



Consulta la buena práctica 

# **SUPERISLAS** **DE ATENCIÓN A** **DOMICILIO**

de



**Ajuntament  
de Barcelona**



RED DE BUENAS  
**PRÁCTICAS**  
RELACIONADAS CON EL MODELO AICP

# ÍNDICE

[Resumen](#)

[Justificación](#)

[Objetivos](#)

[Temporalización](#)

[Hitos](#)

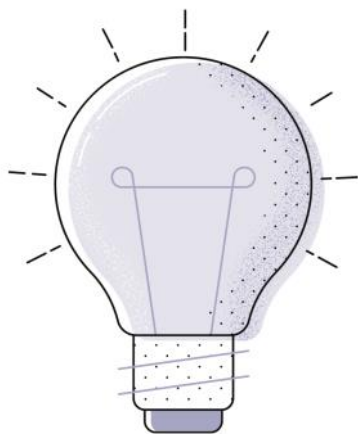
[Recursos](#)

[Financiación](#)

[Alineación con los Objetivos del  
Desarrollo Sostenible \(ODS\)](#)

[Criterios de pertinencia](#)

# Proyecto **SUPERISLAS**



## RESUMEN

La práctica pretende definir, probar, implementar y extender un nuevo modelo del Servicio de Atención a Domicilio articulado sobre dos ideas :

- La organización del servicio y del trabajo, que consiste en promover una organización territorial del SAD basada en el trabajo en equipo, y permite desarrollar la atención centrada en la persona.
- Las superislas, como territorios de proximidad, configuran unidades territoriales de comunidad, relación, y sostenibilidad de la atención a las personas mayores.

## ÁMBITO DE ACTUACIÓN

**Personalización, integralidad y coordinación:** experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.

**Generación de conocimiento:** Iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.

**Desarrollo organizativo y profesional:** Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.

## PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores, Personas en situación de dependencia, Familias, Profesionales, Sociedad en general.

## TIPO DE ACTIVIDAD

Comunidades, viviendas, TAD y SAD.

## ÁMBITO TERRITORIAL

Local, supralocal

# DESCRIPCIÓN DETALLADA

## En qué consiste:

Las superislas de SAD son un proyecto piloto realizado en cuatro barrios de la ciudad. Los pilotos consisten en crear y poner en marcha un nuevo modelo de organización del servicio y del trabajo: se trata de crear equipos de trabajadores de atención directa de SAD que sean responsables de la atención de las personas usuarias residentes en una superisla, garantizando su atención personalizada, compatibilizando la atención con jornadas laborables largas o completas y horarios laborables estables, y desarrollando capacidades de trabajo en equipo, de planificación, de seguimiento de personas usuarias.

El modelo comporta el desarrollo de la profesión, y permite reducir ciertas cargas intrínsecas al trabajo del cuidado como la soledad y las cargas físicas y emocionales. Los equipos oscilan entre 10 y 15 profesionales.

La superisla es un territorio de proximidad, físicamente definido por un conjunto de manzanas del entramado urbano. En la superisla la movilidad es fácil, todo está cercano. La superisla tiene una dimensión razonable / abarcable para las personas mayores, que suelen moverse en un radio de 300 metros alrededor de su domicilio. También tienen una dimensión razonable para los equipos de SAD, que pueden moverse entre domicilios en desplazamientos cortos (desde cambiar de domicilio dentro de una escalera de vecinos hasta caminar 5 o 10 minutos entre edificios).

La superislas se dimensionan en función de las horas de SAD a proveer en ese territorio por equipos de entre 10-15 profesionales trabajando a jornada completa o de más de 5h diarias.

## Metodología empleada:

El proyecto se desarrolla en colaboración público privada con las empresas proveedoras del SAD.

El proyecto se inspira en el modelo de la atención sanitaria a domicilio de Buurtzorg.

Se usan metodologías de innovación social (diamante de innovación, diseño de servicio con los implicados).

Se genera un entorno de aprendizaje común, de escucha de todos los actores, se comparten los aprendizajes.

**Fases de implementación:** Los pilotos se han desarrollado en fases sucesivas;

### 1. Fase de preparación, de junio a diciembre de 2017.

- Conocimiento y estudio de la experiencia de Buurtzorg.
- En colaboración con las tres empresas proveedoras del servicio se seleccionan a las profesionales y las superislas. Se trabaja también con los Centros de Servicios Sociales (CSS).
- Se forma a los equipos y se prepara, con sus aportaciones e implicación, la comunicación a las personas usuarias del nuevo modelo de atención; se les comunica que en lugar del referente serán atendidos por un equipo de profesionales de proximidad, que garantizará la continuidad de la atención, con quien pueden comunicarse por teléfono durante el horario normal de servicio, en caso de necesidad.
- Los equipos de SAD, con la colaboración y ayuda de las coordinadoras técnicas estudian cómo aplanar la punta horaria de servicios que se produce normalmente de 9h a 12h, y que conduce a contratos tiempo parcial en el SAD ordinario (el modelo vigente hasta la fecha).

## DESCRIPCIÓN DETALLADA

**2. Fase de arranque.** Se inicia en diciembre de 2017, cuando las personas usuarias del SAD de las cuatro superislas pasan a ser atendidas por los equipos de referencia. La fase de arranque es crítica porque en ella se producen en paralelo dos procesos de gran relevancia: la construcción del equipo y la toma de control de los servicios por parte del mismo.

- Los miembros del equipo se conocen sobre el terreno, establecen relaciones, resuelven las primeras incidencias, se dan los primeros casos de soporte mutuo. Las profesionales comprueban cual es el impacto del trabajo en equipo en su día a día, y también los beneficios de trabajar en una superisla. También experimentan los cambios de rol que deben adoptar, la mayor responsabilidad y proactividad que se espera de ellos.
- Los miembros de los equipos conocen los servicios y las personas usuarias de la superisla, comparten las planificaciones e intentan eliminar las puntas horarias.
- Paulatinamente los equipos van conociendo a las personas usuarias de la superisla, sus necesidades, y van compartiendo los casos más complejos o de mayor intensidad de servicio (más horas de servicio), para ver cómo pueden mejorar el servicio, cómo reducir las cargas que en el modelo general recaen en una sola trabajadora.
- Se trabaja para reducir las puntas de servicios de 9h a 12h; el equipo puede por ejemplo proponer a las personas usuarias hacer las higienes personales en esta franja horaria, pero dejar otras tareas para la tarde o para el día siguiente, aumentando la frecuencia de paso por el domicilio y manteniendo el plan de trabajo y la intensidad del servicio. También pueden realizar servicios muy cortos, de media hora o menos, para hacer un acompañamiento diario al centro de día o para poner unas medias compresivas.
- Otro ejemplo del trabajo en equipo se da cuando el equipo permite distribuir las horas de servicio de las personas usuarias con problemas de movilidad, con obesidad mórbida, con mayor dependencia, entre diversos profesionales. Es un proceso dirigido a compartir cargas de trabajo que requiere de la implicación de las profesionales. En las reuniones de equipo se visualiza este trabajo y estas decisiones compartidas.
- La persona usuaria pasa a ser tratada por el equipo, y ello garantiza la continuidad de la atención. El modelo elimina la substitución, que supone en el modelo tradicional de SAD una práctica muy frecuente que produce una alta pérdida de calidad del servicio y especialmente una “despersonalización” del servicio, porque “la sustituta” no conoce a la persona usuaria y simplemente ejecuta tareas.

**3. Fase de primera ampliación de los pilotos:** de 4 a 8 superislas. En diciembre de 2018, cuando las primeras cuatro superislas llevaban casi un año en marcha, se ampliaron los pilotos; en cada uno de los cuatro barrios arranca otro equipo / superisla de SAD. Se trata de superislas contiguas físicamente a las primeras.

Las segundas superislas permiten replicar la experiencia y mejorarla, aprovechando el aprendizaje adquirido, reduciendo costes, acelerando el despliegue, caminando sobre seguro. Se produce un efecto muy positivo entre equipos de superislas contiguas, los primeros dan soporte a los segundos en su fase de arranque y cambio, dan seguridad a los compañeros/as en los momentos de mayor incertidumbre. Se produce un efecto muy positivo de comunicación y transmisión de conocimiento entre profesionales y equipos. Los costes de desarrollo de los segundos equipos, en tiempo, formación, coste personal de adaptación, son menores.

## DESCRIPCIÓN DETALLADA

**4. Fase de crecimiento** hasta 60 superislas en los diez distritos de la ciudad de Barcelona. Se incorpora en el contrato de SAD que cubrirá el periodo noviembre 2020- noviembre 2022 la extensión del modelo hasta 60 superislas.

Las ocho superislas de SAD en funcionamiento en 4 barrios de la ciudad cuentan ya con más de 530 personas usuarias y más de 90 profesionales.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

La puesta en marcha de las superislas de Sad se justifica porque el modelo del servicio que se prestaba estaba agotado, en el sentido que no puede producir mejoras sustanciales de calidad de servicio, ni de desarrollo profesional. Sin mejoras disruptivas, organizativas, laborales, y de servicio, no parecía posible mejorar sustancialmente el servicio, y en concreto avanzar hacia la atención personalizada.

El SAD merece un esfuerzo de innovación y desarrollo porque es un servicio crítico para la ciudad, dado el envejecimiento, la falta de residencias,... y cuestiones de contexto que no podemos exponer largamente. Pero sobretodo merece un esfuerzo porque las personas mayores prefieren seguir viviendo "en casa" y porque las cuidadoras merecen desarrollo profesional y reconocimiento social.

Veamos algunos elementos que justifican el proyecto.

- En Barcelona, durante los últimos diez años, el SAD ha crecido exponencialmente debido a la entrada en vigor de la Ley de la dependencia. En la actualidad, el Instituto de Servicios Sociales de Barcelona (IMSS) presta 4.500.000 horas anuales de servicio a cerca de 24.000 personas a t o de atención personal y mantenimiento del hogar. El 2018 el coste del SAD ascendió a 83,5 millones de Euros.
- Las empresas proveedoras ocupan aproximadamente a unos 4.000 profesionales, trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza, más unos 1.000 profesionales adicionales que cubren las bajas y rotaciones. Más del 90% de las profesionales son mujeres.
- La ocupación generada en este sector, en Barcelona como en la gran mayoría de las ciudades, se caracteriza por un nivel de precariedad laboral elevado. Son varios los motivos. La concentración de servicios en las franjas horarias de mañana produce puntas horarias de servicio, que se convierten irrefutablemente en jornadas a tiempo parcial. El volumen de servicios también es irregular a lo largo de la semana. Por todo ello resulta imposible planificar jornadas laborales completas para la mayoría de las profesionales. Un 71% de la ocupación generada por el SAD de Barcelona es ocupación a tiempo parcial. El convenio laboral sectorial vigente en Catalunya establece unos niveles salariales bajos: 950 Euros al mes la jornada completa para las trabajadoras familiares y 900 Euros para las auxiliares de limpieza. La combinación de ambos factores hace que los sueldos más frecuentes entre las profesionales estén entre los 600 y los 800 Euros, absolutamente insuficientes para sobrevivir en Barcelona.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

Para llegar a conocer el trabajo de las profesionales de SAD es necesario profundizar en la vivencia de las profesionales que acuden a domicilios con personas en situaciones muy diversas y necesitadas. Es necesario entender “lo que se encuentran” para poder comprender la vivencia, y las necesidades de capacitación y de soporte que generan. En 2017 llevamos a cabo una investigación etnográfica del trabajo de SAD: los investigadores observaron durante la realización de los servicios la vivencia, la experiencia, del servicio que tenían tanto las profesionales como las personas usuarias. El hecho de trabajar en un domicilio, “en casa de”, confiere al servicio características particulares, o aspectos muy significativos para el desempeño de las tareas. Entre ellos mucha intimidad con la persona usuaria, distintos lugares de trabajo para el profesional, dinámicas distintas en cada hogar, y un trabajo diverso, y menos pautado que en una residencia, por ejemplo. Esta especificidad les obliga a desarrollar habilidades y competencias emocionales relacionadas con poner límites a las demandas de las personas usuarias y familiares, y distancia emocional (desconectar de situaciones de mucha vulnerabilidad), ser flexibles, y desarrollar un alto grado de empatía.

La observación también describió un continuum de complejidad;

- desde servicios de complejidad baja que son más rutinarios y previsibles, donde se atiende a personas usuarias con una buena salud mental, que agradecen el servicio, que mantienen una relación de afinidad con el profesional,
- hasta servicios de alta o muy alta complejidad, que son estresantes, imprevisibles, donde coexiste la enfermedad mental, la agresividad, la no receptividad del servicios, la soledad extrema... situaciones imprevistas que el profesional afronta en solitario “cuando abre la puerta” del domicilio.

Estos distintos grados de complejidad de los servicios no son tenidos en cuenta en la tarificación del servicio, y tampoco se trasladan a la retribución salarial. Es pues especialmente penosa la circunstancia que se produce a veces, cuando algunos profesionales concentran los casos de mayor complejidad.

Por lo general los observadores del estudio detectaban una elevada satisfacción de las profesionales de trabajar en el SAD asociada a su función social, y a la relación con las personas usuarias, a los aprendizajes constantes, y destacaban como aspectos negativos el estrés de los “hogares complicados”, las tensiones con las personas usuarias por abusos de confianza, la evaluación incorrecta de los usuarios, la impotencia y tristeza por determinadas situaciones vitales, y también algunas condiciones laborales como el acceso a la formación.

Parece lógico, en este contexto, suponer que las dificultades / complejidades del trabajo familiar y los elementos de precariedad laboral pueden estar alimentando un elevado absentismo laboral, la rotación de las profesionales, y las dificultades de reclutamiento de nuevos profesionales.

El impacto de la situación laboral en el servicio es negativo e importante; la espiral de sustituciones de personal empeora la calidad del servicio, puesto que implica pérdida de información y despersonalización del servicio, y alimenta la falta de capacitación de los recursos humanos y el desarrollo de la profesión, anclada en una situación compleja y precaria.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

La prescripción del servicio realizada desde los Centros de Servicios Sociales determina la intensidad del servicio (número de horas) y los horarios de servicio. Los proveedores, en base a esta prescripción organizan el SAD, y el trabajo del SAD. Su sistemática se caracteriza por la asignación de servicios y por la asignación a cada persona usuaria de un único profesional referente, que intenta mantenerse pero que a lo largo del año, en algún momento, siempre tiene que ser substituido temporalmente por vacaciones, para asistir a formaciones, y en otras ocasiones por causa de bajas laborales, o permisos. El desarrollo del servicio se basa en una lista de tareas que el trabajador familiar tiene que ejecutar en el tiempo de duración del servicio, siempre dentro de los horarios establecidos.

Estas normas de funcionamiento pueden estar limitando la calidad del servicio; las substituciones de profesionales suponen una pérdida de calidad, y la poca flexibilidad del servicio en horarios y en tareas penaliza la personalización del servicio.

Ciertamente el reto de atender a una población mayor creciente a domicilio es complejo, y atenderla mediante un modelo de atención centrado en la calidad es mucho más exigente. Pero el modelo actual "dispensador de horas de servicios" muestra limitaciones evidentes que ponen en evidencia la necesidad de un nuevo paradigma de servicio, de trabajo, de cuidado de nuestros mayores.

## COVID-19

Las superislas de SAD, personas usuarias, profesionales han sido altamente impactadas por la pandemia; se produjo una reducción muy importante de servicios (bajas temporales). El impacto es el mismo que en el resto del SAD.

A continuación se exponen las diferencias que ha supuesto la gestión de la crisis covid19 en las superislas en comparación al modelo ordinario de SAD. Son las siguientes:

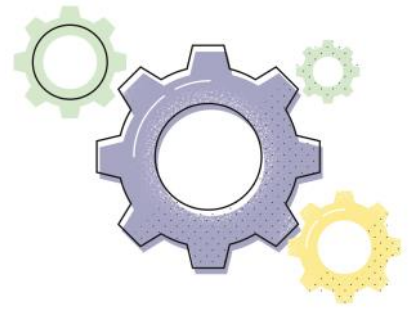
La comunicación profesionales – personas usuarias ha sido más fluida en las superislas, porque ya lo era antes.

Las profesionales vivían el impacto de la pandemia en su trabajo arropadas en el grupo, el equipo, lo que quizás hizo más llevadera la situación.

La recuperación de servicios está siendo más rápida en las superislas: las trabajadoras "llaman a la puerta" de las personas usuarias para ver como están, para saber quién "les cuida", para ofrecerse a activar de nuevo el servicio, para explicar los protocolos de seguridad... la confianza previa establecida supone una mejor respuesta de las personas mayores.

La pandemia no favorece el trabajo en equipo presencial, pero con la incorporación de "videoreuniones" se han mantenido las reuniones de equipo y las actividades que realizan como equipos.





## OBJETIVOS

### Objetivos Generales:

- La mejora de la calidad del servicio y la atención centrada en la persona
- La mejora del trabajo: un trabajo que aporte más valor, que permita la capacitación de los profesionales y el desarrollo de la profesión, que mejore las condiciones laborales.
- Un modelo que haga sostenible la atención a domicilio, en términos sociales y económicos.
- El desarrollo del modelo en colaboración público privada, generando sinergias, y compartiendo el aprendizaje con otras AP, especialmente Ayuntamientos.

### Objetivos Específicos:

- Implantar el nuevo modelo en 4 superislas durante el primer año. Evaluarlo.
- Desplegar una segunda fase, hasta ocho superislas
- Preparar las obligaciones relativas al nuevo modelo en el marco de la licitación del servicio, para extenderlo.

## Claves...



# TEMPORALIZACIÓN

Fecha de Inicio: Diciembre 2017

## HITOS

Los principales hitos han sido:

- Implicación de proveedores del SAD
- Selección de trabajadoras y creación de equipos
- Finalización fase de arranque
- Evaluación y valoración de las primeras superislas para la toma de decisiones.
- Extensión a 8 superislas
- Decisiones de extensión del modelo incorporadas en los pliegos de licitación del servicio.

## RECURSOS

La aportación más importante por parte del equipo del Ayuntamiento e Instituto de Servicios Sociales ha sido la dedicación de recursos humanos propios de la Dirección de Innovación Social, del Departamento de personas Mayores y de los Centros de Servicios sociales de los barrios escogidos.

Las empresas proveedoras de SAD también han aportado profesionales de equipos directivos y mandos intermedios para desarrollar el proyecto, y por supuesto de los profesionales asignados a las superislas.

Se han contratado servicios de evaluación.

## FINANCIACIÓN

Recursos propios.

# ALIENACIÓN CON ODS

Acabar con la pobreza		Reducción de las desigualdades	
Hambre cero		Ciudades y comunidades sostenibles	
Salud y bienestar	✓	Producción y consumo responsables	
Educación de calidad	✓	Acción por el clima	
Igualdad de género		Vida submarina	
Agua limpia y saneamiento		Vida de ecosistemas terrestres	
Energía asequible y no contaminante		Paz, justicia e instituciones solidarias	
Trabajo decente y crecimiento económico		Alianzas para lograr los objetivos	
Industria, innovación e infraestructura		No procede / No aplica	

# Coherencia con los

# PRINCIPIOS DEL MAICP



## Principio de Autonomía

*Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.*

El trabajo en equipo de SAD permite la continuidad de la atención puesto que elimina el concepto (figura) de la sustitución. Todos los miembros del equipo que acuden a un domicilio conocen las preferencias de la persona usuaria.

La proximidad, el trabajo en la superisla, permite servicios más flexibles, mayor frecuencia y también acudir a pesar de que no esté previsto si surge una urgencia o incidencia.

La comunicación con la persona usuaria y su familia es directa (sin intervención del call center). La persona usuaria dispone de un teléfono del equipo donde llamar en caso de necesidad. La comunicación mejora mucho la percepción de cercanía y la posibilidad de trasladar las necesidades de las personas.

En las superislas las personas usuarias han conversado con las profesionales para establecer los mejores horarios, han sido flexibles y a la vez han mostrado sus preferencias. La posibilidad de comunicación directa con el equipo ha permitido su proactividad y no se han producido abusos.

## Principio de Individualidad

*Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.*

Se aplica en el desarrollo del plan individual de atención. Se mantiene actualizado y se comparte en las coordinaciones del equipo. El equipo a veces activa los profesionales de los Centros de Servicios Sociales para que revisen planes, para que los actualicen. Su conocimiento próximo de las personas permite garantizar el principio de individualidad continuamente.

El SAD es más personalizado, desaparece la sustitución, en caso de necesidad se puede acudir al domicilio de proximidad para resolver el incidente. El conocimiento de la superisla permite activar recursos comunitarios al servicio de las necesidades y motivaciones de las personas mayores.

## Principio de Independencia

*Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.*

El equipo llega a tener un mayor conocimiento de la persona usuaria que un trabajador aislado, y acuerda como estimular a la persona a la persona (salidas de paseo, conversaciones sobre temas de interés).

El contacto de la persona usuaria con más de un profesional ha demostrado ser un estimulante para la mayoría de las personas.

# Coherencia con los

# PRINCIPIOS DEL MAICP



## Principio de Integralidad

*Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.*

En el barrio de Vilapicina estamos desarrollando una colaboración con la atención primaria de salud. Las trabajadoras familiares de los dos equipos de Vilapicina han recibido una formación sobre enfermedades crónicas impartida por los doctores y enfermeras del centro, y se han establecido canales de comunicación entre el equipo de SAD y el centro de atención primaria para comunicar situaciones de cambio o alertas en la salud de las personas.

El SAD consigue tener una mirada más amplia sobre el seguimiento de la salud de las personas usuarias sin incorporar sanitarios en los equipos. El equipo de SAD también ofrece una información de seguimiento al médico de cabecera que es muy interesante y valorada, puesto que conoce el día a día de la persona, sus capacidades, y su entorno (domicilio, alimentación, etc.)

Esta práctica se extenderá a todas las superislas en la medida que la implicación del sistema de salud lo permita.

## Principio de Participación

*Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.*

En la superisla se visibiliza el SAD y las profesionales, como hemos expuesto, ello activa relaciones en el territorio, que permiten a distintos actores conocer a las personas mayores. La comunidad se muestra más activa y dispuesta.

## Principio de Inclusión Social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

Esperamos que a futuro la mejora de la calidad del servicio genere una mayor posibilidad de permanencia en el domicilio.

## Principio de Continuidad de Atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

El equipo garantiza la continuidad de la atención a domicilio, puede cambiar algún miembro del equipo, puede marchar algún profesional (por baja laboral o por vacaciones)... en cualquier caso hay otros profesionales que garantizan que el servicio se presta con la misma personalización y calidad. Es uno de los puntos fuertes del modelo.

# Coherencia con los

# CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



## Criterio de Perspectiva de Género

*La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género, o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).*

Dada la feminización del colectivo de trabajadoras de atención directa del SAD y la precariedad del colectivo es clave la orientación de género del proyecto. Se ha trabajado para mejorar la capacitación y desarrollo de una profesión que en su mayoría ejercida por mujeres.

## Criterio de Evaluación y Resultados

*La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:*

- *Efectividad y cumplimiento de objetivos*
- *Impacto social*
- *Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica*

## ¿Cómo ha evaluado los resultados de su experiencia?

La evaluación de este nuevo modelo de atención a domicilio se conceptualiza en función de sus objetivos (mejora de la calidad del servicio, mejora del trabajo, y sostenibilidad) y está siendo abordado paulatinamente con distintos estudios e instrumentos.

En el siguiente apartado se presenta un resumen de "Estudio de percepción del servicio", realizado por la Fundación Acreditación Desarrollo Asistencial (FADA) al año de funcionamiento de las primeras superislas (corresponde a la evaluación per primer objetivo).

Actualmente se están llevando a cabo las evaluaciones del segundo y tercer objetivos:

el Servicio de Salud Laboral de la Agencia de Salud Pública de Barcelona está realizando el estudio "Impacto del cambio organizativo en la salud y el bienestar de las profesionales de los pilotos del SAD". Se analizará la evolución de la salud laboral comparativamente (en el modelo general y de superislas) a la largo de un año. El objetivo es conocer si la salud laboral de los equipos de SAD cambia de forma significativa.

se está desarrollando un estudio de costes del modelo SAD superislas con la colaboración de expertos en costes de la Facultat de Economia de la Universitat de Barcelona.

Comentar, por último, que en el transcurso de los próximos meses se publicará el artículo "Creando comunidad desde lo público: el caso de las "superilles socials" del Ayuntamiento de Barcelona". Algunas de las reflexiones que hemos compartido desde el análisis sociológico y la visión comunitaria en el marco de este estudio indican que el nuevo modelo aporta profesionalización al trabajo familiar: el trabajo en equipo, en la superisla, las nuevas funciones, todo ello hace emerger la profesión y da un estatus distinto al profesional, que interactúa con el entorno, es proactivo, y tiene capacidad de negociación y de decisión.

# Coherencia con los

# CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



## Criterio de Evaluación y Resultados

*La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:*

- *Efectividad y cumplimiento de objetivos*
- *Impacto social*
- *Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica*

## ¿Qué resultados se han obtenido?

El "Estudio de percepción del servicio" es una primera y acotada evaluación de la percepción del servicio por parte de las personas usuarias para valorar si la tendencia de los pilotos era positiva, y para identificar nuevos atributos de calidad del servicio. El resultado es muy positivo, las personas usuarias de los pilotos se mostraron muy satisfechas con el servicio.

Se identifican como atributos de calidad del SAD superislas los siguientes:

la proximidad del equipo (el 100% dice recibir un trato amable y cariñoso, sentirse escuchado/a),  
la confianza en las profesionales,

el soporte en la toma de decisiones (el 86,1%, consideraba que había alguna persona del equipo que le daba confianza como para pedir ayuda),

la atención prestada por las profesionales (el 97,5% destaca los conocimientos que tienen para prestar la atención de manera adecuada),

la continuidad de la atención (el 100% de las personas entrevistadas considera que los diferentes profesionales del equipo están bien coordinados),

el cumplimiento del servicio (se realizan las tareas acordadas, se conocen las tareas, y las preferencias de atención de la persona usuaria),

el cumplimiento del tiempo asignado (la percepción de la realización de las horas pautadas es de un 100%).

En relación a los ajustes del servicio (referido a horarios) la valoración es muy positiva: el 92,3% percibe que participa en el establecimiento de días y horarios de atención, la consideración de las necesidades del cuidador obtiene un 74,3%.

Si bien se trata de un estudio limitado, puesto que no dispone de grupo de control, el resultado marca una tendencia positiva e ayuda a identificar algunos atributos de calidad a potenciar o seguir explorando para fortalecer la atención centrada en la persona.

¿Qué es la

# RED DE BUENAS PRÁCTICAS

## RELACIONADAS CON LA AICP?

La **Red de Buenas Prácticas relacionadas con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona** es un proyecto promovido y gestionado por la Fundación Pilares para la Autonomía Personal mediante el que pretendemos recopilar, sistematizar y divulgar buenas prácticas en coherencia con el modelo AICP.

Con esta Red, que pusimos en marcha en 2012, se pretende poner en valor el trabajo de muchas entidades que desarrollan experiencias que constituyen buenas prácticas y así, favorecer el **aprendizaje, intercambio y cooperación** entre organizaciones, proveedores de servicios públicos y privados, profesionales e investigadores, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de personas en situación de dependencia y al avance del modelo.

En su **catálogo** se muestran **167 experiencias** que pueden transferirse a otros lugares. En el sitio de la Red existe también un repositorio de **“Materiales útiles”** puestos a disposición en el que pueden descargarse **401 documentos y publicaciones**.

Es una Red abierta a la que pueden sumarse entidades y/o profesionales del sector del envejecimiento y la discapacidad en alguna de estas dos modalidades:

- Miembros de la RED: proyectos considerados Buena Práctica.
- Amigas y amigos de la RED: personas interesadas en conocer más sobre el modelo AICP.

*Se han adherido ya más de 900 profesionales y entidades*

Cuenta con el apoyo económico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la subvención con cargo al 0,7 del IRPF.

\* Consulta nuestra Red de Buenas Prácticas en [www.fundacionpilares.org/modeloyambiente](http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente)





La Fundación Pilares para la autonomía personal es una entidad sin ánimo de lucro, de ámbito estatal, que tiene como objetivo **el bienestar, la dignidad y la autonomía de las personas mayores o en situación de dependencia, así como sus familias.**

