

DESDE-LTC

DESCRIPCION Y EVALUACION ESTANDARIZADA DE SERVICIOS Y DIRECTORIOS EN EUROPA PARA ATENCION A LARGO PLAZO

INSTRUMENTO - MAPA DE SERVICIOS

Versión 2011

Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

Ref. Proyecto: 2007/116



El DESDE-LTC es una adaptación del “European Service Mapping Schedule” (ESMS-I) (Johnson et al, 2000) (incluye además modificaciones del ESMS-II), y del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador et al, 2006) e instrumentos relacionados (DESDAE y DESDE). Estos instrumentos han sido desarrollados por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team); coordinado por el Centro Studi e Ricerche in Psichiatria en Turín (Italia) y la Asociación Científica Psicost en España.

Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 405:14-23.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Expert Panel. Usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities based on a mental healthcare assessment model (DESDE). Acta Psychiatr Scand 2006; 111(Suppl. 432): 19-28

Para cualquier información acerca del ESMS contactar por favor con Sonia Johnson (s.johnson@ucl.ac.uk)

Para cualquier información acerca del DESDE contactar por favor con Luis Salvador Carulla (luis.salvador@telefonica.net) o *Asociación Científica Psicost* asociacionpsicost@telefonica.net.

El desarrollo del DESDE-LTC ha sido financiado por la Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (Proyecto Ref. 2007/116).

El DESDE-LTC ha sido desarrollado por un consorcio europeo que incluye los siguientes participantes: ESPAÑA: PSICOST (Luis Salvador-Carulla, Cristina Romero & Miriam Poole) y Fundació Caixa Catalunya (Josep Solans); REINO UNIDO: London School of Economics (LSE) (Martin Knapp, David McDaid & Tihana Matosevic); AUSTRIA: University of Vienna (UWIEN, Austria) (Germain Weber); NORUEGA: SINTEF (Britt Venner); BULGARIA: PHA (Hristo Dimitrov); ESLOVENIA: Scientific Research Center- Slovenian Academy of Sciences&Arts (SRC SASA - ZRC SAZU) (Lilijana Sprah) e IRIO (Mojca Dernovsek).

Los colaboradores no institucionales del proyecto son: REINO UNIDO: Dept. of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical Schools; ITALIA: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (CSRP); ESPAÑA: ETEA, Universidad de Córdoba; Universidad de Alicante; Fundació Villablanca; Dpto. Statistics and Operations Research. Universidad Politécnica de Catalunya; NORUEGA: Dept Research & Development, Division of Mental Health Serv. Akershus University Hospital. Los colaboradores institucionales son: OECD – Health Division; BULGARIA: Ministry of Health. National Center for Public Health Protection; ESPAÑA: Departament de Salut, Direcció General d’Avaluació i Planificació, Generalitat de Catalunya); Departamento de Salud Mental, Madrid; Departamento de Igualdad y Salud, Jerez.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
a. Principios generales	3
b. Directrices generales	5
El Diagrama de Atención a Largo Plazo (LTC)	11
SECCIÓN A	12
Preguntas introductorias	12
SECCIÓN B	13
a. Principios para la Codificación de la Atención a Largo Plazo	13
b. Directrices para la Codificación de la Atención a Largo Plazo	16
Diagrama de Codificación de la Información sobre la Atención	18
Diagrama de Codificación de la Accesibilidad a la Atención	20
Diagrama de Codificación de la Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado	22
Diagrama de Codificación de la Atención Ambulatoria	26
Diagrama de Codificación de la Atención de Día	31
Diagrama de Codificación de la Atención Residencial	36
SECCIÓN C	37
a. Principios para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo	37
b. Normas para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo	41
Diagrama de Contabilización de la Accesibilidad a la Atención	44
Diagrama de Contabilización de la Información sobre la Atención	45
Diagrama de Contabilización de la Atención Comunitaria	46
Diagrama de Contabilización de la Atención de Día	47
Diagrama de Contabilización de la Atención Residencial	48
SECCIÓN D	49
a. Principios para el Inventario de Servicios	49
b. Directrices para el Inventario de Servicios	49
REFERENCIAS	52

INTRODUCCION

a. PRINCIPIOS GENERALES

¿Qué es la Atención a Largo Plazo (LTC)?

La Atención a Largo Plazo –LTC- (o de larga duración) es un término general que define a un “conjunto de servicios para personas que dependen de ayuda externa para las actividades básicas de la vida diaria durante un largo periodo de tiempo” (OECD, 2005). En este conjunto se incluyen “servicios sanitarios y/o sociales diseñados para ayudar a las personas que tienen algún tipo de discapacidad o necesidades de atención crónica. Los servicios pueden ser de corta o larga duración y pueden facilitarse en la propia casa de la persona, en la comunidad o en recursos residenciales (US Departamento Salud). Actualmente, los Estados Miembros de la Unión Europea utilizan una gran variedad de definiciones que no siempre son coincidentes (EC, 2008).

¿Qué es el DESDE-LTC?

La ‘Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo’ (DESDE-LTC) es un instrumento para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para Atención a Largo Plazo (LTC) en Europa.

El DESDE-LTC sigue el enfoque de evaluación de servicios desarrollado por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) y PSICOST desde 1997, que comienza con la creación del ESMS (European Service Mapping Schedule) para la evaluación de servicios en salud mental (Johnson y cols., 2000), y

continúa con adaptaciones relacionadas con la evaluación de servicios para población mayor en España (DESDAE) (Salvador-Carulla et al, 2005) y población con discapacidad (Salvador-Carulla et al, 2006).

El instrumento pretende recoger información de insumos y proceso de los servicios a un meso-nivel (áreas sanitarias/sociales) y a un micro-nivel (servicios individuales) como define la versión modificada de la Matriz de Thornicroft y Tansella que fue desarrollada para la evaluación de servicios de atención a salud mental (Tansella & Thornicroft, 1998).

El DESDE-LTC permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de atención a largo plazo de un área sociosanitaria específica. Se incluye la provisión de servicios sociales y servicios de salud, por parte del voluntariado y sector privado. El sector privado es opcional y depende del objetivo del estudio.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la **estructura** y la **oferta** de los servicios de atención a largo plazo entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.
- Medir y comparar los **niveles de provisión/disponibilidad** y utilización de los principales Tipos Básicos de Atención (TBA) entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria usando un sistema de codificación internacional.

¿Cuál es la población diana del DESDE-LTC?

Esta versión del DESDE-LTC se centra en servicios dirigidos a los siguientes grupos de población: Adultos (18+) y personas mayores (65+) con i) discapacidad física severa (incluidos en los registros locales, regionales o nacionales elaborados para este grupo de población, u otro sistema equivalente en caso de no disponibilidad de registros); ii) discapacidad intelectual (CIE-10); iii) trastornos mentales (CIE-10); iv) personas mayores con discapacidad severa (incluidos en los registros locales, regionales o nacionales elaborados para este grupo de población, u otro sistema equivalente en caso de no disponibilidad de registros). La Sección B incluye una descripción detallada de estos grupos de atención a largo plazo.

¿Cuál es la estructura del DESDE-LTC?

El DESDE-LTC utiliza un 'Sistema de árboles o diagramas' para la descripción estandarizada de la disponibilidad y utilización de servicios de atención a largo plazo (Diagrama de Clasificación de Atención a Largo Plazo). La página 11 ilustra su estructura general. El DESDE-LTC consta de 4 secciones principales:

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

B. Diagramas de Tipos Básicos de Atención (Clasificación de TBA). Proporcionan un sistema estandarizado para clasificar y codificar tipos básicos de atención/servicio para la población de un área de cobertura específica, basado en las principales actividades del servicio.

Se complementa con un glosario de términos con ejemplos concretos de los códigos que establece el instrumento.

C. Diagramas de Utilización de la Atención (Utilización de TBA): Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de los tipos básicos de atención por la población del área de cobertura

D. Inventario de Servicios: Proporciona una descripción individual y detallada de los servicios de atención de larga duración, obteniendo dos tipos de listados: por un lado, un listado de servicios tipificados según los códigos que establece la sección B, y por otro, un informe detallado de las características de cada servicio siguiendo un enfoque tradicional (listado de servicios, directorio o catálogo).

El DESDE-LTC ha sido diseñado para permitir **comparaciones nacionales e internacionales**. Por tanto, los tipos de atención más importantes de cada área de cobertura deben asignarse a una categoría concreta: Información, Accesibilidad, Ayuda mutua y voluntariado, Atención Ambulatoria, de Día o Residencial. El DESDE-LTC efectúa una descripción de los servicios de un área de cobertura desde un enfoque sociosanitario. El instrumento permite un análisis independiente de los servicios sociales y sanitarios de un área geográfica determinada si se requiere y se acuerda en todas las áreas del estudio.

Este cuestionario puede utilizarse de dos formas: una descripción simple para catalogar servicios y tipos básicos de atención en el área seleccionada (usando un máximo de dos dígitos en su codificación); y una evaluación compleja ó cuantitativa, para comparar tipos de atención y servicios entre varias áreas sociosanitarias o en una misma área a lo largo de un periodo de tiempo definido. Se requiere un entrenamiento básico en el uso del DESDE-LTC antes de aplicar el instrumento.

DIRECTRICES GENERALES

Grupo de Servicios incluidos: el “grupo de servicios por defecto” al que se aplica el diagrama de clasificación es el conjunto de servicios sociosanitarios de atención a largo plazo en un área de cobertura determinada.

Podrán incluirse en el análisis todos aquellos servicios en los que, por regla general, el 20% de sus usuarios son personas con necesidades de atención a largo plazo. Los dispositivos ofertados desde servicios de salud, servicios sociales, sector privado y de voluntariado, deberían incluirse a menos que se especifique de otra forma en el estudio.

Es importante destacar que hay diferentes unidades de análisis en esta investigación y que las comparaciones deben efectuarse entre unidades de análisis dentro de un mismo grupo. Las diferentes unidades de análisis incluyen Macro-organizaciones (p.e. Complejo Sanitario), Meso-organizaciones (p.e. un Hospital), Micro-organizaciones (p.e. un servicio) o unidades más pequeñas dentro de un servicio: Tipos Básicos de Atención, Modalidades de Atención, Unidades clínicas o de atención, Programas de intervención, Actividades, Micro-Actividades o Filosofías de atención.

El DESDE-LTC se centra en la evaluación de **Servicios (Sección D)** y **Tipos Básicos de Atención (Secciones B y C)**. Cada servicio individual se describe por uno o varios códigos basados en la estructura/actividad fundamental que ofrece el servicio (**Tipo Básico de Atención**), p.e. un mismo servicio podría incluir un tipo básico de atención codificado en la Rama D como servicio de Día y otro clasificado como residencial en la Rama R.

Se incluyen 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 al año, de cada 100.000 (para dispositivos residenciales y de día) del área sociosanitaria. Los servicios localizados dentro del área sociosanitaria pero que no ofrecen atención a ninguno de sus habitantes deben ser incluidos en el estudio y consignados como “0” en la sección C (Utilización).

Servicios específicos de atención a largo plazo de un área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC podrían detallarse en un anexo.

Definición operativa de servicios o Unidad Básica de Atención (BICU)

Definimos un ‘servicio’ como Unidad Básica de Atención (BICU) constituido por una unidad administrativa y un grupo de estructuras y profesionales organizados que proporcionan atención. Los BICU son los sistemas o unidades funcionales mínimos a nivel ‘micro’ de la organización de la atención dentro de un área de cobertura. BICU se refiere sólo a funciones de la atención y no a otros insumos (productos y dispositivos) o a procedimientos (intervenciones). Las funciones que proporciona el servicio “microorganización” se pueden describir como la unidad de análisis más pequeña llamada ‘Tipos Básicos de Atención’ descrita abajo.

Criterios de inclusión (BICU)

Para que un servicio o BICU sea reconocido como una unidad de análisis debe cumplir alguna de los siguientes criterios:

Criterio “A”: Reconocimiento del servicio como entidad legal independiente (con su CIF) y/o Registro oficial independiente.

Este registro es independiente y no como parte de una meso-organización (p.e un servicio de rehabilitación en un hospital general). SI NO:

Criterio “B”: El servicio cuenta con Unidad administrativa propia y/o oficina de secretaría y cumple dos descriptores adicionales (ver abajo). SI NO:

Criterio “C”: El servicio cumple cuatro descriptores adicionales:

- C1. Cuenta con su propia plantilla de profesionales
- C2. Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios
- C3. Emplazamiento independiente (no es parte de otro recurso p.e. hospital)
- C4. Financiación independiente y contabilidad específica
- C5. Documentación independiente cuando se trata de una meso-organización.

Criterios de exclusión (BICU)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar BICU de otros componentes de la atención y otras organizaciones de sistema de atención.

1.- Otros componentes de insumos de la atención:

- Productos de salud, instrumentos y otros dispositivos. Los productos sanitarios como inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.
- Intervenciones de atención son parte del proceso de atención y no se codifican en el DESDE-LTC. Las intervenciones de atención se detallan en la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (ICHI).

2.- Otras organizaciones en el sistema de atención

- Dispositivos a otros niveles de organización. Los sistemas de organización existen a un meso-nivel (agrupaciones de servicios o estructuras que incluyen diferentes servicios en una gran organización como Hospitales Generales) o a un macro-nivel (p.e. complejos sanitarios nacionales e internacionales) se excluyen de esta clasificación.

- Servicios genéricos dirigidos a la población general o grandes grupos (p.e. mayores, inmigrantes, etc) que son importantes para muchos usuarios de atención a largo plazo pero que no se han creado específicamente para esta población, no deben incluirse, con la excepción de aquellos servicios en los que más del 50% de los usuarios son personas con necesidades de atención a largo plazo. Deben excluirse también servicios destinados a atención sanitaria primaria que puedan prestar algún tipo de atención a usuarios con necesidades de atención a largo plazo pero que no se especializan en este tipo de atención.

Servicios específicos de atención a largo plazo del área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC podrían detallarse en un anexo.

Descripción operativa de los Tipos Básicos de Atención (TBA)

La tipología de atención que proporciona el servicio “micro-organización” o “Unidad Básica de Atención” (BICU) se describe a partir de unidades de análisis más pequeñas llamadas “Tipos Básicos de Atención” –TBA- (MTC en inglés).

Un TBA es el principal DESCRIPTOR de la ‘función de atención genérica’ que proporciona un servicio. Estas funciones de atención genérica describen una actividad básica que lleva a cabo la BICU (por ejemplo, los usuarios duermen en el recurso), y que ha sido

seleccionada como unidad para permitir comparaciones de servicios entre diferentes territorios diferentes en un proceso iterativo de grupos europeos de expertos en los proyectos consecutivos ESMS/DESDE.

El descriptor normalmente, pero no siempre, se incluye en la definición y objetivos del servicio. Aquí, la codificación se basa en la actividad actual y funcionamiento del servicio, y no en su objetivo teórico o su nombre. Estos descriptores no se solapan, no pueden contabilizarse doblemente.

Cada función de atención se describe en un lenguaje simple y tiene un código alfanumérico específico (por ejemplo, ofrece alojamiento durante la noche para pacientes agudos en un recurso con atención médica 24horas R2). Estos códigos se definen a través de una serie de descriptores o calificadores estructurados jerárquicamente en cinco niveles:

-Primer Nivel- **Estatus del usuario.** Este nivel hace referencia al estado clínico de los usuarios del servicio (p.e. si están en situación de crisis o no): agudo o no agudo.

-Segundo Nivel- **Tipo general de atención.** Este nivel describe la tipología general de la atención (móvil/no móvil, cobertura médica /no cobertura médica).

-Tercer nivel- **Intensidad de la atención.** Este nivel hace referencia a la intensidad de la atención que el servicio puede ofrecer excepto para la atención aguda residencial donde el tercer nivel describe si la atención se ofrece en un hospital registrado o no.

-Cuarto nivel- **Subtipo de atención.** Este nivel proporciona una descripción más específica del tipo de atención en un determinado servicio.

-Quinto nivel- **Calificadores adicionales.** Este nivel añade calificadores adicionales que pueden ser necesarios para diferenciar entre recursos de atención similares.

A continuación se describen los criterios utilizados para codificar los TBA para una BICU independiente:

Criterios de inclusión (TBA)

- A. TBA PRINCIPAL: La definición y descripción que proporciona en DESDE-LTC para un código determinado coincide con el objetivo/finalidad de un servicio Y con la actividad habitual de este servicio. En caso de desacuerdo entre el objetivo definido y la principal actividad habitual del servicio, se usará la principal actividad para seleccionar el código TBA. Se utilizan puntos de corte cuando se considere necesario para permitir una codificación basada en la principal actividad/funcionamiento del servicio.
- B. TBAs ADICIONALES: Los TBAs adicionales deberán usarse para describir el rango de actividades principales cuando las principales características del servicio no pueden codificarse con un simple código DESDE-LTC. En este caso, el servicio debería describirse usando MÁS DE UN descriptor principal. Por ejemplo, la unidad de agudos de un hospital puede proporcionar también atención de urgencia no móvil 24 horas, que es un descriptor completamente diferente al R2 (descriptor principal) y se dirige a diferentes grupos de usuarios. Entonces, este servicio tiene dos descriptores principales o "TBAs": R2, O3.

Deben tenerse en cuenta los siguientes criterios cuando se utilicen códigos adicionales.

a. La actividad principal adicional es fundamental para diferenciar el servicio de otros servicios relacionados tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los gestores. Siguiendo el ejemplo anterior (R2, O3), una unidad de agudos residencial en un hospital general con urgencias ambulatorias se diferenciaría claramente de una unidad similar sin atención de urgencias. Registrar un TBA secundario en vez de un calificador adicional, aclararía que la unidad cumple criterios para TBA.

b. El servicio cumple los criterios A o B para BICU pero hay múltiples grupos de usuarios. El principal grupo de usuarios podría usarse para seleccionar el principal TBA y los otros para seleccionar los TBAs adicionales.

c. Las unidades clínicas se identifican en un servicio que cumple los tres primeros criterios "C" que recoge la definición operativa de un BICU

C1. Cuenta con su propia plantilla de profesionales

C2. Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios que son claramente un grupo diferente del grupo diana al que atiende la BICU

C3. Emplazamiento independiente y no es parte de otro recurso

d. Una parte significativa de la actividad del servicio se relaciona con otro código DESDE-LTC diferente al código principal. Por ejemplo, más del 20% de la actividad de un servicio ambulatorio de atención no móvil es atención móvil. Este servicio podría ser codificado como O8, O6.

Criterios de inclusión (TBA)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar TBAs de otras unidades de análisis en la investigación sobre servicios.

1.- Unidades de atención (p.e. unidades clínicas). Unidades de input de atención que cumplen algunos (pero no todos) de los criterios para ser clasificados como BICU por lo que deberían considerarse como parte de un servicio (p.e. una unidad de trastornos de la alimentación en salas psiquiátricas de agudos de hospital general). Los TBAs no son unidades de atención, sin embargo, una unidad de atención puede identificar un TBA adicional si cumple el criterio 'c3' de abajo.

2.- Actividades del servicio. Los TBAs no son simples actividades del servicio. Los descriptores TBAs se basan en las principales actividades o funciones críticas para comparar servicios entre diferentes territorios. Los servicios deberían llevar asignado un código y no es habitual que un servicio pueda conseguir más de tres códigos. Cuando dos funciones claramente diferentes de un servicio ofrecen atención al mismo grupo de usuarios, sólo una de ellas debería codificarse como un TBA mientras que la otra debería considerarse como una actividad y no como un TBA. Se recomienda revisar cuidadosamente los criterios de inclusión mencionados abajo antes de codificar una actividad del servicio como un TBA. Las actividades de un servicio deberían codificarse usando otros instrumentos de descripción de servicios individuales.

Las actividades de un servicio pueden usarse para definir otras unidades de análisis en la investigación de servicios,

principalmente para describir la atención en un solo servicio o en diferentes servicios:

- *Modalidad de Atención* es un tipo principal de intervención (o actividad) que se puede aplicar para describir un número determinado de tareas que constituyen el rango completo de atención que proporciona un servicio (De Jong, 2000). Describe 10 tipos de actividades que identifican diferentes patrones de atención desarrollados en grupos similares de servicios.
- *Paquetes de Atención*. Conjunto de intervenciones de atención integradas diseñadas para el mismo grupo de usuarios. Los paquetes de atención pueden describirse para un servicio único o para un grupo de servicios integrados.
- *Programas de intervención*. Conjunto de actividades programadas en un periodo de tiempo limitado (normalmente menos de un año y no más de 3 años) sin una estructura estable en el tiempo. En algunas ocasiones los servicios desarrollan a partir de programas que se han ido repitiendo a lo largo de los años.
- Otros componentes de insumos de atención son los productos de salud, las herramientas y otros dispositivos. Los productos de salud como las inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.

Población diana: la 'población por defecto' a la que se aplica el DESDE-LTC es la población del área de cobertura con necesidades de atención a largo plazo. Se incluyen personas mayores con discapacidad mental o física, adultos con discapacidad intelectual o física (página 4).

Por supuesto, los grupos de población específicos incluidos en un estudio dependerán de los objetivos y necesidades del propio estudio que se describe en la Sección A.

Teniendo en cuenta la posibilidad de modificar el grupo diana al que va a aplicarse el instrumento, de ahora en adelante nos referiremos al **Grupo diana** en vez de a las personas con necesidades de atención a largo plazo.

Selección de partes del DESDE-LTC. La cumplimentación de toda 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 Atención a Largo Plazo y las partes de la escala que se requieran.

Por ejemplo, el instrumento puede usar sólo diagrama residencial si este es el único aspecto de la provisión de servicios que es de interés; también puede usarse la Sección B (disponibilidad) sin la Sección C (utilización) si no existe información detallada acerca de su utilización. Para efectuar estudios comparativos es importante que cada área de cobertura use las mismas secciones del instrumento.

Definición de áreas sociosanitarias. El DESDE-LTC está diseñado para comparar áreas geográficas, por tanto, deben tenerse en cuenta los límites sanitarios, sociales o administrativos de esta área. Se necesita un ejercicio preliminar para clasificar áreas de cobertura cuando no tenemos disponible esta información. El DESDE se dirige fundamentalmente a las áreas de cobertura más pequeñas localizadas en un territorio a un nivel H4 (ver abajo)

definición de niveles de territorialización). Las áreas sociales pequeñas pueden ser más pequeñas que las áreas sanitarias pequeñas, y las áreas de atención especializada (p.e. Salud Mental) pueden ser más pequeñas que las áreas para Atención a Largo Plazo (LTC) pero más grandes que las áreas de atención primaria. Las áreas entre 50 y 250.000 habitantes se usaron en el instrumento original para servicios de salud mental (ESMS). La comparación de áreas con DESDE-LTC puede ampliarse a 50.000-500.000 habitantes según el territorio y las divisiones territoriales usadas en el país o región de referencia.

Las áreas geográficas diferentes se codifican en relación al sector que las describe. Por ejemplo, las áreas sanitarias se describen con una "H", las áreas sociales con una "S" y las áreas educativas con una "E".

H0: Nivel pan-nacional

Por ejemplo, Unión Europea o regiones sanitarias de la OMS.

H1: Nivel nacional

Por ejemplo, el sistema de salud nacional en España

H2: Nivel regional

Por ejemplo, Estados (Lander) en Austria o Alemania, Condados en Suecia, Comunidad autónoma en España, Departamento en Francia, etc.

H3: Máxima unidad administrativa de salud mental

Por ejemplo, área de salud mental cubierta por un hospital general de referencia para atención aguda.

H4: Unidad administrativa básica de salud mental especializada

Por ejemplo, área cubierta por un centro de salud mental comunitaria.

H5: Área administrativa local de atención sociosanitaria

Por ejemplo, municipios, áreas sanitarias locales, área cubierta por un centro de atención primaria.

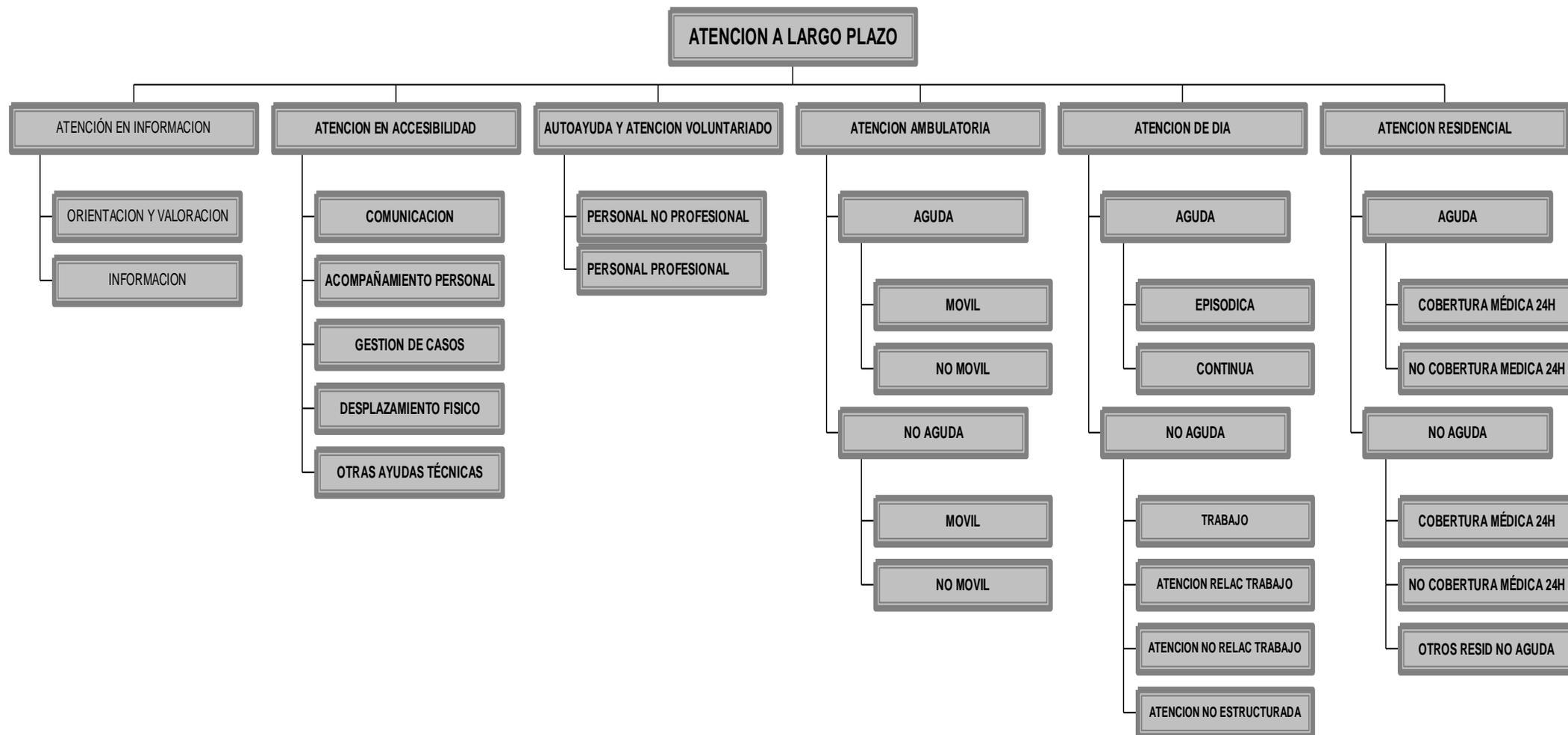
Periodo de referencia del estudio. El periodo de referencia para cumplimentar la sección B (codificación) es un mes. Cuando está disponible esta información se puede usar la media mensual de utilización en un año. Sin embargo, cuando esta información no está disponible, es necesario recoger datos en un mes específico. Febrero debe excluirse. Los meses con periodos largos de vacaciones también deben excluirse. Los meses más apropiados para efectuar comparaciones pueden ser mayo, octubre, y noviembre.

La recogida de datos de utilización de servicios para la Sección C debe efectuarse en el mismo periodo de tiempo. En caso de no disponer de esta información, la recogida de datos de utilización de servicios debe seguir uno de los siguientes parámetros:

1. Datos directos recogidos de forma prospectiva:
 - a una semana en caso de servicios ambulatorios y de día
 - a un día en caso de servicios de información, accesibilidad, de urgencia y residenciales
2. Datos indirectos recogidos a partir de la tasa media mensual obtenidos de la base de datos anual del servicio.

Todas las áreas deben tener los mismos periodos de referencia e indicarlo en la Sección A.

DIAGRAMA PARA LA ATENCION A LARGO PLAZO



SECCION A

CLASIFICACION DEL AREA

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS (FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO)

1. Datos del evaluador:

Nombre:

Profesión:

Correo electrónico:

Fecha de cumplimentación del cuestionario:

2. Periodo de referencia al que se refieren los datos del estudio.
Mes de referencia (p.e. del 1 al 30 de noviembre) o censo prospectivo.

Desde .././... hasta .././....

Censo prospectivo a un día: .././....

Censo prospectivo a una semana: .././.... a .././....

Censo prospectivo a un mes: .././.... a .././....

3. ¿Qué fuentes de información se han usado para cumplimentar la escala?

4. Nombre y Localización del área de cobertura de referencia

5. ¿En qué localidad, región y país se encuentra?

6. ¿Cuál es el tamaño de su población?

7. ¿Qué criterios se han utilizado para definir el área de cobertura? (p.e. límites administrativos del municipio, sector de servicios de salud, etc.) Indicar si estos criterios se corresponden con distritos censales o no.

8. La población por defecto a la que normalmente se aplica el DESDE-LTC son los grupos de población con necesidades de atención a largo plazo con más de 18 años del área de cobertura, definidos en la página 4 (personas con discapacidad física severa, discapacidad intelectual, trastorno mental severo y personas mayores con discapacidad).

Intervalo de edad del grupo diana que se va a incluir en la aplicación del instrumento (años)	De <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grupos diagnósticos que se van a incluir en la aplicación del instrumento (marque aquellos que vaya a incluir)	
Adultos con discapacidad física severa (registrados)	<input type="checkbox"/>
Adultos con discapacidad intelectual (CIE-10)	<input type="checkbox"/>
Adultos con trastorno mental (CIE-10)	<input type="checkbox"/>
Personas mayores con discapacidad física o intelectual (registrados) o personas mayores con trastornos mentales	<input type="checkbox"/>
Otra categoría diagnóstica (especificar código CIE-10 cuando sea posible)	<input type="checkbox"/>

SECCION B CLASIFICACION DE ATENCION A LARGO PLAZO (CLASIFICACION DE TBA)

a. PRINCIPIOS PARA CLASIFICACION DE LA ATENCION A LARGO PLAZO

- El propósito de la sección B es obtener una clasificación completa de los tipos básicos de atención para las personas con necesidades de atención a largo plazo de la población local, clasificados de acuerdo con su función, disponibilidad y emplazamiento.
- El DESDE-LTC proporciona un listado de todos los servicios identificados en un área de cobertura con el código asignado a cada uno de ellos. Este listado ofrece una visión global de la disponibilidad de servicios y tipos de servicios. Se pueden encontrar en las 'Plantillas' de la herramienta DESDE-LTC.
- El DESDE-LTC dispone de un **glosario** con las definiciones de todos los términos usados en el diagrama de clasificación de la atención a largo plazo que se puede encontrar en Directrices para clasificar la atención a largo plazo. Junto a las definiciones de cada categoría aparecen ejemplos de tipos de atención a largo plazo así como directrices sobre qué categorías deben ser mutuamente excluyentes.
- Se establecen **seis grandes diagramas** independientes para: 1) atención de información; 2) atención en accesibilidad; 3) atención de ayuda mutua y voluntariado; 4) atención ambulatoria; 5) atención de día; y 6) 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.

- La clasificación de cada servicio en el diagrama se identifica por la combinación de una letra y un número que constituye el código del servicio: (i) la "I", "A", "S", "O", "D" ó "R" mayúscula indica si se trata de un tipo básico de atención de información, accesibilidad, de ayuda mutua y voluntariado, de día, ambulatorio, y/o residencial, (ii) a la rama final de cada uno de estos árboles se le asigna un número.

CODIGOS OPCIONALES

Esta clasificación puede completarse con códigos opcionales que proporcionan información adicional de las características del servicio.

CODIGOS PARA LA POBLACION DIANA

Estos códigos describen los principales grupos diana atendidos en un servicio añadiendo letras mayúsculas delante del código DESDE-LTC.

Grupos de edad

- **C** -.para Niños y adolescentes (p.e. atención estructurada no aguda de día para niños C-D4).
- **A** - para Adultos
- **E** - para personas Mayores

Grupos diagnósticos

Dos letras mayúsculas después del código DESDE-LTC describen el grupo de usuarios:

- **SP** - para Discapacidad Física Severa;
- **ID** - para Discapacidad Intelectual
- **MD** - para Trastornos Mentales (CIE-10)
- **ED** - para Mayores con Discapacidad Severa.

- **MG** – puede usarse para pacientes médicos sin otra especificación (genérica).

Los servicios dirigidos a secciones CIE-10 o a trastornos específicos pueden clasificarse usando el código CIE-10 correspondiente delante del código DESDE-LTC.

CÓDIGOS DESCRIPTORES DE CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DE LOS SERVICIOS.

Estos códigos opcionales se incorporan al código DESDE-LTC para facilitar una visión rápida de las características de los TBA y las BICU con los que se relacionan que pueden ser relevantes para cuestiones de política local o investigación. Estos códigos son parte de una descripción general del servicio que se efectúa en la Sección D y, por tanto, no son parte de la estructura jerárquica del árbol de decisión del sistema DESDE-LTC. Estos códigos son letras minúsculas que se añaden al final del código DESDE para proporcionar una descripción adicional acerca de la localización del servicio o el significado de la provisión del servicio cuando éste es un descriptor principal (por ejemplo teleasistencia). Además no usan puntos de corte.

“a” Atención aguda (complementario)

Este código describe atención aguda desde dispositivos no agudos no residenciales (ramas “O” y “D”) que no cumplen criterios para considerarla un TBA independiente. A modo de ejemplo, esto puede ser relevante para diferenciar dispositivos ambulatorios con capacidad de proporcionar atención aguda como actividad ordinaria frente a centros ambulatorios que no proporcionan atención aguda en un estudio específico de estos servicios.

“c” Atención cerrada

Este código describe servicios de aislamiento con un alto nivel de seguridad con puertas cerradas con llave. Normalmente estas unidades se dirigen a pacientes judiciales con

enfermedad mental que presentan riesgo para ellos mismos o los demás.

“d” Atención domiciliaria

Este código describe servicios que sólo atienden a los usuarios en su domicilio. Si un servicio proporciona atención móvil como parte un actividad más amplia o más general no debería codificarse como “d”.

“e” eCare

Dirigido a todos los servicios médicos de atención sanitaria, servicios sociales y tecnologías relacionadas con las nuevas tecnología de la comunicación y la información (TICs) (p.e. telemedicina, teleconsulta, teleradiología, telemonitorización).

Dispositivos especializados para profesionales de atención sanitaria (robótica y sistemas avanzados para diagnóstico y cirugía, simulación y dispositivos de modelación, dispositivos de simulación y modelaje, herramientas para entrenamiento) NO se incluyen en esta clasificación.

Cuando un servicio ambulatorio proporciona atención mediante teleconsulta, la “e” puede añadirse al final de código DESDE-LTC para diferenciar este servicios de servicios cara a cara (p.e. O8.1e).

“h” Atención proporcionada en un dispositivo hospitalario

Este código adicional describe atención no residencial proporcionada en una meso-organización registrada como “hospital” pero que no se relaciona con atención residencial aguda (p.e. una unidad ambulatoria o un hospital de día situado en un dispositivo hospitalario para diferenciar estos servicios de unidades similares situadas en la comunidad).

Este código excluye dispositivos de Atención a Largo Plazo Institucional que se clasifican como “I”.

“i” Atención institucional

Este código describe servicios residenciales caracterizados por ser de estancia indefinida para un grupo de población determinada y que normalmente tiene más de 100 camas. Este código es relevante para una mejor descripción de la atención residencial en los principales grupos de población: “C”, “E”, “ID” y “MD”.

Este código adicional puede proporcionar información relevante en relación al balance de la atención a grupos de población específicos tales como salud mental, discapacidad intelectual o mayores donde la atención residencial a largo plazo caracterizó el modelo de atención “institucional” (por ejemplo atención aguda, tiempo limitado y estancia indefinida: R2.i, R4.i, R6.i).

“j” Atención judicial

Servicios cuyo principal objetivo es proporcionar atención a pacientes judiciales (hospitales de seguridad o prisiones, salas de vigilancia para pacientes bajo custodia judicial, unidades psiquiátricas y de discapacidad física en prisiones y unidades de seguridad regional). Estas unidades pueden codificarse en un árbol independiente debido a las características especiales de la población diana.

“l” Atención de enlace

Son servicios de enlace donde se realiza una consulta específica a un subgrupo de pacientes en otra área (p.e una consulta ambulatoria de Discapacidad Intelectual en un servicio de medicina general o consulta para trastornos mentales en servicios de atención medica general de un hospital).

“m” Gestión de casos

La gestión de casos la encontramos en servicios cuyo principal objetivo es la coordinación de la atención pero el proceso de coordinación de la atención incluye diferentes

formas de atención clínica. Estos servicios pueden incluir gestión intensiva de casos, tratamiento asertivo comunitario, gestión de enfermedad o incluso atención personalizada. Debe prestarse especial atención si estos dispositivos cumplen criterios para BICU y TBAs y no son unidades de atención o programas de atención dentro de un servicio.

“r” TBA de referencia en el área

Esta letra describe al principal y/u oficial servicio de referencia para un TBA disponible en un área. Este código opcional es especialmente relevante en salud mental para diferenciar el centro de salud mental de referencia de otras unidades ambulatorias del mismo área, o el servicio hospitalario de agudos de referencia de otras unidades de agudos que también podría usar el mismo grupo diana del área.

“s” Atención especializada

Servicios para subgrupos específicos de la población diana atendidos en el área (p.e. servicios para personas mayores con Alzheimer dentro del grupo “E”, o servicios para trastornos alimentarios dentro del grupo “MD”).

Podrán añadirse otros códigos opcionales cuando se considere necesario dependiendo de los objetivos específicos de la investigación.

- Algunos servicios pueden cumplir criterios para codificar TBAs en más de una rama del Diagrama. Esto ocurrirá especialmente en áreas con servicios comunitarios altamente integrados en los que p.e., el mismo equipo puede proporcionar atención de urgencias, atención continuada y atención de día - el glosario ofrece una explicación más detallada-

- La Sección B describe el máximo funcionamiento habitual de un servicio en un periodo de tiempo determinado. No se trata de una descripción de la capacidad teórica de un servicio o de la provisión de alta intensidad que es claramente inusual en el

servicio y que no representa el nivel de provisión típica en un año de referencia. Nos interesa saber cuál es el nivel más alto de actividad de un servicio durante un periodo de tiempo determinado cumpliendo los criterios mínimos de funcionamiento requeridos en cada código (p.e. D1 20% - 10%).

b. DIRECTRICES PARA CLASIFICACION DE LA ATENCION A LARGO PLAZO

Los servicios se clasifican en función de una serie de descriptores como estatus del usuario, tipología de la atención, intensidad, tiempo de estancia y movilidad. Estos descriptores proporcionan una clasificación basada en “Tipos Básicos de Atención” que incluyen atención de información, atención en accesibilidad, autoayuda y atención voluntariado, atención ambulatoria, atención de día y atención residencial. Los servicios se constituyen tanto por un simple TBA como por una combinación de varios TBAs.

Se incluyen varios ejemplos de tipos básicos de atención en cada código. Esta lista de ejemplos no pretende ser exhaustiva. También se aportan algunas instrucciones para situaciones en las que determinadas ramas son mutuamente exclusivas, p.e. pares de ramas en las que no sería posible clasificar un mismo servicio específico en ambas ramas a la vez.

El sistema de codificación sigue el orden original establecido en el European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson et al, 2000), diseñado para servicios de salud mental, y su adaptación a servicios de discapacidad (DESDE) (Salvador-Carulla et al, 2006), aunque ha sido modificado para permitir la clasificación de la atención a largo plazo según niveles de descripción (página 7). Debido a esta regla, los códigos no siguen una disposición ordinal en la Rama D (Atención de Día).

El sistema de codificación debería rellenarse después de completar la Sección D y teniendo en cuenta la información que proporciona ésta.

I. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN DE INFORMACIÓN

I **ATENCIÓN PARA INFORMACIÓN Y VALORACION**

Dispositivos cuyo principal objetivo es proporcionar información y valoración a usuarios/as con necesidades de atención a largo plazo. Estos dispositivos no conllevan un seguimiento posterior del usuario.

I1 **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 para el usuario.

I1.1 Relacionada con salud

I1.2 Relacionada con educación

I1.3 Relacionada con aspectos sociales y culturales

I1.4 Relacionada con Otros (no Trabajo)

I1.5 Relacionada con Trabajo

I2 **Dispositivos de información**

Dispositivos dirigidos exclusivamente a proporcionar información a usuarios/as con necesidades de atención a largo plazo.

Se incluyen aquí dispositivos de información acerca de accesibilidad.

No se incluyen dispositivos dirigidos a la valoración.

I2.1 Interactiva
Dispositivos dirigidos a la información donde existe una interacción entre el usuario (personas con necesidades de atención a largo plazo) y el informador.

I2.1.1 Interactiva presencial
Dispositivos dirigidos a informar a usuarios/as/as con necesidades de atención a largo plazo a través de una interacción cara a cara.

I2.1.2 Otra Interactiva
Dispositivos dirigidos a informar de forma interactiva a usuarios/as/as con necesidades de atención a largo plazo a través de tecnologías de la comunicación (TIC) o teléfono. El servicio clasificado aquí debe cumplir los siguientes criterios:
-Dispone de personal especializado en atención a largo plazo.
-Presenta información útil para el campo de la atención a largo plazo.
-En caso de páginas web, la información se actualiza al menos de forma mensual

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

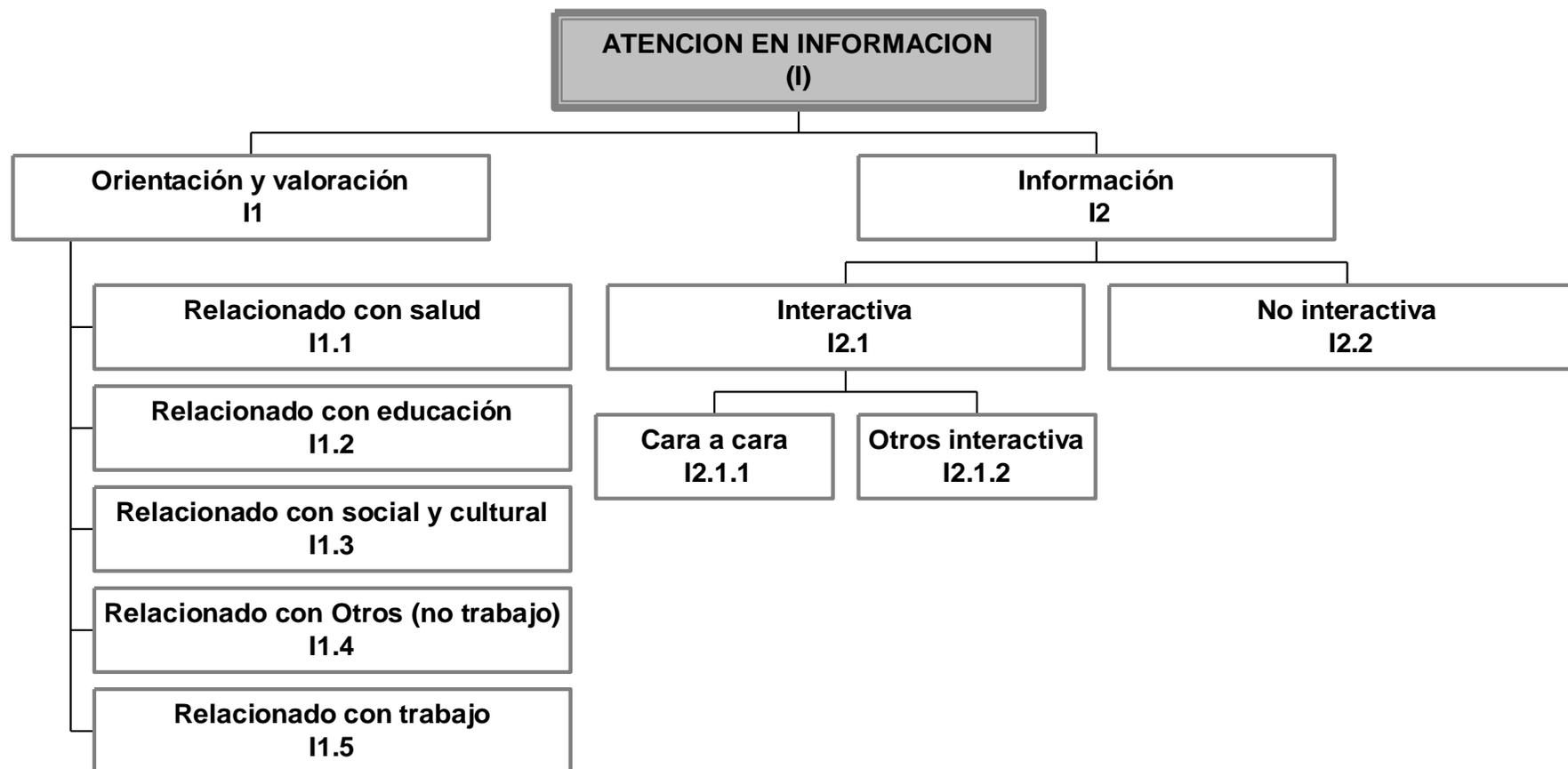
Se incluyen dispositivos de información interactiva a través de Internet y de teléfono

I2.2 No interactiva
Dispositivos dirigidos a informar (con actualización trimestral) a personas con necesidades de atención a largo plazo sin que exista interacción entre el usuario y el informador y/o la información no se actualiza de forma mensual.

Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde exista una persona identificada que gestiona la página y su actualización.

Se incluyen páginas web informativas que no implican interacción.

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE INFORMACION



A. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN EN ACCESIBILIDAD

A ATENCIÓN EN ACCESIBILIDAD

Dispositivos cuyo principal objetivo consiste en la facilitación de medidas de accesibilidad para personas con necesidades de atención a largo plazo.

A1 Comunicación

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la información

Se incluyen aquí TBAs de intérprete de lenguaje de signos y traductores relacionados con atención sanitaria.

A2 Movilidad física

Dispositivos dirigidos a facilitar la movilidad física de personas con necesidades de atención a largo plazo.

Incluye dispositivos dirigidos a mejorar la movilidad física de la persona con necesidades de atención a largo plazo (p.e. servicios de transporte).

No se incluyen dispositivos de movilidad (p.e. silla de ruedas).

A3 Acompañamiento personal

Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar el acompañamiento a usuarios con necesidades de atención a largo plazo por parte de personal remunerado y no relacionados con la atención. El personal de acompañamiento no incluye ningún tipo de atención directa (el acompañamiento voluntario o no remunerado se codificará en la rama "S").

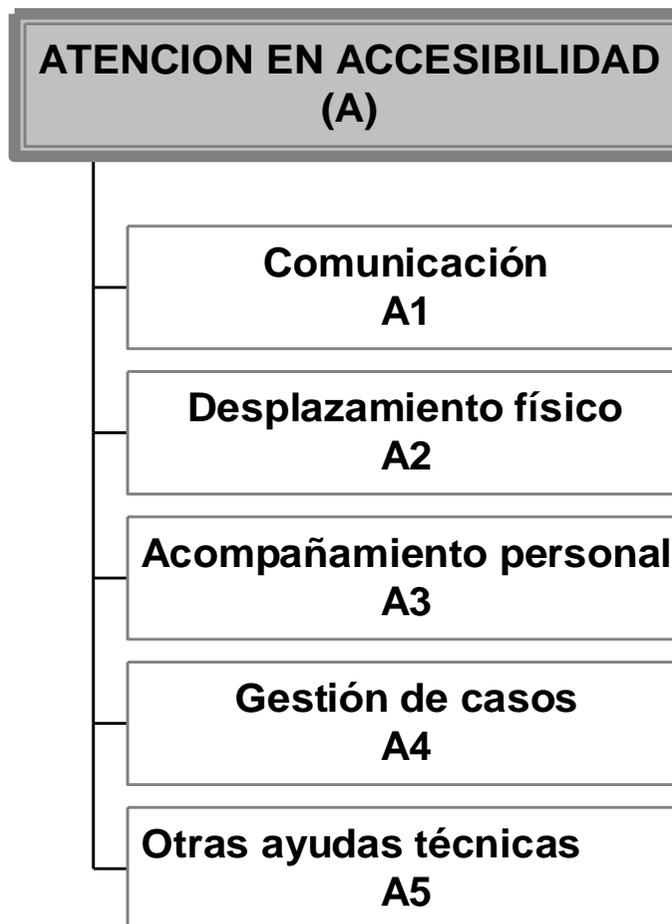
A4 Gestión de casos

Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar la coordinación de la atención así como la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios, profesionales y herramientas de los usuarios con necesidades de atención a largo plazo. La coordinación de la atención no incluye ningún tipo de atención directa (p.e incluye gestión de casos pero no gestión intensiva de casos con atención asertiva comunitaria en el área de salud mental).

A5 Otras ayudas técnicas

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la atención sin incluir ningún tipo de atención directa.

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION EN ACCESIBILIDAD



S. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE LA ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO (S)

S ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO

El objetivo de estos dispositivos es proporcionar algún tipo de apoyo, autoayuda o contacto a personas con necesidades de atención a largo plazo, con personal no remunerado que ofrece atención en accesibilidad información , ambulatoria, de día o residencial.

S1 ATENCION CON PERSONAL NO ESPECIALIZADO

Dispositivos dirigidos específicamente a población con necesidades de atención a largo plazo, donde el porcentaje de personal especializado en evaluación, apoyo o atención a largo plazo es menor al 60% del total del personal. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio, aunque el personal administrativo o de gestión puede ser remunerado.

Deben clasificarse aquí los grupos de autoayuda dirigidos por usuarios/as/as, las asociaciones de cuidadores informales que proporcionan apoyo mutuo y los servicios proporcionados totalmente por voluntarios.

- S1.1 **Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención de Información**
- S1.2 **Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención en Accesibilidad**
- S1.3 **Dispositivos con personal voluntario no especializado en Atención Ambulatoria**

S1.4 **Dispositivos con personal voluntario no especializado de Atención de Día**

S1.5 **Dispositivos con personal voluntario no especializado de Atención Residencial**

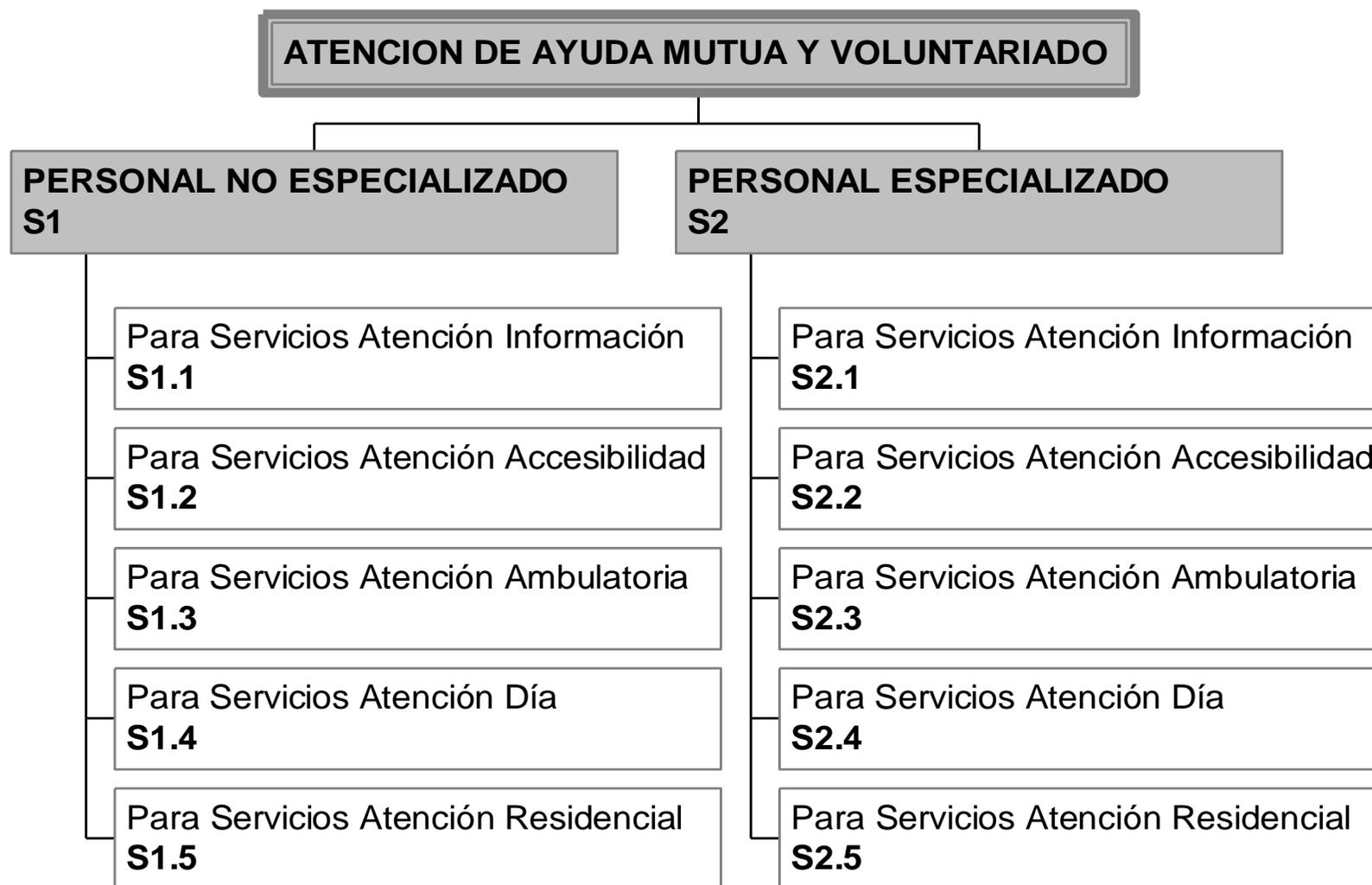
S2 ATENCIÓN CON PERSONAL ESPECIALIZADO

Dispositivos diseñados para población con necesidades de atención a largo plazo, que cuentan de forma regular con al menos un 60% del personal con formación o titulación específica en evaluación, apoyo o atención a personas con necesidades de atención a largo plazo.. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio aunque el personal administrativo y de gestión puede estar pagado.

Se incluyen aquí dispositivos atendidos de forma regular por personal profesional voluntario especializado.

- S2.1 **Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Información**
- S2.2 **Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Accesibilidad**
- S2.3 **Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención Ambulatoria.**
- S2.4 **Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención de Día.**
- S2.5 **Dispositivos con personal voluntario especializado en Atención Residencial**

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCIÓN DE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO



O. DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE ATENCION AMBULATORIA**O ATENCIÓN AMBULATORIA**

Dispositivos que (i) conllevan un contacto entre el personal y usuarios/as con el objetivo de la atención a las personas con necesidades de atención a largo plazo y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas; (ii) no ofrecen atención de día o residencial como la descrita más adelante.

Atención aguda (O1-O4)

Dispositivos de urgencia que (i) proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a una situación de crisis, deterioro en el estado mental o físico, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; y (ii) en los que dicha respuesta se produce normalmente en el mismo día dentro del horario laboral.

Atención Móvil & Domiciliaria (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 & domiciliario, se requiere que al menos el 50% de los contactos se realicen fuera del lugar donde está establecido dicho servicio. Si la atención móvil se proporciona en al menos el 20% de los contactos, debería añadirse un código secundario de movilidad al TBA no móvil. En algunos casos, a la atención ambulatoria móvil se le añade un calificador adicional “d” para describir su actividad móvil.

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 & domiciliario’, a menos que el personal realice su trabajo fuera del emplazamiento principal del día.

Ningún dispositivo debería clasificarse a la vez como ‘móvil & domiciliario’ y ‘no-móvil’ - si el 50% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil & domiciliario, aunque tanto la utilización móvil & domiciliaria como la no móvil debe ser

contabilizada en la Sección C. Los servicios no destinados específicamente a ofrecer atención móvil pero que proporcionan atención móvil como parte de su actividad habitual podrán diferenciarse de los servicios no móviles añadiendo un calificador adicional “d” (p.e. O8.1d).

O1 24 horas

Dispositivos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

O1.1 Atención relacionada con la salud

Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada durante el periodo descrito por el código, y donde una parte del personal son profesionales cualificados en atención sanitaria (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Medicina Rehabilitadora y Psicología).

O1.2 Otra atención

Dispositivos ambulatorios que no cumplen el criterio de servicios dirigidos a la atención relacionada con la salud.

O2 Horario limitado

Dispositivos que no están siempre disponibles (menos de 24 horas al día, 7 días a la semana).

Ejemplo de Ramas O1 y O2 - equipos de intervención en crisis y equipos móviles & domiciliarios de tratamiento en domicilios de personas mayores. Algunos dispositivos ambulatorios 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’.

O2.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)**O2.2 Otra atención (ver O1.2)**

Este código puede incluir servicios cuya principal función es proporcionar apoyo para actividades de la vida diaria (limpieza,

barrido, cocina, etc.) en hogares en situación de crisis durante un tiempo limitado a la semana (p.e. debido a enfermedad del cuidador principal).

Atención no-móvil (O3-O4)

Dispositivos que no cumplen los criterios para 'móvil & domiciliario'.

O3 24 horas (ver O1)

O3.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

Unidades de urgencia en Hospitales Generales que pueden ofrecer atención específica a usuarios con necesidades de LTC. Estos servicios pueden proporcionar atención a un grupo específico de población. Por ejemplo, los usuarios con problemas de salud mental son atendidos por profesionales sanitarios especializados en salud mental.

O3.2 Otra atención (ver O1.2)

O4 Horario limitado (ver O2)

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'.

O4.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

Unidades de urgencia en centros ambulatorios y de atención primaria o centros de salud mental que pueden proporcionar atención específica a usuarios con necesidades de LTC durante situaciones de crisis en horario limitado.

O4.2 Otra atención (ver O1.2)

No aguda (O5-O10)

Dispositivos que proporcionan a los usuarios/as un contacto regular con un profesional de la salud, que puede ser a largo plazo

si se requiere. Los servicios no agudos de atención continuada pueden proporcionar también atención aguda/urgencia de forma regular. Sólo cuando la atención aguda sea mayor al 20% de la actividad ordinaria del servicio, se codificará en las ramas de agudo y no agudo.

Atención móvil & domiciliaria (O5-O7) (ver "atención móvil" de para "atención aguda")

O5 Intensidad alta

Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos 3 veces por semana, si está clínicamente indicado.

O5.1 Atención relacionada con la salud (ver O1.1)

O5.1.1 Atención de 3 a 6 días por semana

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

O5.1.2 Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana 3 horas/día.

O5.1.3 Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche. Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana incluyendo la atención durante la noche.

O5.2 Otra atención

Dispositivos que no cumplen el criterio de servicios dirigidos a la atención relacionada con la salud especializada.

O5.2.1 Atención de 3 a 6 días por semana

Dispositivos no dirigidos a la atención clínica especializada de los usuarios con una frecuencia habitual de la atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

O5.2.2 Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día

Dispositivos no dirigidos a la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana 3 horas/día.

O5.2.3 Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche

Dispositivos cuyo objetivo principal no es la atención clínica especializada de los usuarios con una frecuencia habitual de la atención de 7 días/semana incluyendo la atención durante la noche.

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.

O6.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)**O6.2 Otra atención (ver O5.2)****O7 Intensidad baja**

Dispositivos que no tienen capacidad para atender a sus usuarios con una frecuencia quincenal.

Ejemplo de Ramas O5 a O7 - Dispositivos que pueden ser clasificados en estas ramas son los equipos de enfermería 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 algunos de sus usuarios/as son atendidos en dicho servicio con una frecuencia menor. Si un servicio puede proporcionar contacto al menos una vez quincenalmente, pero no con un mínimo de tres veces por semana, será de 'media intensidad', incluso si alguno de los usuarios/as contactan con dicho servicio menos de una vez cada quince días. Sólo los

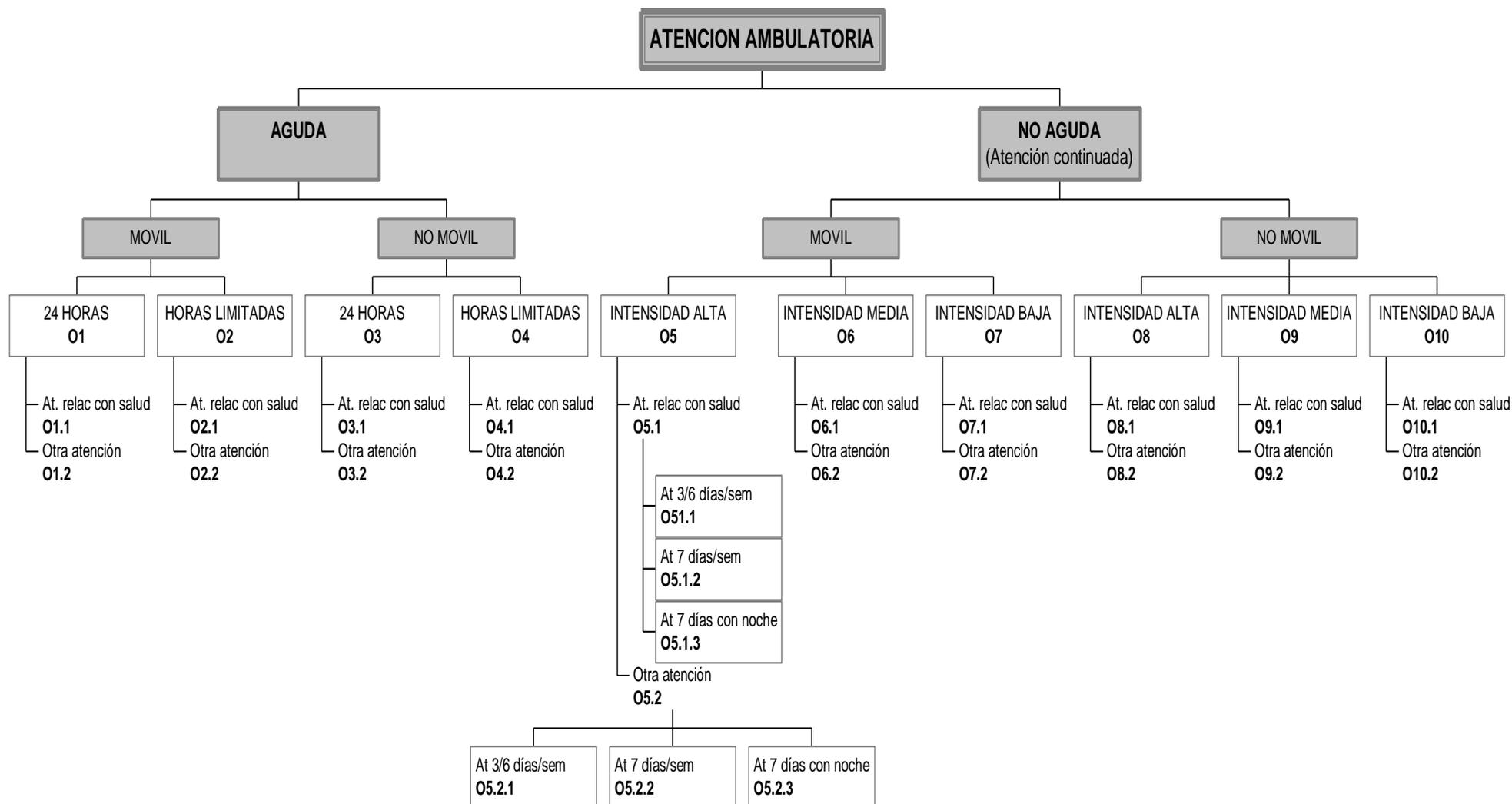
dispositivos que generalmente no pueden proporcionar contacto de forma quincenal deben ser clasificados como de baja 'intensidad'.

O7.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)**O7.2 Otra atención (ver O5.2)****Atención no-móvil (O8-O10)****O8 Intensidad alta (ver O5)****O8.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)****O8.2 Otra atención (ver O5.2)****O9 Intensidad media (ver O6)****O9.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)****O9.2 Otra atención (ver O5.2)****O10 Intensidad baja (ver O7)**

Ejemplo de Ramas O8 a O10 - Ejemplos de dispositivos que pueden clasificarse aquí son las clínicas ambulatorias y los centros de salud mental comunitarios en los que menos del 20% de los contactos con los usuarios/as se realizan fuera de la localización principal del servicio.

O10.1 Atención relacionada con la salud (ver O5.1)**O10.2 Otra atención (ver O5.2)**

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION AMBULATORIA



D. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE DIA**D ATENCION DE DÍA**

Son dispositivos que (i) están disponibles normalmente para varios usuarios/as al mismo tiempo (en lugar de atender a los usuarios/as de uno en uno); (ii) proporcionan alguna combinación de atención a problemas relacionados con LTC, p.e. actividad estructurada, contacto social y/o apoyo; (iii) se encuentran disponibles durante un horario de apertura establecido; y (iv) 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). El seguimiento de la atención suele planificarse con antelación.

AGUDA**D0 EPISODICA**

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado.

D0.1 Alta intensidad

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado. El episodio de atención dura menos de 24 horas por lo que el usuario es admitido y dado de alta en el mismo día. El episodio incluye actividades de atención complejas y coordinadas tales como diagnóstico, evaluación, intervenciones y otros tipos de atención sanitaria que requieren una elevada formación profesional y que no se limita a un contacto cara a cara como ocurre en la atención ambulatoria. La complejidad de la intervención es tal que se asemeja a la situación de atención en crisis.

Ejemplos de Atención aguda episódica son las unidades de día de quimioterapia en oncología o las unidades de terapia electroconvulsiva en salud mental.

D0.2 Otra intensidad

Dispositivos que proporcionan atención aguda episódica pero que no cumplen criterios de alta intensidad.

ATENCION AGUDA CONTINUADA

Dispositivos en los que (i) los usuarios/as son admitidos habitualmente durante una situación de crisis o a un deterioro de su estado de salud (mental o físico), comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) el principal objetivo del dispositivo es aliviar este deterioro/crisis; (iii) la atención se ofrece de forma continua – no episódica, al menos 5 días por semana durante un periodo de tiempo limitado. Estos dispositivos de día se constituyen para ofrecer una alternativa a la hospitalización o acelerar la descarga de las unidades de hospitalización antes de que termine la crisis o el usuario se estabilice.

Frecuentemente se incluyen en esta sección hospitales de día.

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de 4 semanas para usuarios derivados desde una unidad de agudos (R2 ó R3). Al menos el 80% de los usuarios han sido admitidos en menos de cuatro semanas en los últimos doce meses (en otro caso clasificar el recurso como D4.2).

D1.1 Alta intensidad

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de 72 horas. Al menos el 20% de los usuarios han sido admitidos en menos de 72 horas en los últimos doce meses.

Se incluyen en este código los hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios son una alternativa a la admisión hospitalaria. El usuario habría necesitado hospitalización en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos.

D1.2 Otra intensidad

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis en usuarios derivados de una unidad de agudos residencial (R2 o R3). Al menos el 80% de los usuarios han sido admitidos en los últimos doce meses en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis (en cualquier otro caso clasificar el dispositivo como D4.2).

Se incluyen en esta sección hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios NO son una alternativa a la admisión hospitalaria sino un sistema complementario de hospitalización que permite la derivación temprana antes de que la crisis haya remitido. El usuario habría necesitado una estancia hospitalaria más prolongada en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos. Los servicios de gestión intensiva de casos pueden codificarse aquí.

NO AGUDA (D2-D9)

Todos los dispositivos de día que no satisfagan el criterio de dispositivos para atención aguda en crisis.

TRABAJO (D2, D6)

Dispositivos de trabajo que proporcionan a sus usuarios la oportunidad de estar remunerados por su trabajo. Estos servicios suelen ser dispositivos de empleo con apoyo u oportunidades en el mercado general de trabajo.

D2 Alta intensidad para atención no aguda

Dispositivos que normalmente están disponibles para atender 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 necesiten una atención tan frecuente, pero ésta debe ser posible si así se requiere.

D2.1 Empleo ordinario

Los usuarios tienen registrada su discapacidad y se les paga al menos el salario mínimo. La empresa sigue la normativa laboral

del mercado general. En caso de que no exista un salario mínimo, sugerimos calcular una estimación a partir del salario para trabajos similares aparecidos en la prensa local en el último mes. Sin embargo, los empleados con discapacidad reconocida pueden no haber obtenido este trabajo a través de un concurso completamente abierto – su puesto de trabajo puede estar reservado específicamente para usuarios con discapacidad dependiendo de la normativa nacional/ regional o local.

D2.2 Otro empleo

La organización sigue la normativa laboral específica para usuarios con discapacidad reconocida. Los empleados reciben un salario de al menos el 50% del salario mínimo local para ese tipo de trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes. El trabajo puede incluirse en un empleo con apoyo o en un emplazamiento donde algunos trabajadores no son usuarios con necesidades de LTC.

D6 Baja intensidad para atención no aguda

Dispositivos en los que los usuarios son atendidos habitualmente menos del equivalente a cuatro medios días por semana.

D6.1 Empleo ordinario (ver D2.1)**D6.2 Otro trabajo (ver D2.2)****ATENCION RELACIONADA CON TRABAJO (D3, D7)**

Dispositivos en los que los usuarios llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo que sería pagada en el mercado abierto pero donde los usuarios no cobran o cobran menos del 50% del salario local esperado por este trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes.

D3 Alta intensidad en atención relacionada con el trabajo (ver D2)

D3.1 Tiempo limitado

Recursos donde los usuarios/as realizan una actividad relacionada con el trabajo para la que se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros de impartición de cursos de Formación Profesional Ocupacional (FPO) por un periodo de tiempo fijo p.e. 2 años.

D3.2 Tiempo indefinido

Recursos donde los usuarios/as llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo para la que no se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros ocupacionales y talleres cuyo fin es la integración sociolaboral.

Cuando un centro presta formación o atención ocupacional continuada al mismo grupo de individuos por largos periodos de tiempo (p.e. más de dos años) el recurso no se codifica como de 'tiempo limitado' aunque se trate de diferentes ciclos con un tiempo limitado (p.e. los individuos usan el centro por un periodo de tiempo más largo que la duración del curso).

D7 Baja intensidad para atención relacionada con trabajo (ver D6)

D7.1 Tiempo limitado (ver D3.1)

D7.2 Tiempo indefinido (ver D3.2)

ATENCIÓN DE DÍA ESTRUCTURADA NO RELACIONADA CON TRABAJO (D4, D8)

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas que no están relacionadas con trabajo y que estarían disponibles al menos el 25% de la jornada laboral. Estas actividades podrían incluir entrenamiento de habilidades, actividades creativas como arte o música y grupos de trabajo.

D4 Alta intensidad para atención de día estructurada (ver D2)

D4.1 Actividades de día relacionadas con la salud

Dispositivos que cumplen los criterios de atención de día de disponibilidad programada cuya actividad fundamental es la atención clínica a largo plazo (física, psicológica y/o social). Al menos el 20% del personal son profesionales cualificados de la salud.

Se incluyen aquí dispositivos cuya actividad fundamental es la rehabilitación física y la rehabilitación social o psicológica. También se incluyen dispositivos dirigidos a la mejora de aspectos sociales de la atención a largo plazo por parte profesionales de la salud (p.e. talleres de habilidades sociales).

D4.2 Actividades de día relacionadas con la educación

Dispositivos dirigidos a la formación reglada de sus usuarios/as. Se entiende por educación reglada toda aquella que forma parte del Sistema Educativo y dispone de un currículum y plan de estudios establecido.

Se incluyen aquí centros de Educación Especial y Formación Profesional.

D4.3 Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural

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

Se incluyen aquí centros de educación y formación complementaria no reglada, así como apoyo a la educación. También se incluyen actividades deportivas y clubs sociales que fomenten la participación social de forma estructurada y los talleres cuyo fin prioritario no es la integración sociolaboral del usuario.

D4.4 Otras actividades de día estructuradas

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

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

D8 Baja intensidad para atención no aguda (ver D6)

D8.1 Actividades de día relacionadas con la salud (ver D4.1)

D8.2 Actividades de día relacionadas con la educación (ver D4.2)

D8.3 Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural (ver D4.3)

D8.4 Otras actividades de día estructuradas (ver D4.4).

ATENCIÓN NO ESTRUCTURADA

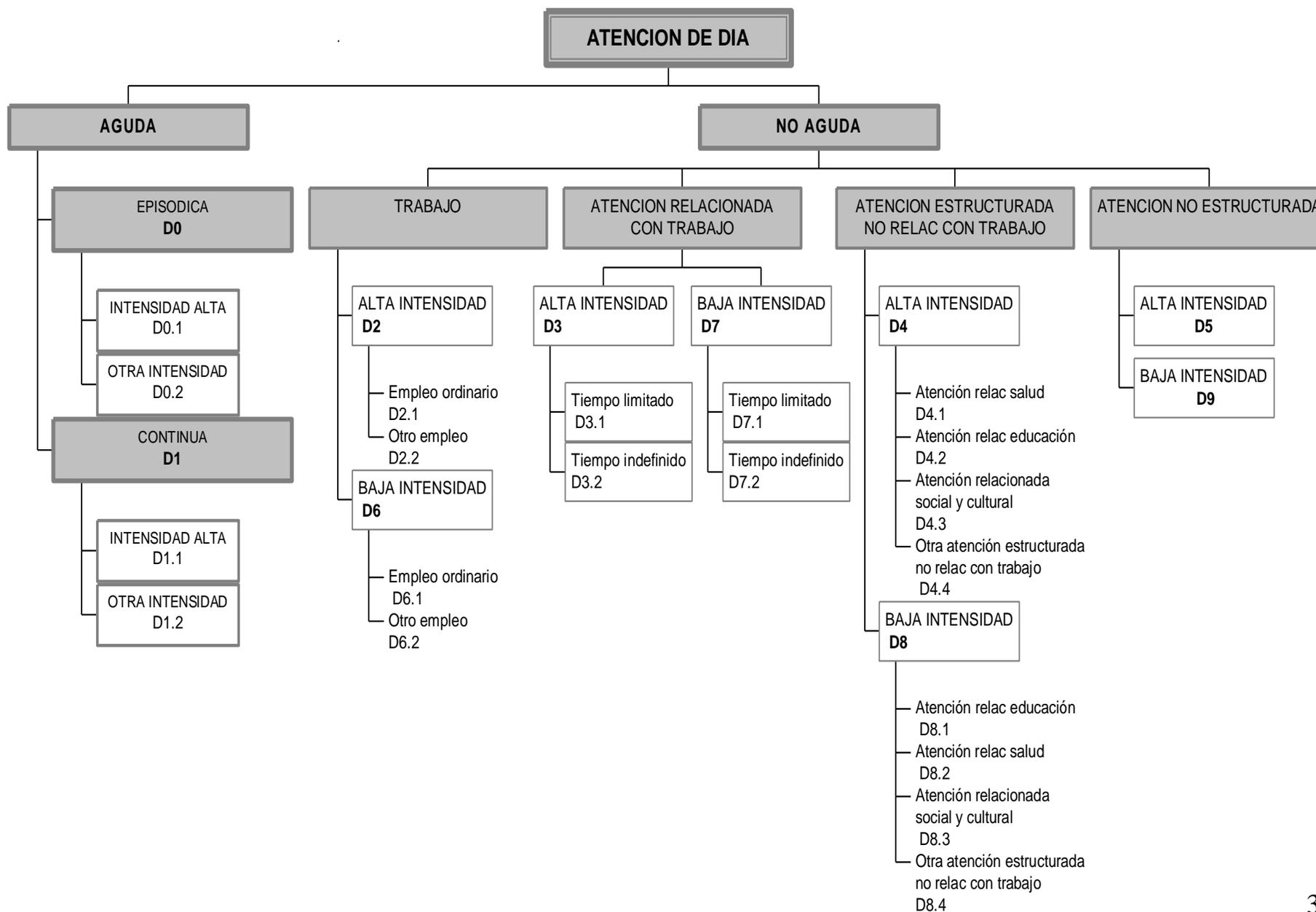
Dispositivos que cumplen los criterios para servicio de día no agudo pero donde no se ofertan actividades estructuradas, o éstas sólo están disponibles durante menos del 25% de la jornada, por lo que las principales funciones del servicio son la provisión de contacto social, ayuda práctica y/o apoyo.

Se incluyen aquí clubes sociales que cumplen las características de “actividades no estructuradas”.

D5 Alta intensidad para atención no aguda (ver D2)

D9 Baja intensidad para atención no aguda (ver D6)

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION DE DIA



R. DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION RESIDENCIAL**R ATENCION RESIDENCIAL**

Dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios/as y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de las personas con necesidades de atención a largo plazo – los usuarios no utilizan estos servicios simplemente porque son personas sin hogar.

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 destinadas para ingresos en crisis y camas para ingresos planificados por períodos indefinidos.

AGUDA (Disponibilidad inmediata en crisis)

Dispositivos donde (i) se ingresa a los usuarios/as debido a una crisis, deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con trastorno psiquiátrico; (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.

ATENCION MÉDICA 24 HORAS

Dispositivos localizados dentro de hospitales u otras meso-organizaciones residenciales donde existe una cobertura médica 24 horas (incluye médicos residentes). Se excluyen servicios en los que la cobertura la estudian de medicina no graduados.

HOSPITALARIO

Los hospitales son meso-organizaciones con un reconocimiento legal en la mayoría de los países. Este reconocimiento legal puede usarse como base para identificar servicios hospitalarios. Constituyen excepciones las unidades que tienen menos de 20 camas y/o no cobertura médica 24 horas que deberían clasificarse como no hospitalarias a pesar de tener un reconocimiento legal de hospital. Aquellos países en los que no exista un criterio legal para decidir qué son hospitales y qué no, y en caso de duda, los servicios deberían clasificarse como servicios hospitalarios si tienen cobertura médica 24 horas. Podría consultarse a un grupo de expertos y/o administrativos sanitarios locales o regionales cuando exista duda acerca de qué servicios deberían considerarse hospitalarios o no.

AGUDA CON COBERTURA MÉDICA 24H**R0 NO HOSPITALARIO**

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados fuera de un hospital registrado (p.e. residencias para personas mayores con atención médica 24 horas con menos de 20 camas y no registrados como hospitales).ja

*Ejemplo de rama R0. Los hospitales para usuarios con características específicas **sin** cobertura médica 24 horas (que pueden tener personal y atención de baja intensidad) no se incluyen aquí (p.e. algunos hospitales psiquiátricos de baja provisión, algunos hospitales para pacientes geriátricos, hospitales para lesiones cerebrales).*

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R1 HOSPITALARIO ALTA INTENSIDAD

Camas en las que los pacientes son admitidos debido a un deterioro de su estado físico o mental lo suficientemente grave como para requerir vigilancia continuada durante 24 horas y/o medidas especiales de aislamiento.

Ejemplo de rama R1. Estos servicios incluyen dispositivos de atención intensiva para LTC. En salud mental, la “vigilancia continua” también incluye servicios de seguridad donde los usuarios son admitidos al ser considerados por los profesionales como peligrosos para sí mismos o los demás, o aquellos a los que una orden judicial obligue, por razones de seguridad, a ser atendidos en este dispositivo específico en lugar de los dispositivos locales habituales. Las camas asignadas a ingresos involuntarios no deben ser clasificadas automáticamente como unidades de seguridad - es posible que alguna persona con ingreso involuntario sea asignada a un dispositivo genérico para pacientes agudos. Sólo las camas específicamente destinadas a proporcionar un mayor nivel de vigilancia y/o seguridad, y no aquellas a las que se asignan rutinariamente los usuarios/as del área sociosanitaria de referencia, pueden ser clasificadas como de alta intensidad.

R2 HOSPITALARIO DE INTENSIDAD MEDIA

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados en un hospital registrado donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso. Los dispositivos proporcionan, de forma habitual, un nivel de vigilancia y/o seguridad de intensidad media en sus ingresos.

Ejemplo de rama R2. Se incluyen unidades hospitalarias en las que se ingresan rutinariamente los usuarios/as agudos de una determinada área sociosanitaria, así como las unidades de agudos de hospitales generales, psiquiátricos y monográficos. Una sala localizada en una meso-organización que carece de cobertura médica directa, debería codificarse aquí si existe una cobertura médica 24 horas disponible en la meso-organización y que proporciona tratamiento agudo si es necesario.

Estos dispositivos residenciales pueden también ofrecer atención de urgencia (junto a atención residencial de agudos). En este caso, se clasificarían en ambas ramas (R2 y R3) si la atención de urgencia para el grupo de población específico se ofrece en el mismo hospital por parte del servicio descrito

R3 NO COBERTURA MEDICA 24 HORAS

Dispositivos sin cobertura médica 24 horas donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

R3.0 HOSPITALARIO

Dispositivos de atención aguda sin cobertura medica 24 horas localizados en un hospital registrado.

Ejemplo de rama R3.0. Algunos hospitales registrados pueden proporcionar atención aguda de baja intensidad con cobertura médica 24 horas (p.e. algunas salas de agudos en hospitales psiquiátricos monográficos, algunos hospitales para pacientes geriátricos, o algunos hospitales par lesiones cerebrales). Se excluyen unidades hospitalarias que carecen de cobertura médica 24 horas pero en las que esta provisión está disponible en la meso-organización donde se localiza el servicio.

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R3.1. NO HOSPITALARIO

Dispositivos de atención aguda sin cobertura médica 24 horas localizados fuera de hospitales registrados.

R3.1.1 Atención relacionada con la salud

Dispositivos residenciales cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto y donde una parte del personal, durante el periodo descrito por el código, tiene formación cualificada en atención sanitaria (Psicología, Medicina, Fisioterapia, Enfermería) o equivalente pero no proporciona cobertura médica 24 horas.

Ejemplo rama R3.1.1 - *Incluye una oferta de camas no hospitalarias que pueden utilizarse como alternativa al ingreso hospitalario. Pueden incluirse aquí dispositivos tales como las casas de crisis, las residencias de crisis o las camas de urgencia de los centros comunitarios de salud menta. Aquellos “dispositivos residenciales” con plantilla médica de alta intensidad pero que no proporcionan cobertura medica 24 horas (p.e. residencias para personas mayores) también se codificarían en esta rama.*

R3.1.2 Otra atención

Dispositivos residenciales que no responden a los criterios establecidos para la clasificación de atención relacionada con la salud no hospitalaria.

NO AGUDOS (DISPONIBILIDAD PROGRAMADA) (R4-R13)

Todos los dispositivos residenciales que no satisfagan el criterio de dispositivos de atención aguda. Habitualmente, los ingresos en situaciones de crisis se remiten a otros dispositivos.

ATENCIÓN MÉDICA 24 HORAS (R4-R7)

HOSPITALARIO

R4 Tiempo limitado

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.

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.

R6 Estancia indefinida

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

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

NO HOSPITALARIO (ver R3)

R5 Tiempo limitado (ver R4)

R7 Estancia indefinida (ver R6)

NO COBERTURA MÉDICA 24H (R8-R13)

Tiempo limitado (R8-R10) (ver R4)

R8 Apoyo 24 horas

Dispositivos que proporcionan atención residencial durante el horario no laboral y se garantiza que el paciente está atendido las 24 horas.

Ejemplo de rama R8 – Se incluyen aquí dispositivos residenciales que proporcionan atención no aguda de 15 a 8 horas porque todos los usuarios están en su trabajo de 8 a 16 horas. Si alguno de los usuarios se pone enfermo, los cuidadores estarán disponibles todo el día en el dispositivo.

R8.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas

La estancia se limita normalmente a un periodo corto de tiempo habitualmente menor a cuatro semanas.

P.e. Unidades de respiración que atienden a usuarios con problemas severos.

R8.2 Estancia superior a cuatro semanas

R9 Personal asignado durante el día

Los miembros del equipo se encuentran en el dispositivo al menos cinco días por semana durante una parte del día, con responsabilidades relacionadas con el seguimiento y atención clínica y social del usuario.

R9.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas (ver R8.1)

R9.2 Estancia superior a cuatro semanas (ver R8.2)

R10 Bajo nivel de apoyo

Dispositivos en los que el usuario reside por necesidades relacionadas con el seguimiento de su problema, y donde existe una conexión directa entre residir en dicho recurso y algún grado de apoyo del equipo que habitualmente está presente menos de cinco días por semana.

R10.1 Estancia igual o inferior a un mes (ver R8.1)

R10.2 Estancia superior a un mes (ver R8.2)

Ejemplos de ramas R8 a R10 - Las residencias, los hogares para grupos, las comunidades terapéuticas y otros dispositivos específicamente diseñados para usuarios con necesidades de atención a largo plazo pueden clasificarse en estas ramas siempre y cuando dichos dispositivos especifiquen un período de estancia fijo. Como ejemplo podemos citar los dispositivos que proporcionan programas de rehabilitación de duración limitada o aquellos que proporcionan alojamiento temporal.

Estancia indefinida (R11-R13) (ver R6)

R11 Apoyo 24 horas (ver R8)

R12 Personal asignado durante el día (ver R9)

R13 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 en caso de necesidad.

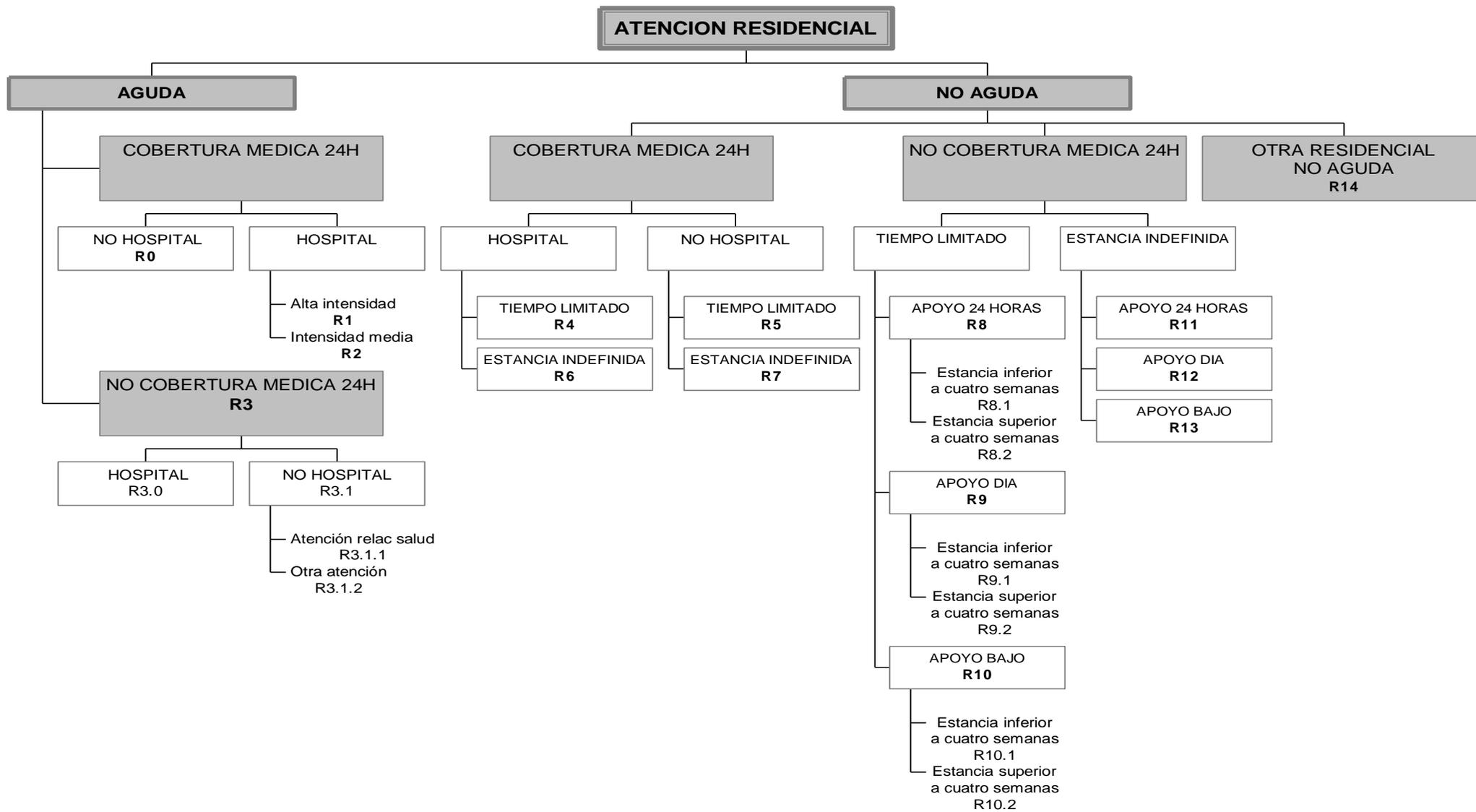
R14 OTRA ATENCION RESIDENCIAL NO AGUDA

Servicios de atención residencial no aguda no clasificados en ningún otro código.

Este código se usa para clasificar dispositivos residenciales que no pueden clasificarse con otro código. Normalmente estos dispositivos requieren una explicación detallada de sus características en la sección D y/o otros códigos no residenciales para comprender su TBA. Un posible ejemplo es un hostel situado junto a un centro de atención (normalmente un hospital) cuyo principal objetivo no es proporcionar atención sino el mero alojamiento de los usuarios atendidos en el dispositivo. Sin embargo, el técnico local considera que este servicio, financiado con fondos públicos, constituye un componente crítico en el

sistema de atención del área de cobertura por lo que debe incluirse en el mapa de atención local.

DIAGRAMA DE CLASIFICACION DE ATENCION RESIDENCIAL



SECCION C

DIAGRAMA DE UTILIZACION DE LA ATENCION A LARGO PLAZO

A. PRINCIPIOS PARA CONTABILIZAR SERVICIOS DE ATENCION A LARGO PLAZO

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

- **Población del área de cobertura:** La unidad básica es de nuevo la población del área de cobertura de referencia. Por tanto, la contabilización debe incluir todo uso de dispositivos para personas con necesidades de atención a largo plazo por parte de estos colectivos. Se incluyen todos aquellos usuarios cuya dirección permanente está en el área de cobertura, y aquellos cuya última dirección permanente no-institucional, anterior a la admisión a un recurso residencial, estaba dentro del área de cobertura.

- **Grupo diana:** con el fin de contabilizar los contactos con el servicio, es necesario identificar los grupos diana incluidos en la contabilización. El grupo diana por defecto de aplicación del cuestionario es el de población con necesidades de atención a largo plazo. Sin embargo, las necesidades de un estudio en particular o la estructura de un servicio en concreto pueden llevar a decidir variar dicho criterio.

En la Sección A se especifican las características del grupo diana que se va a utilizar en el estudio.

- La contabilización de la utilización de los tipos básicos de atención en cada área de cobertura debe especificarse en datos por 100.000 habitantes para **que permita la comparación entre áreas**. Esto puede hacerse dividiendo los totales netos por el número total de habitantes del área de cobertura y luego multiplicándolos por 100.000.

Para la contabilización es preferible ofrecer tasas de población general. Sin embargo, como alternativa, la utilización del servicios puede referirse a la población específica definida como “grupo diana” (p.e. adultos mayores de 18 años) por 100.000 habitantes. Esto debería especificarse claramente en las características del estudio.

- Pueden ocurrir recuentos dobles al utilizar este método; por ejemplo, las personas que viven en un servicio residencial, y que se les atiende a un servicio de día, se contabilizan en dos categorías. El DESDE-LTC no permite por tanto la valoración del total de usuarios/as de tipos básicos de atención para personas con necesidades de atención a largo plazo en un área de cobertura.

- Sin embargo, aunque una persona puede ser atendida en varios recursos y por tanto ser contabilizada en diferentes partes del instrumento, no se debe contabilizar ningún contacto con el servicio en más de una rama. Las reglas que se exponen abajo permitirán que cada contacto entre un individuo y un recurso específico de personas con necesidades de atención a largo plazo sea contabilizado una sola vez.

- Las contabilizaciones deben basarse en la población diana establecida. En estudios comparativos es esencial que todos los centros usen el mismo grupo diana.

- La rama final de cada diagrama resume el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Al final de cada rama disponemos de un recuadro que contabiliza el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Se pueden sumar los datos de las ramas adyacentes para obtener la utilización total de la categoría superior (p.e. las cantidades para atención continuada de intensidad alta, media y baja pueden sumarse para obtener una cifra global de atención continuada).

- En el caso en que la información sea limitada, y no sea posible rellenar una rama final, se pueden calcular los datos sólo para las categorías superiores del diagrama (por ejemplo, cuando no sea posible diferenciar contactos según su nivel de intensidad en atención continuada, puede efectuarse la contabilización sólo para contactos de atención móvil & domiciliaria (O5-O7) y contactos de atención no móvil (O8-O10).

Por tanto, podremos obtener diferentes niveles de detalle en la información final según el acceso y la disponibilidad de los datos requeridos:

-Grado I: Información genérica a nivel de Ramas Principales. P.e. 90 usuarios de servicio ambulatorio sin especificar móvil & domiciliario o no móvil ni el nivel de intensidad de la utilización. Se clasifican como "O".

-Grado II: Información genérica más extensa a nivel de Subramas. P.e. 20 plazas móviles de intensidad media

(clasificados en O6) y 70 no móviles de intensidad baja (clasificados en O10) para atención continuada ambulatoria.

-Grado III: Recogida extensa de datos por grupo de evaluadores externos:

- recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a un día (p.e. Atención de urgencia).

- recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a una semana (p.e. atención de día).

Para la recogida de datos retrospectiva se puede utilizar la tasa media mensual de utilización registrada en bases de datos y referida a un mes concreto del año anterior no incluido en periodos vacacionales (se excluyen los meses de diciembre, enero, febrero, abril, julio y agosto).

- recogida de datos prospectivos limitados a un periodo de un mes.

Es importante que el nivel de especificidad conseguido, así como el periodo de referencia en la recogida de información, sea el mismo para todas las áreas evaluadas y hacerlo constar en los datos generales de la Sección A.

- En los casos donde la información sea limitada, se podrán seleccionar de forma independiente sólo algunas partes de los diagramas, p.e. si no hay datos de utilización, cumplimentando sólo la Sección B para clasificar y codificar el servicio pero no cumplimentar la Sección C de contabilización. Debe recalarse la importancia de que en estudios comparativos se acuerde cumplimentar las mismas partes partiendo de la base de una misma población diana.

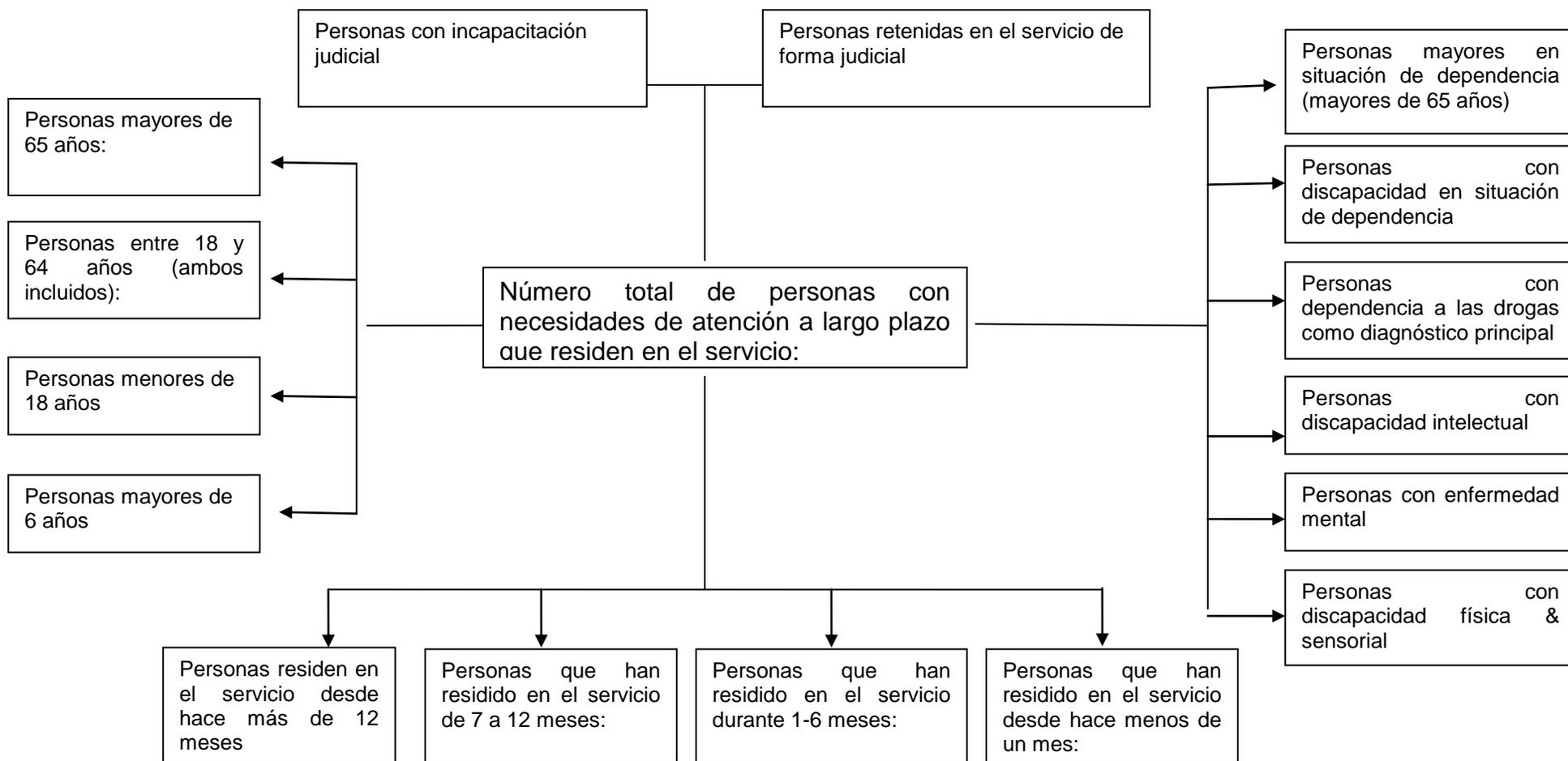
- Los Diagrama de Utilización de la Atención han sido diseñado de manera que, en aquellas áreas en las que no se disponga de los datos, sea posible efectuar una recogida de

datos prospectiva de los tipos de atención utilizados por la población del área de cobertura de referencia, con el fin de obtener la información requerida.

- Los dispositivos de autoayuda no se incluirán en la valoración de la utilización, ya que es probable que sea difícil evaluar con precisión su volumen de actividad. El cálculo de la utilización en las ramas de Información y Accesibilidad es opcional.

En caso de recurrir a la recogida de datos prospectiva, se desglosarán los datos de utilización como se muestra en el gráfico de Utilización de servicios:

UTILIZACION DE SERVICIOS



b. NORMAS PARA LA CONTABILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Las definiciones de los tipos básicos de atención se encuentran en el glosario de la sección B (Diagrama de Tipos Básicos de Atención a Largo Plazo).

La contabilización debe limitarse a las ramas “O”, “D” y “R”. Puede proporcionarse contabilización opcional para las ramas “I” y “A”.

Diagrama de Utilización de Servicios de Información

La contabilización debe efectuarse calculando la media del número total de contactos de información establecidos con el tipo básico de atención por parte de la población diana del área de cobertura en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios de Accesibilidad

El recuento se realiza calculando la media del número de contactos de atención dirigida a la accesibilidad establecida con el dispositivo por parte de la población diana del área de referencia en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios Ambulatorios

Atención aguda (crisis)- el cálculo de la utilización de servicios de urgencia se obtiene contabilizando el número total de contactos de urgencia en el último mes.

-Contactos de urgencia móvil & domiciliario- 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 & domiciliarios).

-Contactos 24 horas- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que permanecen abiertos 24 horas al día, siete días por semana.

-Contactos en horario limitado- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que no están abiertos 24 horas al día, siete días por semana.

Dispositivos de atención no aguda- Debe contarse el número de usuarios/as de estos dispositivos en el último mes. Esto debe incluir todos los usuarios/as que han tenido algún contacto con el equipo de atención que (i) no eran contactos de urgencia; y (ii) no eran parte integral del cuidado desarrollado por servicios residenciales o de día.

-Dispositivos de atención no aguda móvil & domiciliaria - se contarán como usuarios/as de dispositivos móviles & domiciliarios si al menos uno de sus contactos ha tenido lugar fuera del servicio para personas con necesidades de atención a largo plazo asignado o del emplazamiento donde tienen lugar habitualmente las consultas asistenciales.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad alta- 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 intensidad alta. 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 intensidad alta incluso cuando no hubiera otros contactos durante el mismo mes.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad media

- usuarios/as que han sido vistos al menos dos veces durante el último mes pero menos de tres veces por semana en dicho período.

-Usuarios/as de atención no aguda de intensidad baja

usuarios/as que han sido atendidos una o dos veces en el último trimestre 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 clasificación de la atención de la sección anterior. Si un usuario es atendido una vez al mes por miembros del equipo de atención a personas con necesidades de atención a largo plazo, será un usuario de baja intensidad aunque el equipo mantenga contacto con otros usuarios/as varias veces por semana).

Diagrama de Utilización de Servicios de Día

Atención aguda de Día. Hace referencia a la utilización inmediata de la atención de día por parte de la población de referencia en el último mes debido a situaciones de crisis.

- **Usuarios/as de alta intensidad** – usuarios que han sido admitidos en el servicio dentro de las primeras 72 horas.
- **Usuarios/as de otra intensidad** – sujetos cuyo patrón de admisión desde una unidad de agudos residencial no cumple criterios para usuarios de alta intensidad.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo (página 37).

Atención de Día no aguda (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 intensidad alta-** aquellos individuos que han utilizado el dispositivo al menos el equivalente a cuatro medios días a la semana durante al menos tres de las cuatro últimas semanas.

- **Usuarios/as de intensidad baja-** individuos que han sido atendidos en dispositivos de día de disponibilidad programada durante el pasado mes, pero cuyo patrón de atención no cumple criterios para ser considerados usuarios/as de intensidad alta.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

(N.A.: Es importante subrayar que la Sección B se ha diseñado para medir el máximo nivel de funcionamiento del servicio y no su capacidad. La Sección C se emplea para medir niveles actuales de uso del servicio por parte de la población. Por tanto, usando este método de contabilización, puede ocurrir que algunos de los usuarios/as de los dispositivos clasificados en la Sección B como 'dispositivos de intensidad alta', serán clasificados aquí como 'usuarios/as de intensidad baja').

Diagrama de Utilización de Atención Residencial

Cada tipo de servicio residencial se define igual que en el glosario de la Sección B (Diagramas de Atención a Largo Plazo).

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

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 atención aguda durante el periodo de referencia, sólo se contabilizará la cama de atención en crisis.

(Si el número de personas del área de cobertura 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 parte de usuarios del área, y dividirlo por el número de días del último mes).

DIAGRAMA DE CONTABILIZACION DE ATENCIÓN EN INFORMACIÓN

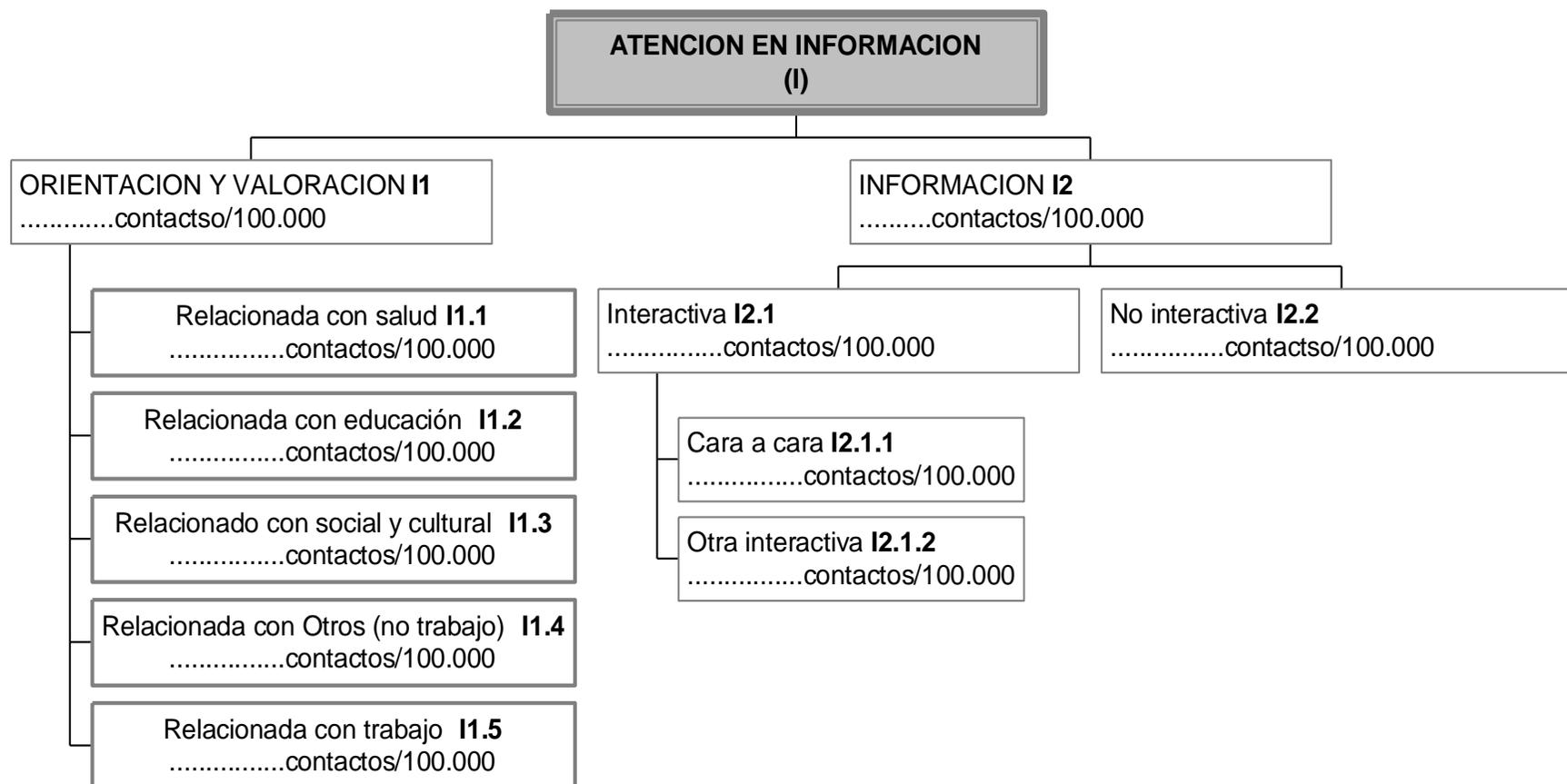


DIAGRAMA DE CONTABILIZACION DE ATENCION EN ACCESIBILIDAD

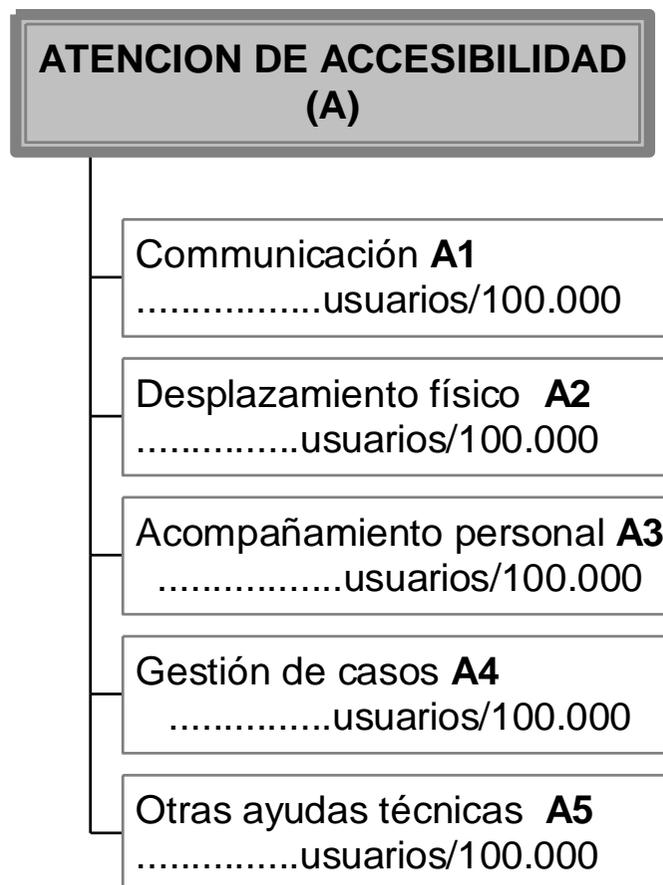


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION AMBULATORIA

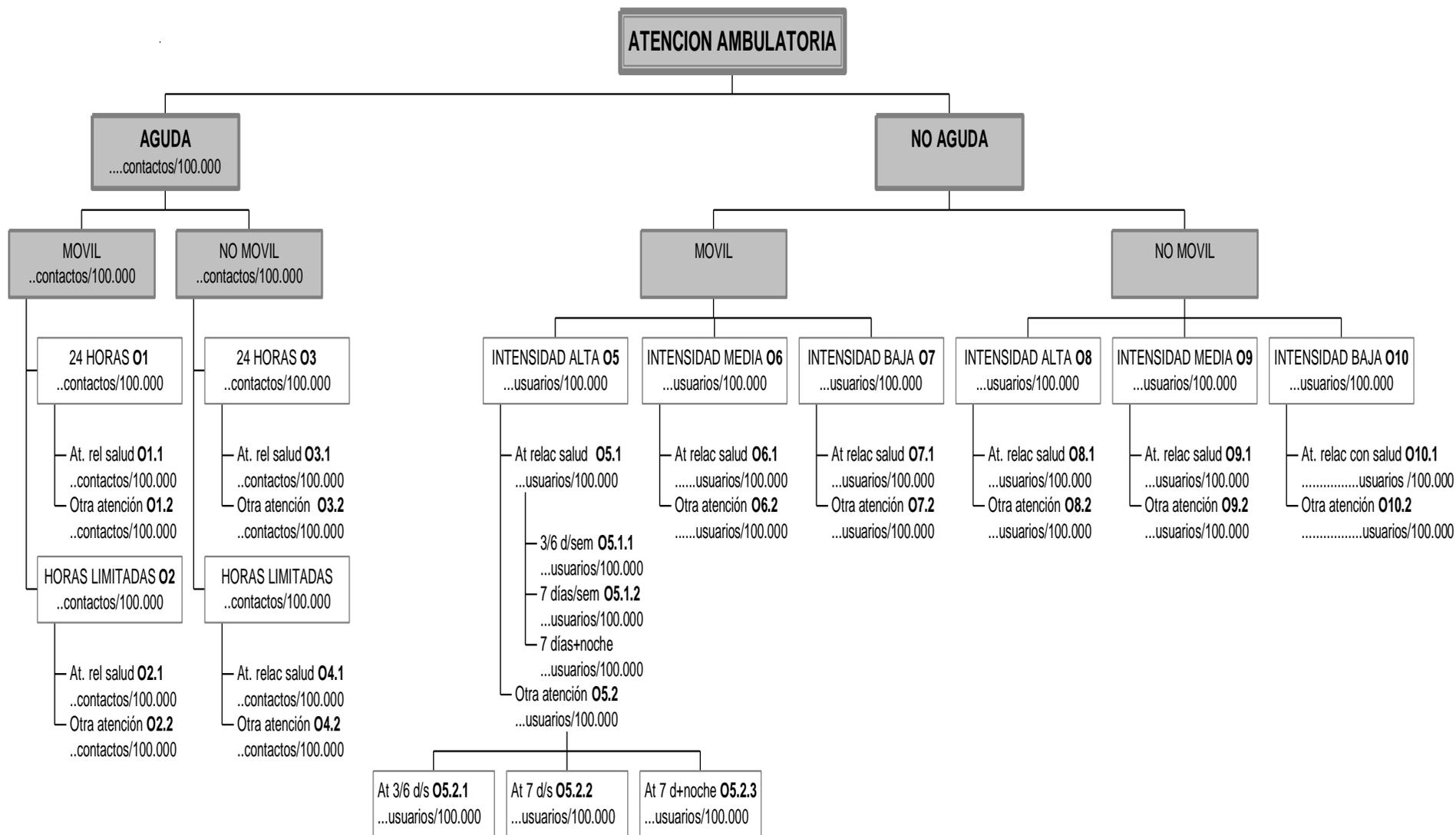


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION DE DIA

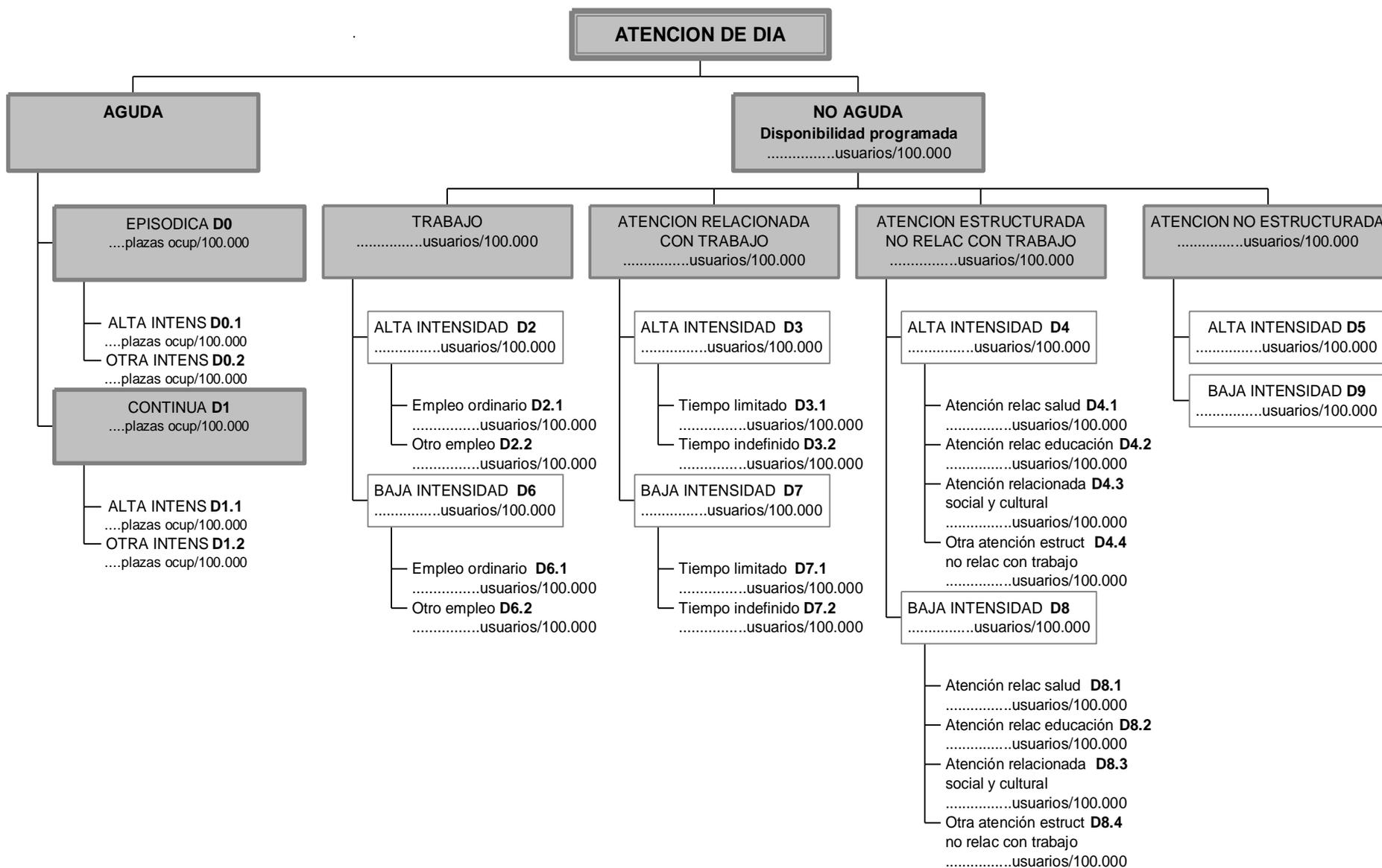
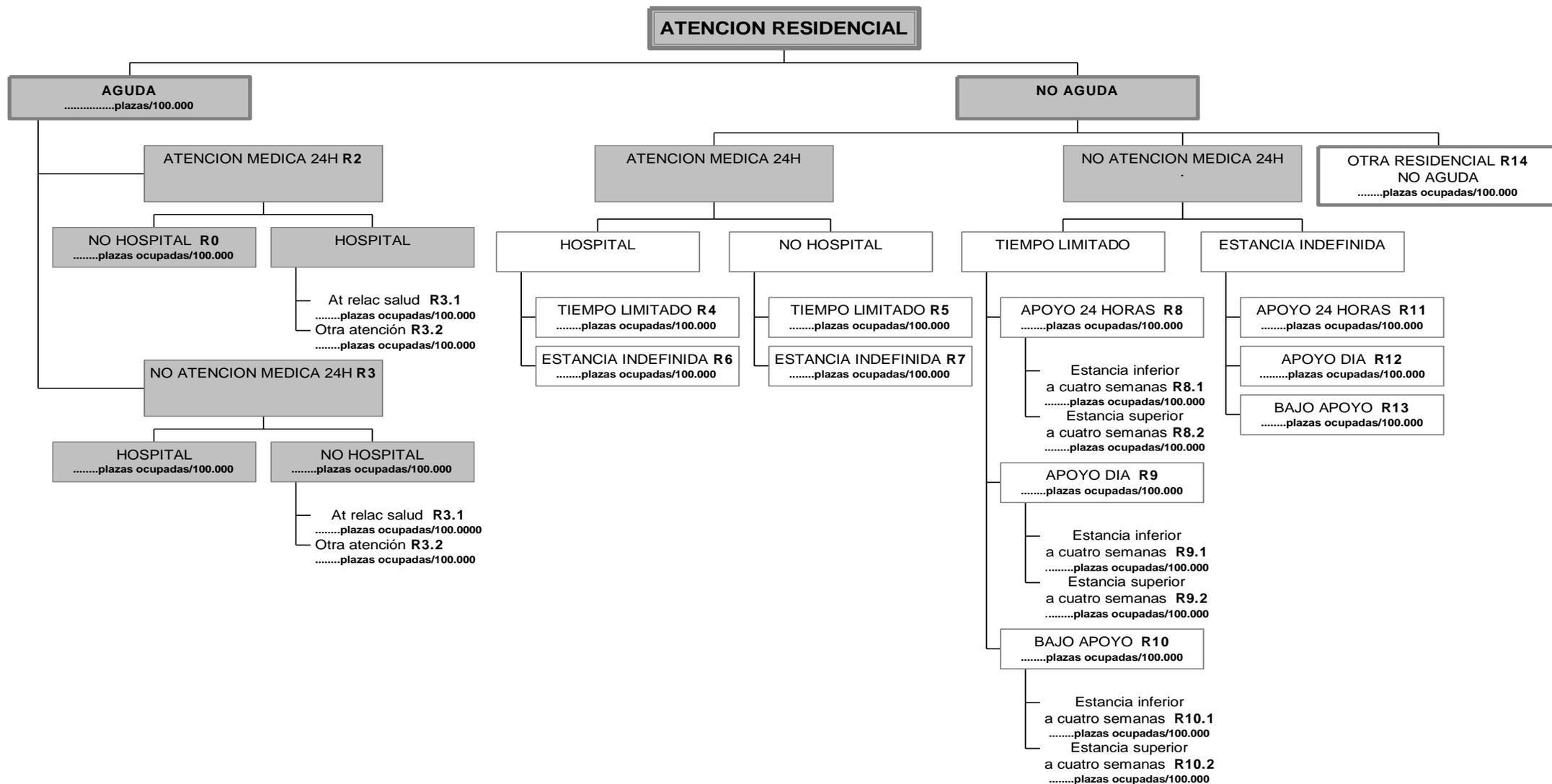


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE ATENCION RESIDENCIAL



SECCION D

INVENTARIO DE SERVICIOS

a. PRINCIPIOS PARA EL INVENTARIO DE SERVICIOS

Esta sección complementa a la Sección B proporcionando un listado más detallado de los servicios del área de cobertura y una descripción de sus características (listado o catálogo de servicios).

El Formulario para la Sección D está disponible en el Formulario 3 de Formularios y plantillas DESDE-LTC.

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

Además, en los Formularios y plantillas DESDE-LTC se encuentra la Plantilla 1 (Disponibilidad de servicios clasificados en el área – listado de servicios) donde podemos recoger una lista de todos los servicios localizados en el área de referencia.

b. DIRECTRICES PARA INVENTARIO DE SERVICIOS

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

1. NOMBRE DEL SERVICIO

Indicar el nombre completo del servicio.

2. CODIGOS

-CODIGO DESDE-LTC

Indicar los códigos que describen los TBA del servicio según las directrices de la Sección B.

-CODIGO CIF

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

-CODIGO ICHA

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional para las cuentas de salud (ICHA).

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_en.htm.

-CODIGO ICHI

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias (ICHI) <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

3. LOCALIZACION DEL SERVICIO

Indicar los siguientes datos del servicio:

- Comunidad Autónoma, Provincia, Municipio y Código Postal donde se encuentra situado el servicio.
- Dirección postal, Teléfono, Fax, Dirección electrónica y Web del servicio.
- CIF del servicio como entidad legal (si aplicable).
- Nº REGISTRO O AUTORIZACION del servicio.
- FECHA DE CONSTITUCIÓN. Indicar la fecha en que se constituye el servicio evaluado.
- UBICACIÓN. Especificar si el servicio está dentro de una gran institución (meso-organización). En su caso, especificar el número total de camas de la institución (meso-organización) donde se localiza el servicio.

4. TIPO DE RECURSO

Indicar el tipo de recurso. Por ejemplo, centros de día, talleres protegidos, centros de salud menta, residencias geriátricas, hospitales psiquiátricos, etc.

5. TITULARIDAD DEL SERVICIO

Se clasificará la titularidad del servicio como Social/Sanitario/Educativo/Judicial/Otros.

6. PROPIEDAD, GESTION Y FINANCIACION

Propiedad: Indicar el nombre de la entidad propietaria del servicio.

Gestión: Indicar el nombre de la agencia responsable del empleo del personal y del resto de la gestión del servicio.

Financiación. Especificar si la financiación del servicio es Pública, Privada u Otra.

Régimen jurídico. Especificar si el servicio se acoge a un régimen jurídico de Fundación, Asociación, Cooperativa, Sociedad Anónima, Sociedad Limitada u Otros.

7. DOTACION DEL SERVICIO

Indicar la disponibilidad del servicio evaluado según los criterios de cada tipo de atención.

- Servicio de Teleasistencia

Indicar el número de terminales del recurso especificando terminales ocupadas y terminales disponibles.

- Servicio de Ayuda a Domicilio.

Indicar el número total de usuarios del recurso especificando ocupación y disponibilidad de horas usuario/mes.

- Servicio de Atención de Día

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a atención a largo plazo, ocupadas y disponibles.

- Servicio de atención residencial
- Estancia de tiempo limitado

Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para LTC.

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a atención a largo plazo, ocupadas y disponibles.

SI LA ATENCIÓN RESIDENCIAL/DÍA ESTÁ DISPONIBLE

Escribir el número total de plazas/camas disponibles en el servicio y el número de plazas/camas asignadas a LTC, ocupadas y disponibles.

- Estancia de tiempo limitado

Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para LTC.

8. PRECIO

- Sólo para Teleasistencia.

Indicar Coste mensual/usuario y Coste anual/usuario.

- Sólo para servicio de atención a domicilio

Indicar Precio público, Coste mensual/usuario y Precio de concierto.

- Sólo para Servicios Residenciales y de Día

Indicar Precio público plaza/cama, Precio plaza concertada y Precio plaza privada especificando el intervalo en el que se sitúa el precio de las plazas/camas.

9. ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS

Indicar si el servicio oferta actividades especializadas de manera permanente para personas con necesidades de atención a largo plazo, especificando el nombre de la Actividad, si es Grupal o Individual, el número de horas y días por semana que está disponible; si la actividad tiene un Presupuesto y Emplazamiento (diferente al del servicio); y si está Autorizada o no por la administración correspondiente.

PROGRAMAS DE INTERVENCION QUE OFRECE EL SERVICIO. Indicar si el servicio oferta algún programa específico para personas con necesidades de atención a largo plazo especificando el horario en que está disponible (número de horas y días a la semana), la duración y si está Autorizado o no por la administración correspondiente.

OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS

Registra si existe alguna actividad no especializada en el servicio para personas con necesidades de atención a largo plazo excluyendo transporte o comedor.

10. EQUIPO DE ATENCION

Indicar el código de la Clasificación Internacional de Ocupaciones (ISCO-08)

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>

Especificar la ocupación actual del personal, no su cualificación o formación académica.

11. AMBITO DE ACTUACION

Especificar la cobertura del recurso indicando si el servicio está disponible para usuarios de ámbito Local, Provincial/Autonómico/Nacional/Otros (p.e. Otros para áreas de salud mental).

12. CONDICIONES DE ADMISION

Se especificarán los criterios que cada servicio requiere para admitir un nuevo usuario (Edad, Sexo y Tipología prevalente que atiende el servicio).

13. PERFIL DEL USUARIO

Detallar aquí los principales tipos de usuarios/as para los que el servicio está dirigido. Se indicará:

- Tipo de Atención a Largo Plazo. En caso de que el usuario cumpla criterios para más de un grupo diana (p.e. mayor de 65 años con trastorno mental), detallar cada uno.
- Intervalo de edad
- Nº usuarios/contactos en cada tipo de condición de salud.

14. HORARIO DEL SERVICIO

Indicar el horario y los días de la semana en que el servicio se encuentra disponible.

15. MAXIMA FRECUENCIA DE ATENCION/CONTACTO

Indicar la máxima frecuencia en la que un mismo usuario puede ser atendido, de forma regular, por el servicio. Indicar si la atención puede ser Diaria (especificar 1, 2 ó 3 veces/día), Semanal (especificar menos o más de 3 veces/día), Quincenal ó Mensual.

16. FECHA DE LA RECOGIDA DE INFORMACION

Especificar la fecha en la que se han recogido los datos.

17. RELACIONES CON OTROS SERVICIOS

Describir cualquier contacto o intercambio de personal que tiene lugar regularmente con cualquier servicio de atención a largo plazo. Por ejemplo visita a residencias por miembros del equipo de salud mental comunitaria.

18. NOMBRE DEL EVALUADOR

19. 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.

REFERENCIAS

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from: http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the 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.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United States. Department of Health & Human Services [online] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml>.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. *IMSERSO* [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf>.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (Suppl.432): 19–28.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503-508.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.