

# ESTUDIOS DE I+D+I

## Número 24

### Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España

**Autor:** Salvador Carulla, Luis  
**Filiación:** Univ. de Cádiz  
**Contacto:** [gemp@retemail.es](mailto:gemp@retemail.es)  
**Convocatoria:** 2002 y 2003

Para citar este documento:

**SALVADOR CARULLA**, Luis (2003). "Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, nº 24. [Fecha de publicación: 12/07/2005].  
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf>>

## Resumen

Descripción y clasificación estandarizada de los servicios destinados a personas mayores en situación de dependencia llevada a cabo con el objetivo de mejorar su gestión y planificación. Para ello se realizó un estudio de consenso realizado por un grupo de expertos mediante la técnica de Paneles Delphi modificada, efectuando una adaptación conceptual de contenido y de aceptabilidad del instrumento para la población diana. El instrumento elaborado fue el Diagrama Estandarizado de Servicios para Mayores en situación de Dependencia (DES-MD), cuestionario que se sirve de un sistema de diagramas que permiten la categorización de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada. Dicho instrumento es una adaptación de la Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas con Discapacidad en España (DESDE). La unidad de análisis ha sido el servicio sociosanitario para personas de 60 años o más, en situación de dependencia. Se define servicio sociosanitario como “las unidades más pequeñas, con estructura administrativa propia, dentro del sistema local de atención sociosanitaria”.

Los resultados obtenidos en este estudio son de gran utilidad ya que permiten obtener un instrumento válido para la evaluación de servicios para personas mayores en situación de dependencia.

# MEMORIA JUSTIFICATIVA

## “DESCRIPCIÓN ESTANDARIZADA DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD PARA ANCIANOS EN ESPAÑA II”

**(DESDAE II)**

Coordinador del Grupo Investigador: Dr. Luis Salvador Carulla.  
Prof. Titular de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de  
Cádiz. Director del Instituto de Medicina Psicosocial.  
[gemp@retemail.es](mailto:gemp@retemail.es); [imep@telefonica.net](mailto:imep@telefonica.net)

## **INDICE**

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. FINALIDAD.**
- 3. OBJETIVOS.**
  - 3.1. OBJETIVO GENERAL.**
  - 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**
- 4. MATERIAL Y MÉTODO.**
  - 4.1. MATERIAL.**
  - 4.2. MÉTODO.**
    - 4.2.1. GRUPOS DE ESTUDIO.**
- 5. PLAN DE TRABAJO.**
- 6. RESULTADOS OBTENIDOS.**
  - 6.1. LLEVAR A CABO UNA REVISIÓN Y CONSENSO DEL SISTEMA PARA LA DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN ESTANDARIZADA DE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (DES-MD).**
  - 6.2. GRUPO DE PERSONAS ENTRENADAS EN EL MANEJO DEL INSTRUMENTO Y EN LA METODOLOGÍA DELPHI.**
  - 6.3. LISTADO DE INFORMANTES CLAVE QUE PERMITAN DISPONER DE INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL ÁREA EN ESTUDIO.**
  - 6.4. LISTADO DE BASES DE DATOS DE LOS SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DISPONIBLES EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ.**
  - 6.5. LISTADO DE ASOCIACIONES Y SERVICIOS RELEVANTES EN EL ÁREA DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DEPENDENCIA.**
- 7. DISTRIBUCIÓN DE TAREAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN IMPLICADOS EN ESTE ESTUDIO.**
- 8. CONCLUSIONES.**
- 9. DIFUSION DEL PROYECTO DESDAE II**
- 10. PERSPECTIVAS DE FUTURO.**
- 11. BIBLIOGRAFIA.**
- 12. ANEXOS.**

## **1. INTRODUCCIÓN.**

La atención sociosanitaria a las personas dependientes, ligada especialmente al fenómeno del envejecimiento de la población, se ha convertido en una de las demandas más importantes en las sociedades desarrolladas de la Unión Europea. El incremento de las personas mayores, que constituyen un segmento de la población con un peso específico cada vez más grande en las pirámides demográficas de nuestras sociedades, es por tanto uno de los rasgos característicos de nuestro tiempo.

En 2000, había 61 millones de personas de 65 años o más en la UE, frente a solamente 34 millones en 1960. Hoy en día, este segmento de la población representa el 16 % de la población total. Se espera que este porcentaje se incremente hasta el 27 % para 2010. Durante los tres próximos lustros, el número de personas "muy ancianas" (80 años o más) aumentará casi un 50 %. (La situación social en la Unión Europea 2002).

Al igual que en otros países de nuestro entorno, España está experimentando un crecimiento en el número de personas dependientes. En España La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES) de 1999 realizada por el INE IMSERSO-Fundación ONCE, permite hacer una nueva identificación de personas dependientes mayores de 65 años que, excluyendo los niveles iniciales o leves de dependencia, ascienden a 967.713, de los cuales 479.870 tienen discapacidad severa y 487.843, discapacidad total. En los datos de esta Encuesta no están incluidas las personas que ya están institucionalizadas en centros residenciales, por lo que los datos totales de personas dependientes son más elevados que los que se reflejan en la misma. Hay que contemplar el hecho de que la edad de vida media de las personas con discapacidad también está aumentando, por lo que es importante avanzar en soluciones puesto que un importante volumen de personas con discapacidad en edad avanzada, formarán parte en un futuro próximo de la Tercera Edad

Dentro de las recientes iniciativas políticas y legislativas en España en relación a la atención sociosanitaria a la dependencia y fruto de la cooperación interadministrativa en los ámbitos estatal y autonómico, ha sido de gran importancia la elaboración del documento de *Bases para un modelo de Atención Sociosanitaria* (Documento de 22 de enero de 2003). La coordinación socio-sanitaria, desde la que se coordinen los sistemas de protección de la salud y los servicios sociales, es una cuestión básica, a la hora de establecer el diseño y la gestión compartida de políticas, programas, protocolos, etc. Las líneas que establece el documento deben servir de apoyo para ratificar las políticas sociosanitarias que en este momento otras CC.AA. ya están llevando a cabo y que se pueden beneficiar de la experiencia de otros territorios, así como el establecimiento de criterios homogéneos para la gestión de los recursos. Entre las actuaciones concretas consideradas fundamentales se destacarían: desarrollo de sistemas de información común que incluye instrumentos estandarizados y homogéneos de valoración que serían la fuente para un sistema de información sociosanitaria único en el ámbito estatal. Imprescindible sería también la elaboración de criterios de ordenación de recursos con el objetivo de definir estructuras, delimitar las funciones o definir requisitos y el establecimiento de mecanismos de coordinación y circuitos de derivación.

La formulación de una “definición de dependencia” amplia constituye una cuestión importante que se debe abordar en el ámbito de la planificación sociosanitaria. No existe una definición jurídica universal de dependencia, ya que la definición de dicha condición entra dentro del ámbito de competencias de los Estados miembros de la UE. El problema de una definición general de dependencia es que intenta cubrir un grupo completamente heterogéneo, a la complejidad conceptual y metodológica se combinan los elementos singulares de este colectivo como la edad o el género, de tal modo que a la especificidad de cada tipo de dependencia se une las condiciones sociales y familiares de este grupo de población. La formulación de una definición uniforme del término “dependencia” que cubra todos los aspectos que componen el concepto sería de enorme utilidad para poder estudiar en profundidad la atención más adecuada a las personas dependientes.

La labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede utilizar como punto de referencia. La OMS ha elaborado la Clasificación Internacional de Funcionamiento y actividad CIF (OMS 2001), es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores estableciendo un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella. Se habla *de funcionamiento* (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), *discapacidad* (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y *salud* (como el elemento clave que relaciona a las dos anteriores). La utilidad de este marco conceptual y lenguaje unificado y estandarizado puede servir como punto de referencia para la formulación de una definición de dependencia válida en distintos contextos.

Otra de las dificultades importantes dentro del ámbito de la planificación de la atención sociosanitaria a la dependencia es la heterogeneidad en las definiciones de los servicios o recursos que proveen de atención a este grupo de población. La CIF mediante un lenguaje unificado y estandarizado ofrece definiciones operacionales que permiten describir estructuras sociales, formales e informales, servicios o sistemas globales existentes y permite la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo. Estas aplicaciones de la CIF son consideradas relevantes para el estudio de los sistemas de atención y calidad asistencial

La necesidad de conocer en profundidad y abordar el ámbito sociosanitario de la atención a las personas mayores dependientes es una prioridad hoy. La red de servicios sociales y sanitarios en nuestro país, ha experimentado un notable avance en la década de los noventa. El diferente calendario de transferencias de los Servicios Sociales del Estado a las Comunidades Autónomas, el diferente nivel de recursos y equipamientos preexistentes y transferidos, la distinta implantación de la iniciativa social, tanto la de carácter solidario como la mercantil, junto a otros elementos de carácter más estructural, desarrollo económico y social, dispersión de la población, ruralización/ urbanización, envejecimiento, capacidad de financiación, etc., han configurado un desigual grado de desarrollo territorial, en la provisión de los recursos y en la atención a las diversas demandas sociales, lo que conlleva el solapamiento de actividades, la descoordinación o la baja optimización de los recursos, entre otros negativos efectos. Actualmente, no

existe un sistema de información nacional sobre provisión de servicios ni para los servicios sociales ni los sanitarios

El diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios se configura como condición indispensable para la coordinación de los servicios, así como la construcción de instrumentos que permitan dar cuenta, en la práctica, de tales relaciones con objetivos de descripción, orientación e intervención (Informe del Defensor del Pueblo (2000)).

El estudio de los diferentes catálogos de recursos de las distintas CCAA muestra que existe una gran variedad de tipos de servicios de atención sociosanitaria en España sin que, hasta el momento, se hayan podido establecer criterios estandarizados que permitan conocer el número de recursos disponibles y su utilización real para mejorar la planificación territorial de dichos recursos. Se han establecido diversas causas (Salvador y col. 2002):

- 1) La diversidad de servicios disponibles
- 2) El cambio continuo y el constante aumento en la variabilidad de los servicios disponibles
- 3) La ausencia de límites precisos entre los servicios asistenciales
- 4) La inadecuación de las distinciones tradicionales
- 5) La enorme variabilidad terminológica y la necesidad de un glosario de términos que evitara confusiones
- 6) La ausencia de un marco conceptual de referencia y una metodología de estudio aceptada internacionalmente.

Existen una serie de estudios recientes realizados sobre sistemas sociosanitarios de gran interés, diversos grupos de trabajo multicéntricos y pluridisciplinarios, han desarrollado modelos teóricos que permiten una evaluación adecuada de los recursos asistenciales. Entre estos trabajos cabe destacar los efectuados por los grupos de Mannheim-Granada (Salize et al, 1999), el grupo EPSILON (Becker et al, 2000) y el grupo EPCAT (Beecham y Munizza, 2000). Diversos equipos de investigación españoles han participado en los grupos de evaluación de servicios mencionados anteriormente, a la par que se establecían redes nacionales e internacionales de colaboración. Tal es el caso de la red de investigación PSICOST, que agrupa seis equipos de españoles y que está asociada al grupo europeo EPCAT; o de la red MARISTAN, que coordina centros europeos y latinoamericanos. Estos equipos han desarrollado en los últimos años un intenso esfuerzo para consensuar metodologías (Salvador et al. 1998) y validar instrumentos en este ámbito.

Muchos de estos estudios parten del trabajo realizado por Tansella y Thornicroft (1998), del grupo EPSILON, que han elaborado un sistema matricial para facilitar la descripción sistematizada y la comparación de servicios que combina la dimensión geográfica a tres niveles (macro, meso, micro) con la secuencia temporal del proceso de atención (insumos, proceso y resultados).

El grupo EPCAT ha elaborado un modelo para sistematizar el método de evaluación de servicios al nivel meso de la matriz de Tansella y Thornicroft (pequeñas áreas sanitarias), siguiendo un enfoque geográfico y poblacional. Este grupo también ha participado en el diseño de una batería de instrumentos de evaluación:

- European SocioDemographic Schedule / ESDS: Este inventario permite una evaluación estandarizada de áreas socio-demográficas basada en indicadores de desarrollo y deprivación relevantes para salud mental.
- European Service Mapping Schedule / ESMS: Cuestionario que permite elaborar mapas de descriptores básicos de atención y de servicios en el área socio-sanitaria.
- International Classification of Mental Health Care / ICMHC: Instrumento de evaluación de las modalidades o el perfil de tipos o actividades de atención.

Dicho marco conceptual y las características de los instrumentos de evaluación mencionados se detallan en otros artículos (Salvador et al, 1999; Beecham y Munizza, 2000). Diversos trabajos efectuados en los últimos 4 años corroboran la viabilidad y la complementariedad de las metodologías y los instrumentos disponibles para evaluar los diferentes dominios de la atención sociosanitaria. El uso de estas tecnologías ha permitido contar, en un breve espacio de tiempo, con los primeros datos fiables de comparación de servicios a nivel internacional y proveer de una metodología para la evaluación de servicios sociosanitarios

Las características de los servicios de atención sociosanitaria, requieren métodos de descripción, validación y clasificación en ámbitos territoriales concretos para crear sistemas de información común, impulsar la equiparación territorial en la prestación de servicios y equidad en la distribución de servicios por áreas. Para ello se plantea la necesidad de un sistema estandarizado de evaluación de servicios que podría facilitar la comparación de patrones de cuidado y atención entre diferentes áreas, regiones y Comunidades Autónomas, así como la evaluación de los cambios en su estructura a través del tiempo. Podría también proporcionar un mejor conocimiento de los niveles y predictores de formas particulares de provisión de servicios y de los efectos de un tipo de provisión de servicios sobre los otros. Sin una adecuada evaluación de servicios socio-sanitarios, resultará difícil llegar a un consenso sobre temas tales como estándares y directrices para una provisión mínima de cuidados, la evaluación de su efectividad y el desarrollo de políticas comunes

La aplicación del marco conceptual que plantea el Grupo EPCAT, junto con la adaptación del European Service Mapping Schedule (ESMS) para la descripción estandarizada de servicios de discapacidad en España (proyecto DESDE (*IMERSO\_GEMP 2002*)), se presenta como una alternativa estandarizada y válida para la descripción y clasificación de servicios para personas mayores en situación de dependencia, a través del proyecto DESDAE.

El presente estudio, promovido por el IMSERSO y el Instituto de Medicina Psicosocial IMEP pretende contribuir a la descripción estandarizada de los servicios para personas mayores en situación de dependencia y de su distribución territorial, permitiendo así mejorar la gestión y planificación de los mismos; mediante el diseño de un instrumento de evaluación de servicios para personas mayores en situación de dependencia (DES-MD)

El DES-MD, instrumento desarrollado en este proyecto, tiene como objetivo principal la descripción estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia. Dicho cuestionario permite llevar a cabo de forma estandarizada las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios que atiende a la población mayor en situación de dependencia de un área sociosanitaria específica con la descripción de sus características más relevantes.
- Delimitar y comparar la estructura y rango de servicios para personas mayores en situación de dependencia entre diferentes áreas.
- Medir y comparar los niveles de utilización de los principales tipos de servicios entre diferentes áreas sociosanitarias.

La versión preliminar del DES-MD ha sido realizada por el Instituto de Medicina Psicosocial en colaboración con el IMSERSO a través del proyecto DESDAE I. El presente estudio plantea como objetivo principal la revisión y consenso de este sistema de descripción y clasificación de servicios para población mayor en situación de dependencia (DES-MD). Dicho estudio ha sido coordinado por el Instituto de Medicina Psicosocial y financiado por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, contando con la participación de las siguientes entidades: Asociación para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable (AECES), Centro de Investigación en Minusvalías Jerez-PROMI (CIM-PROMI) y Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (AEECRM).

## **2. FINALIDAD.**

Contribuir a la mejora del conocimiento de los servicios para personas mayores en situación de dependencia que permita la gestión y planificación de los mismos para optimizar la integración y calidad de vida de este colectivo.

## **3. OBJETIVOS.**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Llevar a cabo una revisión y consenso del sistema para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia (DES-MD).

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

3.2.1.Creación de Comisión de Consenso y Seguimiento paritaria IMEP-IMSERSO.

3.2.1.1.Grupo de consenso

3.2.1.2.Grupo de seguimiento

3.2.1.3.Grupo de trabajo

3.2.2.Revisión y consenso de la clasificación empleada en el sistema de descripción y clasificación de servicios para personas mayores en situación de dependencia en España.

3.2.2.1.Elaboración de la versión actualizada del DES-MD.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO.**

### **4.1. MATERIAL.**

*DES-MD.- Diagrama Estandarizado de Servicios para Mayores en situación de Dependencia.* Dicho instrumento es una adaptación de la *Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas con Discapacidad en España* (DESDE), que a su vez ha sido adaptado del European Service Mapping Schedule (ESMS), utilizado para la descripción y clasificación estandarizada de servicios sociosanitarios de salud mental. Tras la revisión y consenso del instrumento se ha modificado su denominación por la de *Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Mayores en Situación de Dependencia*.

### **4.2. MÉTODO.**

El estudio de consenso ha sido realizado por un grupo de expertos mediante la técnica de Paneles Delphi modificada. Se ha efectuado una adaptación conceptual de contenido y de aceptabilidad del instrumento para la población diana mediante el método Delphi.

#### **4.2.1. GRUPOS DE ESTUDIO.**

Han participado tres grupos de estudio:

- Grupo de Consenso: Los miembros del grupo de consenso han participado en el trabajo en panel para llegar a un consenso terminológico sobre los principales términos a incluir en el estudio, evaluando la escala y haciendo las modificaciones oportunas con objeto de adaptarla adecuadamente a la población mayor en situación de dependencia.
- Grupo de Seguimiento: Los miembros del grupo de seguimiento se han ocupado de que el proyecto siga su curso y han resuelto cuántas cuestiones han surgido en el desarrollo del mismo.
- Grupo de Trabajo: Los miembros de este grupo se han ocupado de realizar los documentos para el trabajo en panel, así como de recopilar información sobre asociaciones y servicios relevantes en el área de mayores en situación de dependencia.

#### **5. PLAN DE TRABAJO.**

FASES (OCTUBRE- DICIEMBRE 2003):

Fase 1: Creación de los grupos que han participado en el proyecto DESDAE II.

Fase 2: Elaboración de documentos de trabajo para el estudio de consenso y elaboración de la versión actualizada de la escala DES-MD.

Fase 3: Formación de un grupo de personas entrenadas en el manejo del instrumento utilizado en el estudio.

Fase 4: Estudio de consenso.

Fase 5: Listado de contactos clave, bases de datos y asociaciones relevantes en el área de personas mayores en situación de dependencia.

FASES/ MESES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FASE 1			
FASE 2			
FASE 3			
FASE 4			
FASE 5			

## **6. RESULTADOS OBTENIDOS.**

Los resultados obtenidos en este estudio, en base a los objetivos planteados al comienzo del estudio han sido:

### **6.1. Llevar a cabo una revisión y consenso del sistema para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia (DES-MD).**

#### **6.1.1. Creación de Comisión de Consenso y Seguimiento paritaria IMEP-IMSERSO.**

Para el estudio de consenso se crearon tres grupos de trabajo: uno llamado propiamente grupo de consenso que ha realizado la tarea de revisión y propuestas a través de Paneles Delphi del instrumento para descripción y clasificación de servicios para personas mayores en situación de dependencia, otro grupo llamado de seguimiento con la función de comisión permanente para responder a cuestiones de funcionamiento de las decisiones del grupo de consenso así como de otros temas que surgieran de la aplicación en población mayor dependiente del instrumento de evaluación de servicios y un tercer grupo que hubo que constituir para la realización de los documentos para el trabajo en panel, búsquedas bibliográficas, entre otros.

Además, una vez finalizado el estudio, dos grupos internacionales realizaron una evaluación externa de los resultados.

Para la constitución de estos grupos de trabajo se tuvieron en cuenta una serie de características consideradas importantes y propuestas en el proyecto de estudio:

- ◆ Prestigio, reconocimiento científico y representatividad.
- ◆ Nivel de motivación intrínseca.
- ◆ Disponibilidad real de tiempo.
- ◆ Amplitud de conocimientos e interés en el tema.
- ◆ Capacidad y disponibilidad para el trabajo en grupo.

##### **6.1.1.1. Grupo de Consenso.**

El grupo de consenso se constituyó por investigadores, decisores, gestores y profesionales de atención directa con personas mayores en situación de dependencia. Los expertos procedentes del IMSERSO han sido seleccionados por los responsables de la Sección de Personas Mayores del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y aquellos procedentes del IMEP han sido propuestos por el grupo coordinador.

El grupo de consenso quedó constituido con las siguientes personas:

- **Federico Alonso Trujillo.** Secretario General de AECES.- Asociación Científica para el Estudio del Envejecimiento Saludable (Antequera).
- **Ernesto Cabello.** Jefe del Departamento de Mayores y Población Marginal (Concejalía de Gobierno del Ayuntamiento de Madrid).
- **Rosa Díaz.** Técnico de Area del Plan Gerontológico. Observatorio de Mayores del IMSERSO (Madrid).

- **Rosa M<sup>a</sup> Fernández Pérez.** Miembro del proyecto DESDAE II. Master en Discapacidad. Miembro del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz.
- **M<sup>a</sup> Teresa Marín Rubio.** Jefa de Servicio de Atención a Mayores (Castilla-La Mancha).
- **Cristina Martínez Arribas.** Técnico de la Dirección Técnica de Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad (Gerencia de Servicios Sociales de Castilla-León).
- **Teresa Martínez.** Técnico de Servicio de Centro de Día (Asturias).
- **Oilda Montoya Zárate.** Consejo Estatal de Personas Mayores (Bilbao).
- **Carlos Pereyra.** Técnico responsable de proyectos sobre envejecimiento de FEAPS.
- **Miriam Poole Quintana.** Coordinadora del proyecto DESDAE. Master en Discapacidad. Miembro de la Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (AEECRM).
- **Pilar Rodríguez Rodríguez.** Jefe de Servicio del Servicio de Estudios del IMSERSO(Madrid).
- **Luis Salvador Carulla.** Director del proyecto DESDAE II. Presidente de Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental. Vicepresidente de la Asociación para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable (AECES). Profesor Titular del Área de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Cádiz. Experto en Evaluación de Servicios. Secretario de la Sección de Retraso Mental de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- **Pilar Serrano.** Directora del Centro Municipal Geriátrico (Madrid).
- **Encarnación Suárez Arjona.** Jefa de Servicios de la Dirección General de Personas Mayores (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía).
- **Javier Tamarit.** Director de Calidad de FEAPS (Madrid).
- **Miguel Angel Vázquez Vázquez.** Médico Geriatra y Profesor de la Universidad de Vigo (Galicia).
- **Ursula Vida Nieto.** Psicóloga especializada en el Área de Gerontología Social de la Residencia de Mayores Asistidos de PROMI (Cabra, Córdoba).

El grupo de consenso ha efectuado dos reuniones presenciales en Madrid, una el 12 de noviembre y otra el 10 de diciembre de 2003 para la revisión y consenso del instrumento DES-MD (ver actas de ambas reuniones en anexo I).

En la primera reunión se hizo una breve exposición sobre la situación de la evaluación de servicios en España así como sobre los estudios realizados sobre este tema para luego presentar el proyecto DESDAE y el instrumento DES-MD (ver anexo II). Se presentó y constituyó el grupo de consenso y el grupo de seguimiento y en la sesión de trabajo se discutieron los siguientes temas:

- Edad del grupo de población de personas mayores en situación de dependencia (grupo diana).
- Definición de servicio y tipos (unidad de análisis).
- Definición de dependencia y tipologías.
- Tipología de profesionales.
- Planteamiento de objetivos para la próxima reunión.

En la segunda reunión, tras una breve introducción sobre los proyectos relacionados con este instrumento, se abordó temas que habían quedado pendientes en la anterior reunión, como la edad de la población diana o la definición de dependencia y tipos. Tras ello se abordaron los siguientes temas aunque algunos de ellos quedaron pendientes para próximas reuniones:

- Tipología de servicios del instrumento y definiciones.
- Tipología de profesionales.
- Codificación de algunos tipos de servicios.

#### **6.1.1.2. Grupo de Seguimiento.**

El grupo de seguimiento se constituyó con representación IMEP-IMSERSO: un miembro del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y dos miembros del Instituto de Medicina Psicosocial con formación académica y profesional especializada en el ámbito del envejecimiento y la dependencia. El grupo ha estado coordinado por el Instituto de Medicina Psicosocial y ha recibido el asesoramiento técnico de AECES, AEECRM y CIM-PROMI, entidades expertas en la evaluación de servicios, discapacidad y longevidad.

Los miembros que han constituido el grupo de seguimiento han sido:

- **Rosa Díaz.** Técnico de Área del Plan Gerontológico. Observatorio de Mayores del IMSERSO (Madrid).
- **Luis Salvador.** Director del Instituto de Medicina Psicosocial y responsable del proyecto DESDAE II.
- **Miriam Poole.** Coordinadora del proyecto y miembro de la AEECRM.

#### **6.1.1.3. Grupo de Trabajo.**

Este grupo ha sido constituido por miembros del Instituto de Medicina Psicosocial para la realización de documentos que luego han sido utilizados en el estudio de consenso. También se han ocupado de contactar con personas importantes en el campo del envejecimiento y la dependencia, así como de buscar bases de datos y listados de servicios y asociaciones relevantes en el campo que nos ocupa.

Los miembros que han formado este grupo de trabajo son:

- **Manuel Campuzano González.** Psicólogo clínico especialista en dependencia.
- **Blanca Hurtado Zambrano.** Psicóloga clínica especializada en temas de longevidad.
- **Teresa Magallanes Melero.** Psicóloga del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de estudios en marcha en el área de la evaluación de servicios y la longevidad.
- **Jorge Moreno Barroso.** Psicólogo del Servicio de Neurología del Hospital de Valme de Sevilla. Master en Neurología. Experiencia clínica en discapacidad y ancianos.

- **José Alberto Salinas Pérez.** Miembro del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz llevando a cabo proyectos sobre evaluación de servicios en discapacidad y longevidad.
- **Encarnación Sánchez González.** Secretaria del proyecto DESDAE II.

#### 6.1.1.4. Grupos Internacionales.

Para la evaluación externa del proceso y de los resultados se ha contado con dos grupos internacionales:

- **Sonia Jonson y Giuseppe Tibaldi:** Evaluadores externos de la Red Temática RIRAG, miembros del Grupo Europeo EPCAT y autores del instrumento original ESMS en el que se basa el DES-MD.
- **Alex Kalache:** Director de la Unidad de Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se ha mantenido una reunión con los miembros del Grupo EPCAT el 4/01/2004 en Londres y con el Dr. Alex Kalache el 16/01/2004 en Ginebra.

#### 6.1.2. Revisión y consenso del sistema de descripción y clasificación de servicios para personas mayores en situación de dependencia en España.

##### 6.1.2.1. Unidad de análisis.

La unidad de análisis ha sido el **servicio sociosanitario para personas de edad igual o superior a 60 años en situación de dependencia**. Se define servicio sociosanitario como “las unidades más pequeñas, con estructura administrativa propia, dentro del sistema local de atención sociosanitaria”. Para distinguir adecuadamente un servicio de un tipo de atención que proporcione dicho servicio, se tuvieron en cuenta los criterios que definen un servicio propuestos por el Grupo Internacional EPCAT, grupo creador del instrumento original *European Service Mapping Schedule (ESMS)*:

*Deberá cumplir el criterio a) y al menos 1 de los criterios b). En caso de no cumplir el criterio a) deberá cumplir el criterio b1) más otro criterio b).*

- Registro y reconocimiento como entidad legal del servicio*
- Unidad administrativa propia. Secretaría única. Estructura organizativa centralizada*
  - Personal contratado específicamente para los objetivos de ese servicio*
  - Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios*
  - Presupuesto diferenciado*
- Estabilidad temporal: La duración de la actividad no está limitada en el tiempo y tiene una continuidad superior a los 12 meses.*

### **Criterios de exclusión:**

- *Modalidad (Actividades) (Escala ICMHC)*
- *Descriptorios básicos de actividad*
- *Programas: Actividades que no son permanentes (menos de 12 meses) ni tienen una estructura estable en el tiempo*
- *Macroorganizaciones: conjunto de varios servicios para el grupo de población (p.e. hospitales generales, estructuras que agrupan varios servicios)*

En cuanto a la edad de las personas que acuden a estos servicios, en un principio se determinó en el DESDAE I que fuese de 65 años en adelante, sin embargo en las reuniones celebradas por el grupo de consenso del DESDAE II se ha decidido bajar a 60 años, tras una revisión por la legislación de las distintas CCAA (ver anexo III).

La definición de dependencia que se recogía en la versión preliminar del DESMD del proyecto DESDAE I era la siguiente:

*"Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores." (O`Shea Eamon. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores de pendiente. Consejo de Europa, 2003).*

En las reuniones de consenso se hace una revisión por las distintas definiciones de dependencia (ver anexo IV), llegando a la conclusión de que la definición de dependencia ha de estar ligada a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), por tanto se decide que la definición de dependencia más adecuada sería: *Aquella persona que para la realización de sus actividades diarias necesita la ayuda de otra persona por una limitación en la actividad o por una restricción en la participación.*

#### **6.1.2.2. Población diana.**

- *Criterios de inclusión:* Se han incluido servicios socio-sanitarios que atiendan a personas con edad igual o superior a 60 años en situación de dependencia.
- *Criterios de exclusión:* Se han excluido aquellos servicios generales que además presten atención a personas mayores en situación de dependencia pero que dicha atención no constituye el objetivo prioritario del servicio. También se han excluido los servicios para personas mayores cuya única finalidad sea la educación, los servicios laborales, los residenciales con unidad de seguridad y los servicios de día de disponibilidad inmediata.

#### **6.1.2.3. Elaboración de la versión actualizada del DES-MD.**

El cuestionario se sirve de un sistema de árboles o diagramas que permiten la categorización de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada. La estructura en árbol permite respetar el sistema de

codificación original para comparaciones internacionales a la vez que se han creado subcodificaciones en aquellas ramas en las que el grupo de consenso ha considerado necesario un mayor detalle en la descripción de servicios existentes (por ejemplo, servicios de ayuda mutua y voluntariado).

En el curso de las reuniones de consenso del grupo de expertos se han introducido importantes modificaciones en la estructura del cuestionario original para hacerlo adaptable para la población mayor en situación de dependencia. Se han efectuado modificaciones de la nomenclatura utilizada, adaptándola en la medida de lo posible a la CIF y cambiando las definiciones de algunos términos. Se han incorporado códigos adicionales en varias ramas, sobre todo en servicios de ayuda mutua y servicios residenciales de disponibilidad programada y tiempo limitado. Se han modificado algunos ítems adaptándolos a la realidad del sector de la persona mayor dependiente.

En el anexo I se adjuntan las actas de las reuniones de consenso donde se detallan cada uno de los cambios propuestos y las decisiones acordadas.

El grupo de consenso realizó sus propuestas sobre la versión preliminar del instrumento DES-MD presentada en enero de 2003 (DESDAE I). En resumen, las modificaciones han consistido en añadir descriptores nuevos al entenderse que ciertos servicios para personas mayores en situación de dependencia no eran considerados o no se ajustaban de forma adecuada a los descriptores existentes. Los descriptores que se han eliminado pertenecían al Diagrama de Servicios de Día y Actividades Estructuradas. Por el contrario, se han eliminado descriptores de servicios que se han considerado poco relevantes para este tipo de usuarios. El Diagrama de Servicios de Ayuda Mutua y Voluntariado y el Diagrama de Servicios Residenciales han sido completados con nuevos descriptores.

Los servicios eliminados han sido los siguientes:

- Servicios de Día y Actividades Estructuradas de disponibilidad inmediata (D1).
- Servicios de Día y Actividades Estructuradas de alta y baja intensidad de actividades relacionadas con el trabajo (D31, D32, D71 y D72).
- Servicios de Día y Actividades Estructuradas de alta y baja intensidad de otras actividades estructuradas relacionadas con la educación (D41 y D81).

Los descriptores que se han añadido:

- Servicios de Ayuda Mutua y Voluntariado con personal especializado o no especializado de:
  - o Atención a la dependencias (S11 y S12).
  - o Grupos de Autoayuda (S12 y S22).
  - o Formación (S13 y S23).
- Servicios Residenciales de disponibilidad programada residencial de tiempo limitado de:
  - o Apoyo 24 horas con estancia inferior o superior a un mes (R81 y R82).

- Apoyo de día con estancia inferior o superior a un mes (R91 y R92).
- Bajo Apoyo con estancia inferior o superior a un mes (R101 y R102).

También se han realizado otras modificaciones respecto a la versión preliminar:

- En el instrumento se incluye una aclaración sobre su finalidad como descriptor de tipos básicos de atención. No describe su nivel de actividad, estilo de funcionamiento o calidad de atención de la que se ocupan otros instrumentos.
- La definición de dependencia de la CIF ha sido adaptada señalando la necesidad que tienen las personas mayores en situación de dependencia de la ayuda de otras personas para la realización de actividades de la vida diaria.
- La población diana de personas mayores en situación de dependencia ha pasado de 65 a 60 años siguiendo los criterios de la OMS.
- También aclara que no se asignan códigos independientes a actividades incluidas dentro de otra actividad. Así un servicio de día destinado exclusivamente a usuarios residentes no aparecerá codificado de manera independiente si no que se entiende descrito dentro del código residencial que le corresponda.
- Se ha mejorado el listado de profesionales dedicados a la asistencia de estas personas que figura en la Sección D de inventario de servicios respecto a la aportada en el antiguo documento.

La estructura definitiva del cuestionario consta de 4 secciones que se describen a continuación:

- ❖ **Sección A: Preguntas introductorias:** Preguntas generales sobre el área sociosanitaria de referencia y sobre la población para la que debe cumplimentarse la prueba, así como de la persona que lo cumplimentó.
- ❖ **Sección B: Árbol o diagrama de servicios:** Se enumeran y categorizan los servicios del área sociosanitaria. Se pretende así medir la disponibilidad de servicios a través de su clasificación en una serie de diagramas según función, emplazamiento y disponibilidad:
  - **Diagrama de localización de servicios de información y/o accesibilidad (I):** Servicios dirigidos a facilitar accesibilidad, información, orientación y valoración.
  - **Diagrama de localización de servicios de ayuda mutua y voluntariado (S):** Servicios que pueden contar con personal especializado o no en atención a la dependencia, grupos de autoayuda y formación de manera voluntaria.
  - **Diagrama de localización de servicios de día y/o actividades estructuradas (D):** Recoge los dispositivos que están disponibles para varios usuarios al mismo tiempo, proporcionan algún tipo de tratamiento de problemas relacionados con la dependencia, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo, están disponibles durante un horario de apertura establecido y se espera que se usen dichos dispositivos más allá

de los periodos en que existe un contacto “cara a cara” con el personal de los mismos.

- **Diagrama de localización de servicios comunitarios y ambulatorios (O):** Dispositivos que conllevan un contacto entre el personal y los usuarios para la atención a la persona mayor en situación de dependencia y sus dificultades sociales y clínicas asociadas, no ofreciendo generalmente un servicio diario o residencial.
  - **Diagrama de localización de servicios residenciales (R):** Incluye todos aquellos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de la persona mayor en situación de dependencia de forma directa.
- ❖ **Sección C: Arbol de utilización y provisión de servicios:** En esta sección se mide la utilización de los servicios recogidos en la anterior sección por la población. Permite contabilizar los niveles de utilización de servicios en un área determinada.
- ❖ **Sección D: Inventario de servicios:** Se trata de un sistema de descripción complementario a los anteriores que proporciona una lista con mayor detalle de las características de cada servicio en función de una serie de dimensiones: objetivos, perfil de los usuarios, personal, financiación, relaciones con otros servicios, etc.

La versión actualizada del DES-MD (enero 2004) incluyendo todas las modificaciones sugeridas por el grupo de consenso hasta la fecha se adjuntan en el anexo V (documento aparte).

## **6.2. Grupo de personas entrenadas en el manejo del instrumento y en la metodología Delphi.**

Se organizó un curso de formación sobre evaluación estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia dirigido a los grupos de trabajo implicados en este estudio. Los contenidos de este curso fueron:

- Introducción a la Evaluación Estandarizada de Servicios.
- Evaluación estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia:
  - ◆ Antecedentes de la Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Mayores en situación de dependencia (DES-MD).
  - ◆ Presentación escala DES-MD.
  - ◆ Estudios efectuados con el instrumento DES-MD.
- Entrenamiento en el manejo de la escala DES-MD.
  - ◆ Casos prácticos.

Los docentes que lo impartieron fueron:

- Dr. Luis Salvador Carulla (IMEP/AEECRM)
- Dña. Miriam Poole Quintana (AEECRM)

El material que se utilizó fue fundamentalmente bibliográfico y audiovisual.

### **6.3. Listado de informantes clave que permitan disponer de información sobre los servicios para personas mayores en situación de dependencia en el área en estudio.**

- Pilar Prieto Palomo (Jefe de Servicios Especializados de la Diputación Provincial de Cádiz).especializados.bsocial@dipucadiz.es  
Tlfno: 667 24 01 35
- Juan Francisco Juanes Riesco (Servicios Especializados de la Diputación Provincial de Cádiz).especializados.bsocial@dipucadiz.es  
Tlfno. 956 24 06 32
- Felipe Márquez Mateo (Diputado del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Cádiz).
- Josefa Rodríguez Castañeda (Presidenta de la Federación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer).  
Urbanización Villa Maruja nº 46  
11100 – San Fernando  
Teléfono y Fax: 956 80 07 61
- Roberto Suárez Canal (Neuropsicólogo y coordinador del Plan Andaluz de Alzheimer). Urbanización Villa Maruja nº 46  
11100 – San Fernando  
Teléfono y Fax: 956.80.07.61
- Manuela Gudiña (Delegada de Servicios Sociales de la provincia de Cádiz).
- Ana López Trencó (Directora del Area Social de Disminuidos Psíquicos de Aragón).
- M<sup>a</sup> Encarnación Morales Rodríguez (Directora del Instituto Insular de Atención Social y Sanitaria).
- Ramona Lucas y Toni Salvat (miembros de la Fundació Institut Català de l'Envel·liment).

### **6.4. Listado de bases de datos de los servicios para personas mayores en situación de dependencia disponibles en la provincia de Cádiz.**

- ◆ Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (FEAFA): <http://www.alzheimerdeandalucia.com/>
- ◆ Portal Mayores: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- ◆ Recursos de servicios sociales. Consejería de Asuntos Sociales: <http://www.juntadeandalucia.es/asuntossociales/>
- ◆ Ayuntamiento de Jerez: <http://www.webjerez.com/>

- ◆ Red asociativa Jerez: <http://www.jerez.redasociativa.org/>
- ◆ Ayuntamiento de Olvera: <http://www.olveraweb.org/>
- ◆ Ayuntamiento de San Roque: <http://www.sanroque.es/>
- ◆ Juanes Riesco J F. Recursos para la Tercera Edad en la Provincia de Cádiz. Cádiz: Diputación Provincial; 1998.
- ◆ Consejería de Salud. Guía de Asociaciones de Ayuda Mutua y Voluntariado. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
- ◆ Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Mapa de Recursos de plazas en Residencias de Personas Mayores financiadas con fondos públicos. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales; 2000.

### **6.5. Listado de asociaciones y servicios relevantes en el área del envejecimiento y la dependencia.**

Esta tarea fue realizada por el grupo de trabajo y requirió una búsqueda pormenorizada en las bases de datos de servicios para personas mayores de la provincia (ver punto 6.4.). Se recopilaron las bases de datos de origen público dependientes de la administración de la Comunidad Autónoma, la Diputación Provincial y los Ayuntamientos, también se consultaron listados pertenecientes a entidades privadas sin ánimo de lucro destinadas a personas con la enfermedad de Alzheimer.

Los listados públicos generalmente han ofrecido escasa información sobre el perfil de los usuarios lo que ha dificultado diferenciar entre los recursos destinados a las dependencias de los de uso general por la población mayor. Otra dificultad relacionada con la anterior es la existencia de recursos destinados indistintamente a ambos tipos de población, por lo que solo un contacto directo derivado de la aplicación del instrumento DES-MD con estos servicios señalaría si se adecuan a los requisitos del mismo. A continuación señalamos los servicios identificados claramente como destinados a personas mayores en situación de dependencia, y aquellos que aunque destinados a personas mayores en general, pueden admitir a usuarios en situación de dependencia.

Recursos destinados a personas mayores en situación de dependencia:

- Residencias: 9
- Pisos asistidos: 1
- Asociaciones de familiares de Alzheimer: 16 asociaciones más la Federación provincial y la Federación regional
- Servicios municipales específicos: 1
- Servicio de ayuda a domicilio: 24
- Servicio de teleasistencia: 23
- Centro de día: 1

Recursos para personas mayores que admiten a usuarios en situación de dependencia:

- Residencias: 32
- Aula de mayores: 1
- Centro de día: 25

En total se ha obtenido un listado de 135 servicios que podrían ser descritos e inventariados por el instrumento DES-MD (ver Anexo VI). Esta cifra posiblemente quedaría reducida al aparecer dispositivos que no presenten las características demandadas por el instrumento. Como podemos observar existe una gran variabilidad de servicios que pueden ofrecer un buen examen sobre la viabilidad, validez y fiabilidad del instrumento DES-MD.

## **7.DISTRIBUCIÓN DE TAREAS ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN IMPLICADOS EN ESTE ESTUDIO.**

El proyecto “Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad para Ancianos en España II” (DESDAE II), como se aprecia a lo largo de esta memoria, es de tal complejidad, que ha necesitado la participación de diversas entidades colaboradoras, que han realizado diversas tareas con objeto de poder conseguir los resultados esperados en el corto espacio de tiempo establecido (Octubre - Diciembre de 2003).

La entidad solicitante ha sido el Instituto de Medicina Psicosocial (IMEP) y el coordinador el Dr. Luis Salvador Carulla, director médico del IMEP y presidente de la AEECRM. El IMEP se ha ocupado de la coordinación del proyecto, el desarrollo y adecuación de las actividades al cronograma propuesto, la organización de las reuniones, así como de la gestión y redacción del informe final.

Ha contado con la participación de tres entidades con gran experiencia en el campo del envejecimiento y la discapacidad, éstas son:

- *Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (AEECRM)* cuyo presidente es el Dr. Luis Salvador Carulla. Su función ha sido establecer contactos con asociaciones de usuarios mayores en situación de dependencia, además de participar algunos de sus miembros dentro del grupo de expertos para el estudio de consenso.
- *Centro de Investigación en Minusvalía Jerez (CIM-PROMI)* cuyo presidente es el Dr. Juan Pérez Marín. Se ha ocupado de la búsqueda de listados y bases de datos de servicios y asociaciones relevantes en el ámbito del envejecimiento y la dependencia.
- *Asociación Española para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable (AECES)* cuyo secretario general es el Dr. Federico Alonso Trujillo. Su función ha sido establecer contactos con asociaciones de usuarios mayores en situación de dependencia y participar en el grupo de expertos para el estudio en paneles Delphi, funciones similares a las que ha tenido la AEECRM.

## 8. CONCLUSIONES.

La organización del estudio mediante paneles Delphi y reuniones de los miembros del grupo de consenso provenientes de la administración y de servicios privados ha demostrado ser un método útil y necesario para la búsqueda de un instrumento eficaz en la planificación.

Los resultados obtenidos en este estudio son de gran utilidad ya que permiten obtener un instrumento válido para la evaluación de servicios para personas mayores en situación de dependencia. La aplicación de este instrumento puede resultar de gran interés en la toma de decisiones en política sanitaria, ya que puede detectar lagunas en la atención de servicios locales en un área sociosanitaria, investigar la influencia de la introducción de un tipo de servicio determinado en la utilización del resto de servicios del área, obtener información relacionada con servicios específicos para entender cómo intervenciones aparentemente similares pueden ofrecer diferentes resultados en diferentes áreas, comparar el volumen de servicios proporcionados en un área geográfica específica con el proporcionado en áreas óptimas (criterios valorados como de buena práctica según estudios de evaluación) así como estudiar la equidad en la distribución de servicios por áreas.

Se presenta la versión actualizada de un instrumento que permite realizar mapas de recursos sociosanitarios para personas mayores en situación de dependencia en áreas geográficas de referencia.

Se ha realizado una adaptación conceptual de contenido y aceptabilidad del instrumento para la población diana a través del método Delphi, contando con la valoración de Grupos Internacionales, como el Grupo EPCAT.

A lo largo del proyecto se ha visto necesario la realización de una serie de modificaciones, entre las que cabe destacar el cambio del límite de edad de 65 años a 60, por decisión de los miembros del grupo de consenso y tras una revisión por la legislación para personas mayores de las distintas CCAA (ver anexo III). Otro cambio importante ha sido la definición del término dependencia, que por decisión del grupo de consenso queda definida como: *Aquella persona que para la realización de sus actividades diarias necesita la ayuda de otra persona por una limitación en la actividad o por una restricción en la participación.* De esta forma, quedaría ligada a la CIF y sería una definición más operacional que la de O`Shea Eamon (ver anexo IV). También se ha cambiado el nombre del instrumento, que en el proyecto DESDAE I era *Descripción Estandarizada de Servicios para Mayores en situación de Dependencia* (DES-MD) y ahora es *Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Mayores en situación de Dependencia* (DES-MD). Como se puede apreciar ha cambiado el nombre pero no el acrónimo que sigue siendo DES-MD.

## **9.DIFUSIÓN DEL PROYECTO DESDAE II.**

Presentación del proyecto DESDAE II:

- ◆ Reunión del Grupo Internacional EPCAT (European Psychiatry Assessment Team). Londres, 4 de enero de 2004. Sonia Jonson y Giuseppe Tibaldi.
- ◆ Reunión de la RECEDIS (Red Española de Desarrollo de la CIF). Madrid, 27 de noviembre de 2003.
- ◆ Póster presentado al congreso Andalucía Longevity Forum. Antequera, 12-13 de diciembre de 2003 (ver anexo VII).
- ◆ Reunión celebrada en la Dirección General de Bienestar Social de Navarra. Navarra, 25 de noviembre de 2003.
- ◆ Reunión celebrada en la Diputación Provincial de Cádiz. Cádiz, 2 de diciembre de 2003. Felipe Márquez.
- ◆ Reunión con el responsable de la OMS. Ginebra, 16 de enero de 2004. Dr. Alex Kalache.
- ◆ Proyecto EASPD (The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities).

## **10. PERSPECTIVAS DE FUTURO.**

En base a los resultados obtenidos, una vez que ya ha sido elaborada una versión actualizada del DES-MD, se plantea efectuar un estudio piloto del sistema de descripción y clasificación estandarizada de servicios para personas mayores en situación de dependencia en un área geográfica (provincia de Cádiz).

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

- Beecham J, Johnson S, and the EPCAT Group. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl.405): 33-46.
- Casado Marín D, López i Casanovas G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación La Caixa; 2001.
- Comisión de las Comunidades Europeas. *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*. Bruselas: Unión Europea; 2001.
- Comisión Europea. *Informe conjunto sobre la integración social*. Bruselas: Unión Europea; 2001.
- Consejo de Ministros. *II Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España*. Madrid: Consejo de ministros; 2003.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Bases para un modelo de Atención Sociosanitaria*. Madrid: CISNS; 2001.
- Defensor del Pueblo, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo; 2000.
- Fernández-Ballesteros R (dir.). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. Madrid: IMSERSO; 2002.
- Foro Europeo de la discapacidad. *Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea*. Madrid: CERMI; 2003.
- García Alonso JV, Prat Pastor J, Rodríguez-Porrero Miret C, Sánchez Lacuesta J, Vera Luna P (Coords.). *Libro Blanco de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores*. Valencia: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio de ciencia y Tecnología, CERMI; 2003.
- Hooker K, McAdams DP. *Personality Reconsidered: A New Agenda for Aging Research*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2003, Vol 58B, No. 6.
- IMSERSO. *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. Madrid: IMSERSO; 2003.
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: INE; 1999.

- Johnson S, Kuhlman, R and EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl.405): 14-23.
- Johnson S, Salvador-Carulla L and the EPCAT Group (1998). Description and classification of mental health services: an European perspective. *Eur Psychiatry* 1998, 13, 333-41.
- McDougall GJ. A Critical Review of Research on Cognitive Function Impairment in Older Adults. *Archives of Psychiatry Nursing* 1995. pp. 22-33.
- NIEPS (Network for Integrated European population Studies). Workshop on 'Ageing, intergenerational solidarity, and age-specific vulnerabilities'. CBGS [en línea] 2002 [diciembre de 2004]. URL disponible en: [www.cbgs.be](http://www.cbgs.be).
- O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Bruselas: Consejo de Europa; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Salud y Envejecimiento. *Boletín del Envejecimiento* [en línea] 2001 [diciembre de 2003]; (4-5). URL disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/envejecimiento/documentos/boletinsobreenvejec4y5.pdf>
- Peñas E. Cuando la Discapacidad se hace Mayor. CERMI [en línea] 2002 [diciembre de 2003]; (2). URL disponible en: <http://www.cermi.es/documentos/cermi-es/02/10-11.pdf>
- Puga González MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.
- Rodríguez Cabrero G, Montserrat Codorníu J. Modelos de Atención Sociosanitaria una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: IMSERSO, 2002.
- Rodríguez Cabrero G. Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro. Madrid: CSIC; 2002.
- Romero López-Alberca C. Descripción y Clasificación Estandarizada de Servicios de Salud Mental en España. El European Service Mapping Schedule. [Tesis Doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2000.
- Romero López-Alberca C, Salvador Carulla L, Poole Quintana M, Salinas Pérez JA. Catálogo estandarizado de servicios para personas con discapacidad en la provincia de Cádiz. En prensa 2004.

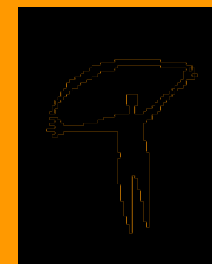
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro J.M., Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Johnson S, for the PSICOST Group. Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 8: 102 (Suppl. 405): 24-32.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Poole M. DESDE. Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Discapacidad en España. Origen, Desarrollo y Aplicaciones. Madrid: IMSERSO; 2004.
- Salvador-Carulla L, Atienza C, Romero C and the Psicost Group. Use of the EPCAT Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services: The Experience in Spain. En: Guimon J, Sartorius N (Eds.). *Manage or Perish: The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*. New York: Plenum Press; 2000. pp. 359-68.
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C (for the CSRP /RIRAG Groups). Psychiatric Service Availability and Utilisation in Italy and Spain: Towards An International Method For Assessing Equity. En prensa 2004.
- Sancho Castiello M (Coord). *Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Datos Estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas (2 vols)*. Madrid: IMSERSO; 2002.
- Sancho Castiello T, Rodríguez Rodríguez P. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. *Revista de Intervención Psicosocial*; 2002.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Guía de Actuación en la Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Caja Madrid; 2003.
- Unión Europea. *La situación social en la Unión Europea 2002*. Bruselas: Unión Europea; 2002.

# DES-MD

## ESCALA PARA LA DESCRIPCIÓN ESTANDARIZADA DE SERVICIOS PARA MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

*Versión septiembre 2004*

*L. Salvador, R. M. Fernández y M. Poole*



INSTITUTO DE  
MEDICINA  
PSICOSOCIAL

**Este cuestionario es una adaptación del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) desarrollado por Luis Salvador y Cristina Romero a partir del European Service Mapping Schedule (ESMS) cuyos autores son Sonia Johnson, Robert Kuhlmann y el grupo EPCAT.**

*Grupo DESDAE:* Luis Salvador (Director), Miriam Poole (Coordinadora), Rosa Fernández, Federico Alonso, Ernesto Cabello, Rosa Díaz, , M<sup>a</sup> Teresa Marín , Cristina Martínez , Teresa Martínez, Oilda Montoya, Carlos Pereira, Pilar Rodríguez, Encarnación Suárez, Javier Tamarit , Miguel Angel Vázquez, Úrsula Vida.

*Por favor, enviar información acerca de cualquier uso previsto del DES-MD o escribir con cualquier comentario o sugerencia a Rosa M<sup>a</sup>. Fernández Pérez y Miriam Poole Quintana, Centro de Investigación en Minusvalías, C/ Diego Fernández Herrera, 18, 4<sup>o</sup>C, Jerez (España)*

*La elaboración del DES-MD ha sido financiada por la ayuda del IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.*

**INDICE**

<b>Introducción</b>	3
<b>Principios generales</b>	5
<b>El Diagrama de Servicios</b>	7
<b>Sección A: Preguntas introductorias</b>	8
<b>Sección B: Diagrama de Servicios- Instrucciones</b>	9
Diagrama de Localización de la Atención de Información y/o Accesibilidad	10
Diagrama de Localización de la Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado	11
Diagrama de Localización de la Atención de Día	12
Diagrama de Localización de la Atención Ambulatoria/ Comunitaria	13
Diagrama de Localización de la Atención Residencial	14
<b>Sección C: Diagrama de Utilización- Instrucciones</b>	15
Diagrama de Utilización de la Atención de Información y Accesibilidad	19
Diagrama de Utilización de la Atención de Día	20
Diagrama de Utilización de la Atención Ambulatoria y Comunitaria	21
Diagrama de Utilización de la Atención Residencial	22
<b>Sección D: Inventario de Servicios - Instrucciones</b>	23
Inventario de Servicios	25
<b>ANEXO-GLOSARIO PARA LA SECCION B</b>	<b>I-XII</b>

## INTRODUCCION

La Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas Mayores en situación de Dependencia (DES-MD) es una adaptación de la Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas con Discapacidad en España (DESDE), que a su vez deriva del instrumento ESMS (European Service Mapping Schedule) que sigue la metodología del Grupo EPCAT para la evaluación de servicios en salud mental (Johnson y cols, 2000<sup>1</sup>; Salvador-Carulla y cols, 2002<sup>2</sup>; Salvador-Carulla y cols, 2004<sup>3</sup>). El DES-MD permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Complimentar un inventario de servicios para personas mayores en situación de dependencia que atiende a la población de 60 o más años en situación de dependencia de un área sociosanitaria. Se incluye la provisión de servicios de salud, servicios sociales, voluntariado y sector privado.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.

---

<sup>1</sup> Johnson, S.; Kuhlman, R. and EPCAT Group. "The European Service Mapping Schedule (ESMS)": development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102 (Suppl.405): 14-23.

<sup>2</sup> Salvador-Carulla, L.; Romero, C.; Martínez, A.; Haro, J.M.; Bustillo, G.; Ferreira, A.; Gaité, L.; Johnson, S. for the PSICOST Group. "Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102 (Suppl. 405): 24-32.

<sup>3</sup> Salvador-Carulla, L.; Romero, C.; Poole, M.. "DESDE. Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Discapacidad en España. Origen, Desarrollo y Aplicaciones". Madrid: Ministerio de

Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 2004.

- Delimitar y comparar la **estructura** y **oferta** de los servicios para personas mayores en situación de dependencia entre diferentes áreas de cobertura sanitaria.
- Medir y comparar los **niveles de provisión** y utilización de los principales tipos de servicios para esta población entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.

El Cuestionario utiliza un sistema de árboles o diagramas para la descripción estandarizada de los servicios para personas de edad igual o mayor de 60 años en situación de dependencia. La página 8 ilustra su estructura.

Este cuestionario consta de 4 secciones principales que deben cumplimentarse:

**A. Preguntas Introductorias:** Se refieren al área de cobertura y la población para las que se cumplimenta el cuestionario.

**B. Diagramas de Servicios:** Proporcionan un método estandarizado para enumerar y clasificar los tipos de atención que proporcionan los servicios para la población del área de cobertura, basado en los principales descriptores del servicio. En esta sección se incluye un glosario de términos con ejemplos concretos de los códigos que establece el instrumento.

**C. Diagramas de Utilización:** Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de la atención por la población del área de cobertura en las categorías principales de los servicios.

**D. Inventario de Servicios:** Permite tipificar los servicios de personas mayores en situación de dependencia obteniendo dos tipos de listado avanzado: listado de servicios tipificados según los códigos que establece la sección B y un listado de las características de cada servicio evaluado.

El Diagrama de Servicios para personas de edad igual o mayor de 60 años en situación de dependencia se ha diseñado para permitir hacer **comparaciones internacionales**, al menos dentro de Europa. Debería ser posible, por tanto, asignar a una categoría (concreta) a los tipos de atención más importantes de carácter comunitario, ambulatorio, de día o residencial.

## PRINCIPIOS GENERALES

**A. Grupo de Servicios incluidos:** el “grupo de servicios por defecto” al que se aplica el Diagrama de Servicios es el *conjunto de servicios para personas de 60 o más años en situación de dependencia que proporcionan atención a la población de un área sociosanitaria específica*. Los “servicios sociosanitarios” se definen como las unidades más pequeñas, con estructura administrativa propia, dentro del sistema sociosanitario local.

Para una selección adecuada del grupo de servicios incluidos, se proponen los siguientes criterios. El servicio sociosanitario (Unidad Básica de Atención) deberá cumplir el criterio a) y el criterio c). En caso de no cumplir el criterio a) deberá cumplir el criterio b1) más otro criterio b) (además del criterio c)).

- a) Registro y reconocimiento como entidad legal del servicio
- b)
  - 1. -Unidad administrativa propia. Secretaría única. Estructura organizativa centralizada
  - 2. -Personal contratado específicamente para los objetivos de ese servicio
  - 3. -Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios
  - 4. -Presupuesto diferenciado
- c) Estabilidad temporal: La duración de la actividad no está limitada en el tiempo y tiene una continuidad superior a los 12 meses

Se excluirán otras estructuras de atención consideradas como actividades de un servicio, los programas, las actividades que no son permanentes (menos de 12 meses) ni tienen una estructura estable en el tiempo y las mesoorganizaciones (conjunto de varios servicios para el grupo de población p.e. hospitales generales, estructuras que agrupan varios servicios).

Se incluirán tanto los servicios situados dentro del área sociosanitaria como aquellos servicios situados fuera del área pero que hayan sido utilizados al menos por cinco habitantes (de cada 100.000) del área sociosanitaria en el último año. Los servicios localizados dentro del área sociosanitaria pero que no proporcionan atención a ninguno de sus habitantes deben ser incluidos en el estudio y consignados como “0” en la sección C.

**B. Definición de servicios para personas mayores en situación de dependencia:** el abanico de servicios a considerar son todos aquellos servicios que tengan como objetivo específico algún aspecto de la atención a las personas mayores en situación de dependencia y de las dificultades clínicas y sociales relacionadas con ésta. Estos servicios son considerados dentro de la oferta pública como disponibles para personas mayores en situación de dependencia, y de forma regular al menos un 20% de sus usuarios/as presentan algún tipo de dependencia ( p.e. servicios de teleasistencia dirigidos a personas con discapacidad y a personas mayores en situación de dependencia). Deben incluirse los recursos proporcionados por servicios sociales, servicios de salud y sectores de voluntariado y privado. Sin embargo, no deben incluirse aquellos servicios genéricos (comunes a otras especialidades) que,

aunque sean importantes para muchas personas mayores en situación de dependencia, no hayan sido planificados con el objetivo de estudiar las necesidades específicas de esta población (p.e. recursos genéricos para personas sin hogar u oficinas de servicios sociales que se ocupan de tramitar ayudas sociales) a excepción de aquellos en los que más del 50% de los usuarios sean personas mayores en situación de dependencia. Los servicios destinados a atención primaria de salud, que puedan incluir atención a estas personas pero que no se especializan en ellas, deben excluirse también. Además se excluyen los servicios laborales y los servicios residenciales con unidad de seguridad.

Opcionalmente, se sugiere incluir en un Anexo un listado de todos los servicios especializados que atiendan a personas mayores en situación de dependencia pertenecientes al área sociosanitaria de referencia que no hayan cumplido los criterios de inclusión del instrumento (p.e. servicios de ayuda a domicilio proporcionados por los ayuntamientos donde el número de usuarios con dependencia atendidos no supere el 20%).

**C. Grupo de sujetos incluidos:** la 'población por defecto' a la que se pretende aplicar el DES-MD es la población del área de cobertura en situación de dependencia con edad de 60 años o superior. La dependencia se ha definido siguiendo una adaptación de la CIF (*Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y la Salud*) como "estado en que se encuentran las personas que por *una limitación en la actividad o por una restricción en la participación* tienen necesidad de ayuda *de otra persona* para realizar las actividades de la vida diaria. La dependencia podría también estar originada o

verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados". Los servicios dirigidos a estos grupos pero que no incluyan población mayor o igual de 60 años no deben incluirse cuando esta población por defecto sea la base para completar la escala. Por ejemplo, un centro de día para jóvenes con necesidades especiales no debería citarse. Sin embargo, un centro de día que proporciona servicios tanto para jóvenes con necesidades especiales como para personas mayores debe incluirse en el Diagrama de Localización de Servicios pero en el Diagrama de Utilización de Servicios se incluirán sólo los contactos con sujetos mayores de 60 o más años. Dentro de un estudio comparativo, los centros pueden acordar desviarse de esta población por defecto e incluir p.e. servicios específicos para personas menores de 60 años con dependencia - esto será aceptable siempre que todos los centros del estudio estén aplicando el mismo criterio. Los grupos de estudio a incluir se discutirán más a fondo en la Sección A- Preguntas Introductorias-, donde deberán especificarse las características de la población diana en que se basan las respuestas.

**D. Selección de partes del DES-MD:** cumplimentar la escala completa proporcionará una visión global de la estructura y nivel de provisión de servicios de un área sociosanitaria. Sin embargo, no siempre será posible ni necesario usar la escala completa, pudiéndose seleccionar la sección del Diagrama de Servicios y las partes de la escala que se requiera. Por ejemplo, las secciones residenciales pueden usarse individualmente si este es el único aspecto de la provisión de servicios que es de interés, o la Sección B puede usarse sin la Sección C si no existe información detallada acerca del número de plazas disponibles. Para efectuar estudios

comparativos es importante que cada centro use las mismas secciones de la escala.

**E. Definición de áreas sociosanitarias**

El cuestionario se refiere, preferentemente, a áreas sociosanitarias pequeñas que se definen como áreas entre 50 y 250.000 habitantes delimitadas en función de la zonificación utilizada en el país o región de referencia y que se corresponde con divisiones administrativas de la región geográfica evaluada.

**F. Periodo de referencia del estudio:** Este cuestionario recoge información sobre un periodo de información concreto (p.e. un año o un mes). Es importante que el periodo de referencia sea igual para todas las áreas evaluadas.

En las unidades para la recogida de utilización de servicios se consideran tres parámetros:

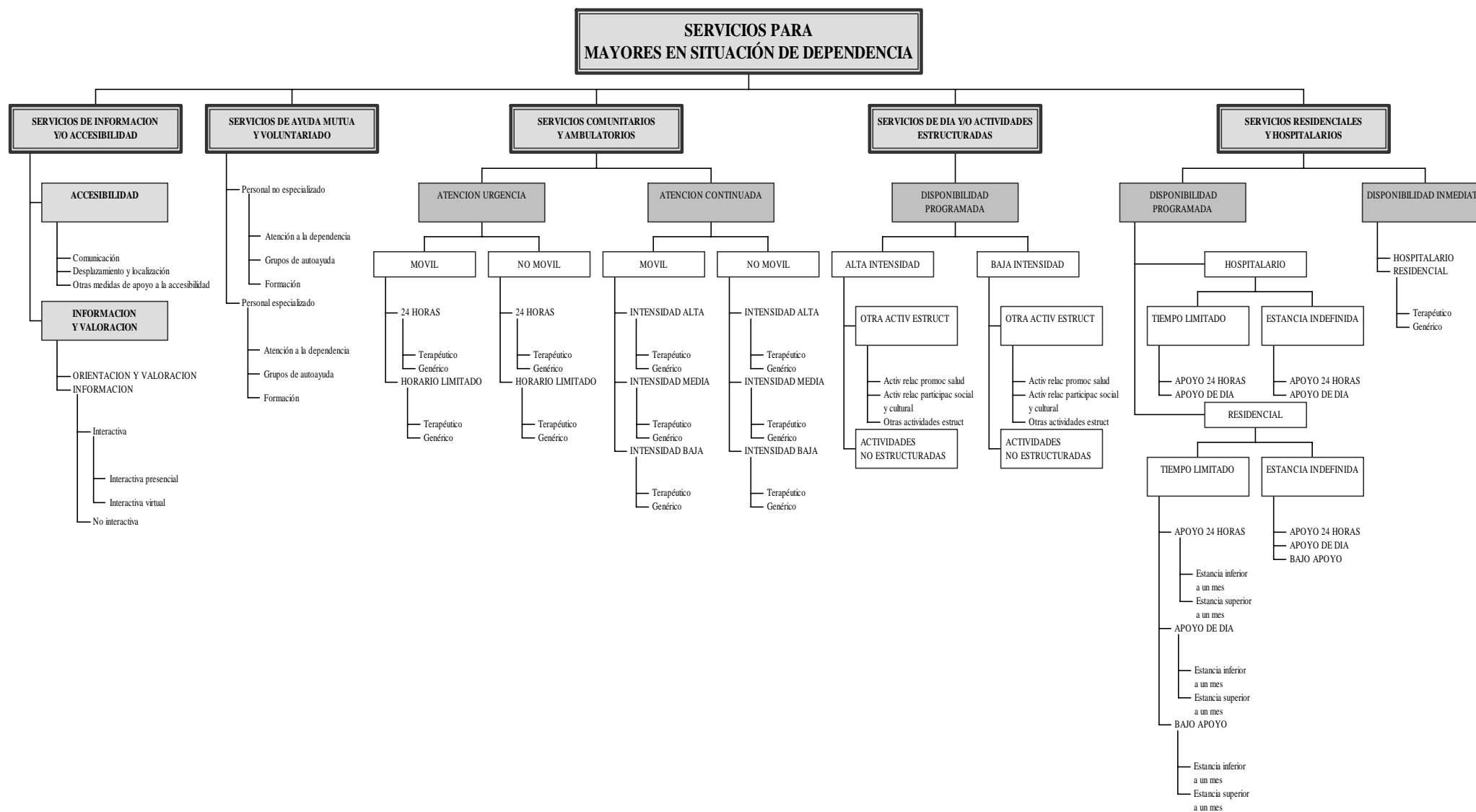
1-datos directos recogidos de forma prospectiva en un mes por parte del evaluador (censo a un mes)

2- datos indirectos de la tasa de utilización del mes de referencia a partir de la base de datos mensual

3-datos indirectos recogidos a partir de la tasa media mensual obtenidos de la base de datos anual

Todas las áreas deben recoger los datos del mismo modo y hacerlo constar esto en los datos generales del estudio (ficha técnica).

# DIAGRAMA DE SERVICIOS





## SECCION B DIAGRAMAS DE SERVICIOS

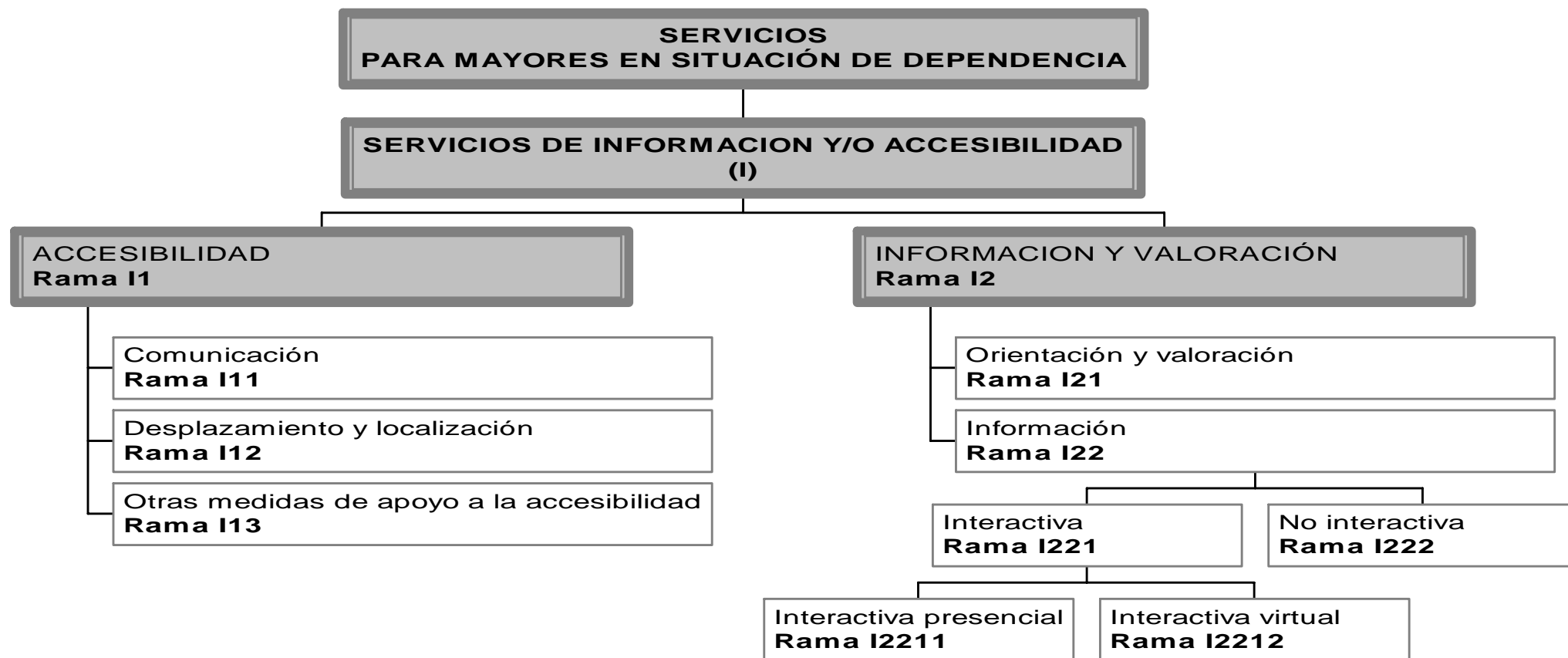
### INSTRUCCIONES

- El propósito de la sección B es obtener una categorización completa de los tipos de atención proporcionados en los servicios para personas mayores en situación de dependencia para la población local, clasificados de acuerdo con su función, disponibilidad y emplazamiento.
- En el Anexo aparece un glosario con las definiciones de todos los términos usados en el árbol de localización de la atención a personas mayores en situación de dependencia. Este glosario debe seguirse fielmente. Junto a las definiciones aparecen ejemplos de tipos de atención dentro de cada categoría y directrices sobre qué categorías deben ser mutuamente excluyentes.
  - Se establecen cinco grandes diagramas independientes: 1) atención de información y/o accesibilidad; 2) atención de ayuda mutua y voluntariado; 3) atención de día; 4) atención ambulatoria y comunitaria, y; 5) atención residencial. Sin embargo, los dispositivos de ayuda mutua y voluntariado no se incluyen en los Diagramas de Utilización de la Atención, ya que se asume que su volumen de actividad no puede documentarse con precisión.
  - Aquellos tipos de atención que cumplan los criterios de una rama en el árbol de localización, deberán anotarse a continuación de la misma.
  - La localización de cada servicio en el árbol se identifica por una combinación de una letra y un número: (i) la "I", "S", "D", "O" y "R" mayúsculas indican si se trata de un servicio de información y/o accesibilidad, de autoayuda, de actividades estructuradas, ambulatorios o residencial, (ii) a la rama final de cada uno de

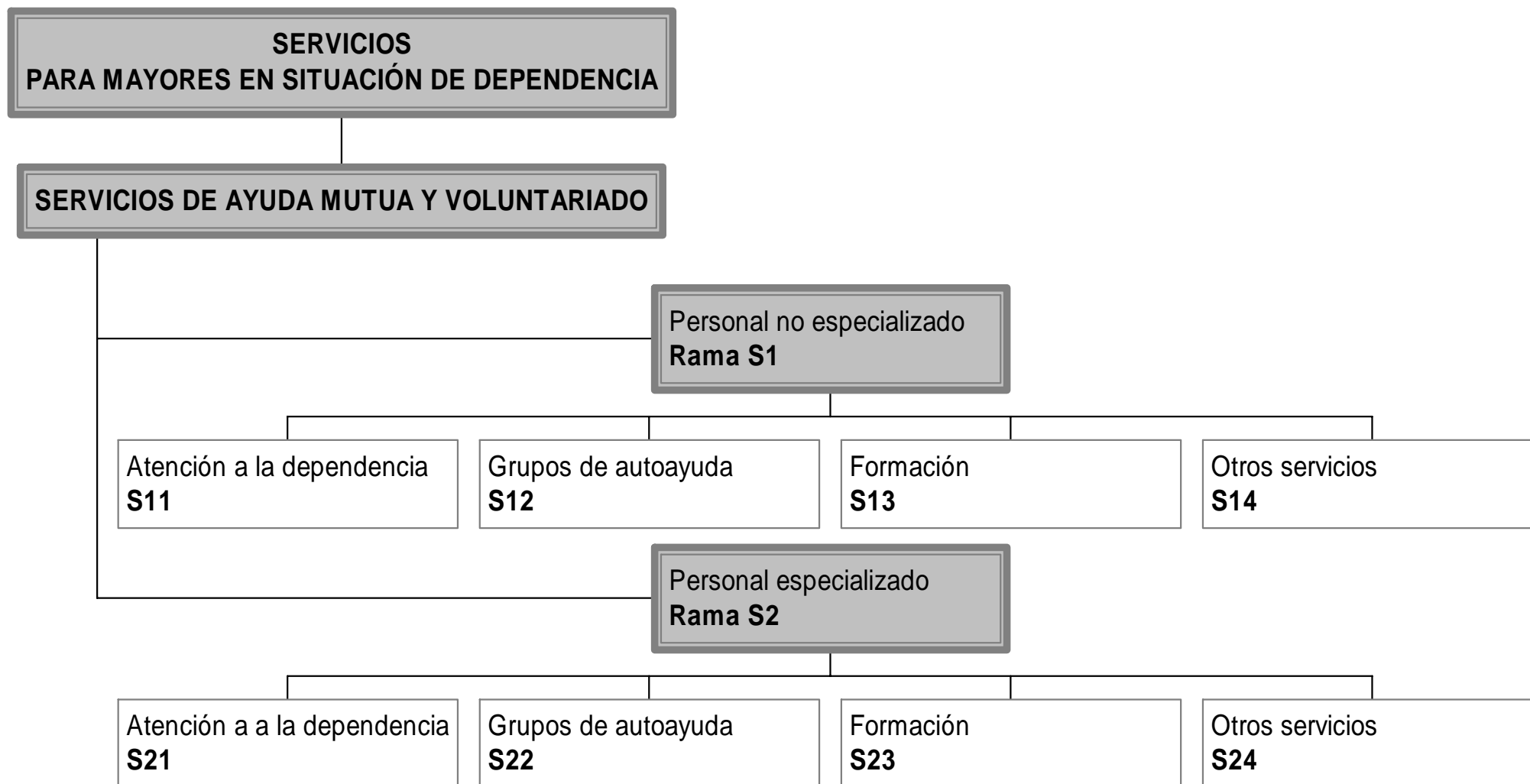
estos árboles se le asigna un número; y (iii) dentro de cada rama, a cada servicio clasificado con esas características se le asigna una letra minúscula. Estas letras y números se usan como referencia cruzada entre la Sección B y la Sección D, la cual proporciona información adicional sobre los servicios.

- Algunos tipos de atención pueden cumplir criterios para más de una rama en los árboles de localización. En ese caso, debe procederse con cautela y deben anotarse en cada rama para la que cumplan criterios. Esto ocurrirá especialmente para áreas con tipos de atención comunitarios altamente integrados, en las cuales, p.e., el mismo equipo puede proporcionar atención de urgencia, atención continuada y de día -se dan más detalles en el glosario-.

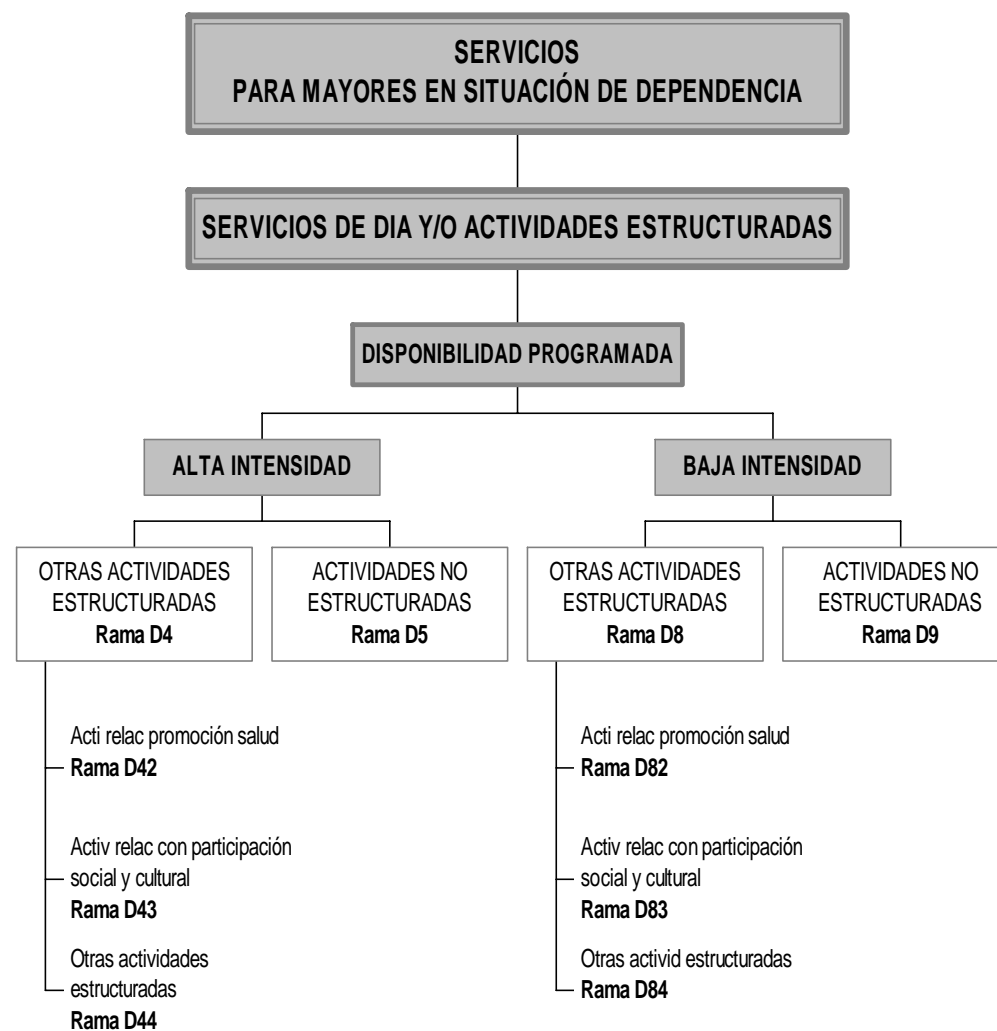
# DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE INFORMACION Y ACCESIBILIDAD



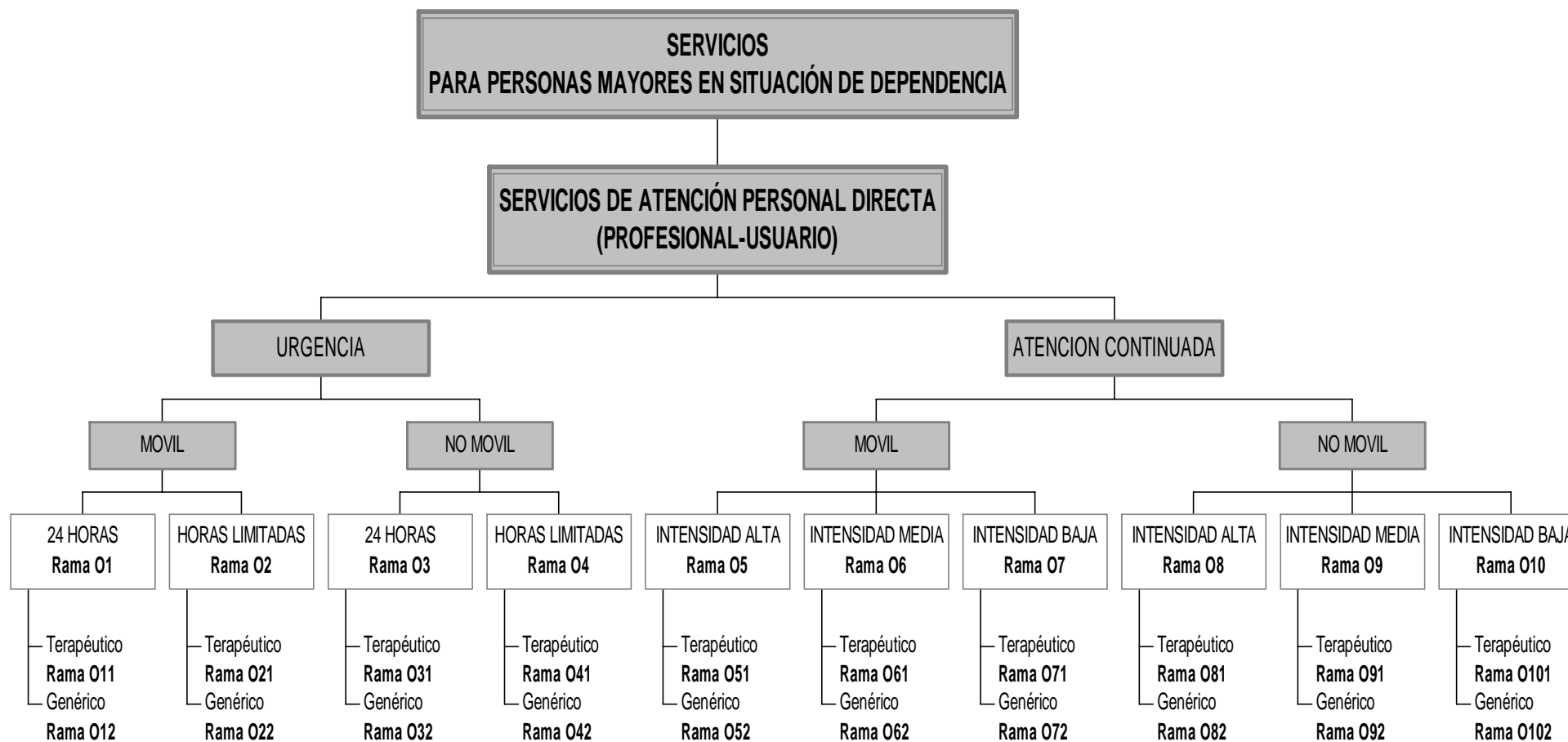
# DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO



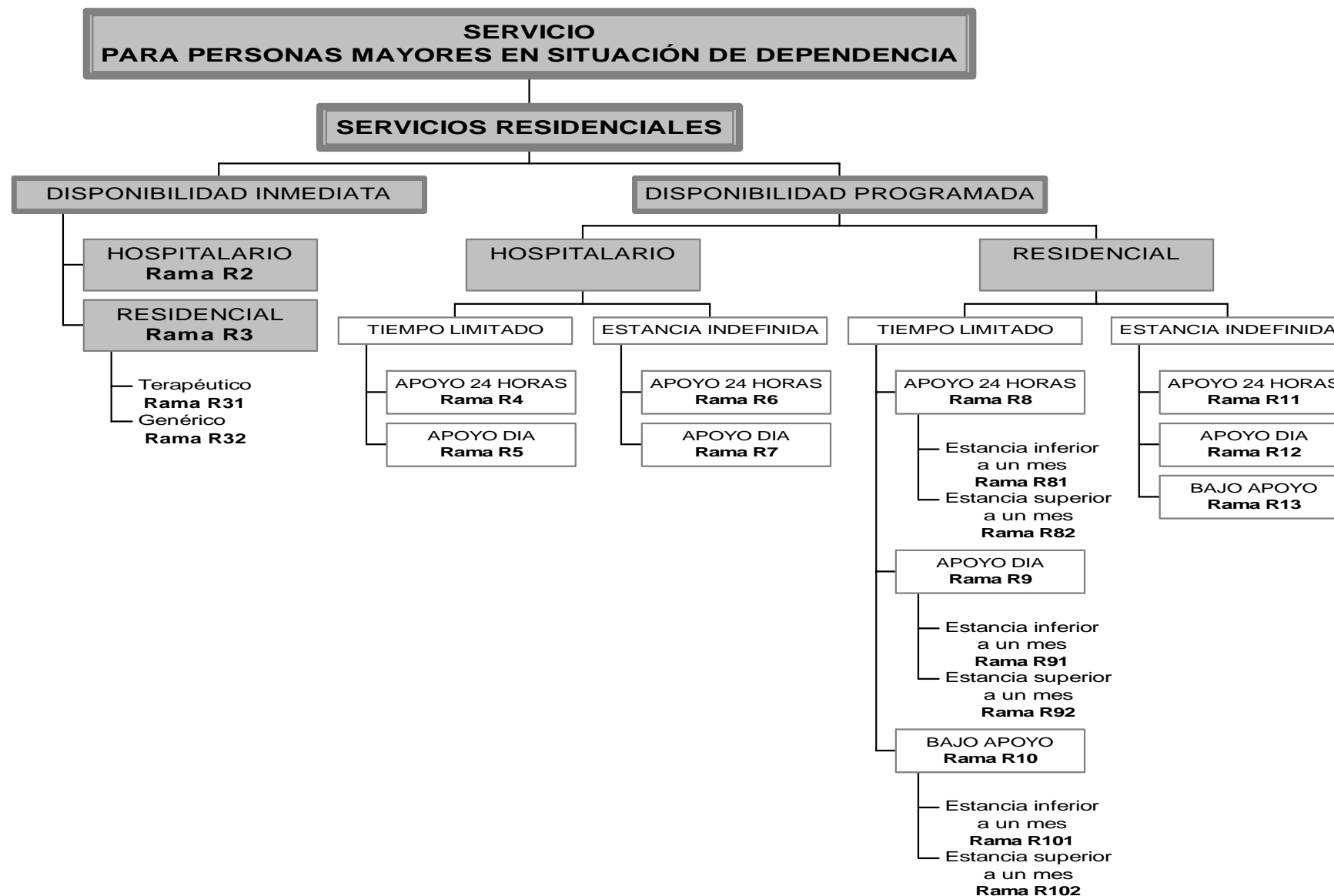
# DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE DIA



## DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA Y AMBULATORIA



# DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL



## SECCION C

### DIAGRAMA DE UTILIZACION

#### A. INSTRUCCIONES

Los árboles de tipos de atención en esta sección permiten la contabilización de los niveles de utilización de los principales tipos de atención en un área sociosanitaria. Deben tenerse en cuenta los siguientes principios generales:

##### **Población:**

- **Población del área sociosanitaria:** La unidad básica es de nuevo la población del área sociosanitaria de referencia. Por tanto, la contabilización debe incluir todo uso de dispositivos para personas de 60 o más años en situación de dependencia por miembros de esta población. Estos sujetos se definen como todos aquellos cuya dirección permanente está en el área sociosanitaria, y aquellos cuya última dirección permanente no-institucional, anterior a la admisión a un recurso residencial, estaba dentro del área sociosanitaria de referencia.

- **Grupo diana:** con el fin de contabilizar los contactos con el servicio, es necesario identificar los grupos diana cuyos contactos van a registrarse. Es necesario especificar claramente los grupos diagnósticos y de edad cuyos contactos con el servicio vayan a ser incluidos en la contabilización. El grupo diana de aplicación del cuestionario por defecto es el de población igual o mayor de 60 años en situación de dependencia. Sin embargo, las necesidades de un estudio en particular o la estructura de un servicio en concreto puede llevar a decidir variar dicho criterio.

#### B. NORMAS PARA LA CONTABILIZACION DE LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN.

- La contabilización de la utilización de los tipos de atención en cada área sociosanitaria debe calcularse como utilización **de la atención de la población local por 100.000 de forma que permita la comparación entre áreas**. Esto puede hacerse dividiendo los totales netos por el número total de habitantes del área sociosanitaria y luego multiplicándolos por 100.000.

- Pueden ocurrir recuentos dobles al utilizar este método; por ejemplo, las personas que viven en un servicio residencial, y que se benefician de un servicio de día, se contabilizan en dos categorías. El DES-MD no permite por tanto la valoración del total de usuarios/as de tipos de atención para mayores en situación de dependencia en un área sociosanitaria.

- Sin embargo, aunque una persona puede ser atendida en varios recursos y por tanto ser contabilizada en diferentes partes de la escala, ningún contacto con el servicio será contabilizado en más de una rama. Las reglas que se exponen abajo permitirán que cada contacto entre un individuo y un recurso específico de personas mayores con situación de dependencia sea contabilizado una sola vez.

- Las contabilizaciones se basarán en la población diana establecida: población mayor o igual de 60 años con situación de dependencia. En estudios comparativos, es esencial que todos los centros usen el mismo grupo clínico.

- Los recuadros que figuran en cada final de rama deben utilizarse para indicar la contabilización del nivel de utilización de tipos de atención de esa rama. La contabilización en ramas adyacentes se puede sumar para obtener la utilización total de la categoría de

utilización superior -p.e. las cantidades para atención continuada de alta, moderada y baja intensidad pueden sumarse para obtener una cifra global de atención continuada y para la que se proporciona un recuadro. En el caso de que la información sea limitada, puede ocurrir que sólo sea posible calcular las categorías superiores del árbol.

- En los casos donde la información sea limitada, se podrán seleccionar de forma independiente sólo algunas partes de los árboles -debe recalcar la importancia de que en estudios comparativos se acuerde cumplimentar las mismas partes de los árboles partiendo de la base de una misma población diana.
- El Diagrama de Utilización de ha sido diseñado de manera que, en aquellas áreas en las que no se disponga de los datos, sea posible efectuar un censo de un mes de duración de los tipos de atención utilizados por la población del área sociosanitaria de referencia, con el fin de obtener la información requerida.
- Los dispositivos de autoayuda no se incluirán en las escalas de utilización de atención a la dependencia ya que es probable que sea difícil evaluar con precisión su volumen de actividad.

## C. NORMAS PARA CATEGORIAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN.

### Diagrama de Utilización de la Atención de Día

Las definiciones de dispositivos de actividades de día así como otras actividades estructuradas se encuentran en el glosario de la sección B (Diagrama de Servicios).

**Atención de día de disponibilidad programada:** en este caso debe contarse el número de individuos que han hecho uso de cada tipo de servicio en el último mes, separando a los individuos en dos categorías:

- **Usuarios/as de alta intensidad-** aquellos individuos que han utilizado atención de día o dispositivos estructurados al menos el equivalente a cuatro medios días a la semana durante al menos tres de las cuatro últimas semanas.

- **Usuarios/as de baja intensidad-** individuos que han sido atendidos en dispositivos de no disponibilidad inmediata de actividades estructuradas y/o de día durante el pasado mes, pero cuyos patrones de atención no cumplen criterios para usuarios/as de alta intensidad.

*(N.A.: es importante subrayar que la Sección B mide la capacidad de los dispositivos mientras que la Sección C mide la utilización de los mismos por la población. Por tanto, usando este método de recuento, puede ocurrir que algunos de los usuarios/as de los dispositivos clasificados en la Sección B como 'dispositivos de alta intensidad', sean clasificados aquí como 'usuarios/as de baja intensidad'.*

### Diagrama de la Atención ambulatoria y comunitaria

**Atención de urgencia-** el cálculo para el uso de servicio de urgencia debería obtenerse calculando el número total de contactos de urgencia en el último mes. Los contactos de urgencia se definen por las siguientes características: (i) tienen lugar como respuesta a la preocupación sobre el deterioro en el estado físico, mental y mal funcionamiento social del usuario; (ii) el contacto asistencial se realiza por parte del profesional dentro de la misma jornada laboral en la que se le informa del problema; y (iii) dicho contacto no estaba previsto en la última cita del usuario con el equipo de atención.

**Contactos de urgencia móvil-** aquellos contactos que tienen lugar fuera de los centros de atención donde el equipo implicado lo hace rutinariamente.

**Contactos de urgencia no móviles-** los contactos de urgencia que tienen lugar en el emplazamiento donde el personal implicado esté localizado durante ese día, se clasificarán como no móviles.

*(N.A.: Los contactos no móviles pueden tener lugar en dispositivos que hayan sido clasificados en la Sección B como móviles -p.e. si un paciente es atendido en el Centro de Salud Mental Comunitario donde se localiza el equipo de salud mental comunitario, este contacto específico se clasificará como contacto no móvil, incluso cuando muchos de los otros contactos del equipo tengan lugar fuera del Centro y sean clasificados como móviles.*

**Contactos fuera de la jornada laboral-** los contactos de urgencia que tienen lugar fuera de la jornada laboral deben contarse como contactos fuera de horario (p.e. contactos de urgencia por la noche o en fin de semana).

**Contactos durante la jornada laboral-** contactos de urgencia que tienen lugar durante el horario usual de trabajo.

**Dispositivos de atención continuada-** debe contarse el número de usuarios/as de los dispositivos. Esto debe incluir todos los usuarios/as que han tenido algún contacto con el equipo de atención que (i) no eran contacto de urgencia; y (ii) no eran parte integral del cuidado desarrollado por la atención residencial o de día.

**Dispositivos de atención continuada móvil-** los usuarios/as se contarán como usuarios/as de dispositivos móviles si al menos uno de sus contactos ha tenido lugar fuera del servicio para personas mayores en situación de dependencia asignado o del emplazamiento donde tienen lugar habitualmente las consultas asistenciales.

**Usuarios/as de atención continuada de alta intensidad-** los usuarios/as que han sido vistos al menos tres veces durante una semana en el último mes se clasificarán como usuarios/as de servicio de alta intensidad. Por ejemplo, si un usuario ha sido atendido el lunes, miércoles y viernes durante una de las semanas del mes anterior, será clasificado como usuario de alta intensidad incluso cuando no hubiera otros contactos durante el mismo mes.

**Usuarios/as de atención continuada de media intensidad-** usuarios/as que han sido vistos más de una vez durante el último mes pero menos de tres veces por semana en dicho período.

**Usuarios/as de atención continuada de baja intensidad-** usuarios/as que hayan sido vistos en el último trimestre con menos de dos contactos en el último mes y para los cuales se ha planificado alguna visita en los tres meses siguientes.

*(N.A.: Al igual que ocurre con la atención de día, puede acontecer que usuarios/as clasificados aquí como usuarios/as de baja intensidad, utilicen dispositivos que hayan sido clasificados como de 'alta intensidad' en los diagramas de localización de la atención de la sección anterior. Si un usuario es atendido una vez al mes por miembros de un equipo de atención a personas mayores en situación de dependencia comunitario, será un usuario de baja intensidad aunque el equipo mantenga contacto con otros usuarios/as varias veces por semana).*

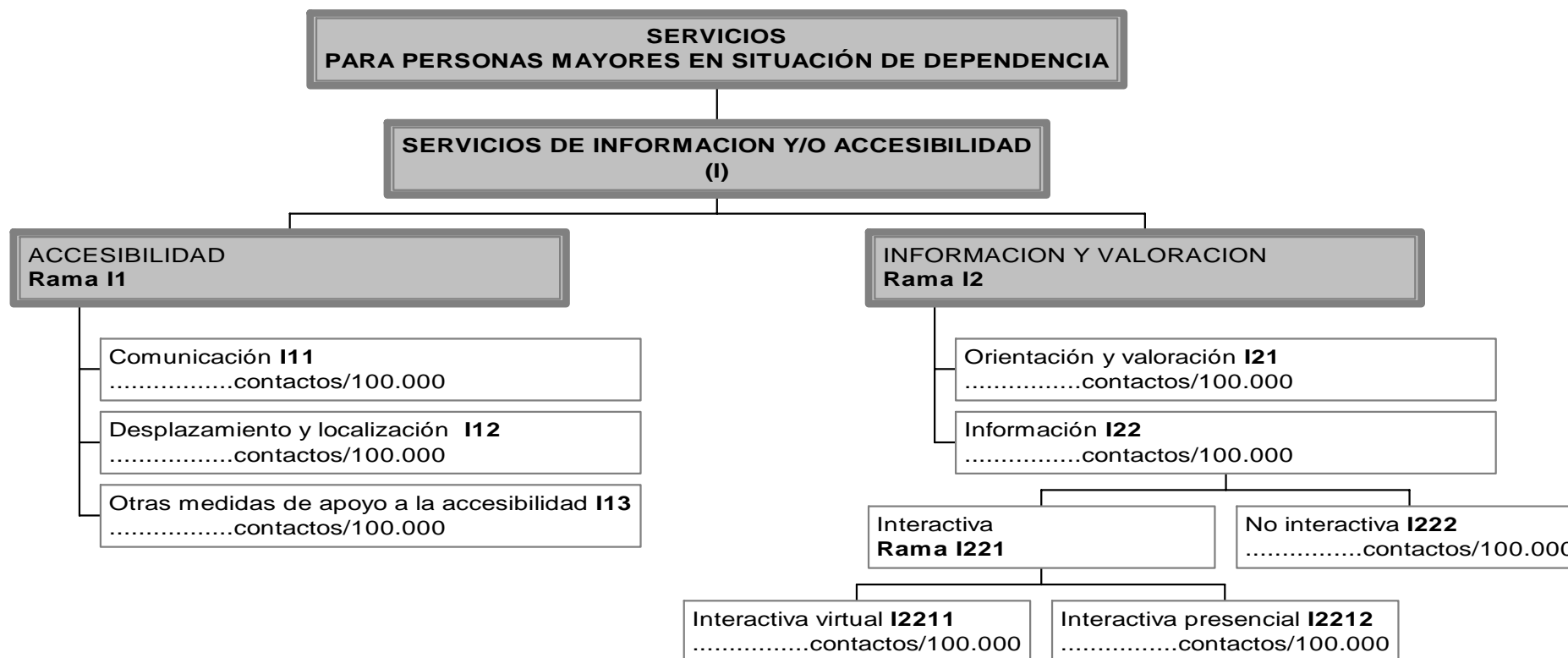
### **Diagrama de Utilización de la Atención Residencial**

Cada tipo de servicio residencial se define igual que en el glosario de la Sección B (Diagrama de Servicios).

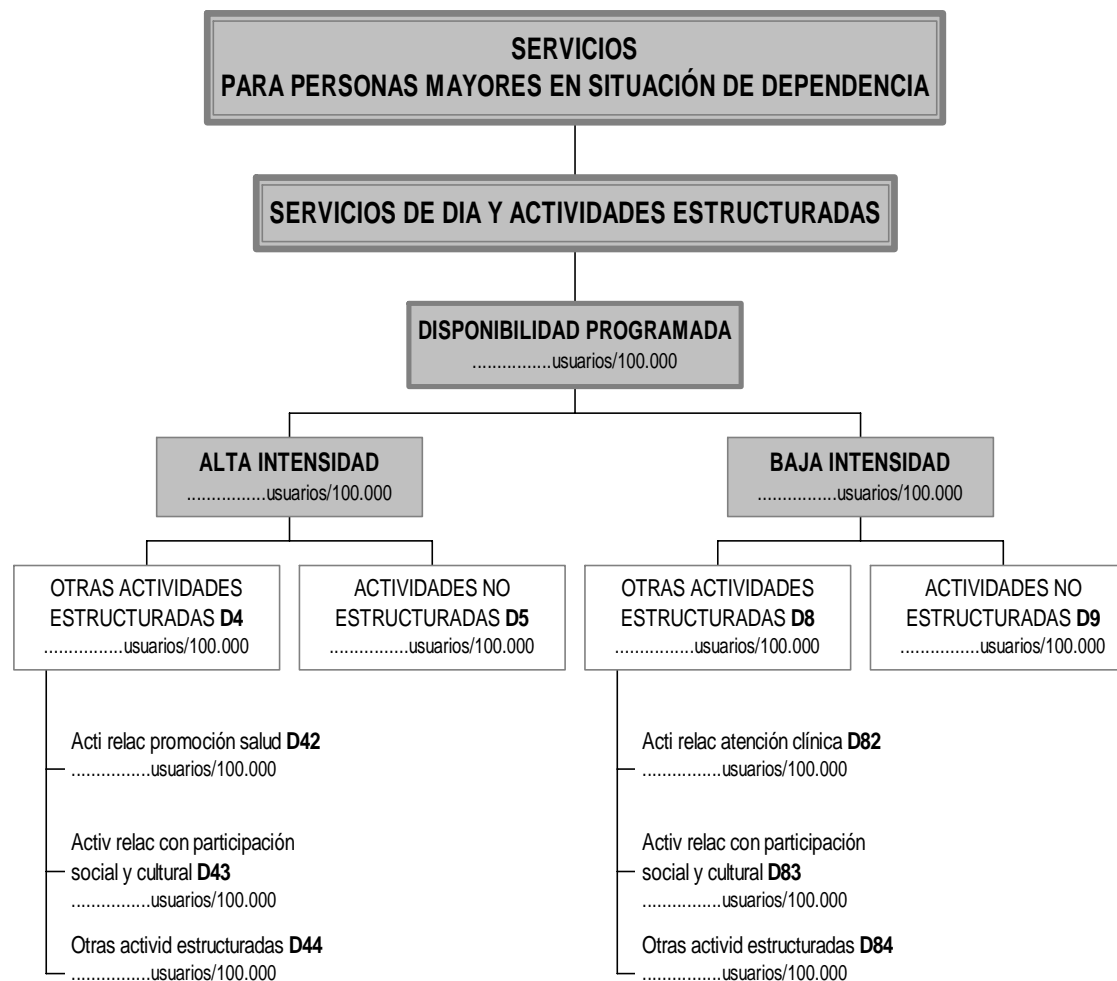
La contabilización para cada tipo de servicio residencial se obtiene calculando la media de personas del área sociosanitaria de referencia que residía en cada tipo de dispositivo en algún momento del último mes.

No se podrá contabilizar a un usuario como si estuviera ocupando dos camas en la misma noche -si tiene una plaza residencial de larga duración pero ha sido admitido en una cama de disponibilidad inmediata durante el periodo de censo, sólo se contabilizará la cama de disponibilidad inmediata. (Si el número de personas del área sociosanitaria que usan un tipo específico de servicio residencial ha fluctuado durante el último mes, la media debe calcularse contando el número total de noches de ocupación de camas por miembros de la población del área, y entonces dividirlo por el número de días del último mes).

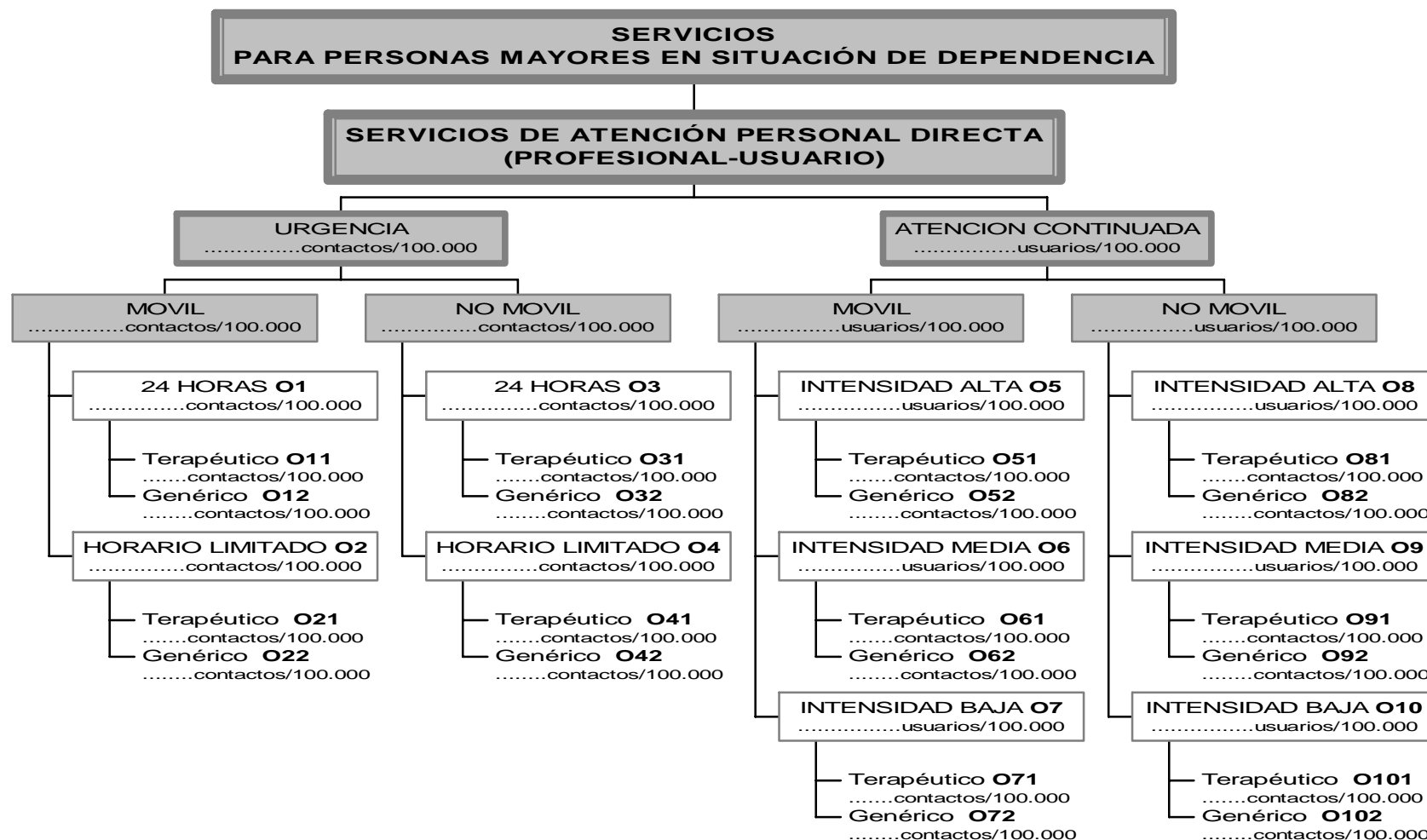
# DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCIÓN DE INFORMACIÓN Y ACCESIBILIDAD



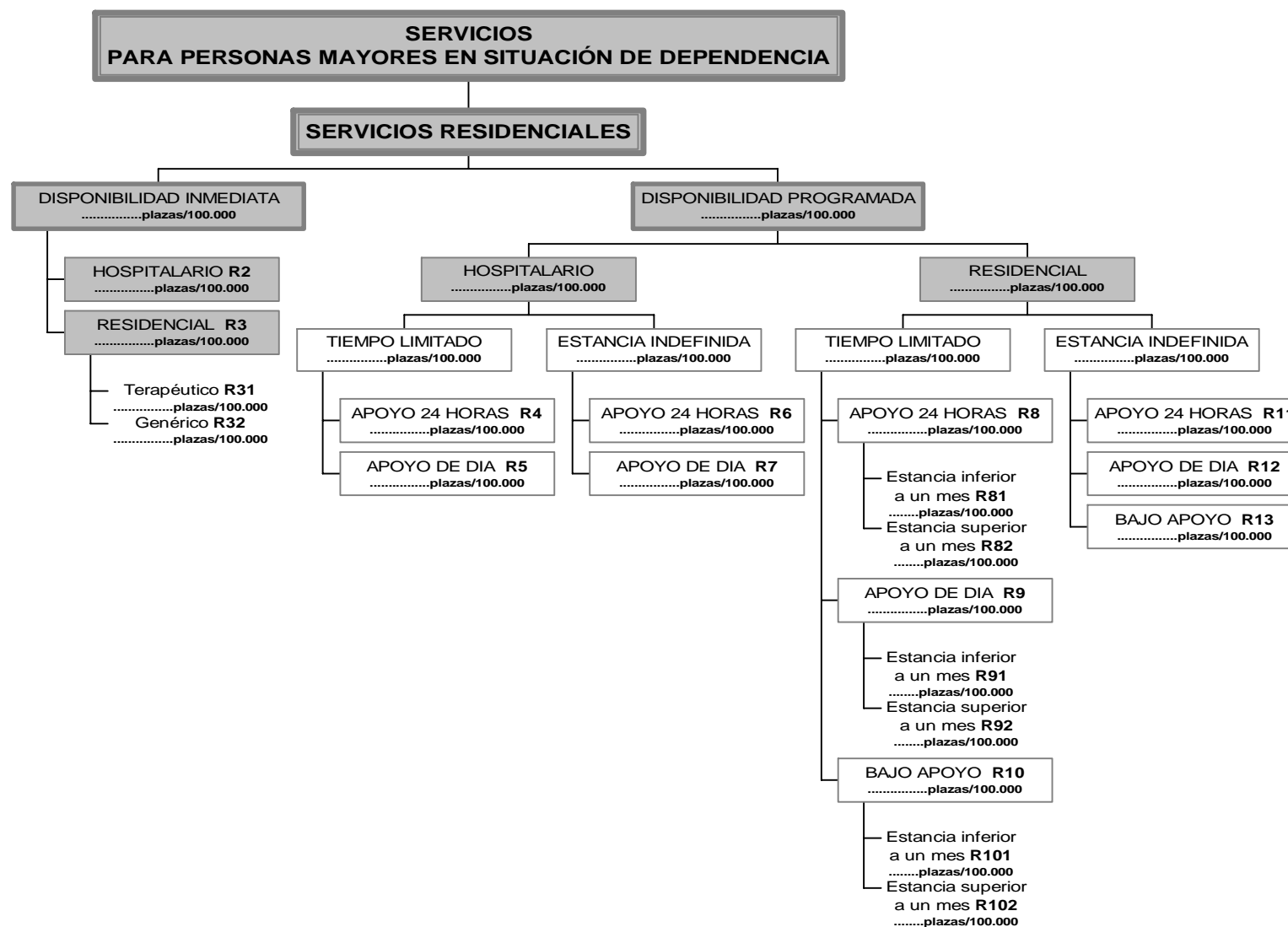
# DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCIÓN DE DIA



# DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA Y AMBULATORIA



# DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL



## SECCION D INVENTARIO DE SERVICIOS

### INVENTARIO DE SERVICIOS- INSTRUCCIONES

Esta sección complementa a la Sección B proporcionando un listado más detallado de las características de los servicios para personas de 60 o más años del área sociosanitaria.

Se pueden efectuar tantas copias de la Hoja de Inventario como sea preciso para reseñar todos los servicios del área- las hojas de inventario no están por tanto numeradas.

A continuación se indican instrucciones específicas para la cumplimentación de cada uno de los ítems que se recogen en la Hoja de Inventario:

1. **NOMBRE:** Indicar el nombre del servicio.
2. **CÓDIGO DES-MD:** Este ítem posibilita el cruce de referencias del Diagrama de Localización de la Atención de la Sección B. La/s posición/es del servicio en el diagrama de localización de la atención debe especificarse usando los códigos de rama y los números del servicio que aparecen en los diagramas de las páginas de la 10 a la 15. Los servicios pueden ser detallados en más de una rama de los Árboles de Localización de la Atención y por tanto pueden tener más de un código: todos los códigos deben anotarse aquí.  
En caso de servicios con más de un tipo de atención, especificar en primer lugar el código que se corresponda con la atención fundamental que oferta el servicio.
3. **LOCALIZACIÓN:** Indicar la Comunidad Autónoma, provincia, municipio y código postal donde se encuentra situado el servicio.  
**DIRECCIÓN:** Indicar la dirección postal y electrónica del servicio así como teléfono y fax de contacto

- UBICACIÓN:** Indicar si el servicio tiene una ubicación independiente, se encuentra localizado dentro de un hospital o en otro edificio mayor (especificar)..
4. **TITULARIDAD.** Se clasificará como Pública, Privada, Privada sin ánimo de lucro u Otras (especificar)..
  5. **AGENCIA GESTORA.** Se identificará la agencia responsable del empleo del personal y del resto de la gestión del servicio.
  6. **FINANCIACION.** Indicar la agencia ó agencias que pagan la atención que el servicio proporciona a los usuarios/as. Indicar si la financiación es subvencionada, concertada, pública, convenida u otras (especificar)..
  7. **DEFINICIÓN DEL RECURSO.** Indicar cómo se define el servicio según la normativa vigente (p.e. Centro de Día).
  8. **OBJETIVOS.** Se describirán aquí las principales funciones que el servicio desempeña - p.e. alojamiento.
  9. **TIEMPO DE ESTANCIA.** Indicar si el servicio permite una estancia indefinida o establece un tiempo límite de estancia (en este caso, especificar) para el usuario.
  10. **ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS.** Especificar si el servicio ofrece actividades especializadas que no constituyen un tipo de atención o código DES-MD (p.e. taller de habilidades sociales en centro de día) . Indicar también si existen otras actividades no especializadas como comedor, transporte u otras (especificar)..
  11. **EQUIPO DE ATENCIÓN.** Detallar aquí la categoría profesional del personal disponibles en el equipo, la actividad que desempeñan y el número total de horas por semana disponible de cada uno -p.e. 20 horas a la semana de médico en actividad psiquiátrica. Detallar además si el personal es contratado o voluntario.
  12. **AMBITO DE ACTUACIÓN (Cobertura del recurso).** Especificar si el servicio está disponible para usuarios de ámbito Local, Provincial/autonómico/Nacional/Otros (p.e. Otros para área de salud mental II)..
  13. **SISTEMA DE ADSCRIPCION DEL RECURSO.** Indicar si el servicio depende o está adscrito de Asuntos Sociales, Sanidad, Estructura Sociosanitaria, u Otros especificando el organismo de que se trate.

- 14.CONDICIONES DE ADMISIÓN.** Se especificarán los criterios que cada servicio requiere para admitir un nuevo usuario con relación a su edad (indicar intervalo de edad y especificar rango) y tipo de dependencia que atiende
- 15.PERFIL DEL USUARIO.** Detallar aquí los principales tipos de usuarios/as para los cuales se ha programado el servicio, el tipo de atención que reciben, el número de usuarios o contactos en ese tipo de atención y el rango de edad de los mismos.
- 16.HORARIO DE APERTURA:** Indicar el tramo horario durante el que el personal del servicio está disponible para trabajar con los usuarios/as (24horas/mañana/tarde/noche).. Se especificará el horario concreto de cada servicio. **Indicar además los días de la semana en que está disponible el servicio (todos los días o de lunes a viernes) o especificar días.**
- 17. MAXIMA FRECUENCIA DE ATENCIÓN/CONTACTO:** Especificar la frecuencia máxima de atención o contacto con el personal que los usuarios/as de este servicio disponen normalmente (p.e. si un mismo usuario puede ser atendido, de forma regular, tres veces por semana si así se requiere se indicará tres veces por semana; si se trata de un servicio residencial con personal 24 horas, se indicará 24horas)..
- 18.RELACIONES CON OTROS SERVICIOS:** Se describirán los trabajos conjuntos o intercambio de personal que tengan lugar regularmente con otros servicios para personas mayores en situación de dependencia. P.e. visitas a residencias por miembros de los equipos comunitarios de salud mental.
- 19.FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL SERVICIO.** Indicar la fecha en que se inaugura el servicio.
- 20. OBSERVACIONES:** Se añade este último apartado para los casos en que el evaluador considere importante consignar algún detalle o característica del servicio evaluado que no quede reflejado en los ítems anteriores.
- 21. FUENTES CONSULTADAS.**
- 22.FECHA DE RECOGIDA DE LA INFORMACION**

## INVENTARIO DE SERVICIOS

1.	<b>NOMBRE</b>
2.	<b>CODIGO DES-MD</b>
3.	<b>LOCALIZACIÓN</b> COMUNIDAD AUTÓNOMA: PROVINCIA: MUNICIPIO: CÓDIGO POSTAL: <b>DIRECCIÓN</b> VIA: TLFNO: FAX: CORREO-E: WEB <b>UBICACIÓN:</b> Independiente <input type="checkbox"/> Dentro de hospital <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
4.	<b>TITULARIDAD:</b> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Privada sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Especificar:
5.	<b>AGENCIA GESTORA:</b>
6.	<b>FINANCIACIÓN:</b> Subvencionada <input type="checkbox"/> Concertada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Convenida <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Especificar:
7.	<b>DEFINICIÓN DEL RECURSO (según normativa vigente)</b>
8.	<b>OBJETIVOS</b>

9.	<b>TIEMPO DE ESTANCIA:</b>			
	TIEMPO LIMITADO/ESTANCIA INDEFINIDA			
	Especificar:			
10.	<b>ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS:</b>			
	<b>OTRAS ACTIVIDADES NO ESPECIALIZADAS:</b>			
	Comedor <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otras (Especificar):			
11.	<b>EQUIPO DE ATENCIÓN</b>	<b>Actividad específica</b>	<b>Nº horas</b>	<b>Contratado/voluntario</b>
	Médico			
	Médico especializado			
	Psicólogo			
	Gerontólogo			
	Pedagogo			
	Trabajador/a Social			
	Diplomado Enfermería			
	Terapeuta Ocupacional			
	Rehabilitador			
	Animador sociocultural			
	ATS/DUE			
	Auxiliar de clínica			
	Auxiliar de geriatría			
	Auxiliar de ayuda a domicilio			
	Fisioterapeuta			
	Gerocultor			
	Cuidador/a cualificado			
	Cuidador/a sin cualificar			

<b>12.</b>	<b>AMBITO DE ACTUACIÓN (COBERTURA DEL RECURSO):</b> Local <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Autonómico <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>																														
<b>13.</b>	<b>SISTEMA DE ADSCRIPCIÓN DEL RECURSO</b> Asuntos Sociales <input type="checkbox"/> Sanidad <input type="checkbox"/> Sociosanitario <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>  Especificar Organismo:																														
<b>14.</b>	<b>CONDICIONES DE ADMISIÓN:</b> EDAD: Intervalo de edad: A (Adultos menores 60 años) <input type="checkbox"/> M (Mayores entre 60-80 años) <input type="checkbox"/> MM (Mayores 80 años) <input type="checkbox"/>  Especificar rango de edad: de....a.....años  TIPO DE DEPENDENCIA QUE ATIENDE EL SERVICIO: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;"></td><td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>																														

<b>15.</b>	<b>PERFIL DEL USUARIO:</b> EDAD: Intervalo de edad: A (Adultos menores 60 años) <input type="checkbox"/> M (Mayores entre 60-80 años) <input type="checkbox"/> MM (Mayores 80 años) <input type="checkbox"/>  TIPO DE DEPENDENCIA QUE ATIENDE EL SERVICIO: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">TIPO DEPENDENCIA</th> <th style="width: 10%;">Tipo de atención</th> <th style="width: 15%;">Nº usuarios/contactos</th> <th style="width: 5%;">Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DEPENDENCIA	Tipo de atención	Nº usuarios/contactos	Edad		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
TIPO DEPENDENCIA	Tipo de atención	Nº usuarios/contactos	Edad																																																		
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
	<input type="checkbox"/>																																																				
<b>16.</b>	<b>HORARIO DE APERTURA (del servicio)</b> 24 horas <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Especificar horario:  DIAS Todos los días <input type="checkbox"/> De lunes a viernes <input type="checkbox"/>  Especificar días:																																																				
<b>17.</b>	<b>MAXIMA FRECUENCIA DE ATENCION/CONTACTO</b>																																																				

18.	RELACIONES CON OTROS SERVICIOS
19.	FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL SERVICIO
20.	OBSERVACIONES
21.	FUENTES CONSULTADAS
22.	FECHA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

# **ANEXO I**

## **GLOSARIO PARA LA SECCION B**

Dispositivos dirigidos a facilitar el desplazamiento y localización de personas de igual o más de 60 años en situación de dependencia

*Incluye dispositivos dirigidos al acompañamiento cuyo objetivo sea mejorar la accesibilidad de la persona mayor en situación de dependencia.*

## GLOSARIO PARA LA SECCION B (DIAGRAMAS DE SERVICIOS)

*Debajo de algunas definiciones y en cursiva se presentan ejemplos de los tipos de atención que pueden clasificarse en cada rama del diagrama de localización de la atención. Esta lista de ejemplos no pretende ser exhaustiva. También se proporcionan directrices sobre las ramas mutuamente excluyentes, p.e., pares de ramas donde un dispositivo en concreto nunca debe ser clasificado como perteneciente a ambas ramas a la vez.*

### Ramas DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE ATENCIÓN DE INFORMACIÓN Y/O ACCESIBILIDAD (I)

#### I1 ATENCIÓN PARA ACCESIBILIDAD

Dispositivos dirigidos a la facilitación de medidas de accesibilidad para personas mayores en situación de dependencia.

#### I11 Dispositivos de comunicación

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la información

*Se incluyen aquí dispositivos de intérprete de signos*

#### I12 Dispositivos de desplazamiento y localización

#### I13 Dispositivos para otras medidas de apoyo a la accesibilidad

Dispositivos dirigidos a facilitar otras medidas de apoyo a la accesibilidad, no dedicados a la comunicación, desplazamiento o localización

#### I2 ATENCIÓN PARA INFORMACIÓN Y VALORACION

Dispositivos dirigidos a proporcionar información y valoración a usuarios/as con dependencia. Estos servicios no conllevan un seguimiento posterior del usuario

#### I21 Dispositivos de orientación y valoración

Dispositivos en los que se efectúa una valoración profesional y una posterior orientación al usuario.

*P.e. Centro de valoración y orientación donde se realiza una intervención profesional que incluye evaluación y elaboración de proyecto individualizado.*

#### I22 Dispositivos de información

Dispositivos dirigidos exclusivamente a proporcionar información a usuarios/as.

*Se incluyen aquí dispositivos de información acerca de accesibilidad.*

*No se incluyen dispositivos dirigidos a la valoración.*

I221 Interactiva  
Dispositivos dirigidos a la información donde existe una interacción entre el usuario (personas en situación de dependencia de 60 o más años) y el informador.

*Se incluyen páginas web informativas que no implican interacción.*

I2211 Interactiva presencial  
Dispositivos dirigidos a informar a usuarios/as a través de la atención cara a cara.

I2212 Interactiva virtual  
Dispositivos dirigidos a informar a usuarios/as de forma interactiva cumpliendo los siguientes criterios:  
-Dispone de personal especializado.  
-Presenta información útil para el campo de la dependencia.  
-La información se actualiza al menos de forma mensual

*Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde se localice la persona que gestiona la página y su actualización.*

*Se incluyen dispositivos de información interactiva a través de Internet.*

I222 No interactiva  
Dispositivos dirigidos a informar (con actualización trimestral) a personas mayores en situación de dependencia sin que exista interacción entre el usuario y el informador.

*Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde se localice la persona que gestiona la página y su actualización.*

**Ramas DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO (REDES NO FORMALES) (S)**

- S ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO.**  
Son dispositivos cuyo cometido principal es proporcionar algún tipo de apoyo, ayuda o contacto a personas mayores con dependencia, pero que no disponen de personal contratado cuya función sea proporcionar los servicios residenciales, de día, ambulatorios o comunitarios descritos en las otras ramas.
- S1 ATENCIÓN CON PERSONAL VOLUNTARIO NO ESPECIALIZADO**  
Dispositivos dirigidos específicamente a personas de edad igual o mayor de 60 años en situación de dependencia, pero donde no se cuenta en más de un 50% con personal especializado en evaluación, apoyo o atención a la dependencia. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio.
- Deben clasificarse aquí los grupos de autoayuda dirigidos por usuarios/as, las asociaciones de cuidadores informales que proporcionan apoyo mutuo y los servicios proporcionados totalmente por voluntarios.*
- S11 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención a la Dependencia.**
- S12 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Grupos de Autoayuda.**
- S13 Dispositivos con personal voluntario no especializado en Formación.**

**S14 Dispositivos con personal voluntario no especializado en otros servicios.**

**S2 ATENCIÓN CON PERSONAL VOLUNTARIO ESPECIALIZADO**

Dispositivos dirigidos a población mayor en situación de dependencia que cuentan de forma regular con un 60% del personal con formación o titulación específica en evaluación, apoyo o atención a personas mayores en situación de dependencia pero cuya vinculación al servicio es, al menos en el 80%, exclusivamente voluntaria.

*Se incluyen aquí dispositivos atendidos por personal profesional voluntario especializado donde existe una estructura regular de dicha atención.*

**S21 Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención a la Dependencia.**

**S22 Dispositivos con personal voluntario especializado en Grupos de Autoayuda.**

**S23 Dispositivos con personal voluntario especializado en Formación**

**S24 Dispositivos con personal voluntario especializado en otros servicios.**

Ramas **DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE DÍA (D)**

**D ATENCIÓN DE DÍA (D)** Son dispositivos en los que (i) se espera que los usuarios/as los utilicen más allá de los períodos en los que tienen un contacto “cara a cara” con el personal (el dispositivo no sólo se basa en que los usuarios/as vengan a la cita con el profesional de referencia y se marchen al acabar la consulta); (ii) están disponibles normalmente para varios usuarios/as al mismo tiempo (en lugar de atender a los usuarios/as de uno en uno); (iii) proporcionan alguna combinación de atención a problemas relacionados con la dependencia, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo; (iv) se hallan disponibles durante un horario de apertura establecido.

**ATENCIÓN DE DÍA DE DISPONIBILIDAD PROGRAMADA (D4-D5 Y D8-D9)** . Son dispositivos en los que de forma rutinaria se remiten nuevas solicitudes de admisión a otros servicios.

**ALTA INTENSIDAD (D4-D5)** Dispositivos que normalmente están disponibles para atender a usuarios/as durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana. Para que el servicio sea clasificado como de ‘alta intensidad’, no se requiere que todos los usuarios/as sigan una atención tan frecuente, pero ésta debe ser posible (dentro de la práctica habitual del servicio) si así se requiere.

**D4\_ \_ \_ \_ \_ OTRAS ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS (D4)**

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas y que estarían disponibles al menos el 25% de la jornada.

**D42\_ \_ \_ \_ \_ Actividades relacionadas con la promoción de la salud**

Dispositivos que cumplen los criterios de atención de día de disponibilidad programada cuya actividad fundamental es la atención clínica de la dependencia. La mayor parte del personal tiene una formación mínima de diplomado en ciencias de la salud.

*Se incluyen aquí dispositivos cuya actividad fundamental es la rehabilitación física o los grupos psicoterapéuticos.*

**D43\_ \_ \_ \_ \_ Actividades relacionadas con la participación social y cultural**

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas relacionadas con la participación social y cultural.

**D44\_ \_ \_ \_ \_ Otras actividades estructuradas**

Dispositivos que proporcionan algún tipo de actividad estructurada que no cumple criterios para ser clasificada como “Actividades relacionadas con promoción de la salud o participación social y cultural”.

Se incluyen aquí dispositivos dirigidos a la prevención de forma estructurada.

**BAJA INTENSIDAD (D8-D9)** Dispositivos en los que normalmente no es posible atender a usuarios/as durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana.

D82\_ \_ \_ \_ \_ Actividades relacionadas con la promoción de la salud  
(ver D42)

D83\_ \_ \_ \_ \_ Actividades relacionadas con la participación social y cultural (ver D43)

D84\_ \_ \_ \_ \_ Otras actividades estructuradas (ver D44).

### **ACTIVIDADES NO ESTRUCTURADAS**

Dispositivos que cumplen los criterios para servicio de día de disponibilidad programada pero donde no se ofertan actividades estructuradas, o éstas sólo están disponibles durante menos del 25% de la jornada, por lo que las principales funciones del servicio son la provisión de contacto social, ayuda práctica y/o apoyo.

*Se incluyen aquí comedores para personas mayores en situación de dependencia y club sociales que cumplen las características de "actividades no estructuradas"*

D5\_ \_ **Alta intensidad** (ver D4)

D9\_ \_ **Baja intensidad** (ver D8)

*Ejemplos de dispositivos que no deben ser generalmente clasificados a la vez como de 'alta intensidad' y 'baja intensidad' - cuando el usuario puede acudir al menos cuatro medios días por semana, el servicio debe ser considerado como de alta intensidad, incluso cuando la utilización real es menor que ésta.*

**Ramas DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y AMBULATORIA (O)**

- O ATENCIÓN AMBULATORIA Y COMUNITARIA (O)** Son dispositivos donde la atención se produce normalmente de forma programada y que (i) conllevan un contacto entre el personal cualificado en dependencia (con formación y entrenamiento específicamente dirigido a la atención a las personas en situación de dependencia) y los usuarios/as con el propósito de la atención a las personas mayores en situación de dependencia y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas; (ii) una vez finalizado el contacto, el usuario abandona el recurso y vuelve a su lugar de residencia. Este contacto puede ser único o periódico; (iii) no ofrecen atención de día o residencial como la descrita anteriormente salvo en el caso de la intervención en crisis.

**ATENCIÓN DE URGENCIA (O1-O4)** Dispositivos que (i) proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a un deterioro en el estado mental o físico, o problemática social grave relacionada con la dependencia y (ii) en las que dicha respuesta se puede proporcionar normalmente en el mismo día dentro de las horas de trabajo.

**Atención móvil (O1-O2)** Dispositivos donde el contacto se produce normalmente en un abanico variado de emplazamientos incluyendo la propia casa del usuario/a y que corresponden a aquellos considerados como más apropiados desde el punto de vista de profesionales y usuarios/as. Para que un servicio sea considerado como móvil, se requiere que al menos el 20% de los contactos se realicen fuera del lugar donde está establecido dicho servicio. Para algunos servicios, el emplazamiento principal de provisión de la atención puede variar de un día a otro (p.e., los dispositivos de áreas rurales que se

desplazan de pueblo en pueblo). Esto no significa que tenga que ser clasificado como 'móvil', a menos que el personal realice su trabajo fuera del emplazamiento principal del día.

*Dispositivos que no deben ser clasificados a la vez como 'móvil' y 'no-móvil' - si al menos el 20% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil.*

- O1\_ \_ \_ \_ \_ 24 horas (O1)** Dispositivos que están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
- O11\_ \_ \_ \_ \_ Terapéutica (O11) Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto y donde una parte del personal, durante el periodo descrito por el código, tiene al menos formación equivalente a diplomado en ciencias de la salud.
- O12\_ \_ \_ \_ \_ Genérica (O12) Dispositivos comunitarios que no cumplen el criterio de dispositivos dirigidos a la atención clínica especializada.
- O2\_ \_ \_ \_ \_ Horario limitado (O2)** Dispositivos que no siempre están disponibles (menos de 24 horas al día, 7 días a la semana).

*Ejemplo de Ramas O1 y O2 - incluyen equipos de intervención en crisis (cambio sustancial que ponga en riesgo a la persona o sus familiares o a otros) y equipos de tratamiento en residencias de disponibilidad inmediata.. Algunos dispositivos comunitarios pueden*

proporcionar también atención de urgencia (además de atención continuada) por lo que se contabilizarán en ambas ramas.

*Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.*

O21\_----- Terapéutica (O21). Dispositivos de horario limitado que cumplen los criterios descritos en O11

O22\_----- Genérica (O22) Servicios de horario limitado que cumplen los criterios descritos en O12

**Atención no-móvil (O3-O4)** Dispositivos que no cumplen los criterios para 'móvil'.

**O3\_----- 24 horas (ver O1)**

*Se incluyen aquí los dispositivos de Teleasistencia (dispositivos de ayuda a personas mayores en situación de dependencia que proporcionan comunicación, autonomía y seguridad en situaciones de necesidad mediante un terminal conectado a una central de ordenador y un dispositivo personal que activa el sistema).*

O31\_----- Terapéutica (O31) (ver O11)

O32\_----- Genérica (O32) (ver O12)

**O4\_----- Horario limitado (ver O2)**

*Ejemplo de Ramas O3 y O4 - Ejemplos de dispositivos que pueden incluirse aquí son los dispositivos de teleasistencia que proporcionan atención de urgencia y las clínicas de urgencias psiquiátricas.*

*Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.*

O41\_----- Terapéutica (O41) (ver O21)

O42\_----- Genérica (O42) (ver O22)

**ATENCIÓN CONTINUADA (O5-O10)** Dispositivos que proporcionan a los usuarios/as un contacto regular con un profesional de atención a la dependencia; este contacto puede ser a largo plazo si se requiere.

**Atención móvil (O5-O7) (ver "atención móvil" de "urgencia")**

*Dispositivos que no deben ser clasificados a la vez como 'móvil' y 'no-móvil' - si al menos el 20% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil.*

**O5\_----- Intensidad alta** Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos 3 veces por semana, si está indicado.

O51\_----- Terapéutica (O51) Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto y donde una parte del personal, durante el

periodo descrito por el código, tiene al menos formación equivalente a diplomado en Ciencias de la Salud (Psicología, Medicina, Fisioterapia, Enfermería).

O52\_ \_ \_ \_ \_ Genéricos (O52) Dispositivos comunitarios que no cumplen el criterio de dispositivos dirigidos a la atención terapéutica especializada.

O6\_ \_ \_ \_ \_ **Intensidad media** Dispositivos que no tienen capacidad para proporcionar un contacto con los usuarios/as de al menos 3 veces a la semana, pero que sí pueden proporcionar atención quincenalmente cuando se requiera.

O61\_ \_ \_ \_ \_ Terapéuticos (O61) (ver O51)

O62\_ \_ \_ \_ \_ Genéricos (O62) (ver O52)

O7\_ \_ \_ \_ \_ **Intensidad baja** . Dispositivos que proporcionan a los usuarios/as contactos regulares con profesionales de atención a la dependencia, pero cuya frecuencia de contactos es inferior a una vez cada quince días.

*Ejemplo de Ramas O5 a O7 - Ejemplos de dispositivos que pueden ser clasificados en estas ramas son los equipos de salud mental comunitaria, los dispositivos de enfermería psiquiátrica comunitaria y los equipos de apoyo.*

*'Alta intensidad', 'intensidad media' y 'baja intensidad' son mutuamente excluyentes - si un servicio puede proporcionar contacto tres veces a la semana, se clasificará como de 'alta intensidad', incluso*

*si muchos de sus usuarios/as contactan con dicho servicio con menor frecuencia. Si un servicio puede proporcionar contacto al menos una vez quincenalmente, pero no al menos tres veces por semana, es de 'media intensidad', incluso si alguno de los usuarios/as contactan con dicho servicio menos de una vez cada quince días. Sólo los dispositivos que generalmente no pueden proporcionar contacto al menos una vez cada quince días deben ser clasificados como de baja 'intensidad'.*

O71\_ \_ \_ \_ \_ Terapéutica (O71) (ver O51)

O72\_ \_ \_ \_ \_ Genérica (O72) (ver O52)

**Atención no-móvil (O8-O10) (ver "Atención no móvil" de "urgencia")**

O8\_ \_ \_ \_ \_ **Intensidad alta (ver O5)**

O81\_ \_ \_ \_ \_ Terapéutica (O81) (ver O51)

O82\_ \_ \_ \_ \_ Genérica (O82) (ver O52)

O9\_ \_ \_ \_ \_ **Intensidad media (ver O6)**

O91\_ \_ \_ \_ \_ Terapéutica (O91) (ver O51)

O92\_ \_ \_ \_ \_ Genérica (O92) (ver O52)

O10\_ \_ \_ \_ \_ **Intensidad baja (ver O7)**

*Ejemplo de Ramas O8 a O10 - Ejemplos de dispositivos que pueden clasificarse aquí son los*

*servicios de teleasistencia y las clínicas ambulatorias y los centros de salud mental comunitarios, en los que se realiza menos del 20% de los contactos con los usuarios/as fuera del centro principal donde se localiza el servicio.*

O101\_ \_ \_ \_ \_ Terapéutica (O101) (ver O51)

O102\_ \_ \_ \_ \_ Genérica (O102) (ver O52)

### **Ramas DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL Y HOSPITALARIA (R)**

**R ATENCIÓN RESIDENCIAL Y HOSPITALARIA** Aquellos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios/as y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de las personas de más de 64 años con situación de dependencia.

*La mayoría de los dispositivos residenciales son clasificables como pertenecientes a sólo una de las ramas, aunque ocasionalmente puede ser necesario codificar un único servicio en varias ramas - p.e., una residencia que incluye a la vez camas claramente destinadas para el ingreso de crisis y camas para personas con ingresos planificados y por períodos indefinidos.*

**DISPOSITIVOS DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA PARA ATENCIÓN EN CRISIS (R2-R3)** Dispositivos donde (i) se ingresa a los usuarios/as debido a un deterioro de su estado mental o físico, o problemática social grave relacionado con su dependencia; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas del día; (iii) los

usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

**R2 \_ \_ Atención Hospitalaria** Dispositivos residenciales cuyo objetivo principal es la atención clínica del sujeto y donde al menos un médico está presente en el servicio durante 24 horas.

**R3 \_ \_ Atención Residencial** Todos los dispositivos residenciales que no responden a los criterios establecidos para la clasificación de hospitalario.

*Ejemplo Rama R3 - Incluye una oferta de camas que pueden utilizarse como alternativa al ingreso hospitalario.*

R31\_ \_ \_A.R. Terapéutica. Dispositivos residenciales cuyo objetivo principal es la atención clínica del sujeto y donde una parte del personal, durante el periodo descrito por el código, tiene al menos formación equivalente a medicina y/o enfermería.

R32\_ \_ \_A.R. Genérica. Todos los dispositivos residenciales que no responden a los criterios establecidos para la clasificación de terapéutico.

**ATENCIÓN RESIDENCIAL DE DISPONIBILIDAD PROGRAMADA (R4-R13)** Todos los dispositivos residenciales que no satisfagan el criterio de dispositivos de disponibilidad inmediata o. Son dispositivos en los que de forma rutinaria nuevas solicitudes de admisión deben ser remitidas a otros dispositivos.

**Atención R. Hospitalaria (R4-R7) (ver R2)****A.R. Hospitalaria de Tiempo limitado (R4-R5)**

Dispositivos donde rutinariamente se especifica un período máximo de permanencia. Un dispositivo debe clasificarse como de tiempo limitado si se ha fijado un período máximo de estancia para al menos el 80% de los residentes en dicho dispositivo.

**R4\_ \_ \_ \_ \_ A.R. Hospitalaria de Apoyo 24 horas** Dispositivos en los que se realiza monitorización y atención social y clínica al usuario durante 24 horas al día por parte del personal localizado en dicho recurso (p.e. personal doméstico y de seguridad no se incluye).

*Ejemplo Rama R4 - Pueden incluirse aquí las salas de ingreso que admiten usuarios/as para rehabilitación o los programas comunitarios terapéuticos en los que se especifica al comienzo de la intervención que dicho programa finalizará en un periodo concreto de meses o años.*

**R5\_ \_ \_ \_ \_ A.R. Hospitalaria con personal asignado durante el día** Dispositivos en los que habitualmente los miembros del personal trabajan durante al menos alguna parte del día, cinco días a la semana, con responsabilidades relacionadas con el control y el cuidado social y clínico de los usuarios/as.

*Ejemplo Rama R5 - Los dispositivos reseñados aquí son dispositivos similares a los de la rama R4, pero que no cuentan con la presencia de personal durante 24 horas seguidas en la sala.*

**A. R. Hospitalaria de Estancia indefinida (R6-R7)**

Dispositivos que no cumplen los criterios mencionados para la atención de 'tiempo limitado'.

**R6\_ \_ \_ \_ \_ A.R. Hospitalaria de Apoyo 24 horas (ver R4)**

*Ejemplo Rama R6 - Pueden clasificarse en esta rama las salas de ingreso psiquiátrico de larga duración, en las cuales los usuarios/as son ingresados durante períodos de tiempo indefinidos que tienen asistencia de personal durante las 24 horas del día.*

**R7\_ \_ \_ \_ \_ A. R. Hospitalaria con personal asignado durante el día (ver R5)**

*Ejemplo Rama R7 - Aquí pueden clasificarse las salas de ingreso de larga duración que no tienen asistencia de personal durante las 24 horas del día.*

**Atención Residencial (R8-R13) (ver R3)****Atención residencial de Tiempo limitado (R8-R10) (ver "Tiempo limitado" en "Atención terapéutica")**

**R8\_ \_ \_ \_ \_ A.R. de Apoyo 24 horas (ver R4)**

**R81\_ \_ \_ \_ \_ A.R. de Estancia igual o inferior a un mes**

*P.e. Unidades que prestan atención residencial de respiro.*

**R82\_ \_ \_ \_ \_ A.R. de Estancia superior a un mes**

**R9** \_\_\_\_\_ **Atención residencial con personal asignado durante el día (ver R5)**

R91 \_\_\_\_\_ A.R. de Estancia igual o inferior a un mes

R92 \_\_\_\_\_ A.R. de Estancia superior a un mes

**R10** \_\_\_\_\_ **A.R. de bajo nivel de apoyo**

Dispositivos en los que el usuario reside por necesidades relacionadas con el control de su dependencia y donde existe una conexión directa entre residir en dicho recurso y algún grado de apoyo del equipo que normalmente está presente menos de 5 días por semana.

R101 \_\_\_\_\_ A.R. de Estancia igual o inferior a un mes

R102 \_\_\_\_\_ A.R. de Estancia superior a un mes

*Ejemplo Ramas R8 a R10 - Las residencias, los hogares para grupos y otros dispositivos específicamente diseñados para personas mayores en situación de dependencia pueden clasificarse en estas ramas siempre y cuando dichos dispositivos especifiquen un período de tiempo máximo durante el cual se puede permanecer en los mismos. Como ejemplo aparecen los dispositivos que proporcionan programas de rehabilitación de duración limitada o aquellos que proporcionan alojamiento temporal.*

**Atención residencial de Estancia indefinida (R11-R13)**  
(ver "Estancia indefinida" en "Atención terapéutica")

**R11** \_\_\_\_\_ **A.R. de Apoyo 24 horas (ver R4)**

**R12** \_\_\_\_\_ **A.R. con personal asignado durante el día (ver R5)**

**R13** \_\_\_\_\_ **A.R. de bajo nivel de apoyo (ver R10)**

*Ejemplo Ramas R11 a R 13 - Se deben incluir aquí aquellos dispositivos residenciales en los que no se especifica ni se fija una duración máxima de la estancia, pero cuyo objetivo es proporcionar un alojamiento permanente cuando se requiere.*