35,5	100,0
	Total	594	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	6,6		
Total		636	100,0		

Figura 16. Distribución conjunta de los variables "Vestirse" del CMBD y del Barthel.



BAÑARSE

Bañarse (CMBD)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Independiente, No necesita ayuda	22	3,5	3,7	3,7
	Supervisión, Solamente ayuda de supervisión	42	6,6	7,2	10,9
	Ayuda física limitada Solamente en el traslado	35	5,5	6,0	16,9
	Ayuda física en parte de la actividad del baño	123	19,3	21,0	37,8
	Dependencia total	365	57,4	62,2	100,0
	Total	587	92,3	100,0	
Perdidos	Sistema	49	7,7		
Total		636	100,0		

Baño (Barthel)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autónomo	70	11,0	11,8	11,8
	Con ayuda	524	82,4	88,2	100,0
	Total	594	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	6,6		
Total		636	100,0		

Dado que la variable Baño del Barthel tiene sólo dos categorías, el análisis de correspondencias simples (ACS) no puede realizarse y, por tanto, no se puede construir el gráfico presentado hasta el momento. Por ello, una primera aproximación se obtiene examinando la tabla siguiente:

Tabla de contingencia Baño (Barthel) * Bañarse (CMBD)

			Bañarse (CMBD)				Total	
			Independiente, No necesita ayuda	Supervisión, Solamente ayuda de supervisión	Ayuda física limitada Solamente en el traslado	Ayuda física en parte de la actividad del baño		Dependencia total
Baño (Barthel)	Autónomo	Recuento	18	19	6	11	2	56
		% de Bañarse (CMBD)	85,7%	46,3%	17,6%	9,1%	,6%	10,2%
	Con ayuda	Recuento	3	22	28	110	328	491
		% de Bañarse (CMBD)	14,3%	53,7%	82,4%	90,9%	99,4%	89,8%
Total		Recuento	21	41	34	121	330	547
		% de Bañarse (CMBD)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La tabla muestra una ordenación coherente con lo esperado.

HIGIENE PERSONAL

Higiene personal (CMBD)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Independiente	81	12,7	13,8	13,8
	Supervisión	94	14,8	16,0	29,9
	Ayuda parcial	129	20,3	22,0	51,9
	Ayuda amplia	58	9,1	9,9	61,8
	Dependencia total	224	35,2	38,2	100,0
Total		586	92,1	100,0	
Perdidos	Sistema	50	7,9		
Total		636	100,0		

Higiene personal (Barthel)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autónomo	189	29,7	31,8	31,8
	Con ayuda	405	63,7	68,2	100,0
	Total	594	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	6,6		
Total		636	100,0		

No se puede presentar el gráfico del ACS por la misma razón señalada anteriormente. Alternativamente se muestra la tabla de contingencia:

Tabla de contingencia Higiene personal (Barthel) * Higiene personal (CMBD)

			Higiene personal (CMBD)					Total
			Independiente	Supervisión	Ayuda parcial	Ayuda amplia	Dependencia total	
Higiene personal (Barthel)	Autónomo	Recuento	77	53	30	4	4	168
		% de Higiene personal (CMBD)	96,3%	59,6%	24,2%	7,3%	2,0%	30,8%
	Con ayuda	Recuento	3	36	94	51	194	378
		% de Higiene personal (CMBD)	3,8%	40,4%	75,8%	92,7%	98,0%	69,2%
Total		Recuento	80	89	124	55	198	546
		% de Higiene personal (CMBD)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La tabla muestra resultados coherentes con lo esperado y refleja una distribución muy similar entre la categoría “Ayuda amplia” y “Dependencia total” del CMBD.

CONTINENCIA URINARIA

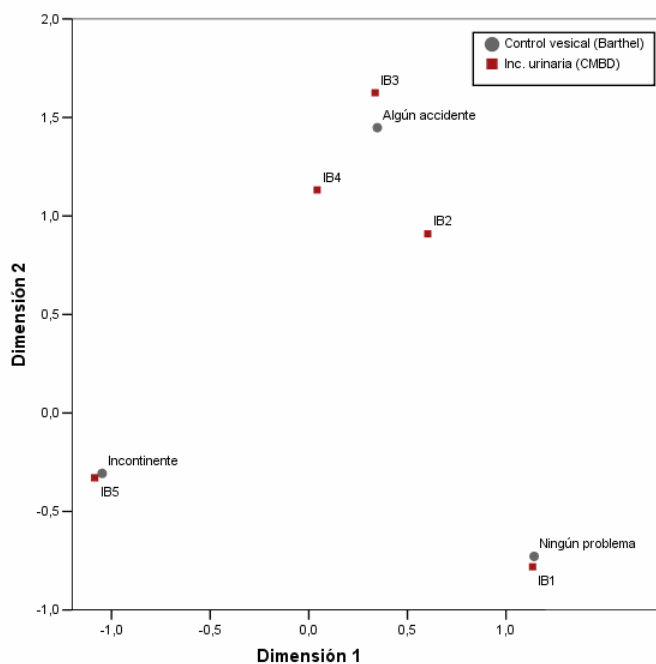
Incontinencia urinaria (CMBD)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ib1: Control completo	155	24,4	26,5	26,5
	ib2: <= 1 vez / semana	55	8,6	9,4	36,0
	ib3: 2-3 veces / semana	82	12,9	14,0	50,0
	ib4: Diario o casi	42	6,6	7,2	57,2
	ib5: Incontinencia total	250	39,3	42,8	100,0
	Total	584	91,8	100,0	
Perdidos	Sistema	52	8,2		
Total		636	100,0		

Control vesical (Barthel)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningún problema	179	28,1	30,1	30,1
	Algún accidente	157	24,7	26,4	56,6
	Incontinente	258	40,6	43,4	100,0
	Total	594	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	6,6		
Total		636	100,0		

Figura 17. Distribución conjunta de los variables “Continencia urinaria” del CMBD y del Barthel.



Sigue el patrón general observado en las variables anteriores: los extremos se asocian perfectamente mientras las categorías intermedias del CMBD se sitúan alrededor de “Con ayuda” del Barthel.

CONTINENCIA FECAL

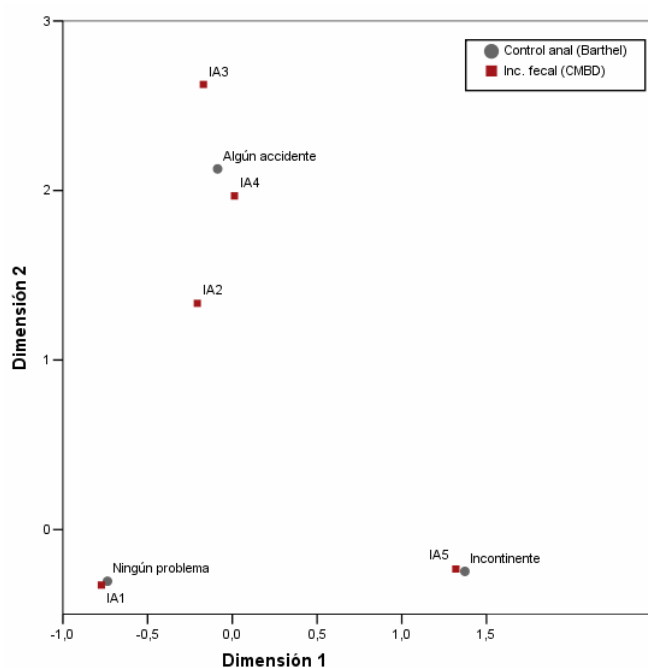
Incontinencia fecal (CMBD)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ia1: Control completo	295	46,4	50,8	50,8
	ia2: < 1 vez / semana	34	5,3	5,9	56,6
	ia3: 1 vez / semana	31	4,9	5,3	62,0
	ia4: 2-3 veces / semana	20	3,1	3,4	65,4
	ia5: Incontinencia total	201	31,6	34,6	100,0
	Total	581	91,4	100,0	
Perdidos	Sistema	55	8,6		
Total		636	100,0		

Control anal (Barthel)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningún problema	336	52,8	56,6	56,6
	Algún accidente	76	11,9	12,8	69,4
	Incontinente	182	28,6	30,6	100,0
	Total	594	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	6,6		
Total		636	100,0		

Figura 18. Distribución conjunta de los variables "Continencia fecal" del CMBD y del Barthel.



Puede interpretarse de forma muy similar a la incontinencia urinaria.

En conclusión, en el análisis de pares de variables, se observa que la elección exclusiva de las variables del CMBD es adecuada, no sólo porque simplifica la interpretación, si no también porque explica la variabilidad de los datos de forma más rica que los variables del Barthel. Esto se debe fundamentalmente a que las variables del CMBD, al contar con más posibilidades de respuesta, matizan sensiblemente la categoría intermedia del Barthel.

Además, es necesario realizar otras puntualizaciones:

- Debido a que las variables del CMBD y Barthel que hacen referencia al apartado de movilidad (Desplazamiento dentro del hogar) no coinciden exactamente en lo que miden (no hay pares de variables) se realizó un análisis conjunto de todos ellos con el fin de estudiar si hacía falta tenerlos todos en cuenta o se podía simplificar la explicación. En este caso resulta posible, por lo que se mantienen las variables del CMBD.
- Dado que finalmente el análisis ha señalado la posibilidad de utilizar exclusivamente las variables del CMBD, se observa que la dimensión “Desplazarse fuera del hogar” queda sin representación. A nivel conceptual, se considera que para realizar cualquier desplazamiento fuera del hogar resulta esencial la ausencia de alteraciones cognitivas y tener capacidad de planificación. En este sentido, la variable “habilidades cognitivas” del CMBD puede ofrecer una orientación sobre la capacidad de la persona para salir del hogar si ayuda o supervisión.

En definitiva, las variables del CMBD seleccionadas para los análisis posteriores de caracterización de situación de dependencia son: Traslados, Deambulaci3n, Vestirse, Comer, Higiene personal, Bañarse, Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal y Habilidades cognitivas. Con esto se dispone de la base para los análisis más complejos de agrupaci3n de variables que se presentan a continuaci3n.

3. Definición de perfiles de dependencia

El presente apartado recoge los análisis finales junto a las técnicas utilizadas para realizarlos. Como se ha destacado anteriormente, el objetivo es perfilar los distintos conglomerados o grupos de dependencia que se caracterizan por diversas necesidades y exigencias de atención.

Una vez definidas las áreas para evaluar el nivel de autonomía de las personas, se introduce en el análisis el segundo elemento en la definición de los grados de dependencia: el tiempo de enfermería que se corresponde con la *intensidad de cuidados* (ver Figura 13, pág. 41). Se realiza así un análisis bivariado de los grupos de carga generados mediante *el tiempo de enfermería*, del RUG-III, con las variables seleccionadas del CMBD.

Se crean tres grupos (tabla 4) caracterizados por diferentes tiempos de atención, mediante un análisis de *clusters k-means*, cuyo objetivo consiste en agrupar a los individuos en grupos (o conglomerados), bajo la premisa de que los conglomerados sean lo más homogéneos posible en su composición y lo más heterogéneos posible entre ellos.

Se observa que a medida que aumenta la dependencia del grupo, se incrementan los minutos de atención que requieren. Es importante señalar que no se trata de medidas exactas de minutos requeridos, sino que son una expresión relativa de la necesidad de más cuidados a medida que las personas pierden autonomía. Por lo tanto, su valor es relativo y comparativo, más que absoluto.

Tabla 4. Grupos de carga (tiempo de enfermería) vs. variables CMBD

Grupo	n	%	Tiempo de enfermería				
			Media	IC(95%)		Min	Max
				lím. Inf.	lím. Sup.		
1	184	28,9	72,0	70,5	73,5	62,5	85,0
2	238	37,4	115,4	114,7	116,0	101,6	133,8
3	214	33,6	166,3	163,4	169,1	146,6	230,5

Fuente: Base de datos Grupo SAR

Los conglomerados o grupos generados son homogéneos en cuanto a la estructura demográfica, sin mostrar diferencias entre ellos en cuanto a la edad ($p=0,276$) o el sexo ($p=0,616$) tal como se muestra en las tablas 5 y 6. Es decir, en general, la edad y el sexo no están asociados al tiempo de enfermería (intensidad de cuidados) por lo que hay que asumir que las diferencias entre los grupos se deben a otras variables.

Tabla 5. Conglomerados en base a la edad

Edad	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	n	%	n	%	n	%
<= 50	3	1,7	3	1,3	3	1,5
51-64	14	7,8	9	3,9	6	2,9
65-74	27	15,1	28	12,2	28	13,5
75-84	83	46,4	109	47,6	83	39,9
85-94	46	25,7	74	32,3	77	37,0
>= 95	6	3,4	6	2,6	11	5,3

Tabla 6. Conglomerados en base al sexo

Sexo	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	69	38,3	79	34,1	72	34,3
Mujer	111	61,7	153	65,9	138	65,7

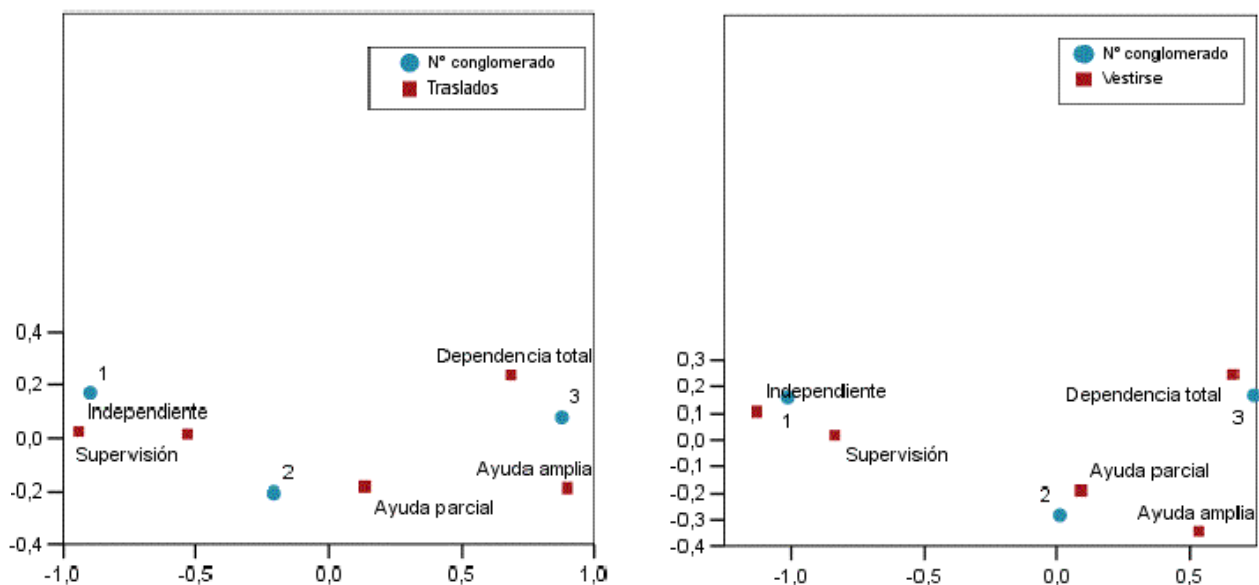
Fuente: Base de datos Grupo SAR

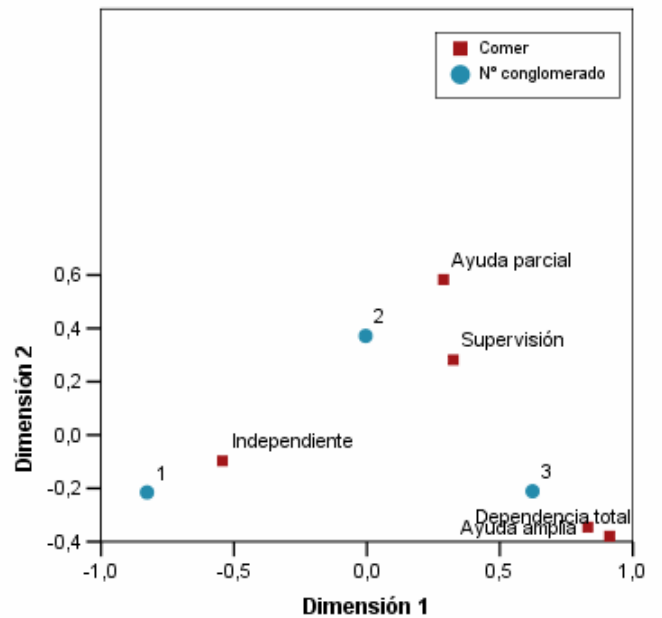
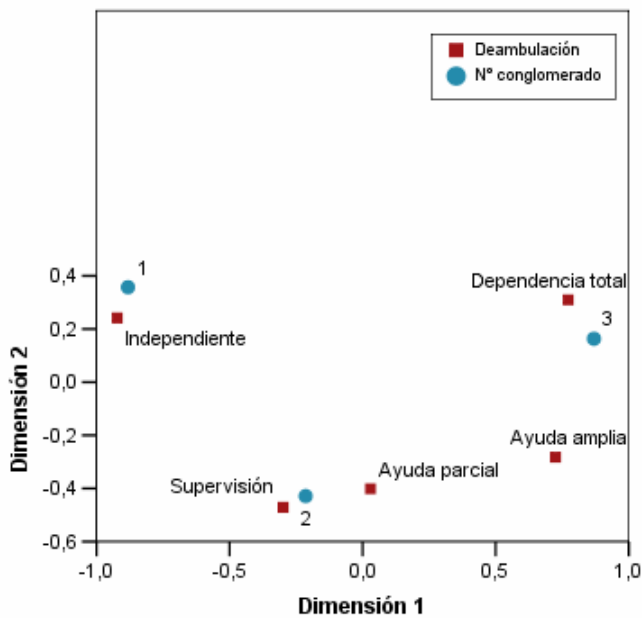
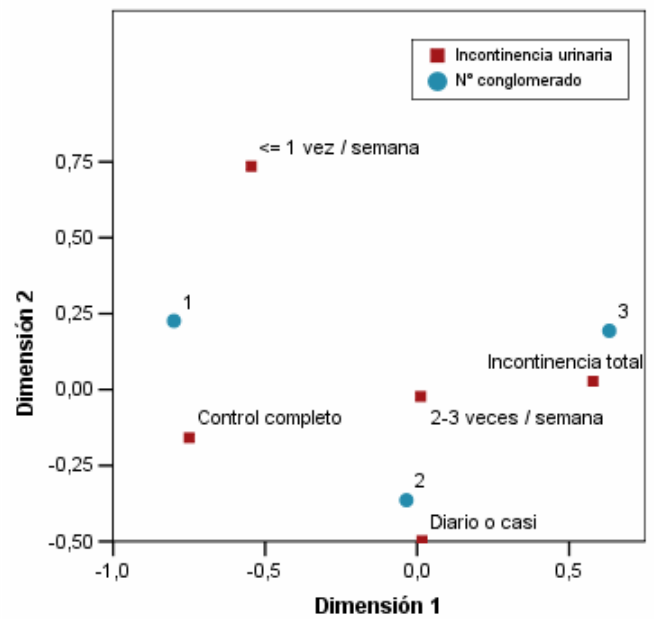
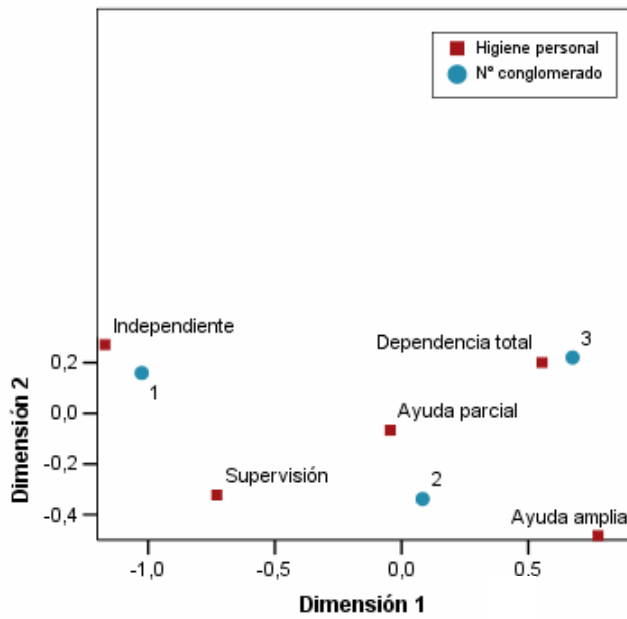
Previo a la caracterización de los tres grupos de dependencia, se estudió la relación entre las categorías de las variables del CMBD con los tres conglomerados. Todos los individuos de cada grupo tienen un valor asociado a cada una de las variables del CMBD.

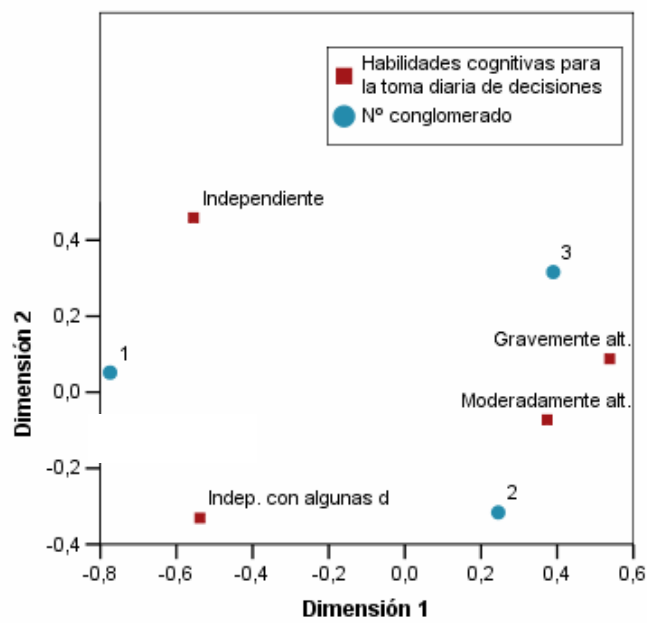
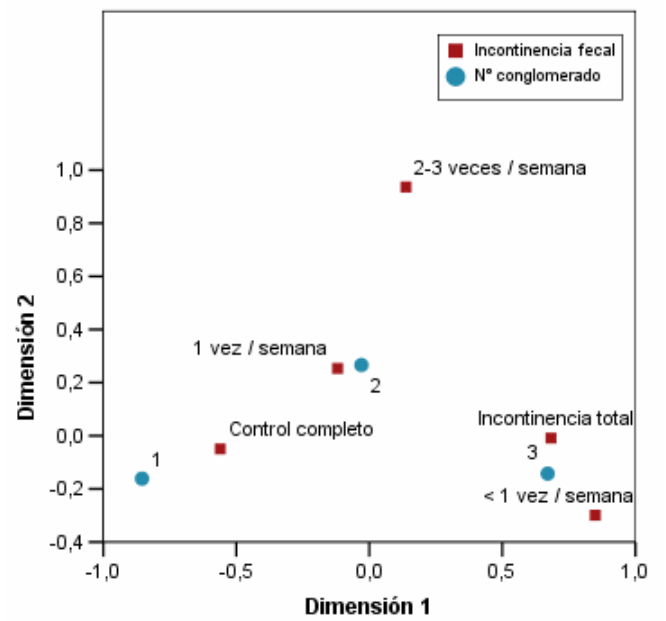
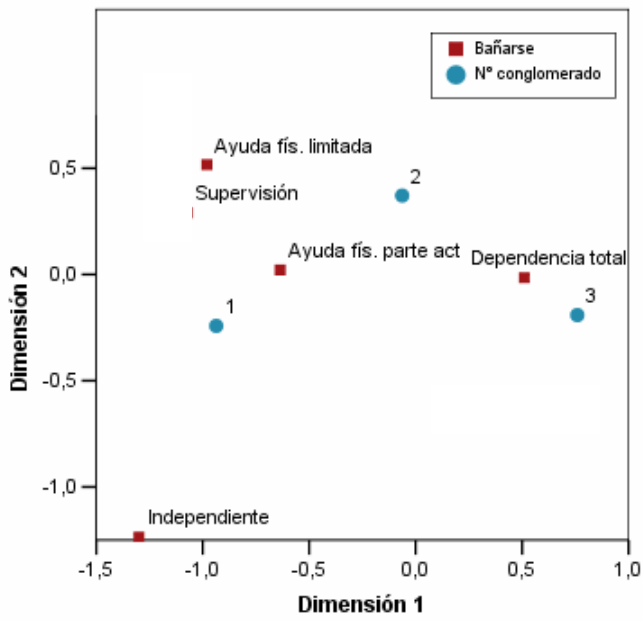
A nivel general, comentar que la cercanía entre las categorías de la variable y el conglomerado indican similitud. Por ejemplo, en el área de vestirse los residentes “Dependiente total” están clasificados mayoritariamente en el conglomerado tres (están próximos en el gráfico); el conglomerado dos se asocia a residentes con ayuda parcial, mientras que los residentes con “Ayuda amplia” se repartirán entre los conglomerados dos y tres (en el gráfico, esta categoría está equidistante de los grupos 2 y 3). El conglomerado 1 estará formado, en su mayoría, por residentes independientes o con necesidad de supervisión.

En general, los resultados son coherentes en las diferentes áreas estudiadas, porque el grupo con menor peso de enfermería (el uno) acostumbra a asociarse con las categorías que expresan menor necesidad. Ocurre lo mismo en el otro sentido, el grupo tres aglutina la mayor cantidad de soporte en cada una de las dimensiones.

Conjunto de figuras 15. Relación variables – conglomerados.







Fuente: Base de datos Grupo SAR

3.1. Grupos de dependencia

La figura 16 muestra la caracterización general de cada uno de los tres grupos de dependencia. Como se puede observar existe una categorización por colores que indica el nivel de dependencia en cada una de las áreas. De manera general, el verde significa *independencia*, el azul *supervisión*, el amarillo *ayuda parcial*, el naranja *ayuda amplia* y el rojo *dependencia total*.

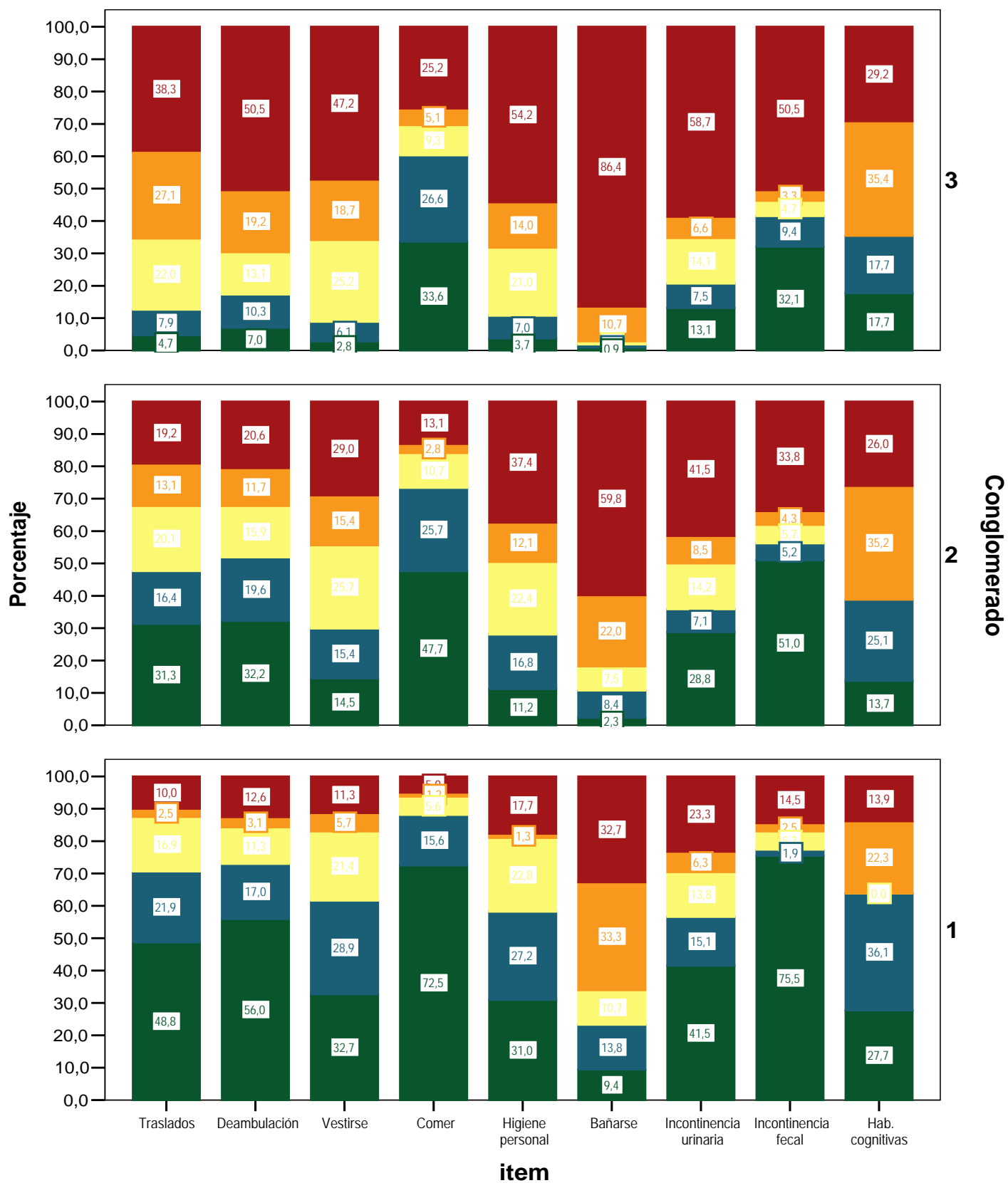
El grupo uno es el más independiente en todas las áreas y, en general, entre los individuos que necesitan alguna ayuda predomina la supervisión. En este sentido, la capacidad de bañarse sin ayuda es la que previsiblemente se pierde primero. Como se puede observar, este grupo ya está afectado por diferentes limitaciones en cada una de las áreas, por lo que requerirán distintos tipos de servicios en función del perfil personal concreto.

El aumento del nivel de dependencia del grupo dos se refleja en porcentajes más elevados de dependencia total. Así, el 60% de las personas pertenecientes al grupo dos son dependientes totales para bañarse y el 37% para la higiene personal, mientras que el 42% tienen incontinencia urinaria total. A nivel general, se observa que disminuye significativamente el número de personas independientes o que requieren sólo supervisión, aumentado el porcentaje de aquellas que necesitan soporte de algún tipo, principalmente ayuda parcial o amplia.

El grupo tres es el más dependiente. La dependencia es total y de más del 50% en las áreas de deambulación, higiene personal, bañarse, incontinencia urinaria e incontinencia fecal. A partir del examen de este conglomerado, se podría suponer que las áreas comer e incontinencia fecal son las últimas que se afectan.

En definitiva, la caracterización realizada de los grupos es un primer paso en la definición de los tres grados de dependencia atendiendo a criterios esencialmente funcionales y de nivel de ayuda requerida. Se puede considerar, por tanto, una buena aproximación para caracterizar la dependencia moderada, severa y gran dependencia. Dado que en la propia Ley se establece la posibilidad de dividir cada uno de los grupos en dos en función de los criterios señalados anteriormente, el estudio de casos y la asignación posterior de recursos se realiza en base a seis grupos, tal y como se presenta en el modelo referencial.

Figura 16. Caracterización de los 3 conglomerados (grados de dependencia)

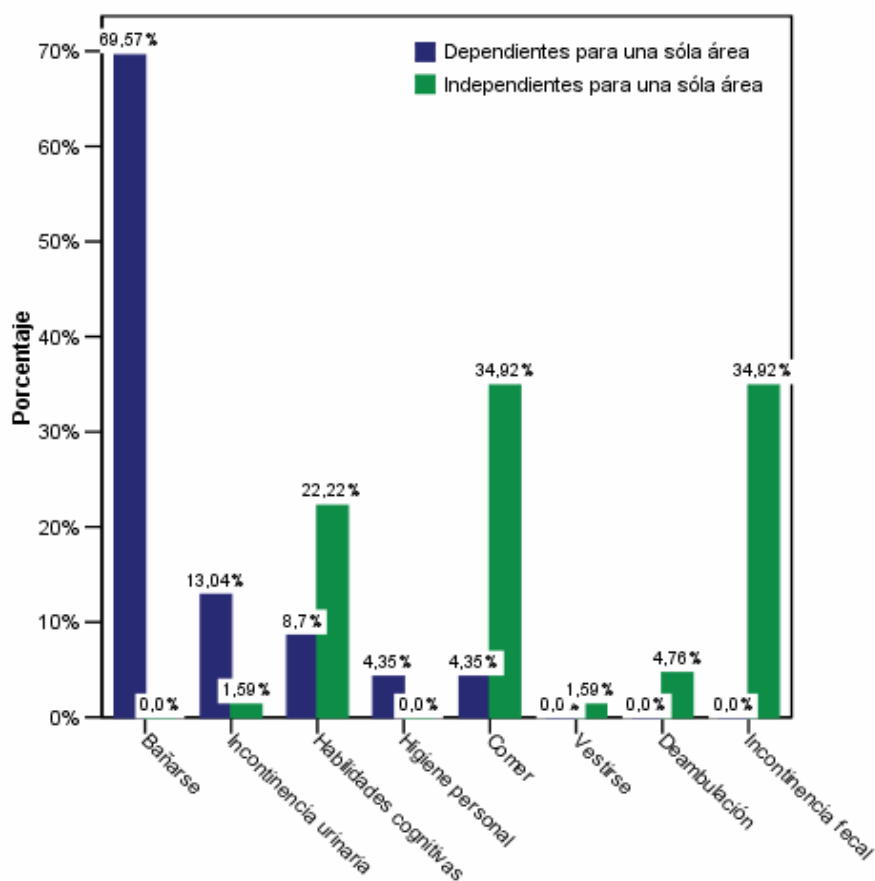


3.2. Progresión en la afectación de las áreas

La figura 17 muestra un análisis más concreto para determinar cuáles son las áreas que se afectan en primer y último lugar. Como se puede observar, el área bañarse es la que primero se afecta, ya que entre los individuos que son dependientes para una sola área, prácticamente el 70% lo son para bañarse. Esto significa que el bañarse es la primera área que se pierde en la mayoría de los casos, le sigue a una considerable distancia, la incontinencia urinaria (13,04%) y las habilidades cognitivas (8,7%). Por otro lado, las áreas de comer (34,92%), de incontinencia fecal (34,92%) y habilidades cognitivas (22,22%) son las últimas que se pierden, ya que, entre los individuos que lo tienen todo afectado excepto una área, éstas son las más frecuentes.

Las habilidades cognitivas no presentan un patrón claro de afectación, como se puede observar en el gráfico. En función del caso individual y del tipo de patología se pierden antes o después.

Figura 17. Afectación de las áreas, según orden



A partir de la definición estadística de tipologías generales y de afectación, se ofrece un ejercicio de análisis cualitativo de historias clínicas y situaciones socio-personales específicas, para elaborar los escenarios que representan la articulación de tipologías de usuarios y la necesidad de servicios. Esto permite un ajuste más exacto del recurso a la persona, partiendo del modelo base que se presenta en la tercera parte del informe.

1. Modelo base

El modelo base de cada servicio está formado por un conjunto de criterios que se repiten sistemáticamente en la mayoría de la normativa de las Comunidades Autónomas. Entre el mínimo y el máximo se ha elegido la moda como criterio medio con alguna corrección que pueda ser adaptada fácilmente en los diferentes servicios. En este sentido, es importante resaltar el valor orientativo de los estándares que se presentan en los modelos base del presente estudio.

Para establecer los diferentes modelos base, el criterio utilizado ha sido la frecuencia en la que están presentes o se exigen cada una de las características. Se ha definido un porcentaje por encima del 50% para delimitar los puntos de acuerdo susceptibles de considerarse en la moda. Asimismo, en cada uno de los modelos se ofrecen diferentes recomendaciones que se deberían contemplar para el modelo base, aunque no alcancen las mismas frecuencias.

Los modelos base se han estructurado de forma sintética, atendiendo a conceptos generales y utilizando como soporte técnico el marco estructural de servicios y los cuadros resumen elaborados a partir de éste.

De manera general y para todos los servicios, es necesario señalar que en un futuro no se tendrán en cuenta los requisitos de los usuarios como la edad o nivel de dependencia para asignar el recurso, ya que la atención a la persona en situación de dependencia se define en el Proyecto de Ley como un *derecho subjetivo*. Asimismo, el baremo de valoración de la situación de dependencia será único para todos los servicios y común en todas las Autonomías.

Es necesario realizar, además, las siguientes puntualizaciones:

- No se pueden perfilar unos mínimos claros en cuanto a la acreditación de los servicios de teleasistencia.
- Principalmente, en el caso de los centros residenciales, los requisitos señalados son de mínimos, ya que los requisitos adicionales y su actualización se realizan en los concursos que convocan las diferentes Administraciones Públicas.

TELEASISTENCIA

1. ACREDITACIÓN

Debería establecerse un proceso de acreditación para Teleasistencia.

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

- **Que el usuario tenga las condiciones psicofísicas para la utilización del servicio.**
- **Pasar gran parte del día solo o con personas en situación similar (de dependencia)**
- **Aislamiento geográfico o social.**
- **Vivir con otra persona mayor de 65 años siendo ésta la cuidadora principal.**

3. VALORACIÓN

Las áreas consideradas sistemáticamente en los baremos son:

- **nivel de convivencia**
- **estado de salud en la unidad de convivencia**
- **edad media**
- **menores de edad a cargo o con discapacidad**
- **red social**

4. APORTACIÓN DEL USUARIO

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Atención directa con movilización de recursos y seguimiento personal.**

Recomendado⁷: Información y orientación (médica y social)

⁷ Las recomendaciones se hacen en función de la importancia de ese aspecto en las diferentes Comunidades Autónomas, aunque no llega a considerarse requisito base porque no está generalizado.

AYUDA A DOMICILIO

1. ACREDITACIÓN

Requisitos base:

- **Se exigen condiciones materiales y recursos humanos, junto al índice de prestaciones.**

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

- **Nivel de dependencia**
- **Situación de falta de autonomía personal temporal o permanente que impidan la realización de AVD**
- **Entorno familiar en situación crítica, de desarraigo o conflicto sociofamiliar.**

3. VALORACIÓN

Las áreas consideradas sistemáticamente en los baremos son:

- **Situación socio-familiar**
- **Condiciones de vivienda**
- **Situación económica.**

4. APORTACIONES DE LOS USUARIOS

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Actuaciones de carácter doméstico, personal, sociocomunitarias e integradoras.**

Recomendado: Establecer una buena coordinación con los recursos sanitarios.

6. PERSONAL

Requisitos base personal:

- **Trabajadores sociales para coordinación, supervisión y evaluación de condiciones.**
- **Personal de atención: auxiliar de ayuda a domicilio y personal de atención doméstica.**

Recomendado: Se recomienda que los auxiliares tengan formación reglada. Además sería conveniente introducir en ayuda a domicilio los servicios de lavandería y catering.

Requisitos base horas de atención:

- **Entre 2 y 15 horas semanales (lo que supondría 3 diarias).**

CENTRO DE DÍA MAYORES

1. ACREDITACIÓN

Requisitos base:

- **Condiciones materiales, recursos humanos, documentación y sistema de contabilidad.**

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

- **Edad y nivel de dependencia**
- **Independientemente de la edad, pueden ser usuarios aquellos que reúnan determinadas características personales que lo aconsejen.**

3. VALORACIÓN

Las áreas consideradas sistemáticamente en todos los baremos son:

- **Situación socio-familiar**
- **Situación económica**
- **Situación de la vivienda**

4. APORTACIONES DE LOS USUARIOS

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. REQUISITOS MATERIALES

Requisitos base:

- **Sala de estar polivalente, comedor, sala de curas, aseo y baño geriátrico.**

Recomendado: Si se trata de un centro de día no vinculado a un centro residencial, sería aconsejable disponer de un espacio de rehabilitación y terapias, así como un despacho de administración.

6. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Atención básica AVD, manutención, estimulación de capacidades y dinamización socio-cultural y familiar.**

Recomendado: Administración farmacológica y transporte no incluido en precio.

7. PERSONAL

Requisitos base personal:

- **Director con una titulación de grado medio**
- **Trabajador social**
- **Gerocultor o auxiliar de clínica**
- **Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.**

Recomendado: Psicólogo consultor y DUE a demanda.

Requisitos base ratios:

- **1 auxiliar cada 10 plazas**
- **20 horas semanales de fisioterapeuta y/o 20 de terapeuta ocupacional**

- **1 trabajador social a tiempo parcial o completo si realiza labores de dirección y asistenciales.**

Ratio global de atención: 0,20

- 0,05 de personal de servicios

Ratio total: 0,25

8. DOCUMENTACIÓN

Requisitos base:

- **Reglamento de régimen interno, contrato, póliza de seguro, plantilla de personal, libro de registro de usuarios, listado de precios, hoja de reclamaciones, protocolo de urgencias y expediente individual.**

CENTRO DE DÍA DISCAPACITADOS

La acreditación (punto 1) y documentación (punto 8) son comunes con el centro de día de mayores.

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

Con respecto a los centros de día para discapacitados, hay una diversidad destacable en la tipología que marca la variedad en los requisitos de usuarios, en ocasiones es suficiente con **tener la condición legal de minusválido, en otras se exige estar afectado de una deficiencia mental grave, retraso mental, parálisis cerebral u otras deficiencias afines.**

3. VALORACIÓN

En las Comunidades Autónomas que disponen de baremo propio, además del reconocimiento del **grado de minusvalía**, se consideran las siguientes áreas:

- **Situación socio-familiar**
- **Situación económica**
- **Edad**
- **Estado físico y/o psíquico.**

4. APORTACIONES DE LOS USUARIOS

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. REQUISITOS MATERIALES

Requisitos base:

- **Comedor, Aseo y Sala de estar / de actividades.**

Recomendado: Mínimo un despacho o sala polivalente para recibir familias, curas y preservar la intimidad.

6. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Atención básica AVD, Manutención y Estimulación de capacidades funcionales.**

Recomendado: en servicios de centro de día para discapacitados psíquicos: estimulación cognitiva, atención psicológica e integración social.

7. PERSONAL

Requisitos base:

- **Mismo personal y ratio que en el caso de centros de día para mayores, excepto que se tendría un psicólogo a jornada completa.**

Ratio total: 0,30

- Si todos los usuarios son grandes discapacitados, un auxiliar más a tiempo completo.

CENTRO RESIDENCIAL MAYORES

1. ACREDITACIÓN

Requisitos base:

- **Condiciones materiales, recursos humanos, documentación y sistema de contabilidad.**

Recomendado: atención ofrecida e índice de prestación (Plan funcional).

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

- **Edad y nivel de dependencia**
- **Situación de dependencia.**

3. VALORACIÓN

En la actualidad, todas las Comunidades Autónomas disponen de un baremo. Las áreas consideradas sistemáticamente en todos los baremos son:

- **Situación socio-familiar**
- **Situación económica**
- **Condiciones de la vivienda y accesibilidad**

Recomendado: Valorar abandono familiar o maltrato.

4. APORTACIONES DE LOS USUARIOS

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. REQUISITOS MATERIALES⁸

Requisitos base:

- **Aseo, baño geriátrico, dormitorio, sala comedor, sala de estar, sala de curas, sala de actividades, sala de administración, ascensor, sala de terapia ocupacional, cocina, sala de visitas y almacén.**

6. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Alojamiento y manutención.**
- **Atención básica en las AVD**
- **Atención sanitaria y terapia ocupacional.**

7. PERSONAL

Requisitos base:

- **Existe acuerdo general en cuanto a la necesidad de disponer de director, profesionales sanitarios y personal de servicios.**

El 59% de las Comunidades Autónomas presentan ratios totales de atención, pero debido a las características de las normativas en variedad y tiempo de profesionales y en el establecimiento de niveles de dependencia es difícil presentar una cifra que pueda servir de base. Para un análisis más completo, ver análisis comparativo (pág. 37-38).

Recomendado: Atención directa 0,35 y atención global 0,55.

⁸ Como se puede observar, los elementos materiales son los más ampliamente legislados y no hay dudas en cuanto a su necesidad. Para un análisis más profundo de estándares, ver análisis comparativo (pág. 27-30)

8. DOCUMENTACIÓN

Requisitos base:

- **Reglamento de Régimen Interior, contrato, póliza de seguro, libro de registro de usuarios, hoja de reclamaciones, protocolo de urgencias o expediente individual.**

CENTRO RESIDENCIAL DISCAPACITADOS

La acreditación (punto 1) y documentación (punto 8) son comunes con el centro residencial de mayores.

2. REQUISITOS DE LOS USUARIOS

- **Edad y nivel de dependencia.**
- **Personas con la calificación legal de minusválidos.**

3. VALORACIÓN

En la actualidad, prácticamente todas las Comunidades Autónomas disponen de un baremo. Las áreas consideradas sistemáticamente en los baremos son:

- **Situación física y psíquica**
- **Situación sociofamiliar**
- **Situación económica**
- **Condiciones de vivienda**

4. APORTACIONES DE LOS USUARIOS

La aportación del usuario se rige según la Ley de Servicios Sociales y normativa de cada Comunidad Autónoma. **No se puede definir un mínimo básico.**

5. REQUISITOS MATERIALES⁹

Requisitos base:

- **Aseo y sala de estar.**

Recomendado: Asumir los requisitos de centros residenciales de mayores.

⁹ La posibilidad de definir un estándar en este caso está limitada por la ausencia de información en cinco CCAA y la escasez de detalles en los casos en se dispone de la legislación correspondiente.

6. SERVICIOS

Requisitos base:

- **Alojamiento y manutención.**
- **Atención básica en las AVD**

Recomendado: Estimulación de las capacidades funcionales y/o cognitivas y la atención sanitaria.

7. PERSONAL¹⁰

Resulta difícil especificar unos mínimos básicos debido a la falta de datos.

¹⁰ Para un análisis más detallado, ver análisis comparativo (pág. 37-38)

2. Modelo referencial

El análisis que se presenta a continuación se centra en el estudio pormenorizado de diez personas de cada uno de los grupos de dependencia. El fin último es asignarle el recurso más adecuado en función de sus características personales y entorno socio-familiar. *Implica el ajuste del recurso*, definido por requisitos formales a las necesidades de una *persona en situación de dependencia*, caracterizada por una situación dinámica y cambiante en una relación dialéctica de autonomía / apoyo.

Para el establecimiento de *escenarios de referencia* que orienten en la toma de decisiones de planificación y distribución de recursos en base a tipologías, se ha optado por analizar en profundidad diez casos entresacados de forma aleatoria de cada uno de los seis conglomerados formados de acuerdo a criterios detallados en capítulos anteriores, correlacionados tanto con las necesidades generales de cuidados como con las particulares y con los servicios que más se adecuan a su situación. La metodología utilizada ha sido la de *cluster k-means*, ya explicada en el apartado tres de la segunda parte.

Con este objetivo, se ha tomado como eje central la valoración integral de los usuarios teniendo en cuenta todos los registros que la componen: registros Médicos, de Enfermería, Psicológicos, de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Trabajo Social. Se ha estudiado el grado de afectación de cada una de las variables del CMBD, el tiempo de enfermería, el peso relativo del RUG-III y, de acuerdo con estos datos, se han asignado de forma particular horas de atención, frecuencia de días de apoyo formal y análisis del apoyo informal para modelar la ayuda requerida.

Se ha valorado, por tanto, la dependencia global de cada conglomerado, la frecuencia de las distintas afectaciones de las actividades básicas de la vida diaria, la disponibilidad y situación de las ayudas formales e informales y las necesidades sanitarias.

Finalmente, tras la descripción del caso y de sus necesidades, se presenta una propuesta de los servicios más adecuados para atender a cada conglomerado base.

Conglomerado 1

DESCRIPCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Nº de casos = 95 / 636 (14,9%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 25,3 %	MEC :	< 12 = 9,1 %
	21-40 = 1,1 %		12-19 = 15,9 %
	41-60 = 3,2 %		20-23 = 18,2 %
	61-80 = 24,2 %		>24 = 56,8 %
	>80 = 46,3 %		

Son personas habitualmente **con dependencia leve, con necesidad de supervisión puntual para las AVD**, con necesidad de ayuda en domicilio para limpieza y compra y/o preparación de la comida.

Necesitan un **apoyo informal débil** (pueden quedarse solos en casa o dormir solos) salvo en algún caso.

Las características sanitarias son muy variadas **sin un patrón que defina al grupo**.

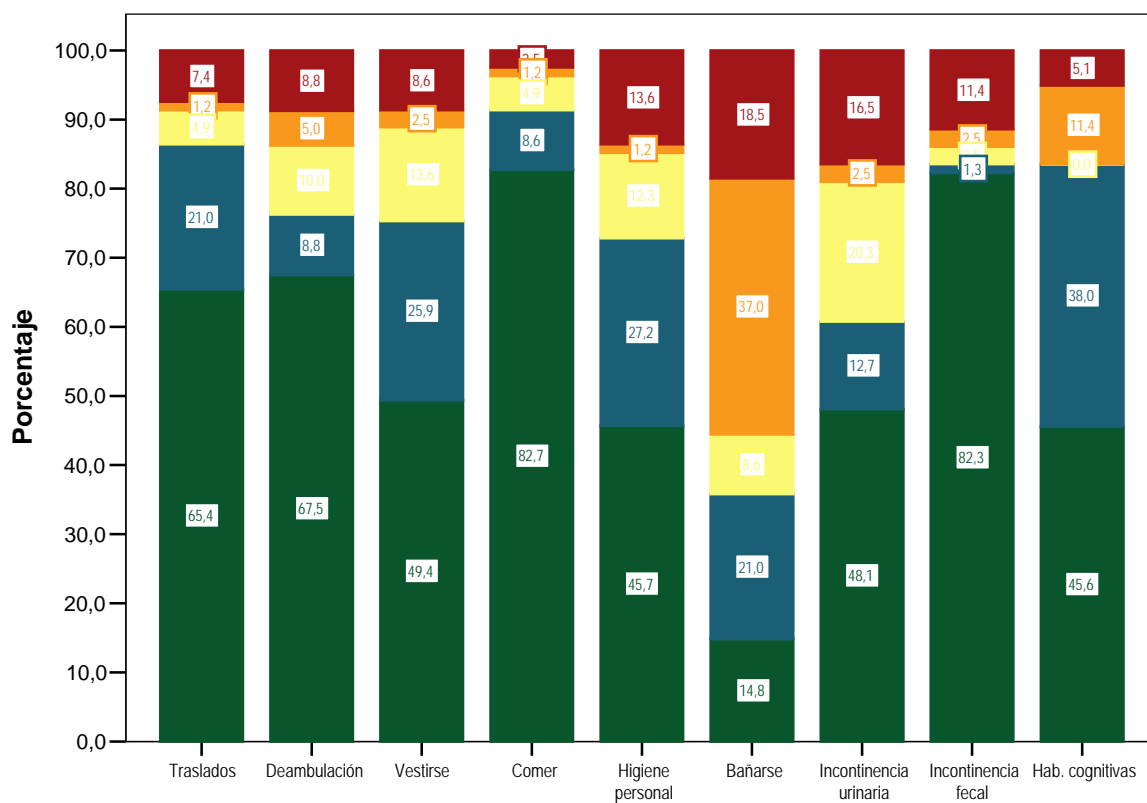
Puntualmente existe algún caso que requiere apoyo sanitario a domicilio, sobre todo de DUE (insulina, alguna cura, etc.)

NECESIDAD DE CUIDADOS

Salvo para bañarse, la necesidad es en general de **supervisión y/o preparación del material**.

- Apoyo para bañarse en el 85 % de los casos (21% necesitan supervisión)
- Apoyo a la higiene personal 55 % de los casos (27 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 50 %
- Incontinentes fecales en diversos grados sólo el 17 %
- Apoyo para traslados y deambulación para el 35 %
- Apoyo para vestirse al 50 % (26 % necesitan supervisión)
- Apoyo para comer solo en el 17 % de los casos

Figura 18. Conglomerado 1: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario 1 vez al día, 2 o 3 veces por semana, con un total de 3 a 7 horas a la semana, para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario.
- Las horas de apoyo formal pueden darse también o completarse desde los Centros de día.
- Si tienen apoyo informal pueden necesitar en algún caso descarga temporal del mismo, con una necesidad de coordinación con los servicios formales.
- Teleasistencia.

Conglomerado 2

DESCRIPCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Nº de casos = 89 / 636 (14%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 32,6 %	MEC:	< 12 = 25,3 %
	21-40 = 2,2 %		12-19 = 22,9 %
	41-60 = 16,9 %		20-23 = 18,1 %
	61-80 = 22,5 %		>24 = 33,7 %
	>80 = 25,8 %		

Son personas con **dependencia leve o moderada para las AVD, algunas con riesgos de caídas**. Tienen necesidad de **supervisión** para la mayoría de las AVD, aunque en algunos casos la ayuda debe ser directa.

Requieren **ayuda en domicilio** para limpieza y compra y/o preparación de la comida.

Necesitan un apoyo informal fuerte (pueden quedarse solos en casa en cortos espacios de tiempo o pueden dormir solos si tienen algún apoyo tecnológico).

En este grupo aparecen personas con **características sanitarias postagudas o postquirúrgicos** con una dependencia transitoria y que pueden requerir rehabilitación especializada.

Se observan algunos **casos de cuidados paliativos**.

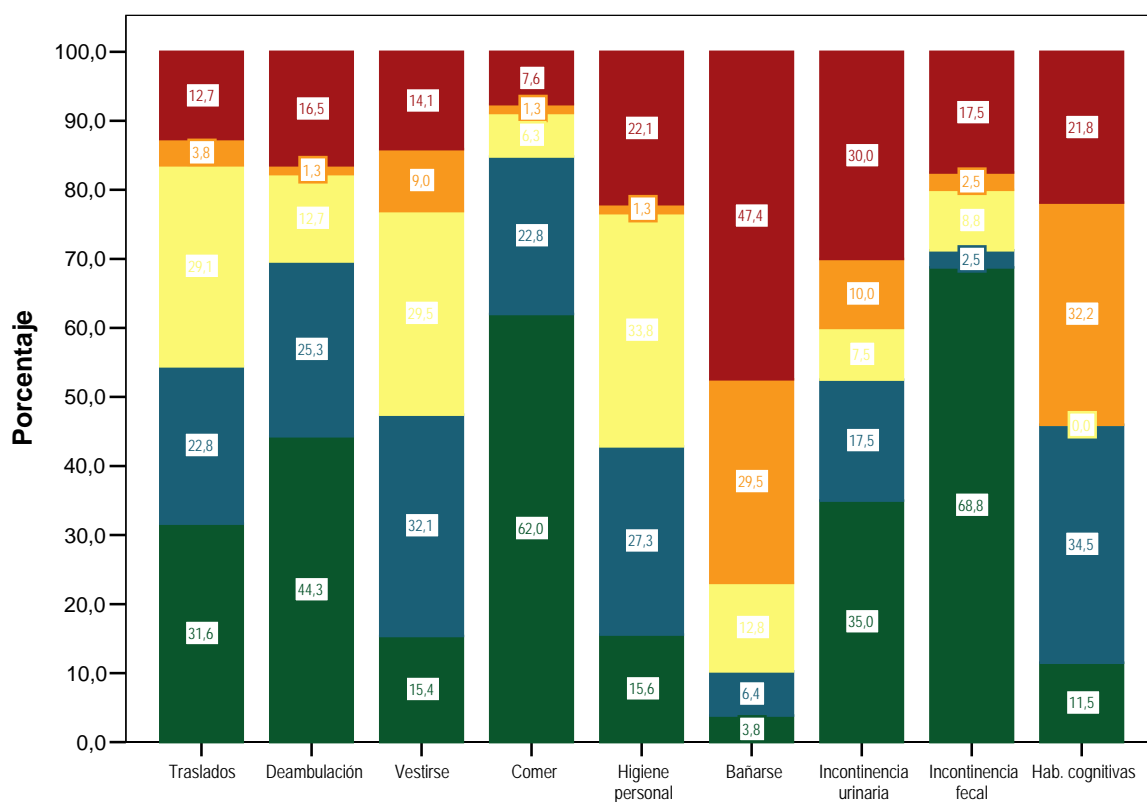
El **apoyo sanitario de DUE** se observa con más frecuencia (insulina, control de medicación, alguna cura, etc.)

Actualmente son personas que **causan ingresos temporales**.

NECESIDADES DE CUIDADOS

- Apoyo para bañarse en el 96 % de los casos
- Apoyo a la higiene personal 84 % de los casos (27 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 65 %
- Incontinentes fecales en diversos grados el 31 %
- Apoyo para traslados y deambulaci3n para el 65 – 70 %
- Apoyo para vestirse al 84 % (32 % necesitan supervisi3n)
- Apoyo para comer en el 38 % de los casos (22 % necesitan supervisi3n)

Figura 19. Conglomerado 2: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario de 1 a 2 veces al día (de 2 a 3 horas diarias), entre 8 y 15 horas a la semana para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario.
- Las horas de apoyo formal pueden darse también o completarse desde los Centros de día.
- Si tienen el apoyo informal necesitan descarga temporal del mismo, con una necesidad de coordinación con los servicios formales.
- Teleasistencia.

Conglomerado 3

DESCRIPCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Nº de casos = 237 / 636 (37,3%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 37,7 %	MEC:	< 12 = 29,7 %
	21-40 = 12,7 %		12-19 = 32,4 %
	41-60 = 14,0 %		20-23 = 12,8 %
	61-80 = 12,7 %		>24 = 25,1 %
	>80 = 22,9 %		

Son personas con **mayor dependencia** iniciándose un grupo con **trastornos cognitivos** que puede tener afectada la toma de decisiones (no pueden planificar). Se observan algunos casos de trastornos de la conducta (Salud Mental).

Tienen necesidad de **apoyo directo para varias AVD**. Requieren ayuda en domicilio para limpieza y compra y/o preparación de la comida.

Necesitan un **apoyo informal fuerte** (pueden quedarse solos en su domicilio en cortos espacios de tiempo o pueden dormir solos si tienen algún apoyo tecnológico). Algunos requieren vigilancia de 24 horas entre el apoyo profesional y el informal (no pueden quedarse solos).

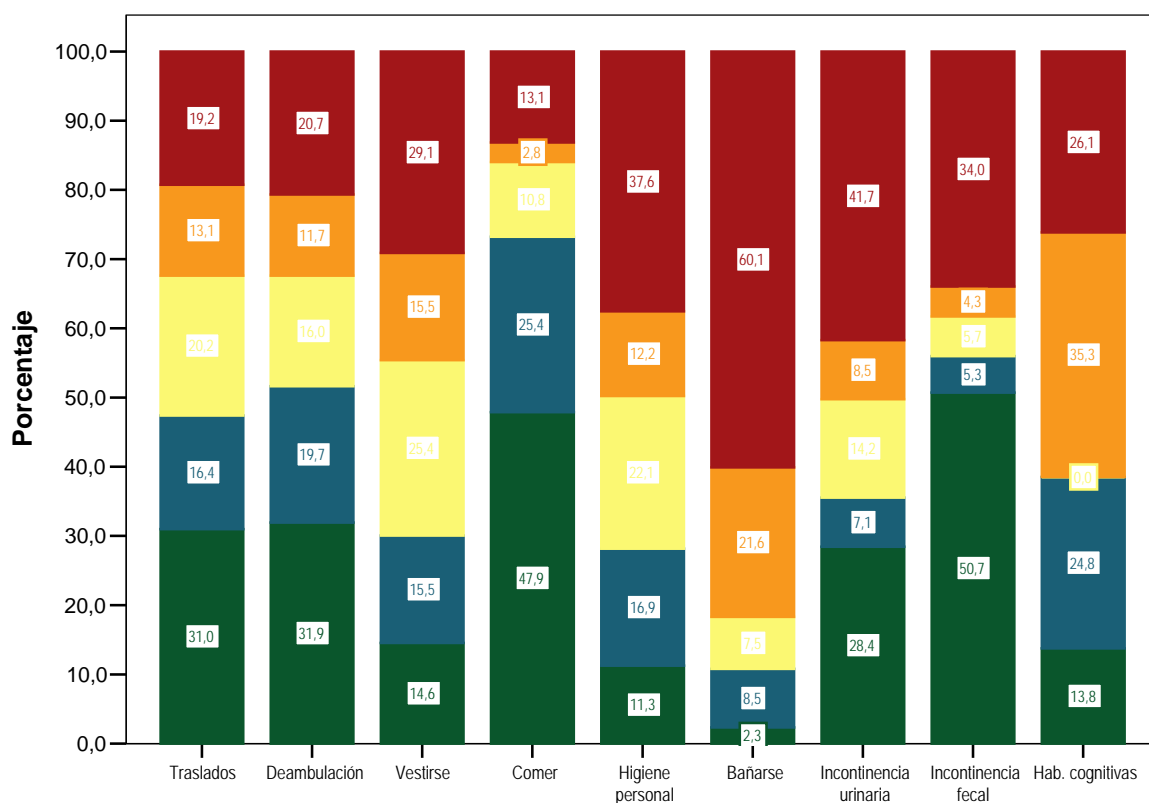
Se siguen observando algunos **casos de cuidados paliativos**.

El **apoyo sanitario de DUE** se requiere con frecuencia (insulina, control de medicación, alguna cura, etc.).

NECESIDADES DE CUIDADOS

- Apoyo para bañarse en el 97 % de los casos
- Apoyo a la higiene personal 88 % de los casos (17 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 71 %
- Incontinentes fecales en diversos grados el 50 %
- Apoyo para traslados y deambulaci3n para el 70 %
- Apoyo para vestirse al 85 % (15 % necesitan supervisi3n)
- Apoyo para comer en el 52 % de los casos (25 % necesitan supervisi3n)

Figura 20. Conglomerado 3: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario de 2 a 3 veces al día (de 3 a 4 horas diarias), con un máximo de 20 horas a la semana para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario con apoyo de DUE puntual.
- Las horas de apoyo formal pueden darse también o completarse desde los Centros de día.
- Se observa más frecuentemente la existencia de apoyo familiar, pero requieren descargas por claudicación y coordinación con los servicios formales.
- Teleasistencia.

Conglomerado 4

DESCRIPCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Nº de casos = 100 / 636 (15,7%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 39,8 %	MEC:	< 12 = 26,1 %
	21-40 = 19,4 %		12-19 = 29,3 %
	41-60 = 22,4 %		20-23 = 12,0 %
	61-80 = 16,3 %		>24 = 32,6 %
	>80 = 2,0 %		

Son personas **con necesidad de apoyo directo en varias de las AVD con aumento de las horas de atención** y con necesidad de ayuda domiciliaria para limpieza y la compra y/o preparación de la comida.

Necesitan un **apoyo informal fuerte** (no pueden quedarse solos en casa salvo en cortos espacios de tiempo). Sería conveniente que vivieran con alguien para el soporte nocturno.

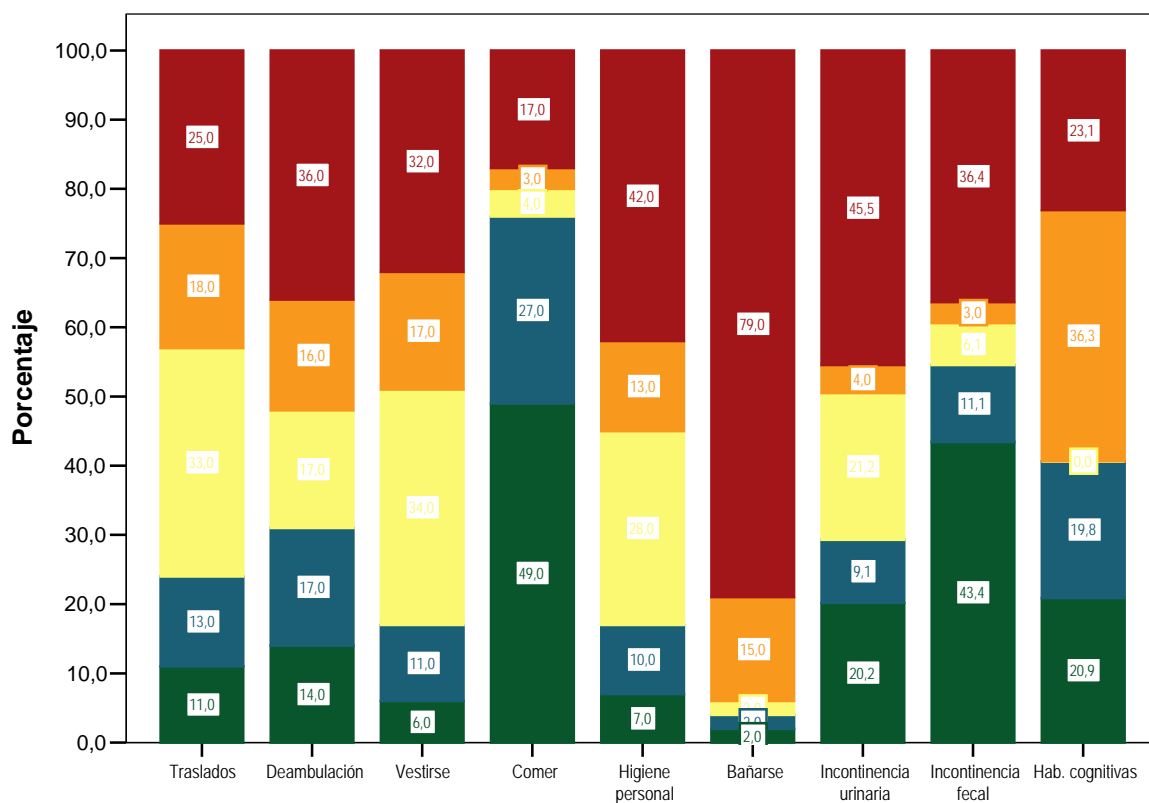
Tienen **afecciones respiratorias, traumatológicas y del Sistema Nervioso Central que conllevan dependencia funcional**. Esta dependencia funcional aumenta cuando la capacidad cognitiva disminuye.

El **apoyo sanitario de DUE** se requiere con mayor frecuencia que en el grupo anterior (insulina, control de medicación, alguna cura, etc.)

NECESIDADES DE CUIDADOS

- Apoyo para bañarse en el 98 % de los casos
- Apoyo a la higiene personal 93 % de los casos (10 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 80 %
- Incontinentes fecales en diversos grados el 57 %
- Apoyo para traslados y deambulaci3n para el 85 %
- Apoyo para vestirse al 94 % (11 % necesitan supervisi3n)
- Apoyo para comer en el 51 % de los casos (27 % necesitan supervisi3n)

Figura 21. Conglomerado 4: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario 3 o más veces al día (de 4 a 6 horas diarias), con un máximo de 30 horas a la semana para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario con apoyo de DUE frecuente.
- Las horas de apoyo formal pueden darse también o completarse desde los Centros de día.
- Si hay apoyo familiar, requiere descargas temporales y en algunos casos ingreso en residencia por claudicación. Se debe establecer una coordinación con los servicios formales.
- Teleasistencia, cuando hay buena capacidad cognitiva.

Conglomerado 5

DESCRIPCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Nº de casos = 36 / 636 (5,7%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 62,9 %	MEC:	< 12 = 20,7 %
	21-40 = 14,3 %		12-19 = 37,9 %
	41-60 = 14,3 %		20-23 = 10,3 %
	61-80 = 8,6 %		>24 = 31,0 %
	>80 = 0,0 %		

Son personas con necesidad de **apoyo directo de una persona** (habrá que supervisar sólo en contados casos) en varias de las AVD con aumento de las horas de atención con respecto al conglomerado 4. La necesidad de ayuda domiciliaria para la limpieza y la compra y/o preparación de la comida es indispensable y de forma continuada.

Necesitan un **apoyo informal fuerte** (no pueden quedarse solos en casa salvo en cortos espacios de tiempo).

Son personas con **afecciones respiratorias, traumatológicas, endocrinas y del Sistema Nervioso Central que conllevan dependencia funcional**. Esta dependencia funcional se ve condicionada por la capacidad cognitiva y los trastornos de conducta.

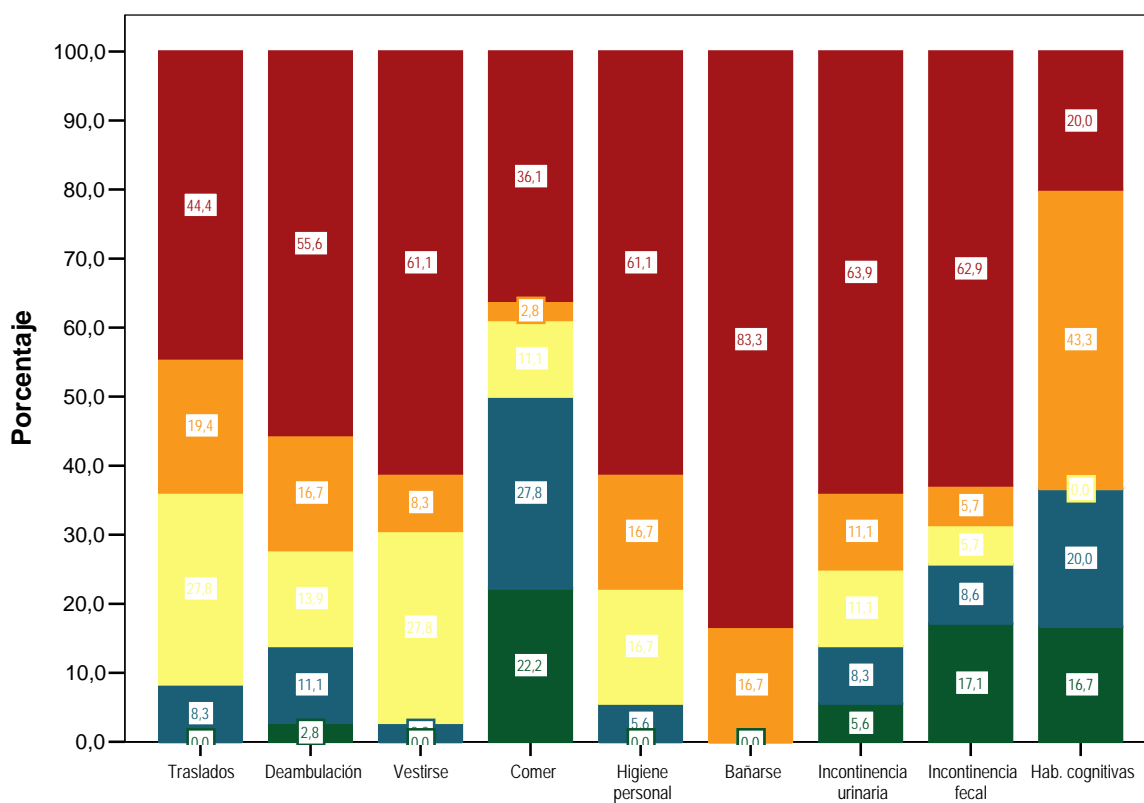
El **apoyo sanitario de DUE** se requiere con mayor frecuencia que en el grupo anterior (insulina, control de medicación, alguna cura, etc.). Aparecen cuidados de sondas urinarias y úlceras por presión o vasculares.

Deben considerarse las **afectaciones de los órganos de los sentidos** (visión y oído).

NECESIDADES DE CUIDADOS

- Apoyo para bañarse en el 100 % de los casos
- Apoyo a la higiene personal 100 % de los casos (5 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 95 %
- Incontinentes fecales en diversos grados el 82 %
- Apoyo para traslados y deambulaci3n para el 95 %
- Apoyo para vestirse al 97 % (2 % necesitan supervisi3n)
- Apoyo para comer en el 78 % de los casos (28 % necesitan supervisi3n)

Figura 22. Conglomerado 5: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario 3 o más veces al día (de 4 a 6 horas diarias), con un máximo de 30 horas a la semana (posibilidad de prestar atención 7 días a la semana correspondientes a 42 horas semanales) para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario.
- Si está en domicilio requerirá de los servicios de la atención Primaria Sanitaria y en muchos casos de la Salud Mental.
- Considerar casos de obesidad (ayuda de 2 personas al mismo tiempo y ayuda tecnológica como grúas)
- Si hay apoyo familiar fuerte (convivencia con pareja o hijo) requiere descargas para descanso o apoyo formal complementario. Se debe establecer una coordinación con los servicios formales.
- Debe considerarse el ingreso Residencial en muchos casos.
- Teleasistencia, si hay apoyo informal de 24 horas para familiares.

Conglomerado 6

DESCRIPCIÓN

Nº de casos = 79 / 636 (12,4%)

Distribución de la población estudiada en este conglomerado según su Barthel y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC):

Barthel:	< 21 = 60,8 %	MEC:	< 12 = 52,8 %
	21-40 = 27,8 %		12-19 = 20,8 %
	41-60 = 11,4 %		20-23 = 6,9 %
	61-80 = 0,0 %		>24 = 19,4 %
	>80 = 0,0 %		

Son personas con necesidad de **ayuda directa a todas las AVD** con gran carga en horas de atención y con necesidad de todas las ayudas en domicilio, tanto sociales como sanitarias.

Necesitan un **apoyo informal fuerte** (no pueden quedarse solos en su domicilio).

Tienen afecciones **respiratorias, traumatológicas, endocrinas y del Sistema Nervioso Central** que conllevan gran dependencia funcional y cognitiva.

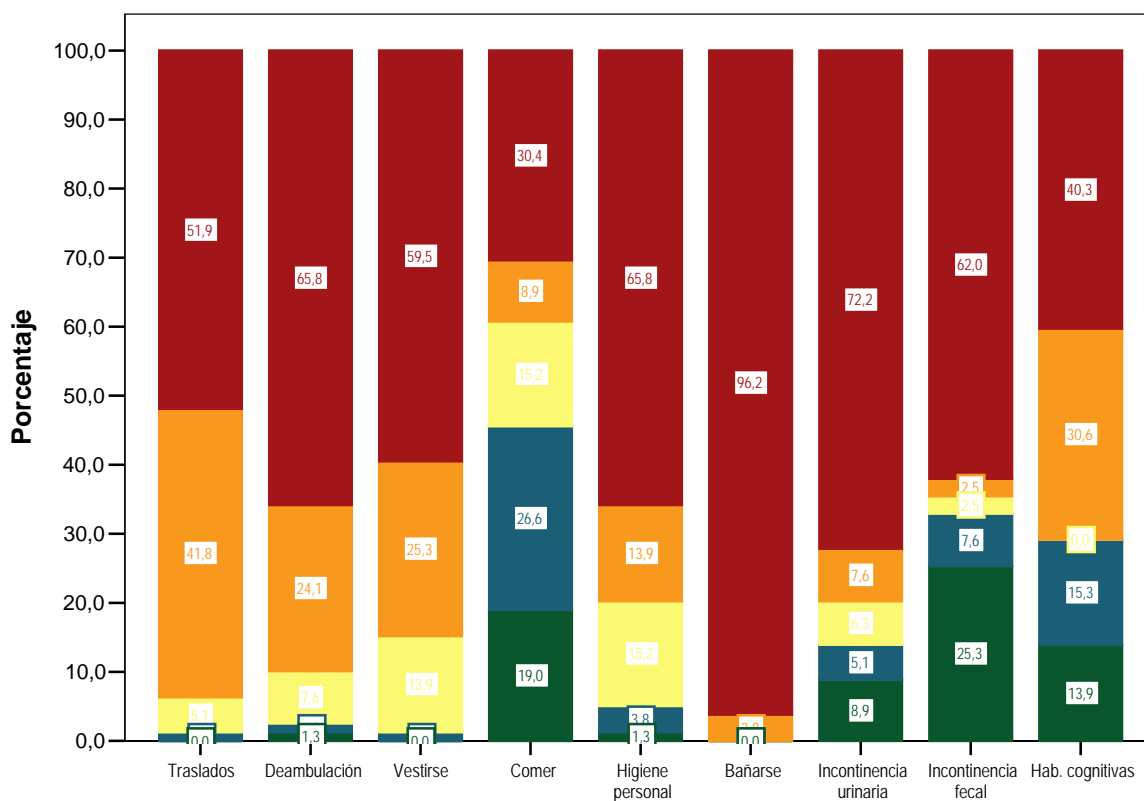
La **atención médica y DUE será continuada** (insulina, control de medicación, alguna cura, etc.) Aparecen cuidados de sondas urinarias y úlceras por presión o vasculares.

Deben considerarse las **afectaciones de los órganos de los sentidos** (visión y oído)

NECESIDADES DE CUIDADOS

- Apoyo para bañarse 100 % de los casos
- Apoyo a la higiene personal 100 % de los casos (1 % necesitan supervisión)
- Incontinentes urinarios en diversos grados 92 %
- Incontinentes fecales en diversos grados el 75 %
- Apoyo para traslados y deambulaci3n para el 100 %
- Apoyo para vestirse al 100 % (1 % necesitan supervisi3n)
- Apoyo para comer para el 81 % de los casos (27 % necesitan supervisi3n)

Figura 23. Conglomerado 6: Necesidad de cuidados



Fuente: Base de datos Grupo SAR

ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

- El apoyo formal es necesario de 3 o más veces al día (de 4 a 6 horas diarias), con un máximo de 30 horas a la semana (posibilidad de prestar atención 7 días a la semana correspondiente a 42 horas semanales) para cuidados domésticos y cuidados personales, así como la coordinación con el nivel de atención primaria sanitario con apoyo de DUE muy frecuente o siempre.
- Considerar los casos de obesidad (conllevar ayudas de 2 persona a la vez y ayuda tecnológica).
- Si hay apoyo familiar requiere descargas por descanso o apoyo formal complementario. Se necesita una coordinación fuerte con el apoyo formal.
- Teleasistencia, sólo para familiares.
- Casi todos los casos requieren ingreso en Residencia.

Se pueden realizar los siguientes comentarios generales:

En los conglomerados 1 a 4 se han encontrado personas que necesitan una rehabilitación importante para restablecer sus funciones (postquirúrgicos o postagudos). Estos casos requieren una muy buena coordinación con el sistema sanitario para poder realizar rehabilitación a domicilio. Durante este periodo sería conveniente prestar ayudas o apoyos a **su estado transitorio de dependencia como medida preventiva para evitar una mala evolución.**

También se han identificado personas con problemas de Salud Mental y toxicomanías (enolismo) cuyo requerimiento adicional sería una adecuación de su domicilio para prevenir accidentes (ventanas, gas, fuego, etc.)

Conclusiones

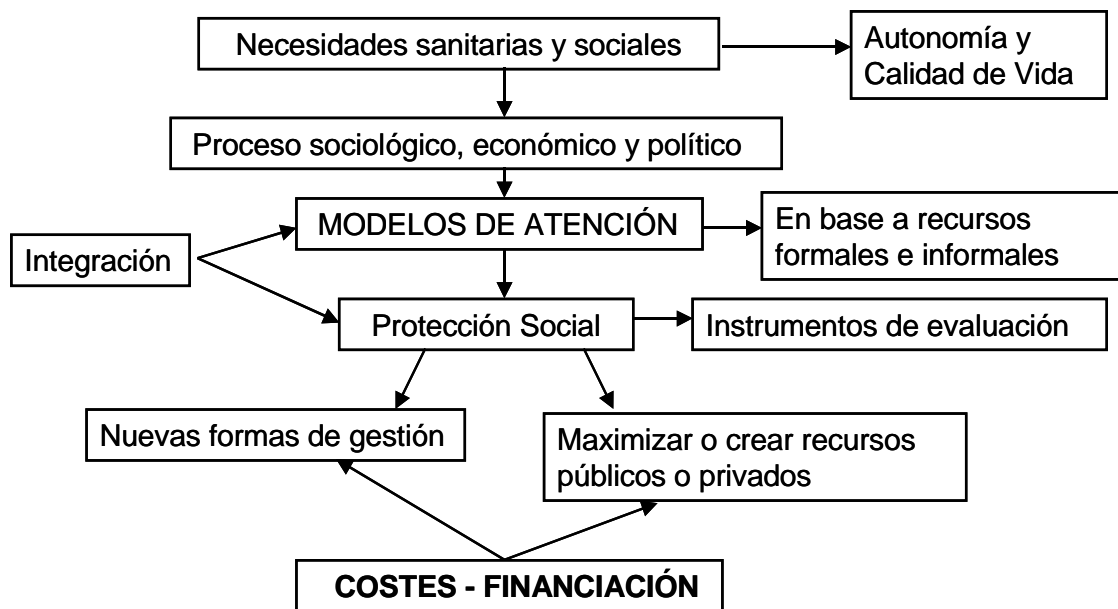
1. El proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia plantea un momento de oportunidad, no sólo por la introducción del *derecho subjetivo de protección* para todos los ciudadanos cualquiera que sea su edad o situación familiar, sino también porque la aprobación del proyecto de Ley ha abierto un proceso de reflexión en todas las CCAA sobre aspectos concretos de la organización de los servicios y la atención a la dependencia. En esta nueva etapa, las CCAA están aprobando diversas iniciativas o textos legislativos encaminados a establecer una efectiva coordinación entre servicios sociales y sanitarios y proporcionar unos recursos de atención adecuados para los diferentes perfiles y necesidades identificadas. Todo este trabajo supone ya una mejora anticipada en la *calidad y modernización* de los servicios ofrecidos.

2. El análisis completo, que se ha ido estructurando en diferentes niveles, constituye una herramienta para reflexionar sobre las situaciones reales que se atienden actualmente y los recursos que son necesarios para cubrir las necesidades personales y sociales planteadas. Es importante recordar que la dependencia no es un concepto unitario y que la *trayectoria hacia la dependencia no está marcada por un solo itinerario*: como fenómeno multicausal y multidimensional, requiere la consideración de diversos factores (Figura 24). La dependencia abarca, por tanto, más situaciones que las derivadas estrictamente de la discapacidad. “Las limitaciones funcionales sufridas por el individuo no derivan únicamente de sus propias características (físicas, sociales y económicas....) sino también de las características de su entorno y del medio en el que se desarrollan sus actividades habituales, sean estas características arquitectónicas, jurídicas, administrativas, geográficas o familiares” (Puga González, 2001: 52).

Asumir el enfoque de la dependencia como concepto multicausal y multidimensional conduce inevitablemente hacia la *valoración integral* como instrumento de evaluación y a la necesidad de un modelo de cuidados que asuma la multidisciplinaridad y la coordinación como principios básicos de actuación. Dicho modelo debe tener una base profesional con equipos que tengan una formación adecuada en la evaluación de las

necesidades de los ancianos y conocimiento de los recursos existentes (Fontanals et al., 1995) pero *cada Administración debe tomar sus propias decisiones y establecer su marco de intervención sobre la base de un acuerdo básico que recoja los principios fundamentales de atención y los estándares de servicios*. Este es el camino que permitirá poner en práctica los principios inspiradores de la Ley que son, entre otros: carácter público de las prestaciones, universalidad en el acceso, atención integral e integrada, permanencia de las personas en el entorno en el que desarrollan su vida y la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios.

Figura 24. Sistematización del contexto social de dependencia



(Fontanals et al, 2005)

3. Una vez definidos los elementos básicos del modelo de trabajo, es necesario continuar con el estudio y mejora de los servicios llevada a cabo en las diferentes CCAA para crear una base común que facilite una activa gestión del conocimiento. La *evaluación de resultados* aparece como otro de los principios clave del proceso de innovación encaminado a aumentar la accesibilidad y equidad en la distribución de los recursos.

4. El análisis normativo realizado ha puesto de manifiesto la existencia de una gran diversidad conceptual en la definición de los servicios y en los requisitos necesarios

para su funcionamiento según el territorio. Esta constatación no supone una limitación, sino un punto de partida para alcanzar un acuerdo base y establecer un marco común, ya que existe una misma orientación y un objetivo compartido que es proporcionar una atención de calidad a personas en situación de dependencia.

5. La realización de análisis de correspondencias simples ha puesto de manifiesto que las variables del Barthel y del CMBD (RAI 1.0) clasifican a los individuos de forma similar, midiendo prácticamente lo mismo, por lo que el uso exclusivo de las variables del CMBD es adecuado. En este sentido, se observa que cuando las escalas son fiables y el registro es correcto, el resultado de la medición es muy similar. Esto demuestra que lo importante es disponer de instrumentos ajustados a la realidad que se pretende medir, y no el instrumento en sí mismo. Cualquiera que se decida, si recoge las áreas básicas de valoración, podría ser adecuado para la asignación de recursos.

6. La definición de los perfiles de dependencia muestra una realidad heterogénea y cambiante de personas con diferentes áreas afectadas que requieren distintos niveles de ayuda. Mediante un análisis de clusters k-means se crean tres grupos representados por diferentes tiempos de atención. Se observa que, a medida que aumenta la dependencia del grupo, se incrementan los minutos de atención que requieren, lo que ofrece una descripción de los tres grados de dependencia atendiendo a criterios esencialmente funcionales y de nivel de ayuda requerida. Se puede considerar, por lo tanto, una buena aproximación para caracterizar la dependencia moderada, severa y gran dependencia. El análisis permite concluir que los tres perfiles de dependencia tienen afectadas todas las áreas en mayor o menor medida y que el ajuste de los servicios depende de la capacidad para identificar el grado de las distintas necesidades y el apoyo disponible.

7. Se confirma, asimismo, que los tres conglomerados (grupos de dependencia) son homogéneos en cuanto a la estructura demográfica, sin mostrar diferencias entre ellos con respecto a la edad y sexo. Este resultado permite afirmar que estas dos variables no están asociadas al tiempo de enfermería, es decir, a la intensidad de cuidados requeridos, por lo que hay que asumir que las diferencias entre los grupos se deben a otras variables. Los datos presentados refuerzan la idea de que, en determinados

niveles de dependencia, no existen diferencias entre hombres y mujeres o entre distintos grupos de edad.

8. Los datos obtenidos apoyan además lo que los profesionales han intuido durante muchos años en el ejercicio de su práctica profesional: que unas áreas se afectan antes que otras. Se observa que la capacidad de *bañarse* de forma autónoma es la primera que se pierde seguida de la *incontinencia urinaria* y las *habilidades cognitivas*. Por otro lado, la habilidad de *comer* de manera independiente es la que más tarde se afecta junto a la *capacidad de hacerse entender*, seguida de la *incontinencia fecal* y las *habilidades cognitivas*. Aunque no se ha presentado en el análisis, ya que no se ha considerado relevante para el estudio, *la capacidad de hacerse entender* es una de las áreas que se conserva durante más tiempo, incluso en casos de dependencia severa, lo que demuestra que la posibilidad de comunicación persiste en perfiles de gran afectación, incluso en los que las habilidades cognitivas se encuentran deterioradas.

9. Otra de las conclusiones relevantes tiene que ver con la importancia de *programas especiales de mantenimiento de funciones* (comer, control de incontinencias y las habilidades cognitivas) ya que los efectos sobre la autoestima y la autonomía de las personas son significativos. Es conveniente tener en cuenta la presencia en la muestra de personas menores de 65 años (6%) afectadas por distintas patologías de trastornos mentales y de conducta, lo que subraya el valor de considerar las necesidades específicas de este colectivo, al que también se dirige la Ley, planteando acciones concretas para prevenir situaciones de mayor dependencia.

La *prevención y promoción de la salud* es un campo de amplio desarrollo que requiere una coordinación efectiva de servicios, la utilización de los recursos existentes y la participación ciudadana (voluntariado, grupos de apoyo...).

11. En el planteamiento de *escenarios de referencia* se hace patente el valor del consenso y de la coordinación socio-sanitaria como instrumentos de mejora del sistema de atención, ya que la atención a la dependencia depende de múltiples factores personales, familiares y socio-económicos y de un contexto político y asistencial concreto.

12. A partir del estudio, se evidencia la necesidad de crear una *cultura de registro sistemático y parametrizado* en el campo psicológico y social para realizar estudios completos que permitan investigar las necesidades sociales como elementos clave y decisivos en la adjudicación de servicios. Disponer de información amplia y validada en todas las áreas es la herramienta clave para una buena valoración y una correcta asignación de recursos. En este sentido, la formación del personal y la adecuación de los perfiles profesionales a las nuevas situaciones planteadas son requisitos imprescindibles para un avance en la calidad de la atención.

En definitiva, la calidad del Sistema de Dependencia requiere *fijar criterios comunes en cuanto a la acreditación de los centros y servicios, entendiendo como esenciales las condiciones materiales, funcionales y los servicios mínimos*. Esto permitirá plantear escenarios equitativos, sostenibles y accesibles para atender a todas las personas dependientes en situación de igualdad de forma integral e integrada.

Bibliografía

- Bertrán J, Pasarín A (1992) "La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos". *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 27(8):135.
- Carrillo E, Burgueño A, Abad F, García-Altés A, Dupasquier JN, Fries BE (1996) "Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación case mix: perspectivas actuales". *Rev Gerontol*; 6:285-93.
- Carrillo E, García-Altés A, Peiró S, Portella E, Mediano C, Fries, et al. (1996) "Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups, version III. Validación en España". *Rev Gerontol*; 6:276-84.
- Edad&Vida (2004) *Estudio de modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Barcelona: Edad&Vida.
- Fontanals de Nadal, M^a D., Ancizu, I., Pascual, J. (2005) "De la cronicidad a la dependencia. Definición y perspectiva histórica". Ponencia presentada en la 1^a *Jornada sobre implantación de un Sistema de Protección de la Dependencia*. Valladolid, 25 de enero de 2005.
- Fontanals de Nadal, M^a D., Martínez Mateo, F. y Vallès i Forcada, E. (1995) "Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys", *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 30 (3): 189-198.
- Fries BE, Scheneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. (1994) "Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG III)". *Med care*; 32:668-85.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día J, de la Cámara C, Ventura T, et al. (1999) "Revalidación y normalización del mini-examen cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica". *Med Clin (Barc)*; 112:767-74.
- Mahoney FI, Barthel DW. (1965) "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med J*; 14:61-5.
- Mc Dowell I, Newel C. (1996) *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. (1990) "Designing the National Resident Assessment Instrument for nursing home". *Gerontologist*; 30:293-8.

Morris JN, Hawes C, Murphy K, Nonemaker S. (1991) *Resident Assessment Instrument. Training Manual and Resource Guide*. Natick: Elliot Press.

Proyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Congreso de los Diputados. Seria A: Proyectos de Ley. 5 de mayo de 2006. Núm. 84-1.

Puga González, M.D. (2001) *Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.